

L 2 U 184/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 621/97

Datum

11.06.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 184/03

Datum

11.08.2004

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 329/04 B

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 11.06.2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Verletztenrente in Höhe von 20 v.H. der Vollrente. Er ist der Meinung, die bei ihm im Jahr 1994 festgestellte Kreuzbandruptur am linken Knie sei Folge eines Arbeitsunfalls.

Zuvor hatte der Kläger schon Privatunfälle 1975 und 1978 erlitten, die ebenfalls das linke Knie betrafen. Bezüglich des Unfalls von 1975 existieren Röntgenbilder des linken Knies des Klägers vom 24.01.1975 und 31.10.1975. Nach dem von der Beklagten befragten Gutachter Dr.K. zeigt das Bild vom 24.01.1975 keinen Anhalt für eine Knochenverletzung, etwas verstärkte subchondrale Sklerosierung des inneren Schienbeinplateaus, normalen Hochstand der Kniescheibe, ausreichende Lateralisation derselben. Das Bild vom 31.10.1975 zeige den identischen röntgenologischen Befund, wobei die Kniescheibe eine gewisse obere zapfenförmige Ausziehung des Poles erkennen lasse. Ein Anhalt für abgelaufene Knochenverletzung bestehe nicht. Bei Dr.K. erklärte der Kläger, dass er schon damals wegen einer Verletzung des linken Kniegelenks beim Orthopäden Dr.W. behandelt worden sei und dass damals wohl auch einmal eine Spritze mit Blut aus dem Kniegelenk abgesaugt worden sei. Mehr könne er jedoch hierzu nicht angeben. Ein Anruf der Beklagten in der Praxis des Nachfolgers des Dr.W. , Dr.B. , am 05.11.1996 ergab, dass damals zwar die Karteikarte noch vorhanden war, sich jedoch nur der Vermerk finde, dass geröntgt worden sei, sonst nichts. Weitere medizinische Unterlagen seien nicht vorhanden.

Auf Anfrage der Beklagten teilte der Kläger im Schreiben vom 18.09.1996 mit, die Arbeitsunfähigkeit vom 07.08.1978 bis 11.08.1978 sei vermutlich auf einen Sportunfall zurückzuführen, der ihm nicht mehr erinnerlich sei. Nach seiner Erinnerung müsste die damalige Arbeitsunfähigkeit von Dr.B. bescheinigt worden sein. Zu einer Röntgenaufnahme vom 07.08.1978 führt Dr.K. aus, es zeige sich eine deutliche mediale Sklerose des inneren Schienbeingelenkplateaus sowie eine etwas spitzige Ausziehung des inneren Schienbeingelenkplateaus und eine leichte Verformung der Eminentia intercondylica. Es bestehe kein sicherer Anhalt für eine abgelaufene Knochenverletzung.

Zum Unfall vom 04.11.1982 findet sich im Unfallverzeichnis der Beklagten am 04.11.1982 der Eintrag "Knie links". In der Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 23.01.1982 führt der Arbeitgeber aus, am Donnerstag, dem 04.11.1982, sei der Kläger beim Schrottziehen am Ofen II an der Schrottlöhre mit dem Hosenbein hängen geblieben, sei gestürzt und habe sich dabei am Knie verletzt. Weitere Unterlagen der Beklagten über den Unfall liegen nicht vor.

In einem Bericht vom 10.09.1996 führt Dr.B. aus, der Kläger habe sich bei ihm zweimal wegen eines Arbeitsunfalls vorgestellt: Am 04.11.1982 habe er sich bei einem Sprung von einem Schotterwagen eine Distorsion im linken Sprunggelenk zugezogen. Die damals angefertigte Röntgenaufnahme des linken Kniegelenks habe eine bereits vorbestehende mediale Gonarthrose links gezeigt. Erwähnenswert sei, dass der Kläger als aktiver Speedway-Fahrer multiple Traumen erlitten habe. Nach Dr.K. zeigt eine Röntgenaufnahme vom 05.11.1982 eine Zunahme der medialen Gelenkspaltverschmälerung, sichtbare spitzige Ausziehung der Eminentia intercondylica. Im Bereich des ausgezogenen oberen Patellapols sei eine leichte quer verlaufende Aufhellungszone erkennbar. Insgesamt zeigen sich subchondrale Sklerosierung und leicht zystische Aufhellungen der Patellarrückfläche.

Nach der Unfallanzeige des Arbeitgebers des Klägers erlitt der Kläger am 27.09.1988 dadurch einen Unfall, dass er beim Betanken der "BOMAG" von der Maschine gerutscht sei und sich am linken Knie verletzt habe. Er habe sich darauf zu Dr.B. in ärztliche Behandlung begeben müssen.

Nach dem Bericht des H-Arzt Dr.B. vom 03.10.1988 sei er am 27.09.1988 beim Betanken eines Fahrzeugs von der Rampe gesprungen und habe sich dabei das linke Knie verdreht. Die Kontur des linken Kniegelenks sei diskret verstrichen, palpatorisch finde sich ein leichter Erguss im Kniegelenk, tanzende Patella. Bei der Überprüfung der Bandinstabilität bestehe ein vorderes Schubladenphänomen. Die Seitenbänder seien straff. Es bestünde Druckschmerz und Rotationsschmerz über dem medialen Kniegelenksspalt. Es sei eine Punktion des linken Kniegelenks erfolgt. Zur weiteren diagnostischen Abklärung sei eine Arthrographie des linken Kniegelenks veranlasst worden, zu der der Kläger nicht erschienen sei. Im Bericht vom 10.09.1996 führt Dr.B. aus, der Kläger habe am 27.09.1988 bei einem Arbeitsunfall eine Distorsion des linken Kniegelenks erlitten. Es habe damals ein Hämarthros bestanden. Seither habe er den Kläger nicht mehr gesehen.

Nach einer Auskunft der AOK an den Beklagten vom 05.12.1988 habe der Kläger vom 27.09.1988 bis 05.10.1988 Anspruch auf Lohnfortzahlung gehabt. Nach einem Leistungsauszug der AOK war der Kläger vom 08.11.1982 bis 23.11.1982 an Arthrosis deformans links und vom 27.09.1988 bis 05.10.1988 wegen Arthritis des linken Kniegelenks erkrankt.

Nach einer Unfallanzeige seines Arbeitgebers vom 30.09.1991 erlitt der Kläger am 10.09.1991 einen Unfall, indem er sich beim Montieren eines Zylinders am Schlackestössel Ofen III am linken Unterschenkel verletzt habe (Bluterguss). Im Unfallverzeichnis des Beklagten ist als Unfalltag der 10.09.1991 eingetragen. Unter der Art der Verletzung ist vermerkt "Unterschenkel". Im H-Bericht vom 11.09.1991 berichtet der praktische Arzt Dr.W., der Kläger habe sich am 11.09.1991 erstmals vorgestellt. Er sei mit dem linken Knie gegen eine Metallkante gestoßen. Unter der linken Patella zeige sich eine 5 x 8 cm große teigige Schwellung und Schürfung. Die Röntgenaufnahme des linken Knies ergebe keinen Anhalt für traumatische Knochenveränderungen. Es zeige sich ein normaler Skelettbefund. Der Unfall habe zu einer Kontusion des linken Kniegelenks geführt.

Mit Schreiben vom 18.04.1995 machte die AOK I. gegenüber dem Beklagten einen Erstattungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung des Klägers vom 31.10.1994 bis 12.11.1994 in Höhe von 8.208,00 DM geltend. Sie verwies auf ein Schreiben des Dr.W. vom 26.05.1995, in welchem dieser ausführte, nach Durchsicht seiner Unterlagen und telefonischer Rücksprache mit dem Kläger müsse der Zusammenhang der Kreuzbandruptur, die anlässlich der Operation des Klägers im Mai 1994 festgestellt worden sei, mit dem Arbeitsunfall vom 10.09.1991 bejaht werden. Auch der OP-Bericht gebe als Diagnose eine alte vordere Kreuzbandruptur an. In dem Zeitraum vom 20.09.1991 bis 07.06.1994 habe von seiner Seite eine Behandlung des linken Kniegelenks nicht stattgefunden. Nach telefonischer Befragung des Klägers anhand seiner Unterlagen sei in dem genannten Zeitraum ein erneutes Trauma des linken Kniegelenks nicht nachzuweisen.

Im Operationsbericht des Dr.R. vom 02.1.1994 wird ausgeführt, "linkes Kniegelenk: ältere vordere Kreuzbandruptur, alter Innenmeniskushinterhornriss, alte osteochondrale Läsion medialer Femurcondylus, Chondropathia patellae Grad II mediale und laterale Patellafacetten". In einem Leistungsauszug der AOK I. werden eine Arbeitsunfähigkeit vom 11.09.1991 bis 27.09.1991 wegen Kniekontusion links und vom 16.07.1991 bis 09.08.1991 wegen Kniekontusion rechts und Risswunde des rechten Knies bestätigt.

Die Beklagte zog einen Behandlungsbericht des Dr.R. vom 11.07.1995 und die Krankengeschichte über die stationäre Behandlung des Klägers im Oktober/November 1995 bei und holte ein Gutachten des Dr.K. vom 03.04.1996 zu den Folgen des Unfalls vom 10.09.1991 ein. Der Kläger gab bei Dr.K. an, er erinnere sich vage an eine Verletzung vom Jahr 1982 sowie an eine solche vom Oktober des Jahres 1988. Damals sei er gestürzt und im Rahmen der ärztlichen Behandlung sei das Kniegelenk punktiert worden und Blut abgesaugt worden. Er sei dann aber völlig beschwerdefrei mit seinem linken Kniegelenk gewesen bis zu dem neuerlichen Unfall vom 10.09.1991. An diesen könne er sich auch nicht exakt erinnern. Soweit er meine, sei er mit dem linken Knie an eine Metallkante angestoßen und habe sich auch an einem Treppenrost noch das Knie verdreht. Eine Punktion habe wohl zu diesem Zeitpunkt nicht stattgefunden. Lasse man den medizinischen Verlauf, nämlich die Vorerkrankungen des linken Knies im August 1978, eine Erkrankung für den 08.11.1982 und eine Verletzung des linken Kniegelenks am 27.09.1988 Revue passieren, so könne hier eine erhebliche Vorschädigung des linken Kniegelenks erkannt werden. Sie gehe zurück auf das Jahr 1978, als es zu einer Ergussbildung nach Anprallverletzung des linken Kniegelenks gekommen sei und auf den 27.09.1988, als ein Hämarthros des linken Kniegelenks, vordere Schubladensymptomatik sowie eine Innenmeniskussymptomatik am linken Kniegelenk festgestellt worden sei. Nach dem Ereignis vom 10.09.1991 sei eine intraartikuläre Ergussbildung in dem ärztlichen Primärbericht nicht beschrieben worden. Eine Punktion sei offensichtlich nicht durchgeführt worden. Es habe eine Weichteilschwellung und Prellmarke unterhalb der Kniescheibe vorgelegen und es sei eine Kontusionsverletzung diagnostisch festgehalten worden. Die Röntgenaufnahme vom 11.09.1991 habe Zeichen einer medialen Gonarthrose des linken Kniegelenks, zarte Verkalkungen am Ursprung des Knie-Innenbandes, Verplumpung der Eminentia intercondylica, den Verdacht auf freie Gelenkkörper im Bereich des hinteren Recessus sowie im seitlichen Bild eine scharf umgrenzte Aussparung an der Femurcondyle, zuzuordnen keinesfalls einer frischen knöchernen Abscherung an der Femurcondyle, vorgelegen. Unterstelle man, dass am 10.09.1991 eine Anprallverletzung des linken Kniegelenks erfolgt sei, lege man den Untersuchungsbefund des Dr.W. zugrunde und den Röntgenbefund sowie die bekannte Vorschädigung, so sei die Frage des kausalen Zusammenhangs abschlägig zu behandeln. Der Unfall vom 10.09.1991 habe zu einer Prellung und Schürfung des linken Kniegelenks geführt, die spätestens nach vier Wochen folgenlos ausgeheilt gewesen sei. Darüber hinaus lasse sich hier eine intraartikuläre Verletzung des linken Kniegelenks für diesen Unfalltag nicht wahrscheinlich machen. Arbeitsunfähigkeit habe vorgelegen vom 11.09. bis 27.09.1991. Die MdE habe vom 28.09.1991 bis 09.10.1991 10 v.H., danach weniger als 10 v.H. betragen.

Mit Bescheid vom 13.05.1996 erkannte die Beklagte den Unfall als Arbeitsunfall an und lehnte Gewährung einer Verletztenrente ab.

Die Beklagte befragte den Kläger zu den Unfällen von 1978, 1982 und 1988. Der Kläger erklärte im Schreiben vom 18.09.1996, 1988 sei er von der Rampe gesprungen und habe sich das linke Knie verdreht. Die Arbeitsunfähigkeit vom 07.08.1978 bis 11.08.1978 sei vermutlich auf einen Sportunfall zurückzuführen. Dieser sei ihm nicht mehr erinnerlich. Am Donnerstag, den 04.11.1982, um 9.30 Uhr habe er am Ofen II an der Schrottlöhre den Schrott eingerichtet. Beim Heruntergehen sei er mit dem Hosenbein am Schrott hängen geblieben und ca. 3 m tief auf den Beton gestürzt. Dabei habe er sich am linken Knie verletzt. Zwischen dem Ereignis vom August 1978 und 04.11.1982 und zwischen dem 04.11.1982 und 27.09.1988 sowie zwischen dem 27.09.1988 und dem erneuten Unfall vom 10.09.1991 habe er keinerlei Beschwerden am linken Kniegelenk gehabt.

Weiter holte die Beklagte ein Gutachten des Dr.K. vom 02.01.1997 zu den Folgen der Unfälle von 1982 und 1988 ein. Zum Unfall 1982 gab der Kläger bei Dr.K. an, er sei aus 3 m Höhe heruntergestürzt und mit dem linken Knie auf Beton aufgeschlagen. Er sei dann bei Dr.B. behandelt worden, Genaueres könne er nicht mehr sagen. In der Folgezeit habe er zwar Probleme mit dem linken Knie gehabt und habe immer eine Bandage getragen, sei jedoch sportlich weiter einsatzfähig gewesen. Zum Unfall von 1988 habe der Kläger angegeben, dass er irgendwie auf einer Rampe ausgerutscht sei, aus 2 m Höhe herabgesprungen und bei der Landung sich ganz heftig das linke Knie verdreht habe, welches dann auch angeschwollen sei. Nach diesem zweiten Unfall hätten sich jedoch auch die Beschwerden im linken Knie bis zu dem Unfall 1991 in Grenzen gehalten. Nach diesem habe er dann bemerkt, dass das Knie unsicher gewesen sei und nach innen zu weggeschnackelt sei. In der Beurteilung führt der Sachverständige zunächst aus, dass er bezüglich einer Vorschädigung vor dem Jahr 1982 nicht Stellung nehmen könne, da entsprechende Befunde und Berichterstellungen über die Vorereignisse und Vorerkrankungen nicht vorlägen. Auch bezogen auf die Arbeitsunfälle vom Jahr 1982 und 1988 müsse man die medizinische Dokumentation und die Verlaufskontrolle als knapp und rar bezeichnen. Andererseits werde ein Unfallereignis vorgegeben, welches insbesondere auf den 04.11.1982 zutrefte, bei dem es offensichtlich zu einer Gewalteinwirkung auf das Kniegelenk des Klägers gekommen sei. Hingegen stelle im Grunde genommen der Vorgang vom 27.09.1988 einen wenn auch komplizierten, so doch normal durchgeführten Bewegungsablauf dar, bei dem es während der Landung nach dem Herunterspringen zu einer Verdrehung des Kniegelenks gekommen sei. Unterstelle man, dass tatsächlich der Vorgang vom 04.01.1982 sich in der Form abgespielt habe, wie er vom Beklagten vorgegeben werde, so habe man diesem Ereignis die entscheidende Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf zuzumessen. Nach der Wahrscheinlichkeitsbeurteilung und der Prämisse, dass bei den früheren Motorradverletzungen keine bedeutsame intraartikuläre Schädigung des Kniegelenks stattgefunden habe, müsse man argumentieren, dass am 04.11.1982 unfallbedingt eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes, eine Schädigung des Innenmeniskushinterhorns und eine Läsion des Gelenknorpels am linken Kniegelenk zum Tragen gekommen sei. Zwar liege über diesen Arbeitsunfall eine Befunderhebung nicht vor, er stelle jedoch nach Berücksichtigung der vorgegebenen Hergänge das einzig fassbare Unfallereignis dar, bei dem es mit dem Gebot der Wahrscheinlichkeit zu einer Schädigung des Kniegelenks hätte kommen können. Hingegen könne man, bezogen auf den Vorgang vom 27.09.1988, dies unter Berücksichtigung der Hergangsvorgabe nicht sehen. Vielmehr stelle dieses Ereignis vom 27.09.1988 eine mittelbare Folge des Unfalls vom 04.11.1982 dar, bei der es zu einem Auslassphänomen bei vorbestehender Kreuzbandschädigung während der Landung gekommen sei mit Entwicklung eines blutigen Gelenkergusses im Kniegelenk. Aufgrund dieser Argumentation habe man festzustellen, dass der dann im Jahr 1994 erkannte intraartikuläre Schaden ursächlich zurückzuführen sei auf den Arbeitsunfall vom 04.11.1982 und auch der jetzt fassbare Funktionsbefund am linken Kniegelenk, der sich unverändert wie im Vergleich zum Vorgutachten darstelle. Mit allen zu bemängelnden Einschränkungen bezüglich der Erhebung der Vorverletzungen und der Vorerkrankungen und bei allen Einschränkungen bezüglich der unzureichenden Unfalldokumentationen bleibe ihm als Gutachter nichts anderes übrig als zumindest für den Vorgang vom 04.11.1982 eine geeignete Gewalteinwirkung zu finden, die hier in der Lage gewesen sei, eine intraartikuläre Schädigung des Kniegelenks zu setzen. Unfallfolgen seien eine minimale Verschmächtigung der Oberschenkelmuskulatur, eine leichte Weichteilverdickung des linken Kniegelenks, reizlose OP-Narbe sowie eine endgradige Bewegungseinschränkung am linken Kniegelenk und die muskulär voll kompensierbare vordere Kreuzbandschwäche des linken Kniegelenks. Unfallfremd bestünden ein Reiben in beiden Gleitlagere Gelenken im Sinn einer Chondropathia patellae, ein Knick-Senkfuß beidseitig sowie ein leichtes Krampfaderleiden. Arbeitsunfähigkeit sei attestiert vom 30.10. 1994 bis 01.01.1995. Die MdE aus Unfallfolge habe ab dem 01.12. 1995 bis heute und auf weiteres 10 v.H. betragen.

Hierzu holte die Beklagte eine Stellungnahme des beratenden Arztes Dr.B. vom 17.02.1997 ein, der ausführte, nach dem Unfall vom 04.11.1982 habe eine Arbeitsunfähigkeit vom 08. bis zum 23.11.1982 unter der Diagnose "Arthrosis deformans links" bestanden, womit zweifelsfrei das linke Knie gemeint gewesen sei. Der Versicherte sei von einem Schotterwagen gesprungen und habe sich dabei sein linkes Kniegelenk gezerzt. Der Hinweis auf eine Distorsion am linken Sprunggelenk entsprechend Bl.70 der Akte sei sicher nur ein Schreibfehler. Dementsprechend seien auch Röntgenaufnahmen nicht des linken Sprunggelenkes sondern des linken Kniegelenks angefertigt worden, die hier eine bereits vorbestehende mediale Gonarthrose geboten hätten. Diese Röntgenaufnahmen hätten auch heute eingesehen werden können und zeigten in der Tat eine beträchtliche, d.h., weit fortgeschrittene Verschleißschädigung des ganzen medialen Kompartimentes mit medialen Randleisten, eine Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes und mit spitzzipfeligen Ausziehungen an den Kreuzbandhöckern. Dies sei ein Befund, der für den damals 34-jährigen Mann einen erheblichen Vorschaden dargestellt habe. Die Behandlung sei dann offensichtlich konservativ erfolgt und sei relativ schnell wieder abgeschlossen gewesen. Außerdem habe der Kläger ja auch angegeben, davor und danach über Jahre hinweg beschwerdefrei gewesen zu sein. Erwähnenswert sei der Hinweis des Orthopäden Dr.B. in seinem Schreiben vom 10.09.1996 zu den damaligen Verhältnissen, dass der Kläger als aktiver Speedway-Fahrer bereits multiple Unfälle erlitten gehabt habe. Und ähnlich stellten sich die Verhältnisse dann für den Unfall vom 27.09.1988 dar. Auch jetzt sei nur eine mehrtägige Arbeitsunfähigkeit vom 27.09. bis 05.10.1988 unter Hinweis auf eine "Arthritis linkes Kniegelenk" eingetreten, was also nicht ohne weiteres mit irgendeiner Verletzungsdiagnose vereinbar sei. Eine weitere Diagnostik sei vom Kläger abgelehnt worden, der nach späteren Aussagen dann ja wiederum beschwerdefrei geworden sein solle. Dieser beträchtliche Vorschaden hinsichtlich des linken Kniegelenks, wie er bereits 1982 aufgeschienen sei, sei gut vereinbar mit dem anamnestic Hinweis des damals behandelnden Kollegen hinsichtlich multipler Traumatisierungen im Sport und mit weiteren vorliegenden Befunden aus den Jahren 1978 und 1975. Aktenkundig werde eine Prellung des linken Kniegelenks mit Ergussbildung vom 07. bis 11.08.1978; die Röntgentüte enthalte noch weiter zurückreichend auch Aufnahmen vom 31.10. und 24.01.1975. Dabei habe der Kläger jetzt angegeben, schon damals verschiedene Sportverletzungen erlitten zu haben, wobei schon einmal Blut aus dem Knie abpunktiert worden sei. In der gegebenen Situation könne seines Erachtens der 1994 festgestellte Schaden nicht mit entsprechender Wahrscheinlichkeit zurückgeführt werden auf das Unfallereignis vom 27.09.1988 oder auf das Unfallereignis vom 04.11.1982 und nach den gutachterlichen Äußerungen des Kollegen Dr.K. in seinen früheren Gutachten auch nicht auf das Unfallereignis vom 10.09.1991. Die ganze Entwicklung mit einer fortgeschrittenen Verschleißschädigung bereits 1982 dürfte auf eine noch weiter zurückliegende Initialverletzung hinweisen und zwar seines Erachtens schon im Jahr 1975. Die Tatsache, dass vor 1982 und zwischen 1982 und 1988 Beschwerdefreiheit bestanden hätte, beweise nichts anderes, zumal ja Beschwerdefreiheit dann offensichtlich sogar noch bis in die angehenden 90-er Jahre fortbestanden gehabt habe. Dies sei bei jungen Menschen mit Verletzungen der Knieinnenstrukturen auch gar nicht selten.

Mit Bescheid vom 24.03.1997 lehnte die Beklagte die Entschädigung des beim Kläger aufgetretenen Kniegelenkschadens links ab. Die Erkrankung sei nicht Folge eines Arbeitsunfalls. In der Begründung stellt sie nur auf den Unfall vom 27.09.1988 ab und führt aus, dass nach fachärztlicher Untersuchung und Auswertung der medizinischen Unterlagen sowie der Röntgenaufnahmen der 1994 festgestellte Schaden nicht ausreichend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 27.09.1988 zurückzuführen sei.

Dagegen hat der Kläger Widerspruch eingelegt und geltend gemacht, der Schaden am Knie hätte nicht in den 70-er Jahren entstehen

können, da sonst die Beschwerden früher hätten eintreten müssen. Bei seiner Einstellung 1981 bei der Stadt I. sei bei der ärztlichen Untersuchung ebenfalls nichts festgestellt worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.07.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie bezog sich auf Dr.B. , der ausgeführt habe, dass der 1994 festgestellte Kniebinnenschaden nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 27.09.1988 und auch nicht auf die Ereignisse vom 04.11.1982 und 10.09.1991 zurückgeführt werden könnten. Der Widerspruchsausschuss habe sich nach eingehender Überprüfung der Sach- und Rechtslage der Beurteilung des Dr.B. voll inhaltlich angeschlossen.

Dagegen hat der Kläger Klage erhoben. Er bezog sich auf das Gutachten des Dr.K ... Die MdE aus Unfallfolge betrage fortlaufend mindestens 20 %. Mit einer Besserung könne nicht gerechnet werden. Zwar habe er eingeräumt, dass er sich bei dem Speedwayfahren verletzt habe, jedoch auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Verletzungen dabei stets geringer Natur gewesen seien und dass er nach solchen Verletzungen nie Beschwerden gehabt habe und sportlich wie auch beruflich stets voll einsatzbereit gewesen sei. Es habe keinerlei Beschwerden am linken Kniegelenk nach Sportunfällen gegeben. Insbesondere bei dem Unfallereignis vom 04.11.1982 sei es offensichtlich zu einer erheblichen Gewalteinwirkung auf sein linkes Kniegelenk gekommen. Hinzu sei der Unfall vom 27.09.1988 mit einem komplizierten Bewegungsablauf gekommen, bei dem während der Landung nach dem Herunterspringen eine Verdrehung des linken Kniegelenks eingetreten sei. Insofern sei dem Ereignis vom 04.11.1982 die entscheidende Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf zuzumessen. Es sei damit auch festzustellen, dass der im Jahr 1994 erkannte intraartikuläre Schaden ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 04.11.1982 zurückzuführen sei, wie auch der jetzt fassbare Funktionsbefund am linken Kniegelenk.

Das Sozialgericht hat ein Gutachten des Chirurgen Dr.L. vom 06.02.1999 eingeholt. Dieser führt aus, die Schwere der einzelnen Verletzungen abzuschätzen sei angesichts der unscharfen Erinnerung des Klägers und der wenig präzisen und ausführlichen Dokumentation in den Unterlagen schwierig. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit lasse sich aber feststellen, dass bereits vor den zu diskutierenden Arbeitsunfällen eine schwerere Verletzung des linken Kniegelenks bei der Sportausübung stattgefunden habe, die eine zweiwöchige Gipsimmobilisation erforderlich gemacht habe. Hierbei habe es sich ohne weiteres um eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes handeln können. Aufgrund der dokumentierten Befunde und der Angaben des Klägers zu den Unfallhergängen halte er aber auch sowohl das Unfallereignis vom November 1982 als auch das vom September 1988 für prinzipiell geeignet, eine intraartikuläre Kniegelenksverletzung, auch eine Kreuzbandruptur, hervorzurufen. Bei Dr.L. hatte der Kläger den Unfall von 1982 dahin geschildert, dieses Ereignis sei von allen Arbeitsunfällen bei weitem das Schlimmste gewesen. Da er mit dem Hosenbein hängen geblieben sei, habe er sich vor dem Sturz das Bein verdreht. Er schildere ein Verdrehen des Körpers im Kniegelenk bei fixiertem Unterschenkel. Auch damals sei eine Kniegelenkspunktion erfolgt, bei der Blut aus dem Gelenk abgesaugt worden sei. Genau erinnern könne er sich aber nicht. Aufgrund des zeitlichen Verlaufes der degenerativen Gelenkveränderungen komme er nach Einsicht und Vergleich der Röntgenaufnahmen von 1975 bis 1988 zu dem Schluss, dass die erste relevante Verletzung des linken Kniegelenks bereits 1975 oder 1978 stattgefunden haben müsse. Es sei bekannt, dass insbesondere bei jungen und muskelkräftigen Individuen eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes jahrelang unerkant bleiben und auch für den Betroffenen völlig asymptomatisch verlaufen könne, da die muskulären Kompensationsmechanismen den fehlenden Bandhalt vollständig auszugleichen in der Lage seien. Dennoch komme es bei dieser Konstellation dann immer wieder zu unphysiologischen Gleit- und Scherbewegungen der Gelenkflächen, die letztlich innerhalb von Jahren in einen (röntgenologisch darstellbaren) Gelenkflächenverschleiß, wie er beim Kläger zum Operationszeitpunkt 1994 bestanden habe, mündete. Der erste "Schub" an Gelenkflächenverschleiß habe beim Kläger vor dem Jahr 1982 stattgefunden. Der Zeitpunkt der ersten Kniegelenksschädigung sei demnach auf ein Ereignis mehrere Jahre vor diesem Zeitpunkt zu datieren. Insofern sei der Stellungnahme des beratenden Arztes Dr.B. zuzustimmen. Bei den Arbeitsunfällen 1982 und 1988 sei es sicher jeweils zu einer graduellen Verschlechterung des bereits bestehenden Vorschadens gekommen; eine richtunggebende Verschlechterung des Zustands habe durch diese beiden Ereignisse aber nicht stattgefunden. Sowohl nach dem Ereignis vom 04.11.1982 als auch nach dem vom 27.09.1988 habe beim Kläger eine schwere Distorsion des linken Kniegelenks mit intraartikulärer Ergussbildung vorgelegen. Nach seiner Überzeugung habe bereits zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 04.11.1982 eine bis dahin kompensierte und asymptomatische Ruptur des vorderen Kreuzbandes bestanden. Bei den beiden Ereignissen habe es sich nicht um bloße Gelegenheitsursachen, sondern um relevante Unfallereignisse gehandelt. Diese hätten nicht das schließlich 1994 festgestellte Krankheitsbild verursacht, sondern lediglich einen bestehenden Vorschaden graduell verschlechtert. Die 1994 festgestellten Veränderungen seien ursächlich zum überwiegenden Teil auf ein Ereignis von 1975 oder 1978 zurückzuführen.

Weiter hat das Sozialgericht ein Gutachten des Dr.D. vom 08.02.2001 gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholt. Dieser führt aus, dass beim Kläger eine Instabilität des linken Kniegelenks bestehe sei unstreitig und werde durch die klinische Untersuchung bestätigt. Tatsache sei, dass auch die Röntgenbilder des Jahres 2000 nur relativ leichte Degenerationen erkennen ließen, so dass die Röntgenbilder des Jahres 1975 und 1978 keinen wesentlichen pathologischen Befund gezeigt haben könnten. Die Bemerkung, dass der Kläger vor 1982 als aktiver Speedway-Fahrer multiple Verletzungen erlitten habe, sage für die Beantwortung der hier gestellten Frage seines Erachtens nichts aus. Als Mitglied der deutschen Nationalmannschaft in dieser Sportart sei davon auszugehen, dass der Kläger bei Verletzungen adäquat versorgt worden sei. Von einer wesentlichen Knieverletzung in diesem Zusammenhang sei nichts bekannt und werde vom Kläger auch bei intensivem Nachfragen nichts geäußert. Die medizinische Versorgung müsse schon als ausgesprochen schlecht angesehen werden, wenn in diesem Zusammenhang eine Kreuzbandruptur übersehen worden wäre. Dagegen seien beide Unfälle der Jahre 1982 und 1988 geeignet, eine Kreuzbandverletzung hervorzurufen. 1988 sei immerhin ein Hämarthros verifiziert worden sowie ein Schubladenphänomen, d.h., deutliche Hinweise für eine Kreuzbandverletzung. Bereits zu diesem Zeitpunkt habe die Indikation zu einer Arthroskopie, zumindest zu einer Kernspintomographie, bestanden. Damit stehe für ihn fest, dass mindestens der Unfall des Jahres 1988 die vordere Kreuzbandruptur hervorgerufen habe, wenn nicht schon der Unfall des Jahres 1982. Die Behandlung sei im Jahr 1978 wegen einer Prellung des linken Kniegelenks mit Erguss erfolgt. Die Behandlung habe nur vom 07.08. bis 11.08. 1978 gedauert. Es sei wenig wahrscheinlich, dass hier eine schwerwiegende Verletzung vorgelegen habe, wie es eine Kreuzbandruptur darstelle. Er habe zumindest keine nicht operierte Kreuzbandverletzung gesehen, die innerhalb einer Woche ausgeheilt wäre. Eine Gipstutorbehandlung für zwei Wochen wegen eines Kreuzbandschadens sei für ihn ebenfalls nicht nachvollziehbar, komme eine derartige Behandlung doch seit seiner Ausbildung nur bei Innenbandschäden des Kniegelenks zur Anwendung. Einen isolierten Außenbandschaden habe er noch nie gesehen. 1978 müsse dann auch eine Fehldiagnose gestellt worden sein. Für ihn bestehe somit eine mehr als ausreichende Wahrscheinlichkeit, dass die Verletzungen vom 04.11.1982 oder vom 28.09.1988 als alleinige oder zumindest wesentliche Teilursache für die geklagten Beschwerden anzusehen seien. Vermutlich seien die 1994 festgestellten Verletzungen ursächlich auf das Ereignis vom 04.11.1982 zurückzuführen. Die MdE betrage seines Erachtens 20 v.H. seit dem 01.12.1995.

Hierzu erstattete der Sachverständige Dr.L. eine ergänzende Stellungnahme vom 15.03.2001. Er führt darin aus, er habe in seinem Gutachten anhand der lückenlos vorliegenden Röntgenbilder vom Januar 1975 bis November 1994 zeigen können, dass erstmals auf den Röntgenaufnahmen vom 07.08. 1978 beginnende degenerative Gelenkflächenveränderungen am linken Kniegelenk aufgetaucht seien. Bereits zum Zeitpunkt des ersten vom Kläger angegebenen Arbeitsunfalls vom 05.01.1982 hätten röntgenologisch an den Kreuzbandhöckern kalkdicht verwaschene Ausziehungen als sicheres Zeichen einer zu diesem Zeitpunkt bereits länger zurückliegenden stattgehabten Kreuzbandtraumatisierung (Ruptur, Teilruptur oder wenigstens Einblutung) vorgelegen. Dem Sachverständigen Dr.D. hätten die für die Beurteilung der Kausalkette unabdingbaren Röntgenaufnahmen nicht vorgelegen. Die Umstände, die zu den Röntgenuntersuchungen des linken Kniegelenks im Januar und Oktober 1975 geführt hätten, seien vom Kläger ebenso verschwiegen worden wie die aktenkundige Verletzung mit dokumentierter Ergussbildung 1978. Dies habe der Gutachter kritiklos übernommen (vgl. Bl.134 der Klageakte: "Knieverletzungen haben nie stattgefunden"). Spekulationen über die Güte der medizinischen Versorgung des Klägers in den 70-er Jahren seien wenig hilfreich, auch nicht die Unterstellung, dass eine Kreuzbandverletzung wohl nicht übersehen worden wäre. Insbesondere bei jungen muskelkräftigen Individuen seien aufgrund schmerzreflektorischer Muskelkontraktionen Gelenkinstabilitäten auch nach vollständiger Zerreißung des vorderen Kreuzbandes oft nur schwer nachweisbar. In den Jahren 1975 bis 1982 hätten sich röntgenologisch am linken Kniegelenk des Klägers Veränderungen eingestellt, wie sie für eine stattgehabte Kreuzbandverletzung mit nachfolgend zwar muskulär kompensierter, aber fortbestehender Restinstabilität typisch seien. Er sei nach wie vor der Auffassung, dass es durch die beiden Arbeitsunfälle von 1982 und 1988 jeweils wohl zu einer graduellen Verschlechterung eines bereits bestehenden Vorschadens gekommen sei, eine Verursachung oder auch nur richtunggebende Verschlechterung des Zustands durch die beiden Unfallereignisse lasse sich anhand der Bilddokumente nicht mit der erforderlichen Sicherheit wahrscheinlich machen. Die von Dr.D. getroffene MdE-Bewertung mit 20 v.H. werde von der gutachterlichen Literatur nicht gedeckt. Mehrhoff und Muhr gäben für ein leichtes Wackelknie zwar eine solche MdE an. Beim Kläger bestehe nun aber kein Wackelknie, sondern ein durchschnittlich gutes Operationsergebnis nach Kreuzbandersatzplastik mit nur mäßiggradiger, muskulär kompensierter Restinstabilität. Auch die bestehende durch eine reaktivnarbige Gelenkkapselverwachsung verursachte Bewegungseinschränkung, die der Nachuntersucher als stärker ausgeprägt beschreibe als er sie seinerzeit gefunden habe, rechtfertige keine MdE von 20 %.

Zu Einwendungen des Klägers im Schreiben vom 20.04.2001 hat das Sozialgericht eine weitere Stellungnahme des Dr.L. vom 28.04.2001 eingeholt. Darin führt dieser aus, als einziges objektives Kriterium für die Beurteilung der Unfallfolgen stehe der Vergleich der vorliegenden Röntgenbilddokumente zur Verfügung. Anhand dieser Bilddokumente sei es näherungsweise, selbstverständlich nicht mit absoluter Sicherheit, möglich, den Schweregrad der einzelnen Verletzungen aufgrund der ihnen nachfolgenden Sekundärveränderungen abzuschätzen. Weichteilverkalkungen seien immer ein Zeichen einer stattgehabten Traumatisierung. Der Körper reagiere stereotyp auf Verletzungen und Einblutungen mit Reparationsvorgängen, zerstörtes Gewebe werde durch Narbengewebe ersetzt. Gelegentlich fänden insbesondere an bestimmten Prädispositionsstellen, Einlagerungen von Kalksubstanz in das Narbengewebe statt. Es handle sich hierbei um eine allgemeine medizinische Erfahrung, die jedem unfallchirurgisch tätigen Arzt geläufig sei. Anhand einer Verkalkungsfigur im Bereich der Insertionszone des vorderen Kreuzbandes könne nicht mit Sicherheit abgelesen werden, ob es bei der zugrunde liegenden Traumatisierung zu einer Ruptur, Teilruptur oder lediglich zu einer zerrungsbedingten Elongation mit Einblutung gekommen sei. Sicher feststellbar sei lediglich die Tatsache einer stattgehabten Traumatisierung. Bei einem Stieda-Schatten handele es sich um eine Verkalkungsfigur seitlich am Femurcondylus. Bei dieser speziellen Verkalkungsfigur handele es sich um eine Hämatomverkalkung nach Seitenbandruptur. Auch dieses Phänomen sei in allen einschlägigen Lehrbüchern erwähnt. Es gelte als pathognomonisch und beweisend für eine stattgehabte Seitenbandverletzung des Kniegelenks. Hinsichtlich einer Kreuzbandverletzung könne ein Stieda-Pelligrini-Schatten allenfalls als Indiz herangezogen werden aufgrund der Erfahrungstatsache, dass in einem hohen Prozentsatz der Fälle vordere Kreuzbandrupturen mit Begleitverletzung des Innenbandes vergesellschaftet seien. Seröse Ergussbildungen in einem Kniegelenk seien typisch für chronische degenerative Veränderungen, z.B. allmählich entstandene Knorpelschäden oder Folgen alter un behandelter Verletzungen, beispielsweise einem größeren Meniskuseinriss. Blutige Gelenkergüsse seien beweisend für eine im Inneren des Gelenks stattgefundene Gewebszerreißung. Eine exakte Lokalisation des Schadens oder Rückschluss auf die verletzte Struktur seien in der Regel nicht möglich. Selbstverständlich sei eine vordere Kreuzbandverletzung nach 8 bis 14 Tagen nicht schmerzfrei konservativ ausgeheilt. Es sei aber denkbar, insbesondere bei einer interligamentären, nicht ansatznahen Ruptur, dass zwei bis drei Wochen nach einem frischen Kreuzbandriss die akute Reizsymptomatik soweit abgeklungen sei, dass insbesondere bei motivierten Patienten (sei dies aus sportlichem Ergeiz oder aus beruflichen Zwängen) die Beschwerden so weit bagatellisiert würden, dass zum normalen Alltagsleben zurückgekehrt werde. Anders sei die doch relativ hohe Zahl von Zufallsbefunden eines so genannten "Loss" des vorderen Kreuzbandes im durchschnittlichen sporttraumatologischen Patientengut nicht erklärbar. Ein mehrwöchiges Tragen eines Gipstutors anlässlich eines Sportunfalles, wie es der Kläger selbst eingeräumt habe, werde sicher nicht ohne Grund angeordnet worden sein.

Dr.D. führte in einer ergänzenden Stellungnahme vom 17.06.2001 aus, er stimme nicht mit Löster überein, dass die Erinnerung des Klägers generell unscharf sei und dass einziges Kriterium ein Vergleich der vorliegenden Röntgenbilddokumente zur Verfügung stehe. Weichteilverkalkungen seien nicht immer ein Zeichen einer stattgehabten Traumatisierung. Hinsichtlich der Röntgenaufnahmen habe er sich bereits ausführlich geäußert. Leider werde keine Literatur angegeben, der er den Zusammenhang zwischen Kreuzbandverletzungen und typischen Röntgenbildveränderungen entnehmen könne. Ebenso wenig seien seröse Ergussbildungen typisch für chronisch degenerative Veränderungen, sondern sie könnten dabei auftreten. Blutige Gelenkergüsse seien in der Tat beweisend für eine im Inneren des Gelenks stattgefundene Gewebszerreißung, ggf. finde diese aber im Bereich der Synovia statt und nicht in einem Kreuzband. Was die hohe Zahl von Zufallsbefunden eines so genannten Loss des vorderen Kreuzbandes angehe, könne er nicht nachvollziehen, was diese Aussage im vorliegenden Fall beweisen solle. Auf welche Arbeit beziehe sich Dr.L. ? Ruhigstellungen (durch Tragen einer Gipshülse) seien früher durchaus bereits bei relativ banalen Kniegelenksverletzungen durchgeführt worden, sicherlich jedoch nicht bei erheblichen Schwellungen. Auch hierüber könne man reichlich spekulieren und Denkbare formulieren, beweisen könne man auch hiermit nichts.

Weiter hat das Sozialgericht ein Gutachten des Prof.Dr.P. vom 22.07.2002 eingeholt. Es sei von keinem Gutachter mit absoluter Sicherheit festzustellen, wann die wesentliche Kreuzbandruptur am linken Kniegelenk eingetreten sei. Es müsse dies vor dem Jahr 1994 passiert sein, da zum damaligen Zeitpunkt die Untersuchung eine "alte" vordere Kreuzbandruptur ergeben habe. An bekannten Unfällen, die dokumentiert seien, kämen Unfälle aus den Jahren 1982, 1988 und 1991 in Frage. Es erscheine ihm unwahrscheinlich, dass die Kreuzbandverletzung vor dem Jahr 1982 eingetreten sei. Der Kläger sei bis dahin als Speedway-Fahrer und Mitglied der deutschen Nationalmannschaft sportlich tätig gewesen. Ihm sei diese Sportart durchaus geläufig und er wisse, dass bei dieser Sportart massive Kräfte wirksam würden und eine volle Funktionsfähigkeit der Beine voraussetzten. Hätte zum Zeitpunkt des aktiven Speedwayfahrens eine vordere Kreuzbandruptur bestanden und damit ein instabiles Kniegelenk, so wäre dies mit Sicherheit von dem Kläger bemerkt worden und er hätte die Sportart auch nicht in

dem von ihm geschilderten und durchgeführten Umfang betreiben können.- Unfälle aus den Jahren 1982 und 1988 geeignet gewesen seien, eine Kreuzbandverletzung herbeizuführen. nachdem 1988 ein Hämarthros verifiziert worden sei, d.h., ein blutiger Kniegelenkserguss und eine so genannte Schublade festgestellt habe werden können, d.h., eine Instabilität des Kniegelenks bei AP-Translation, liege die Vermutung mehr als nahe, dass es damals zu einer Kreuzbandruptur gekommen sei. Er schließe sich auch weiterhin der Auffassung an, dass dem Unfall vom 28.09.1991 keine Bedeutung zukomme. Den Vermutungen des Dr.L. könne er sich nicht anschließen, da bei Vorliegen einer Instabilität durch fehlendes vorderes Kreuzband am linken Knie die darauf folgenden Arbeitsunfälle beim ohnehin stark instabilen Knie mit größter Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen geführt hätten, die erheblich schwerwiegender gewesen wären, als dies in den Jahren 1982 und 1988 offensichtlich der Fall gewesen sei und mit Sicherheit zu weitergehender Diagnostik und auch entsprechenden therapeutischen Schritten geführt hätten. Im Übrigen schließe er sich den Ausführungen des Dr.D. bezüglich der Beantwortung der gestellten Beweisfragen an.

Die Beklagte legte dazu eine Stellungnahme des Dr.L. vom 08.03.2003 vor. Dieser führt aus, nach den Röntgenaufnahmen, angefertigt am 31.10.1975, 24.12.1975, 07.08.1978 und 05.11.1982, die jeweils keinen Hinweis für eine erlittene Verletzung zeigten, lasse sich der Zusammenhang der Veränderungen des vorderen Kreuzbandes mit einem der zuvor dargestellten versicherten Tätigkeiten nicht wahrscheinlich machen. Am 27.09.1988 sei die Veränderung nach dem an diesem Tag erhobenen klinischen Befund schon vorhanden gewesen ("vorderes Schubladenphänomen"). Es sei unwahrscheinlich, dass sich eine vordere Instabilität bei einem frisch verletzten vorderen Kreuzband sichern lasse. Der gesamte Verlauf und Befund spreche zudem gegen eine Verletzung des vorderen Kreuzbandes am 27.09.1988, denn der Versicherte habe zunächst weiter gearbeitet. Das linke Kniegelenk sei zum Zeitpunkt des ersten Arztbesuches annähernd frei bewegt worden. Es habe einwandfrei untersucht werden können. Der Versicherte habe keinen Schmerz im Bereich des vorderen Kreuzbandes über dem inneren Gelenkspalt angegeben. Der Versicherte sei zudem nur wenige Tage arbeitsunfähig gewesen. Er habe den Arzt nur einmalig, nämlich am 27.09.1988, aufgesucht. Es verbleibe also zu diskutieren die versicherte Tätigkeit am 04.11.1982. Informationen über den am 05.11.1982 klinischen Befund lägen nicht vor. Dr.B. habe im Schreiben vom 10.09.1996 mitgeteilt, dass er bildtechnisch eine bereits vorbestehende mediale Gonarthrose links gesichert habe und dass der Versicherte zuvor bei seiner Tätigkeit als aktiver Speedway-Fahrer multiple Traumen erlitten habe. Ob am 05.11.1982 das linke Kniegelenk punktiert worden sei, sei offen. Die vom Therapeuten gestellte Diagnose spreche zumindest gegen einen am 05.11.1982 gewonnenen blutigen Gelenkerguss. Vorliegend sprächen die bekannten Informationen gegen einen Zusammenhang des Schadens im Bereich des vorderen Kreuzbandes mit der versicherten Tätigkeit am 04.11.1982. Bekannt seien: Der Versicherte habe die Arbeit nach dem Sturz am 04.11.1982 um 9.30 Uhr fortgesetzt. Er habe sie erst am 08.11.1982 eingestellt. Die vom Therapeuten gestellte Diagnose benenne ein degenerativ bedingtes Schadensbild, gestützt auf die bildtechnisch zur Darstellung kommenden Befunde, die übereinstimmend in den Akten dahingehend befundet würden, dass mittelbar Zeichen zur Darstellung kämen, wie sie sich nach Verlust des vorderen Kreuzbandes ausbildeten. Diese Befundung entspreche derjenigen durch den Unterzeichner. Bildtechnisch kämen am 05.11.1982 bereits degenerative Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks zur Darstellung, die die Aussage stützten, dass der Verlust des vorderen Kreuzbandes vorbestehend gewesen sei. Prof.Dr.P. argumentiere demgegenüber, mit der sportlichen Betätigung des Versicherten. Dieser habe seit 1980 keine Rennen mehr gefahren. Das Argument, dass seine sportliche Vergangenheit nur mit intaktem vorderem Kreuzband möglich sei und dass ein Schaden des vorderen Kreuzbandes immer unfallbedingt sei, sei grundsätzlich unzutreffend. Gerade bei Sportlern werde immer wieder der klinisch stumme Verlust des vorderen Kreuzbandes beobachtet. Die sportliche Vergangenheit des Klägers sage also nichts dazu aus, wann der Schaden des vorderen Kreuzbandes entstanden sei. Isolierte Kreuzbandschäden seien unfallbedingt eine Seltenheit. In aller Regel seien die Seitenbänder, meist das innere Seitenband, mitbetroffen. Selbst bei Versuchen an Leichen sei es nicht gelungen, das vordere Kreuzband isoliert zu verletzen. Zusammengefasst sei der Verlust des vorderen Kreuzbandes am 17.09.1988 vorbestehend gewesen. Es lägen keine Informationen vor, die einen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit am 04.11.1982 wahrscheinlich machen würden. Im Gegenteil teile der Therapeut ein degenerativ bedingtes Schadensbild mit.

Im Termin am 11.06.2003 hat der Kläger die Anträge aus dem Schriftsatz vom 02.04.1998 gestellt und hilfsweise beantragt, eine MdE von 30 v.H. festzusetzen.

Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen.

Mit Urteil vom 11.06.2003 hat das Sozialgericht München die Klage abgewiesen und sich vor allem auf das Gutachten des Dr.L. gestützt. Den Ausführungen des Dr.D. und Prof.Dr.P. schloss sich das Sozialgericht nicht an.

Dagegen hat der Kläger Berufung eingelegt. Die Kausalität zwischen den Verletzungen des linken Knies in Form einer Kreuzbandruptur und dem Unfall von 1988 stünden aufgrund der insgesamt sechs Sachverständigengutachten fest. Einen unmittelbaren Beweis stellten Röntgenbilder nicht dar. Warum das Gericht ausschließlich der Interpretation durch Dr.L. folge und die anderen Gutachten nicht berücksichtige, bleibe im Urteil unerwähnt. Gegen die Interpretation von Dr.L. sprächen ausreichende Argumente, wie sie auch von Dr.D. in seinem Gutachten bzw. in seiner Stellungnahme ausgeführt wurden. Anhand einer Verkalkungsfigur im Bereich der Insertionszone könne nicht mit Sicherheit abgelesen werden, welche Verletzung stattgefunden habe, sondern lediglich dass irgendeine Form einer Traumatisierung erfolgt sei. Seröse Ergüsse stellten keinen Beweis für chronisch degenerative Veränderungen dar, da sie dabei zwar gelegentlich auftreten könnten, keinesfalls aber degenerative Veränderungen die einzige Ursache für seröse Ergüsse darstellen würden. Ein Stieda-Schatten stelle lediglich den Beweis für eine Seitenbandverletzung dar, nicht aber für eine Kreuzbandverletzung. Er könne lediglich als Indiz herangezogen werden, da häufig bei Kreuzbandverletzungen auch Seitenbandverletzungen aufträten. Das Tragen einer Gipshülle von zwei Wochen im Jahr 1978 enthalte keinerlei Aussage über eine schwerwiegende Verletzung des Knies in dieser Zeit. Die Gipshülle zeige, dass keine große Schwellung aufgetreten sein konnte, da bei starken Schwellungen eine feste Gipshülle keine sinnvolle Therapie gewesen wäre. Da eine Kreuzbandruptur jedoch in den meisten Fällen mit einer großen Schwellung einhergehe, sei davon auszugehen, dass im Jahr 1978 keine Kreuzbandruptur vorgelegen habe. Das wesentliche Argument von Dr.L., dass bei Sportlern häufig ein so genannter stummer Kreuzbandverlust stattfindet, sei von Prof.Dr.P. widerlegt worden. Beim Speedwayfahren werde das linke Knie ständig aufs Stärkste belastet. Eine derartige Dauerbelastung wäre bei einer Kreuzbandruptur nicht möglich. Die allgemein statistischen Erfahrungen aus der Sportmedizin, die insbesondere den Bereich des Fußballs betreffen, könnten auf den Extremsport des Speedwayfahrens nicht übertragen werden.

Der Senat hat vergeblich versucht, von Dr.B. bzw. dessen Nachfolger Dr.H. weitere Auskünfte über den Unfall des Klägers vom 04.11.1982 zu erhalten. Dr.H. hat vielmehr mitgeteilt, dass aus dem Jahr 1982 keine Unterlagen mehr vorlägen.

Aus einem im Jahr 1972 erlittenen Unfall, bei welchem sich der Kläger eine perforierende Hornhaut-Iris-Linsenverletzung zugezogen hat, bezieht er eine Verletztenrente in Höhe von 20 v.H. der Vollrente.

Mit Schriftsatz vom 25.03.2004 hat der Bevollmächtigte des Klägers beantragt, von Dr.H. und Dr.M. Stellungnahmen zum Gesundheitszustand des Klägers in den 80iger Jahren einzuholen und die Sachverständigen Dr.D. und Prof.Dr.P. anzuhören.

Der Senat hat einen Befundbericht des Dr.H. vom 23.04.2004 beigezogen, der bekundet hat, den Kläger seit 15 Jahren arbeitsmedizinisch zu betreuen. Bereits 1990 habe der Kläger von Knieproblemen gesprochen, die er im Zusammenhang mit den Unfällen von 1982 und 1988 gesehen habe. Er fügte ein sozialmedizinisches Gutachten des MDK vom 16.06. 2003 bei.

Dr.M. berichtete, es lägen Aufzeichnungen vom 01.03.1985 bis 31.03.1992 vor. Die Fragen, wann der Kläger ihn jeweils wegen Beschwerden im Kniebereich konsultiert habe, worauf er die Beschwerden zurückgeführt habe und welche Befunde jeweils erhoben worden seien, könnten nicht beantwortet werden, da die Befunde aus dem Zeitraum nicht mehr vorlägen.

Im vom Kläger übersandten Attest vom 29.04.2004 führt Dr.M. aus, der Kläger sei in den 80iger Jahren nicht wegen irgendwelcher Knieverletzungen in Behandlung gewesen.

Mit Schriftsatz vom 18.08.2004 hat der Kläger zum Beweis dafür, dass Prof.Dr.P. und Dr.D. bei der Kausalitätsbeurteilung speziell berücksichtigt hätten, dass der Kläger bis zu den Unfällen ab 1987 für die Nationalmannschaft der Speedwayfahrer tätig war, Dr.L. dagegen nicht, die Einvernahme der drei Sachverständigen beantragt.

Von Dr.L. sei nicht der Hochleistungssport des Klägers gewürdigt worden, sondern nur gesagt worden, dass bei jungen, kräftigen Leuten, die in der Regel keinem solchen Hochleistungssport nachgingen, eine Ruptur des vorderen Kreuzbands völlig asymptomatisch verlaufen könne. Zum Beweis dafür, dass dies aber nicht beim Betreiben eines Hochleistungssports der Fall sei, werde die Einholung eines Obergutachtens beantragt. Auf die Einzelheiten wird verwiesen.

Der Kläger stellt die Anträge aus dem Schriftsatz vom 17.10. 2003 und die Beweisanträge aus dem Schriftsatz vom 10.08.2004 und trägt den Inhalt des Schriftsatzes vom 10.08.2004 vor.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten des Sozialgerichts und der Beklagten beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf den Akteninhalt, insbesondere die ärztlichen Berichte und Gutachten und das Vorbringen der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143 ff. SGG](#) zulässig, sachlich jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente wegen des bei ihm festgestellten Knieschadens links.

Die Entscheidung richtet sich auch im Berufungsverfahren nach den Vorschriften der RVO, weil der Zeitpunkt der angeschuldigten Unfälle vor dem 01.01.1997 liegt und Entschädigungsleistungen vor diesem Zeitpunkt zu gewähren gewesen wären ([§ 212](#) i.V.m. [§ 214 Abs.3 SGB VII](#)).

Der Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente setzt voraus, dass die zu entschädigende Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalles ist. Bei der Beurteilung dieser Frage bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises dergestalt, dass sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben müssen (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als es den ursächlichen Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden und zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie den Zusammenhang betrifft, der im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität zwischen dem Arbeitsunfall und der maßgebenden Erkrankung bestehen muss (Krasney, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 1993, 81, 114). Der Unfallvorgang selbst bedarf damit des vollen Beweises. Dies gilt nicht nur für die Beurteilung der Frage, ob überhaupt ein Unfall vorgelegen hat und ob es sich dabei um einen Arbeitsunfall handelt, sondern im Einzelfall auch für die Annahme des Sachverhalts, auf dessen Grundlage zu beurteilen ist, welche Gesundheitsstörungen mit Wahrscheinlichkeit als dessen Folge anzusehen sind. Auf andere als die als bewiesen anzusehenden Tatsachen darf eine in der Regel auf medizinischem Fachgebiet durchzuführende Beweiserhebung über die zu entschädigenden Folgen des Unfalls nicht gestützt werden.

Unter Beachtung dieser Grundsätze kann der bei der Operation des Klägers am 02.11.1994 gefundene Schaden im Bereich des linken Kniegelenks des Klägers nicht auf die angeschuldigten Unfälle vom 04.11.1982, 27.09.1988 und 10.09.1991 zurückgeführt werden. Der Unfall vom 04.11.1982 war nicht mit Wahrscheinlichkeit wesentliche Bedingung für den 1994 gefundenen Knieschaden. Mit Wahrscheinlichkeit ist der Kausalzusammenhang dann gegeben, wenn deutlich mehr für als gegen den Zusammenhang spricht. Hinsichtlich des Unfalls vom 04.11.1982 ist aufgrund der Unfallanzeige des Arbeitgebers des Klägers, dem Bericht des Dr.B. vom 10.09.1996 und den Angaben des Klägers selbst vom 18.09.1996 davon auszugehen, dass der Kläger im Unfallzeitpunkt auf einem Schrottwagen gearbeitet hat, beim Heruntergehen mit dem Hosenbein am Schrott hängengeblieben ist, auf Beton gestürzt ist und sich dabei das linke Knie verletzt hat. Weiter ist nur noch bekannt, dass der Kläger vom 08.11.1982 bis 23.11.1982 nach einem Leistungsauszug der AOK I. wegen Arthrosis deformans links krankgeschrieben war. Bezüglich etwaiger Unfallfolgen findet sich lediglich in der Unfallanzeige des Arbeitgebers des Klägers der Vermerk, dass der Unfall zu einer Prellung und einem Bluterguss des linken Knies geführt habe. Außer den Röntgenaufnahmen von 1975 bis 1994 liegen sonst keine Anknüpfungspunkte vor, von denen aus auf Art und Schwere der Unfallverletzung geschlossen werden könnte. Allein aus dem Umstand, dass, wie die befragten Gutachter ausführen, der Unfall geeignet gewesen wäre, zu dem Verlust des vorderen Kreuzbandes zu führen, lässt sich nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit rückschließen, dass es bei dem Unfall tatsächlich zu einer derartigen Verletzung gekommen ist. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass eine zeitnahe ärztliche Feststellung bezüglich des nach dem Unfall erhobenen Befundes nicht vorliegt. Zwar stellt die 15-tägige Dauer der Arbeitsunfähigkeit einen Hinweis darauf dar, dass es sich bei dem Unfall nicht um eine Bagatelverletzung gehandelt hat, doch lassen sich daraus allenfalls Möglichkeiten für bestimmte

Verletzungsarten ableiten, nicht jedoch die Wahrscheinlichkeit einer Kreuzbandverletzung begründen. Diesbezüglich weist Dr.L. in der im Weg des Urkundenbeweises verwerteten Stellungnahme vom 08.03.2003 darauf hin, dass der Kläger erst am 08.11.1982 die Arbeit eingestellt hat. Weiter führt der Arzt Dr.B. in der ebenfalls im Urkundenbeweis verwertbaren Stellungnahme vom 17.02.1997 die kurze Behandlungsdauer nach dem Unfall als gegen eine Kreuzbandruptur sprechendes Moment an und weist zu Recht daraufhin, dass der Kläger selbst (im Schreiben vom 18.09.1996) angegeben hat, nach diesem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein. Entscheidend gegen einen bei dem Unfall im Jahr 1982 erlittenen Kreuzbandschaden sprechen auch die vorliegenden Röntgenaufnahmen. Hierzu hat Dr.L. dargelegt, dass sich bereits in den Röntgenaufnahmen vom 07.08.1978 im Vergleich zu den beiden Voraufnahmen aus dem Jahr 1975 beginnende degenerative Veränderungen sowohl im medialen als auch im lateralen Kniegelenkskompartiment zeigen. So war der Gelenkspalt mediallyseitig verschmälert. Erkennbar war eine vermehrte Sklerosierung der subchondralen Zone des medialen Tibiaplateaus. Im lateralen Kompartiment zeigten sich beginnende osteophytäre Randwulstbildung an der Kante des Tibiaplateaus und am Randwulst des lateralen Femurcondylus. Dr.L. führt aus, dass der Befund mit einer älteren Innenmeniskusläsion oder länger bestehender Bandinstabilität vereinbar wäre. Die auf diesen Aufnahmen beschriebenen degenerativen Veränderungen haben auf den Aufnahmen vom 05.11.1982 an Ausprägung zugenommen. Wie Dr.L. ausführt, zeigten sich eine kleine Einmuldung am medialen Femurcondylus sowie kalkdichte, verwachsen gezeichnete Ausziehung des medialen und geringer lateralen Kreuzbandhöckers. Dr.L. stellt ein deutliches Fortschreiten der degenerativen Gelenkflächenveränderungen fest und beurteilt diese Veränderungen als indirekte Hinweise auf eine stattgehabte Verletzung des vorderen Kreuzbandes. Nachvollziehbar zieht er daraus den Schluss, dass die erste relevante Verletzung des linken Kniegelenks jedenfalls vor 1982 stattgefunden haben muss. Damit bestätigt er die Beurteilung des Dr.B., dem die Röntgenaufnahmen vorlagen und der ebenfalls eine beträchtliche, d.h., weit fortgeschrittene Verschleißschädigung des ganzen medialen Kompartimentes mit medialen Randleistenbildungen, einer Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes und mit spitzzipfeligen Ausziehungen an den Kreuzbandhöckern auf den Röntgenaufnahmen gesehen hat und betont, dass es sich für den damals 34-jährigen Kläger um einen erheblichen Vorschaden handelt. Diese Befundung entspricht auch derjenigen durch Dr.L. ... Auch er führt aus, dass bildtechnisch am 05.11.1982 bereits degenerative Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks zur Darstellung kommen, die die Aussage stützen, dass der Verlust des vorderen Kreuzbandes vorbestehend war. Dem gegenüber vermögen die Gutachten des Dr.D. und des Prof.Dr.P. nicht zu überzeugen. Auch dem Schluss des Dr.K., man habe den Vorgang von 1982 die entscheidende Bedeutung für den Krankheitsverlauf zuzumessen, vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Das Argument des Dr.D., die Röntgenaufnahmen trügen nicht wesentlich zur Wahrheitsfindung bei, weil die degenerativen Veränderungen auch auf den Aufnahmen des Jahres 2000 "als nicht so gravierend" anzusehen seien, kann nicht gefolgt werden. Wie Dr.L. und Dr.B. darlegen, zeigt vielmehr der Verlauf der Veränderungen eindeutig, dass degenerative Veränderungen, die auf eine frühere Verletzung hindeuten, bereits auf den Aufnahmen des Jahres 1982 sichtbar waren. Es ist wenig überzeugend, wenn Dr.D. auf S. 13 seines Gutachtens ausführt, "es stehe für ihn fest, dass mindestens der Unfall des Jahres 1988 die vordere Kreuzbandruptur hervorgerufen habe, wenn nicht schon der Unfall des Jahres 1982" und auf der nächsten Seite ausführt, "vermutlich sind die 1994 festgestellten Verletzungen ursächlich auf das Ereignis vom 04.11.1982 zurückzuführen". Auch das Argument, der Kläger sei Mitglied der deutschen Nationalmannschaft der von ihm betriebenen Sportart "Speedwayfahren" gewesen und es sei davon auszugehen, dass die von ihm erlittenen Verletzungen adäquat versorgt worden seien und dass der Kläger auch bei intensivem Nachfragen zu Vorletzungen nichts geäußert habe, ist ebenfalls nicht überzeugend, da der Kläger, wie die Röntgenaufnahmen von 1975 und 1978 beweisen, das linke Knie betreffende Vorunfälle erlitten hat und der Kläger das auch anlässlich der Untersuchungen durch Dr.K. durchaus eingeräumt hat. Auch bei Dr.L. hat er angegeben, einmal zwei Wochen lang eine "Gipshülse" am linken Knie getragen zu haben. Prof.Dr.P. begründet seine Meinung im wesentlichen darin, dass bei der vom Kläger betriebenen Sportart massive Kräfte wirksam würden und eine volle Funktionsfähigkeit der Beine voraussetzten. Deshalb hätte der Kläger, sofern damals wegen einer vorderen Kreuzbandruptur ein instabiles Kniegelenk bestanden hätte, dies mit Sicherheit bemerkt und hätte die Sportart in dem von ihm geschilderten Umfang nicht betreiben können. Abgesehen davon, dass der Kläger den von ihm betriebenen Sport nicht erst 1982, wie Prof.Dr.P. meint, sondern nach seinen Bekundungen bei Dr.L. im Jahr 1980 und zwar auf Anraten seines Arztes aufgegeben hat, ist der Auffassung des Prof.Dr.P. mit Dr.L. in der ergänzenden Stellungnahme vom 15.03.2001 und der damit übereinstimmenden des Dr.L. entgegenzuhalten, dass gerade bei Sportlern immer wieder der klinisch stumme Verlust des vorderen Kreuzbandes beobachtet wird. Klinisch manifest, wenn das Schadensbild nicht im Zusammenhang mit einem Unfall gesehen wird, wird es in der Regel erst nach Beendigung der sportlichen Laufbahn, wenn die muskuläre Bandagierung des Kniegelenks nachlässt. Die sportliche Vergangenheit des Klägers sagt also nichts dazu aus, wann der Schaden des vorderen Kreuzbandes entstanden ist. Der Beurteilung des Dr.K. ist entgegenzuhalten, dass er selbst einräumt, dass bezüglich des Unfalls vom 04.01.1982 keine ärztliche Befunderhebung vorliegt und dass er lediglich aus dem Umstand, dass es theoretisch bei dem behaupteten Hergang des Unfalls zu einer Kreuzbandverletzung kommen könne, schließt, dass der Unfall tatsächlich zu dieser geführt hat. Dem kann im Hinblick auf die nachvollziehbaren Einwendungen des Dr.B. und Dr.L. nicht gefolgt werden. Bezüglich des Unfalls vom 27.09.1988 weist schon Dr.B. zutreffend darauf hin, dass gegen eine schwerere Verletzung die lediglich vom 27.09. bis 05.10.1988 dauernde Arbeitsunfähigkeit spricht und dass vom Kläger nach dem Bericht des Dr.B. vom 03.10.1988 nach einer Punktion des linken Kniegelenks eine weitere Diagnostik abgelehnt worden ist. Auch hat der Kläger nach dem 27.09.1988 zunächst weitergearbeitet. Das linke Kniegelenk ist zum Zeitpunkt des ersten Arztbesuchs annähernd frei bewegt worden. Der Kläger hat keinen Schmerz im Bereich des vorderen Kreuzbandes über dem inneren Gelenkspalt angegeben. Es ist danach ganz unwahrscheinlich, dass die Kreuzbandruptur auf den Unfall vom 27.09.1988 zurückzuführen ist. Der Auffassung des Dr.D., dass 1988 ein Hämarthros und ein Schubladenphänomen vorgelegen habe, die für eine Kreuzbandverletzung sprächen, ist mit Dr.L. entgegenzuhalten, dass es unwahrscheinlich ist, dass sich eine vordere Instabilität bei einem frisch verletzten Kreuzband sichern lässt. Auch 1975 oder 1978 wurde beim Kläger nach seinen Angaben bei Dr.K. mit einer Spritze Blut vom linken Knie abgesaugt, ohne dass Dr.D. diese Unfälle als Ursache der Kreuzbandverletzung in Betracht zieht. Auch der Unfall vom 10.09.1991 hat nicht mit Wahrscheinlichkeit zu dem Knieschaden geführt. Bezüglich dieses Unfalls sind sich alle befragten Gutachter einig, dass durch das Unfallgeschehen die später festgestellten Verletzungen nicht entstanden sein können. Insoweit sind weitere Ausführungen nicht erforderlich.

Nach allem spricht nicht mehr dafür als dagegen, dass die angeschuldigten Unfälle aus den Jahren 1982, 1988 und 1991 den beim Kläger vorliegenden Knieschaden verursacht haben. Es mag zwar sein, dass eine Möglichkeit für den ursächlichen Zusammenhang zwischen den Unfällen von 1982 und 1988 und den Knieleiden des Klägers besteht, die Wahrscheinlichkeit der Kausalität kann dagegen nicht begründet werden.

Die eingeholten Befundberichte des Dr.H. und Dr.M. ergeben keine neuen Gesichtspunkte. Der Sachverhalt ist, soweit wie in Anbetracht der fehlenden Dokumentation der jeweiligen Unfallfolgen möglich, ermittelt. Einer Anhörung der Sachverständigen Dr.D., Prof.Dr.P. und Dr.L. bedarf es nicht. Der Senat geht bei seiner Entscheidung, wie angeführt, davon aus, dass Dr.D. und Prof.Dr.P. die Annahme der Kausalität zwischen Unfällen und Knieschaden wesentlich darauf stützen, dass der Kläger bei dem im Jahr 1994 festgestellten Knieschaden den von ihm betriebenen Sport des Speedwayfahrens nicht hätte ausüben können. Eine Einvernahme dieser Sachverständigen erübrigt sich damit.

Dass der Sachverständige Dr.L. die vom Kläger betriebene Sportart nicht hinreichend berücksichtigt hätte, ist eine Unterstellung, die durch das Gutachten des Dr.L. und seine Stellungnahmen widerlegt ist, denn Dr.L. hat zum Einen bereits in der Anamnese des Gutachtens den vom Kläger betriebenen Sport zur Kenntnis genommen (Seite 4 des Gutachtens) zum Anderen hat er in der Stellungnahme vom 15.03.2001 direkt auf die entsprechenden Argumente von Prof.Dr.P. geantwortet. Er hat dazu ausgeführt, dass insbesondere bei jungen, muskelkräftigen Individuen aufgrund schmerzreflektorischer Muskelkontraktionen Gelenkinstabilitäten auch nach vollständiger Zerreißung des vorderen Kreuzbandes oft nur schwer nachweisbar sind. Einer Einvernahme des Sachverständigen Dr.L. bedurfte es deshalb nicht. Auch zur Einholung eines weiteren Gutachtens sah sich der Senat nicht veranlasst. Er stützt seine Meinung keineswegs nur auf das Gutachten des Dr.L. sondern zugleich auf die überzeugenden Stellungnahmen des Dr.B. und des Dr.L. , die im Weg des Urkundenbeweises verwertet werden konnten (Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl., § 118 Anm.12b) und welche ebenfalls zu dem Ergebnis gelangen, dass der Knieschaden des Klägers nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die angeschuldigten Unfälle zurückgeführt werden kann. Insbesondere Dr.L. hebt ebenfalls hervor, dass das Argument, eine sportliche Vergangenheit sei nur mit intaktem vorderem Kreuzband möglich, grundsätzlich unzutreffend ist. Gerade bei Sportlern wird, wie Dr.L. ausführt, immer wieder der klinisch stumme Verlust des vorderen Kreuzbandes beobachtet, wobei offen ist, ob Ursache dafür Mikrotraumen oder eine stetige Überlastung durch die übermäßige Ausbildung der Beinmuskulatur ist. Wie Dr.L. betont, sagt die sportliche Vergangenheit des Klägers nichts dazu aus, wann der Schaden des vorderen Kreuzbands entstanden ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-11-17