L 6 U 161/02

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 6 U 177/01
Datum
04.11.2002
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 161/02
Datum
13.03.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 4. November 2002 wird zurückgewiesen.

Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob beim Kläger ein Korbhenkelriss des Innenmeniskus im linken Kniegelenk als (zusätzliche) Arbeitsunfallfolge anzuerkennen ist.

Der 1982 geborene Kläger, der seit seinem achten Lebensjahr als Torwart mit regelmäßigem Training aktiv Fußball spielt, nahm am 12. Mai 2000 um 11.00 Uhr als Gymnasialschüler im Rahmen des Schulsports am Weitsprung teil. Nach seinen Angaben knickte er bei der Landung in der zum Teil harten Sandgrube mit dem linken Fuß um und fiel nach vorn, wobei er nicht mit dem linken Knie aufschlug (Unfallanzeige vom 16. Mai 2000 sowie Unfallschilderungen vom 1. Juni 2000 und 4. November 2002). Dem Facharzt für Chirurgie und Durchgangs-Arzt Dr. L., den er am Unfalltag um 12.45 Uhr aufsuchte, schilderte er, sich durch den Aufprall das linke Kniegelenk verdreht zu haben. Dr. L. fand einen Druckschmerz im Bereich des medialen (inneren) Kniegelenkspaltes links, ein deutliches positives Schubladenphä-nomen (abnorme Verschieblichkeit des Unterschenkels gegenüber dem Oberschenkel) links, positive Steinmannzeichen I und II für den medialen Meniskus links (Schmerzzeichen für Meniskusschäden), eine eingeschränkte Extension/Flexion (Streckung/Beugung) des linken Kniegelenkes (Neutral-Null-Methode 0-20-90°), keine äußeren Verletzungszeichen sowie keinen Gelenkerguss. Radiologisch weise das linke Kniegelenk keine knöchernen Verletzungen auf. Es bestehe der Verdacht auf das Vorliegen von Läsionen (Schädigungen) des vorderen Kreuzbandes sowie des medialen Meniskus im linken Kniegelenk (D-Arztbericht vom 15. Mai 2000). Dr. L. wies den Kläger zur Kniegelenksarthroskopie in das Krankenhaus am R. S. ein, wo am 16. Mai 2000 die Arthroskopie stattfand und er bis zum 18. Mai 2000 unter den Diagnosen Korbhenkelriss am medialen Meniskus links sowie (operativ entfernte) Plica synovialis mediopatellaris links (Schleimhautfalte im vorderen Abschnitt des Kniegelenkes) behandelt wurde (Zwischenbericht vom 23. Mai 2000).

Mit Schlussbericht vom 19. Juni 2000 teilte Dr. L. der Beklagten mit, der Kläger habe nur noch geringe Restbeschwerden bei maximaler Beugung des linken Kniegelenkes geschildert. Ein echter pathologischer Befund sei bei der klinischen Untersuchung nicht mehr zu erheben gewesen, so dass keine weitere Behandlung erforderlich sei. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) liege nicht vor. Die Beklagte zog vom Krankenhaus am R. den Operationsbericht vom 16. Mai 2000 nebst dem Histologiebefund des Facharztes für Pathologie Dr. H.-T. vom 19. Mai 2000 bei. Danach hatte sich nach der Punktion des linken Kniegelenkes ein blutig seröser Erguss entleert. Die Plica synovialis mediopatellaris sei sehr groß gewesen. Nachdem sich intraoperativ ein sehr ausgedehnter luxierter (eingeschlagener) Korbhenkelriss des Innenmeniskus gezeigt habe, seien der Korbhenkel entfernt, der Rest des Innen-meniskus geglättet und die Plica synovialis mediopatellaris abgetragen worden. Das vordere und das hintere Kreuzband seien nach dem Sichtbefund sowie nach Prüfung mit dem Tasthaken fest gewesen. Auch der Außenmeniskus habe sich unauffällig ge-zeigt. Dr. H.-T. hatte feingeweblich diskrete degenerative Veränderungen des untersuchten Meniskusgewebes mit umschriebenen Verquellungen der Grundsubstanz und kleinen Einreißungen gefunden und letztere als mögliche Hinweise auf eine frische Läsion gedeutet.

Auf Anfrage teilte der Praktische Arzt Dr. S.l, der Hausarzt des Klägers, der Beklagten am 12. September 2000 mit, der Kläger habe ihm gegenüber in den letzten drei Jahren keine Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes geschildert.

Mit Bescheid vom 2. Februar 2001 erkannte die Beklagte den Unfall vom 12. Mai 2000 mit einer folgenlos ausgeheilten Verstauchung des linken Kniegelenkes als Arbeitsun-fall an. Keine Unfallfolgen seien dagegen der Korbhenkelriss des linken Innenmeniskus sowie die (entfernte) Schleimhautfalte im Bereich des linken Kniegelenkes. Die Schleimhautfalte beruhe auf körpereigenen Veränderungen. Gegen eine unfallbedingte Hervorrufung des Korbhenkelrisses spreche der Unfallhergang, der in Auswertung der ermittelten medizinischen Befunde zu keiner Begleitverletzung des linken Knies geführt habe. Denn nach gesicherten unfallchirurgischen Erkenntnissen sei es auszuschlie-ßen, dass eine direkte und/oder indirekte Gewalteinwirkung auf ein Kniegelenk isoliert zu einem Korbhenkelriss des Innenmeniskus unter vollständiger Umgehung sämtlicher benachbarter und vorgelagerter Strukturen führe. Vielmehr gerate der Innenmeniskus erst dann unter Stress, wenn der Kapsel-Bandapparat und/oder die knöchernen Struk-turen (mit-)verletzt würden. Über den 14. Mai 2000 hinaus bestehe kein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Hiergegen legte der Kläger am 15. Februar 2001 Widerspruch ein und machte geltend, vor dem Unfall keinerlei Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes gehabt zu haben.

Ergänzend führte Dr. S. mit Schreiben vom 26. Februar 2001 gegenüber der Beklagten aus, bei dem Kläger, der sich seit Dezember 1991 in seiner Behandlung befinde, seien auch keine länger zurückliegenden Kniegelenksbeschwerden aktenkundig.

Nachdem die Beklagte von dem Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. L. eine beratende Stellungnahme eingeholt hatte, wies sie den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18. Juli 2001 als unbegründet zurück. Unter Vertiefung ihrer Darlegungen im angefochtenen Bescheid führte sie im Wesentlichen aus: Der Arbeitsunfall vom 12. Mai 2000 habe eine Verstauchung des linken Kniegelenkes verursacht, die innerhalb kürzester Zeit folgenlos ausgeheilt sei. Der Korbhenkelriss des linken Innenmeniskus sowie die (entfernte) Schleimhautfalte im linken Kniegelenk seien dagegen keine Unfallfolgen. Vielmehr sei ein bereits losgelöster und verlagerter Innenmeniskusanteil anlässlich des Unfalls in Konflikt mit der Gelenkmechanik geraten und als (vorbestehende) Schadensanlage manifest geworden.

Am 17. August 2001 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Halle Klage erhoben und sein Begehren weiter verfolgt. Zum Unfallhergang hat er ergänzend angegeben, er sei bei der Landung in der Weitsprunggrube mit dem linken Knie weggeknickt, habe ein Knacken verspürt und sei dann nach vorn gefallen. Da keine anderen Ursachen der bestehenden Meniskusschädigung ersichtlich seien, könne sie nur durch den Unfall bedingt sein.

Auf Antrag des Klägers hat das SG nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. H. auf Grundlage der ambulanten Untersuchung vom 17. Januar 2002 das Gutachten vom selben Tag erstatten lassen. Dr. H. hat zum Unfallhergang geschildert, der Kläger habe angegeben, er sei nach dem Absprung mit beiden Füßen auf dem sehr harten Sand gelandet, das linke Knie sei infolge des Aufpralls nach links zur Seite weggedreht, er sei auf das Gesäß gefallen und dann mit gebeugten Knien nach hinten umgekippt. Derzeit bestünden keine wesentlichen Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes; er komme auch bei sportlicher Belastung recht gut zurecht. Klinisch hat Dr. H. einen insgesamt unauffälli-gen Befund des linken Kniegelenkes vermerkt (keine Kapselschwellung, keine Krepitation (Gelenkknirschen), keine Meniskuszeichen, Extension/Flexion 0-0-135°) und im Ergebnis die Ansicht vertreten, der Korbhenkelriss des linken Innenmeniskus sowie eine Chondropathie des linken Femoro-Patellar-Gelenkes (Knorpelschaden im Kniescheiben-Oberschenkelgelenk) seien ursächlich auf den Unfall vom 12. Mai 2000 zurückzuführen. Hierfür spreche, dass beim Kläger vor dem Unfall nie Kniegelenksbe-schwerden bestanden hätten. Der Unfallhergang sei auch geeignet gewesen, einen Kniebinnenschaden zu verursachen. Denn bei ihm hätten Kräfte gewirkt, die zu drehenden und scherenden Bewegungen am Kniegelenk geführt hätten und den Meniskus in der Knochenzange zwischen Schienbeinkopf und Oberschenkelrolle zum Zerreißen gebracht hätten. Zwar würden Meniskusschäden in der Regel mit Kreuz- bzw. Seitenbandverletzungen einhergehen. Dies erlaube aber nicht den Umkehrschluss, isolierte Meniskusschäden träten nicht auf. Gerade bei Jugendlichen würden Begleitverletzungen im Allgemeinen nicht entstehen. Anerkannt sei die Mög-lichkeit einer isolierten Meniskusschädigung insbesondere bei einem so genannten Drehsturz, bei dem das gebeugte Kniegelenk mit rotiertem Unterschenkel bei fixiertem Fuß und/oder Unterschenkel plötzlich passiv in Streckung gezwungen werde. Entscheidend hierbei sei nicht die erzwungene passive Streckung bei fixiertem Unter-schenkel und/oder Fuß, sondern eine Beugung unter Gewalt mit seitlichem Wegdrehen des Kniegelenkes. Auch der im Operationsbericht vom 16. Mai 2000 angegebene blutig seröse Erguss deute auf eine traumatische Verletzung hin. Soweit in ihm an-sonsten regelrechte Verhältnisse angegeben seien, müsse davon ausgegangen wer-den, dass nicht ausreichend nach zusätzlichen Verletzungszeichen gesucht worden und die Befunderhebung durch die Operateure offensichtlich lax erfolgt sei. Der Histologiebefund vom 19. Mai 2000 könne zur Beurteilung des Ursachenzusammen-hangs nicht herangezogen werden, da in ihm lediglich eine diskrete Degeneration des Meniskusgewebes beschrieben worden sei. Zudem sei die histologische Beurteilung arthroskopisch gewonnenen Meniskusmaterials schwierig.

Die Beklagte hat zum Gutachten beratende Stellungnahmen von Dr. L. eingeholt und sich dessen Ausführungen vom 12. März 2002 und 17. Juni 2002 zu Eigen gemacht: Dr. H. habe sich den Sachverhalt passend gemacht, indem er unterstellt habe, die behandelnden Ärzte hätten Befunde, die seiner Meinung nach vorgelegen haben müssten, nicht erhoben oder übersehen. Degenerative Meniskusveränderungen würden in aller Regel klinisch stumm verlaufen, so dass die Beschwerdefreiheit vor dem Unfall kein Argument für einen Unfallzusammenhang sei. Da die Schleimhautfalte, die äußeren Gewalteinwirkungen keinerlei Widerstand entgegensetzen könne, die Einwirkung völlig schadlos überdauert habe, könne durch den Unfall vom 12. Mai 2000 keine messbare Gewalt auf den Kniebinnenraum gewirkt haben. Einziges Traumaindiz sei letztlich die intraoperativ gefundene und nicht aus dem Kapsel-Bandapparat stammende Blutbeimengung.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2002 hat Dr. H. an seiner Einschätzung festgehalten. Wenn Dr. L. am Unfalltag einen Kniegelenkerguss als ein Hauptsymptom eines Kniebinnenschadens nicht festgestellt habe, obgleich dieser schon am 16. Mai 2000 durch erfahrene Kniechirurgen gesichert worden sei, könne dies nur bedeuten, dass er den Erguss am 12. Mai 2000 übersehen habe. Ein geeigneter Unfallhergang eines Drehsturzes könne etwa auch die Beschleunigung des Körpers beim Abspringen von einem fahrenden Zug sein. Eine vergleichbare Konstellation liege hier vor. Ähnlich wie Vorlegekeile wirkten die Menisken biomechanisch den Schubbewegungen des Unterschenkels gegenüber dem Oberschenkel entgegen und würden hierbei zwangsläufig eingeklemmt. Komme es dann zu einer zusätzlichen Drehbewegung des Unterschenkels, werde der eingeklemmte Meniskusanteil einer Scherbewegung ausgesetzt und könne zerreißen. Die Schleimhautfalte habe dagegen keinerlei vergleichbare Funktion. Sie ziehe als deutlich ausgeprägte Verdickung oder sichelförmige weiche Struktur durch das innere Kniegelenkskompartiment und sei gut dehnbar sowie gleitfähig. Daher könne sie – außer bei offenen Verletzungen mit Kapselrissen – selbst extreme Kniegelenksbe-wegungen oder gar Luxationen (Verrenkungen) unbeschadet

überstehen. Im Übrigen spielten sich Überdehnungen der Bänder und der Gelenkkapsel im mikroskopischen Bereich ab, ohne dass äußere Verletzungszeichen hervortreten müssten. Deshalb sei es denkbar, dass entsprechende Befunde oder bone bruises (Knocheneinbrüche unterhalb des Knorpelniveaus) mittels Kernspintomographie (MRT) zu finden gewesen wären und sich insoweit die Frage einer isolierten Meniskusläsion gar nicht mehr gestellt hätte.

Mit Urteil vom 4. November 2002 hat das SG die Klage abgewiesen und hierzu in den Gründen ausgeführt: Der Kläger habe keinen Anspruch auf Anerkennung eines Korbhenkelrisses des linken Innenmeniskus als Unfallfolge. Denn diese Gesundheits-störung hänge nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit mit dem Arbeitsunfall vom 12. Mai 2000 zusammen. Das Unfallereignis sei vielmehr lediglich als Gelegenheitsursache anzusehen. Da verletzungsspezifische Veränderungen anderer Strukturen nicht gesichert seien und der intraoperativ gefundene blutig seröse Erguss nur von der Meniskusverletzung stammen könne, sei von einer isolierten Meniskusschädigung auszugehen. Ein solcher Schaden sei außerordentlich selten und setzte einen bestimmten Unfallmechanismus voraus. Geeignet seien insoweit etwa ein fluchtartiges Ausweichen unter Drehung des Oberkörpers bei fixiertem Fuß oder aber eine schwungvolle Körperdrehung beim hängen bleiben des Standbeines. Eine vergleichba-re Situation habe hier nicht vorgelegen. Beim Aufkommen auf dem harten Sand sei der Fuß des Klägers nicht etwa in einer tieferen Furche fixiert worden. Die von Dr. H. an-genommene Vergleichbarkeit mit einem Sprung aus einem fahrenden Zug gehe schon deshalb fehl, weil hierbei eine ungleich höhere Bewegungsenergie auf den Körper einwirke, als im Moment des Aufkommens in einer Weitsprunggrube.

Gegen das am 11. November 2002 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10. Dezember 2002 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Zur Begründung hat er sein bisheriges Vorbringen unter Berufung auf die Darlegungen von Dr. H. vertieft. Das Unfallgeschehen vom 12. Mai 2000 weise alle typischen Merkmale eines Drehsturzes auf. Unerheblich hierbei sei, ob er bei der Landung in der Weitsprunggrube nach vorn oder nach hinten gefallen sei. Das SG habe seine Entscheidung allein auf die vermeintliche Ungeeignetheit des Unfallereignisses gestützt und alle weiteren von Dr. H. angeführten Argumente nicht gewürdigt. Auch die im Berufungsverfahren betriebene weitere Sachaufklärung bestätige, dass der Arbeitsunfall vom 12. Mai 2000 wesentliche Ursache des Meniskusrisses sowie für weitere noch gar nicht aufgedeckte Verletzungen sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 4. November 2002 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 2. Februar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Juli 2001 abzuändern und festzustellen, dass auch der Korbhenkelriss des Innenmeniskus im linken Kniegelenk Folge des Ar-beitsunfalls vom 12. Mai 2000 war.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 4. November 2002 zurückzuweisen.

Sie hält ihre angefochtenen Bescheide und das diese bestätigende Urteil des SG für zutreffend.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten über den Kläger beigezogen. Wei-terhin hat er von dem Facharzt für Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin Prof. Dr. R. (Zentrum für Chirurgie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) das Gutachten nach Aktenlage vom 30. November 2003 mit Auswertung der Röntgen-bilder der Kniegelenke vom 22. Dezember 2003 eingeholt. Der Gutachter hat im Ergebnis eingeschätzt, die Meniskusläsion sei keine Folge des Arbeitsunfalls vom 12. Mai 2000. Verletzungsspezifische Befunde seien weder klinisch, intraoperativ noch histologisch bestätigt worden. Auch radiologisch seien Begleitverletzungen im Kapsel-Bandbereich des linken Kniegelenkes auszuschließen. Denn der Befund vom 22. Dezember 2003 zeige keine Anhaltspunkte für Bandverletzungen im Bereich des linken Kniegelenkes im Sinne einer periartikulären (um ein Gelenk herum gelegenen) Verkalkung oder eines Stiedaschen Fleckschattens (schalenförmiger Kalkschatten im Bereich des Ansatzes des inneren Seitenbandes, der posttraumatisch auftritt). Auch die Eminentia interkondylica (Ansatzstelle der Kreuzbänder an den Knochenerhebun-gen zwischen den Gelenkflächen) weise keine Hinweise auf abgelaufene Kreuzband-verletzungen auf. Im Seitenvergleich sei allenfalls eine etwas vermehrte Sklerosierung (Knorpelverhärtung) im Bereich der Patellarückfläche links gegenüber rechts als gewisses Zeichen einer unfallunabhängigen Chondropathia patellae (= Chondropathie des Femoro-Patellar-Gelenkes) zu erkennen. Auszugehen sei damit von einer isolierten Meniskusschädigung bei indirekter Gewalteinwirkung ohne Mitbeteiligung von Kapsel-Bandstrukturen. Beim Drehsturz werde die Bewegung im Kniegelenk brüsk und wuchtig unterbrochen. Hierbei reiche es nicht aus, dass der Fuß durch das Körpergewicht und/oder eine unfallverhütende Schuhsohle am Boden hafte. Vielmehr bedürfe es eines unüberwindlichen äußeren Bewegungshindernisses, wie etwa das Hängen bleiben in einer Wagenfurche. Das Aufkommen in einer Weitsprunggrube führe dagegen in keinem Fall zu einer vollständigen Fixierung des Fußes. Ein verletzungsspezifischer Schadensmechanismus scheide damit vorliegend aus. Da es somit am Erfordernis einer unphysiologischen Belastung fehle, bestehe allein ein zeitlicher Zusammenhang im Sinne einer Manifestation des Meniskusschadens bei der versicherten Tätigkeit. Auch aus dem im Arthroskopiebericht vom 16. Mai 2000 angegebenen blutig serösen Erguss folge nichts anderes. Bei einem Korbhenkelriss handele es sich um einen Riss in der Mitte des Meniskus, also in einem nicht durchbluteten Areal. Damit könne die Blutbeimengung nicht vom Meniskus herrühren. Da intraoperativ auch alle anderen Blutungsmöglichkeiten ausgeschlossen worden seien, komme als Ursache der erfolgte operative Eingriff selbst in Frage. Denn bei ihm müsse die gut durchblutete Gelenkinnenhaut durchstoßen werden.

Auf nochmaligem Antrag des Klägers hat der Senat nach § 109 SGG den Chefarzt der Klinik für Unfall-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des S.-Krankenhauses N. Prof. Dr. S. nach Aktenlage das Gutachten vom 3. Februar 2005 erstatten lassen. Prof. Dr. S. hat eingeschätzt, der Meniskusriss sei – neben weiteren bisher noch nicht feststehenden ernsthaften Verletzungen – wesentlich durch den Unfall vom 12. Mai 2000 verursacht worden. Auch die geringgradige Chondropathia patellae sei Unfallfolge. Ein geeigneter Verdrehmechanismus mit abrupter Abbremsung einer hohen beschleunigten Last habe vorgelegen. Schon gegenüber Dr. L. habe der Kläger eine Verdrehung des Kniegelenkes angegeben. Der D-Arzt habe auch ein positives vorderes Schubladenphänomen als Beweis einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes und einer Mitverletzung des Seitenbandes befundet. Die Einschätzung von Dr. H., Dr. L. habe einen tastbaren Erguss übersehen, überzeuge nicht. Denn ein solcher Erguss entstehe nur bei einer relevant starken Einblutung. Die Qualität des am 16. Mai 2000 als blutig serös beschriebenen Ergusses habe dann aber rein blutig sein müssen. Da die Blutbeimengung nicht aus der so gut wie nicht mit Blutgefäßen versorgten mitt-leren Meniskuszone, die bei einem Korbhenkelschaden aufreiße, ausgetreten sein könne, müsse das Blut

vom vorderen Kreuzband stammen. Der schlecht einzusehende Kreuzbänderbereich sei bei der offensichtlich oberflächlichen Arthroskopie vernachläs-sigt worden, so dass ein inkompletter Riss des vorderen Kreuzbandes, der gerade bei Jugendlichen nicht selten vorkomme, übersehen worden sei. Abschließend hat Prof. Dr. S. geraten, eine komplette manuelle Stabilitätsprüfung des Kniegelenkes un-ter Berücksichtigung des Innenseitenbandes mit bildgebender Dokumentation von In-stabilitäten durchzuführen, darüber hinaus eine Objektivierung der Muskelleistungsfä-higkeit mittels Biodex-Messgerätes angeregt und schließlich eine MRT-Untersuchung des vorderen Kreuzbandes empfohlen. Die Beklagte hält die Darlegungen von Prof. Dr. S. für nicht nachvollziehbar. Der Unfallhergang erfülle nicht andeutungsweise die Kriterien eines Drehsturzes. Die Menisken gerieten erst unter Stress, wenn der Kapsel-Bandapparat verletzt werde. Hierfür fänden sich vorliegend keine Anzeichen. Insbesondere habe Prof. Dr. R. periartikuläre Verkalkungen als Hinweise für unfallbedingte Verletzungen des Kapsel-Bandbereiches bzw. der Kreuzbänder radiologisch ausgeschlossen. Daneben seien die Kreuzbänder im Operationsbericht vom 16. Mai 2000 als fest deklariert worden. An dieser Aussage zu zweifeln, bestehe kein Anlass. Wenn sich auch in der sonstigen medizinischen Dokumentation keine Aussagen zu Verletzungen des inneren Seiten-bandes fänden, beruhe dies auf dem Fehlen entsprechender Anhaltspunkte.

Mit Schreiben vom 23. März 2005 hat die Beklagte den Befundbericht des Prof. Dr. S. vom 15. März 2005 vorgelegt. Hierin hat Prof. Dr. S. ein raumgreifendes und rhythmisches Gangbild des Klägers beschrieben und als Ergebnis seiner klinischen Untersuchung seitengleich unauffällige äußere Kniegelenkstrukturen ohne Gelenkergüsse, positive Meniskuszeichen, Druckschmerzen, Beinlängen- und muskulären Umfangdifferenzen sowie eine beidseitig freie Beweglichkeit mit 0-0-145° festgehalten. Bei der Prüfung des Kapsel-Bandapparates habe sich beidseitig eine Stabilität der Außen- und Innenseitenbänder gezeigt. Abschließend hat Prof. Dr. S. einen Zustand nach Innenmeniskushinterhornresektion diagnostiziert und eine relevante Instabilität am linken Kniegelenk verneint.

Nachdem der Senat Prof. Dr. S. mit Verfügungen vom 19. Mai 2005 und 15. September 2005 ohne Reaktion zu einer ergänzenden Auseinandersetzung mit dem Vorbringen der Beklagten aufgefordert hatte, hat er schließlich von dem Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. S. das Gutachten vom 23. Oktober 2006 eingeholt. Der Kläger hat anlässlich der am 4. September 2006 durchgeführten ambulanten Untersuchung angegeben, auch gegenwärtig aktiv Fußball zu spielen. Ein Instabili-tätsgefühl im Bereich des linken Kniegelenkes bestehe nicht. Auch das Treppenstei-gen bereite keine Probleme. Lediglich dann, wenn er bei längeren Autofahrten, etwa beim Treten der Kupplung, das linke Knie strecke, verspüre er ein Knacken. Auch liege im linken Kniegelenk eine gewisse Wetterfühligkeit vor, wenngleich diese nicht mit Schmerzen verbunden sei. Klinisch hat Dr. S. unauffällige Kniegelenkstrukturen beidseitig mit seitengleich uneingeschränkter Beweglichkeit gefunden. Eine Kniege-lenkergussbildung sei ebenso wenig nachweisbar wie positive Meniskuszeichen oder aber eine Instabilität der Kapsel-Bandführung. Die peripheren Reflexe der unteren Gliedmaßen seien beidseitig regelrecht auslösbar; Sensibilitätsstörungen bestünden nicht. Röntgenologisch seien seitengleiche Normalbefunde beider Kniegelenke mit regelrechten Gelenkspalten, glatten Gelenkflächen der Oberschenkelrollen und Schienbeinköpfe sowie unauffälligen Kniescheiben in zentrierter Lage mit glatten Gelenkflächen und Kniescheibengleitlagern zu erkennen. Als Diagnosen hat der Sachverständige einen Teilverlust des linken Innenmeniskus bei Korbhenkelschaden sowie einen Verlust der Plica synovialis am linken Kniegelenk jeweils nach operativen Entfernungen am 16. Mai 2000 festgehalten. Dagegen sei eine Chondropathie des Femoro-Patellar-Gelenkes weder nach dem Operationsbericht vom 16. Mai 2000 noch aus den übrigen klinischen und röntgenologischen Befunden herzuleiten. Da sowohl nach den von Prof. Dr. S. im Bericht vom 15. März 2005 dokumentierten als auch nach den aktuell erhobenen klinischen Befunden keine Instabilität im Bereich des linken Kniegelenkes bestehe, sei auch eine Schädigung der am 16. Mai 2000 arthroskopisch fest befundeten Kreuzbänder auszuschließen. Im Ergebnis hat Dr. S. eingeschätzt, dass es anlässlich des Unfalls vom 12. Mai 2000 lediglich zu einer Manifestation eines vorbestehenden Korbhenkelschadens des linken Innenmeniskus gekommen sei. Ein unfallbedingter Ursachenanteil an diesem Geschehen bestehe nicht. Hiergegen sprächen der ungeeignete Unfallhergang, das Fehlen verletzungstypischer Veränderungen sowie das degenerative Schadensbild mit dem pathologisch gesicherten Nachweis einer Degeneration. Beim Weitsprung komme es zu einer reinen Vorwärtsbewegung. Eine Feststellung des Fußes bei der Landung sei schon deshalb auszuschließen, weil der Kläger nach seinen Angaben auf harten Grund getroffen sei. Abgesehen davon, dass ein Vergleich des vorliegenden Unfallgesche-hens mit dem Sprung von einem fahrenden Zug absurd sei, führe ein Drehsturz auch nicht zu einer isolierten Korbhenkelschädigung des Innenmeniskus, wie sie beim Kläger bestanden habe. Vielmehr bewirke ein Drehsturz einen randständigen Menis-kusriss, da von hier die anzunehmende Gewalteinwirkung auf den Meniskus ausgehe. Demgegenüber habe Prof. Dr. S. – ebenso wie zuvor bereits Dr. H. – einen Ereignis-hergang konstruiert, der mit den aktenkundigen Tatsachen nicht im Einklang stehe. Er habe gravierende Grundprinzipien der medizinischen Begutachtung völlig außer Acht gelassen, eine Fülle kaum nachvollziehbarer Ideen ausgebreitet und Spekulationen darüber angestellt, ob der Unfall über einen Korbhenkelschaden hinaus noch weiter-gehende Verletzungen verursacht habe. In seinem Befundbericht vom 15. März 2005 habe Prof. Dr. S. seine Vermutungen dann selbst widerlegt und zutreffend allein einen Zustand nach Innenmeniskushinterhornresektion diagnostiziert. Äußere Verletzungs-zeichen wie Weichteilwunden, Hautabschürfungen oder Prellmarken seien nicht do-kumentiert; ein relevanter Erguss sei am 12. Mai 2000 ausgeschlossen worden. Die am 16. Mai 2000 gefundene Blutbeimengung im serösen Gelenkerguss, deren Ursache letztlich ungeklärt sei, könne nicht als Traumaindiz gewertet werden. Da eine Blutung aus dem Korbhenkelschaden des Meniskus weitgehend auszuschließen sei und andere Ursachen nicht beschrieben worden seien, komme der Stichkanal der Arthroskopie als plausible Erklärung in Betracht. Ein Korbhenkelschaden sei ein typisch degeneratives Schadensbild, das vorzugsweise im fünften Lebensjahrzehnt auftrete, auch bei Jugendlichen jedoch keine Ausnahmen bilde. Bei einem Korbhenkelriss handele es sich um eine längsverlaufende randparallele Rissbildung innerhalb des apfelsinenscheibenförmigen Meniskus. Ein solcher Schaden entstehe nicht plötzlich durch eine äußere Einwirkung, sondern entwickle sich über einen längeren Zeitraum hinweg aus einem kleinen Längsriss. Schreite der Riss zum Meniskusrand fort, komme es zu einem so genannten Lappenriss. Setze sich der Riss dagegen innerhalb des Meniskus fort, entstehe ein Korbhenkelschaden. Solche Schäden könnten lange Zeit unbemerkt bleiben, bis es mit oder ohne äußeren Anlass bei einer allfälligen Bewegung des Kniegelenkes zu einem Einschlagen des inneren Teils des Korbhenkels komme. Dieses Einschlagen des Korbhenkels in das Kniegelenksinnere mit oder ohne Einriss des inneren Teilstücks des Korbhenkels führe in aller Regel zu einer akuten Symptomatik in Form von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Eine äußere Einwirkung sei daher niemals Ursache des Korbhenkelschadens, sondern allenfalls Anlass für das Einschlagen des Korbhenkels in das Kniegelenksinnere und damit der Manifestation eines vorbestehenden Schadensbildes. Bei dem Kläger, der bereits seit dem achten Lebensjahr regelmäßig im Verein Fußball spiele, habe eine einschlägige Disposition vorgelegen. Die im Histologiebefund angenommenen Hinweise auf eine frische Läsion dürften schon deshalb nicht als Beleg einer traumatischen Ursache der Meniskusschädigung missverstanden werden, weil jedes Gewebestück im Augenblick seiner Verletzung unabhängig von der wirklichen Ursache frische Zeichen aufweise.

Im Termin der nichtöffentlichen Sitzung des Senats am 13. März 2008 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung des Rechtsstreits ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der Beratung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

I. Der Senat konnte gemäß § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil die Beteiligten sich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben.

Die nach den §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG statthafte, form- und fristgerecht erhobe-ne (§ 151 Abs. 1 SGG) sowie auch ansonsten zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat das gemäß den §§ 54 Abs. 1, 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG als kombinierte Anfech-tungs- und Feststellungsklage zulässige Begehren des Klägers im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Denn die Beklagte hat zutreffend entschieden, dass der Korbhenkelriss des Innenmeniskus im linken Kniegelenk keine zusätzliche Folge des Arbeitsunfalls vom 12. Mai 2000 war. Ihr Bescheid vom 2. Februar 2001 in der Gestalt des Wider-spruchsbescheides vom 18. Juli 2001 ist deshalb nicht zu beanstanden und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten (§ 54 Abs. 2 SGG).

Eine nachgewiesene Gesundheitsstörung ist Folge eines Arbeitsunfalls, wenn sie durch ihn verursacht worden ist (§ 8 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII). Zwischen dem Unfallereignis und der als zusätzliche Arbeitsunfallfolge geltend gemachten Gesundheitsstörung muss – entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden – ein Zusammen-hang im Sinne einer haftungsausfüllenden Kausalität bestehen (vgl. Bundessozialge-richt (BSG), Urteil vom 12. April 2005 – B 2 U 11/04 R – BSGE 94, 262 ff.). Hieran fehlt es vorliegend. Die vom Kläger geltend gemachte Gesundheitsstörung ist nach Überzeugung des Senats deshalb keine zusätzliche Folge des Arbeitsunfalls vom 12. Mai 2000, weil der am 16. Mai 2000 arthroskopisch gesicherte und behobene isolierte Korbhenkelriss des Innenmeniskus im linken Kniegelenk nicht mit hinreichen-der Wahrscheinlichkeit wesentlich auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen ist. Der Senat hat zunächst keine Zweifel, dass der versicherte Bewegungsablauf vom 12. Mai 2000 im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne (Bedingungstheorie) zwar eine nicht hinwegzudenkende Bedingung (conditio-sine-qua-non) für das Hervortreten der Korbhenkelschädigung war, die entsprechende Symptomatik also ausgelöst hat. Sofort nach der Landung in der Weitsprunggrube verspürte der Kläger eine akute Funktionseinschränkung. Diese hat Dr. L. bei der Erstuntersuchung um 12.45 Uhr, und damit im zeitlichen Zusammenhang zum Unfallereignis, in Form der von ihm gefundenen positiven Meniskuszeichen, der nicht unerheblichen Bewegungsein-schränkung des linken Kniegelenkes sowie des Druckschmerzes im Bereich des medialen Kniegelenkspaltes links auch objektiv bestätigt.

Ein solcher (einfacher) Zusammenhang reicht indes im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung für die Bejahung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem angeschuldigten Unfall und der geltend gemachten Gesundheitsstörung – und damit für die Feststellung des Korbhenkelrisses als Arbeitsunfallfolge – nicht aus. Denn die hier geltende "Theorie der wesentlichen Bedingung" setzt vielmehr voraus, dass das versicherte Geschehen nicht nur irgendeine Bedingung in der Kette der Faktoren für die Entstehung des Gesundheitsschadens, sondern die wesentliche Ursache war (vgl. KassKomm-Ricke, Stand Dezember 2007, § 8 SGB VII Rn. 4 und 15 m.w.Nw.). Rechtlich erheblich ist deshalb nur diejenige Ursache, die bei wertender Betrachtung zumindest als gleichwertige Mitursache einen wesentlichen Einfluss auf den Eintritt des Gesundheitsschadens gehabt hat. Von einer Wesentlichkeit im Rechtssinne kann allerdings dann nicht ausgegangen werden, wenn ein anderer (unversicherter) Umstand einen überwiegenden kausalen Einfluss auf den Eintritt des Schadens hatte. Das bedeutet, dass ein Gesundheitsschaden einem Versicherungsfall (hier dem Arbeitsunfall) selbst dann nicht rechtlich zugerechnet werden kann, wenn das versicherte Geschehen zwar geeignet war, den Schadenseintritt zu verursachen, und ihn als letzte Bedingung in der Kausalkette gelegentlich der versicherten Tätigkeit bewirkt hat (Adäquanztheorie), es jedoch keine wesentliche Bedeutung hatte (Auslöser bzw. Gelegenheitsursache). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Erfolges (Gesundheitsschaden) wertend abgeleitet werden. Gesichtspunkte hierfür sind Art und Ausmaß der versicherten Einwirkung sowie der konkurrierenden Ursachen, der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Versicherten nach dem Unfall, die Krankheitsgeschichte unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Erkenntnisse sowie ergänzend auch der Schutzzweck der Norm. Abzustellen ist hierbei auf den Beweismaßstab der hinreichenden Wahrschein-lichkeit. Sie liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (siehe BSG, Urteil vom 12. April 2005 – B 2 U 27/04 R – SozR 4-2700 § 8 Nr. 15; Urteil vom 9. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R – SozR 4-2700 § 8 Nr. 17).

Anknüpfend hieran ist der Senat in Auswertung der ermittelten medizinischen Anknüpfungstatsachen bei der gebotenen wertenden Betrachtung zu der Überzeugung gelangt, dass das versicherte Geschehen vom 12. Mai 2000, nämlich der Sturz des Klägers bei der Landung in der Weitsprunggrube, nicht mit hinreichender Wahrschein-lichkeit die rechtlich wesentliche Ursache für den Korbhenkelriss des Innenmeniskus im linken Kniegelenk war. Dieser Schaden kann damit nicht als Arbeitsunfallfolge festgestellt werden. Denn es spricht mehr gegen als für eine solche Kausalität. Überwiegende konkurrierende – aber nicht versicherte – Ursache für den Eintritt der Gesundheitsstörung war vielmehr der Verschleißzustand des Meniskus. Dieser ist auch im Sinne des insoweit erforderlichen Vollbeweises (mit an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit) gesichert. Denn einerseits ist intraoperativ eine ausgedehnte Korbhenkelschädigung als typische Form einer degenerativen Veränderung befundet worden. Andererseits hat auch der histologische Befund des zeitnah zum Unfall entnommenen Meniskusmaterials eine Degeneration des Innenmeniskus belegt. Diese Tatsachen sprechen für eine so weit fortgeschrittene Vorschädigung und Verletzungs-bereitschaft des Meniskus, dass der angeschuldigte Bewegungsablauf die Rissbildung zum Vorschein hat treten lassen und die Symptomatik hat auslösen können. Der Senat stützt sich bei dieser Bewertung auf das Gesamtergebnis der Beweisaufnahme und hierbei insbesondere auf die Darlegungen der Sachverständigen Prof. Dr. R. und Dr. S ... Beide Gutachter haben – im Gegensatz zu Dr. H. und Prof. Dr. S. – unter Berücksichti-gung des Ereignishergangs, der klinischen und radiologischen Befunde, des Krank-heitsverlaufs und des Schadensbildes, der intraoperativen und feingeweblichen Fest-stellungen sowie der physiologischen Funktion der Menisken und der biomechanisch-anatomischen Abläufe eine in sich schlüssige und nachvollziehbare Begründung ihrer Folgerungen gegeben. Ihre einleuchtenden Erläuterungen, warum das angeschuldigte Geschehen einen gesunden Innenmeniskus nicht isoliert zerreißen konnte, stehen zudem im Einklang mit den aktuellen medizinischen Erkenntnissen.

1. Schon der vorliegende Unfallhergang in Verbindung mit den Erstbefunden spricht gegen eine unfallbedingte Entstehung der hier dokumentierten isolierten Innenmeniskusschädigung. Wegen Fehlens eines geeigneten verletzungsspezifischen Schadensmechanismus ist

eine traumatische Verursachung bereits im Sinne der Adäquanztheorie unwahrscheinlich.

Nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen setzt ein Trauma, das isoliert und ausschließlich einen Meniskus treffen und verletzen kann, einen ganz speziellen Ablauf voraus. Denn traumatische Meniskusverletzungen gehen in der Regel mit knöchernen Veränderungen und Begleitverletzungen des Kapsel-Bandapparates einher. Erst wenn dieser seine Funktion als primärer Gelenkstabilisator – verletzungsbedingt – nicht mehr voll erfüllen und den Roll-Gleit-Vorgang der Oberschenkelrolle auf dem Schienbeinpla-teau führen kann, insbesondere eine Kreuzbandläsion (Schubladenphänomen) vorliegt, können die Menisken durch ihr Einklemmen in der Gelenkmechanik unter Stress geraten und infolge durchdringender Einwirkungen zerreißen (siehe Ludolph, in: ders./Lehmann/Schürmann, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Stand Dezember 2007, Band 3, Abschn. VI-1.2.1, S. 3). Notwendige Voraussetzung eines isolierten traumatischen Meniskusrisses ist deshalb, dass ein Geschehen mit Verwindung des gebeugten Kniegelenkes im Sinne eines Drehsturzes abgelaufen ist. Ein solcher Fall kann entweder bei einer passiven Rotation des gebeugten Kniegelenkes oder einer plötzlichen Streckung des gebeugten und rotierten Unterschenkels vorliegen. Geeignete Hergange hierfür sind eine fluchtartige Ausweichbewegung unter Drehung des Oberkörpers bei fixiertem Fuß, ein Sturz bei fixiertem Fuß des Standbeins, eine schwungvolle Körperdrehung beim hängen bleiben des Standbeines (z.B. beim Hoch-sprung oder Fußball), der Absprung von einem fahrenden Zug oder etwa – beim Streckmechanismus – die Feststellung des Fußes in einer Furche, einem Rost oder zwischen Maschinenteilen mit starker Drehung des Oberkörpers. Für die Fixierung genügt es nicht, dass der Fuß/Unterschenkel allein durch das Körpergewicht und/oder eine Schuhsohle am Boden haftet. Erforderlich ist vielmehr ein unüberwindliches äuße-res Hindernis. Der isolierte Riss wird bei derartigen Abläufen dadurch bewirkt, dass bei gebeugtem Kniegelenk der Unterschenkel wegen seiner Fixierung dem Drehschwung des Körpers nicht folgen kann bzw. der rotierte Unterschenkel bei fixiertem Ober-schenkel gewaltsam und übermäßig gedreht/gestreckt wird. Ungeeignete Ereignisse sind dagegen neben einer direkten Krafteinwirkung auf das Knie (z.B. Sturz auf das Knie) insbesondere eine isolierte Streckung des Kniegelenkes mit Krafteinwirkung auf das Kniegelenk in Streckstellung, eine (axiale) Gelenkstauchung (z.B. nach einem Ab-sprung beim Aufkommen auf den Füßen) oder ein Wegrutschen des Fußes mit Kraft-einwirkung auf das Kniegelenk ohne gleichzeitiges Verdrehen und Fixierung. Bei derar-tigen Hergangen kann ein isolierter Meniskusriss nur infolge seines degenerativen Vor-schadens auftreten (siehe Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufs-krankheit, 7. Aufl., Abschn. 8.10.5, S. 691-694; Ludolph, a.a.O., S. 9 und 10; jew. m.w.Nw.).

a) Unter Berücksichtigung dessen ist ein geeigneter Drehsturzmechanismus mit einer passiven Verwindung des gebeugten linken Unterschenkels des Klägers bzw. seiner plötzlichen Streckung entgegen Dr. H. (und ihm folgend Prof. Dr. S.) hier ausgeschlos-sen. Denn einerseits hat Dr. H. die anatomisch-funktionellen Abläufe in seiner ergän-zenden Stellungnahme vom 12. April 2002 verkürzt dargestellt. Die Menisken begren-zen bei intakter Kapsel-Bandführung eben nicht ständig hemmschuhartig die Schub-bewegungen zwischen dem Ober- und Unterschenkel, so dass sie – quasi zwangsläu-fig – eingeklemmt werden. Einem entsprechenden Stress werden sie gerade erst bei einer Begleitverletzung der Kapsel-Bandführung ausgesetzt (s.o.). Ihre Hauptfunktion besteht vielmehr in der Verteilung des Oberschenkeldrucks auf eine größere Kontakt-fläche des Schienbeinkopfes, dem pufferartigen Ausgleich von Inkongruenzen der Oberschenkel- und Schienbein-Gelenkflächen sowie der Erhöhung der Stauchungs-elastizität des Kniegelenkes (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.1, S. 686 und 687; Ludolph, a.a.O., S. 2 und 3). Andererseits hat Dr. H. im Gegensatz zum herrschenden medizinischen Erfahrungswissen die entscheidende Bedeutung der notwendigen Fixierung negiert. Eine solche hat hier sowohl im Hinblick auf die im Wesentlichen gleichlautenden Angaben des Klägers vom Unfalltag, vom 1. Juni 2000 sowie vom 4. November 2002 als auch bei Zugrundelegung der durch Dr. H. wieder-gegebenen Schilderung des Unfallereignisses vom 17. Januar 2002 gefehlt. Denn beide Konstellationen sind in den entscheidenden Aspekten identisch. Nach der ersten Variante kam der Kläger nach dem Absprung zuerst mit dem linken Fuß in der teilweise harten Sandgrube auf, ist mit diesem bzw. dem linken Kniegelenk infolge der Landung weggeknickt und dann nach vorn gefallen, ohne dabei auf das linke Knie aufzutreffen. Der Unterschied der zweiten Variante besteht lediglich in der mit beiden Füßen erfolgten Landung sowie dem Umfallen nach hinten anstatt nach vorn. Damit steht jeweils fest, dass sich der Kläger in reiner Vorwärtsbewegung befand, keine direkte Gewalt auf das linke Knie getroffen ist und wegen des Aufkommens auf dem harten Untergrund weder der Fuß, der Unterschenkel noch der Oberschenkel fixiert waren. Ein derartiger Hergang mit indirekter Krafteinwirkung auf ein Kniegelenk entspricht keinem der zuvor genannten verletzungsspezifischen Schädigungsmecha-nismen, die unter vollständiger Umgehung sämtlicher benachbarter und vorgelagerter Strukturen ausnahmsweise geeignet sind, ohne makroskopische Begleitverletzungen einen gesunden Innenmeniskus isoliert zu zerreißen. Vielmehr passt das Aufkommen in der Weitsprunggrube nach dem Absprung zu dem Bild der klassisch ungeeigneten Gelenkstauchung.

b) Nicht nur das Fehlen einer geeigneten unphysiologischen Belastung, sondern auch das Nichtvorliegen verletzungstypischer Veränderungen sowie die Form des Schadensbildes selbst stehen der Annahme eines Drehsturzmechanismus entgegen. Wenngleich es bei einem Drehsturz ausnahmsweise biomechanisch begründbar ist, dass keine makroskopisch objektivierbaren Verletzungszeichen am Kapsel-Band-apparat auftreten, müssen zumindest geringe Hinweise auf seine Mitbeteiligung (z.B. Einrisse des Unterhautzellgewebes und der Gelenkinnenhaut mit Einblutungen) vorliegen. Denn es gibt zwar einen isolierten Meniskusschaden, jedoch keinen isolierten Meniskusriss ohne verletzungsspezifische Veränderungen an anderen Strukturen (Schönberger/Mehrtens /Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.4.2.2, S. 698). Entsprechende Indizien sind hier nicht belegt. Dr. L. hat als Ergebnis seiner Untersu-chung am Unfalltag weder Schürfwunden oder Hämatome noch einen relevanten Erguss festgestellt. Entgegen Dr. H. ist auch die bei der Arthroskopie am 16. Mai 2000 gefundene Blutbeimengung im serösen Erguss kein Hinweis auf eine traumatische Zerreißung des Innenmeniskus. Neben Prof. Dr. R. und Dr. S. hat – insoweit zutreffend – auch Prof. Dr. S. darauf hingewiesen, dass der Blutaustritt nicht vom Korbhenkelschaden selbst herrühren kann. Denn bei einem Korbhenkelriss handelt es sich um einen Riss in der bindegewebigen Mitte der faserknorpeligen und halbmondförmigen Meniskusscheibe, die nicht mit Blutgefäßen versorgt ist (Schönber-ger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.1, S. 688 und Abschn. 8.10.5.4.2.6, S. 700; Ludolph, a.a.O., S. 2). Da intraoperativ ein unauffälliger Außenmeniskus, intakte Kreuzbänder und auch keine anderen Blutungsquellen beschrieben worden sind und sich insbesondere für die von Prof. Dr. S. angestellte Vermutung einer inkompletten Kreuzbandschädigung, deren Nichtfeststellung er den Operateuren schlicht unterstellt hat, auch nachfolgend keine Bestätigung fand, kommt als plausible Erklärung der Blutbeimengung der Stichkanal der erfolgten operativen Gelenkspiege-lung selbst in Frage. Bei ihr muss nämlich die gut durchblutete Gelenkinnenhaut durchstoßen werden. Ferner ist auch der Histologiebefund vom 19. Mai 2000 als Beleg verletzungsspezifischer Veränderungen unergiebig. Wegen des ausschließlich untersuchten Meniskusmaterials kann er allein zum geschädigten Meniskus selbst Auskunft geben. Die von Dr. H.-T. festgestellten frischen Läsionshinweise sind jedoch schon deshalb nicht in Richtung einer im Wesentlichen traumatischen Verursachung des Korbhenkelschadens belastbar, weil jedes Gewebestück im Augenblick seiner Verletzung frische Zeichen aufweist und nicht in Zweifel steht, dass der Innenmenis-kus im Zeitpunkt des Unfallereignisses betroffen wurde. Letztlich spricht auch die Form des Schädigungsbildes gegen einen Drehsturz. Denn ein solcher bewirkt gerade keine Rissbildung in Form eines Korbhenkels, wie er beim Kläger bestanden hatte. Kennzeichen einer traumatischen (Mit-) Beteiligung des Meniskus ist vielmehr

ein randständiger Ein-, Quer- oder Lappenriss, wie Dr. S. im Einklang mit dem medizini-schen Erfahrungswissen dargelegt hat (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.4.2.8, S. 703).

2. Überdies lässt sich eine im Wesentlichen durch den Unfall vom 12. Mai 2000 verursachte Korbhenkelschädigung auch nach den klinischen und bildgebenden Folgebefunden nicht wahrscheinlich machen. Da ein Drehsturzmechanismus auszuschließen ist, wären als Voraussetzung einer unfallbedingten Meniskusverlet-zung bei dem Kläger entsprechend der geltenden medizinischen Erfahrung knöcherne Schädigungen und/oder Kapsel-Bandveränderungen mit einem Stabilitätsverlust des Gelenkes zu erwarten gewesen (s.o.). Bleiben dagegen sämtliche benachbarte und umgebende Strukturen unbeeinträchtigt, ist dies ein starkes Indiz gegen eine traumatische Ursache. So liegt es hier. Denn Hinweise für makroskopische Begleitverletzungen sind auch nicht ansatzweise dokumentiert.

Röntgenologisch hat Dr. L. knöcherne Verletzungen bereits am 15. Mai 2000 ausgeschlossen. Der aufgrund des positiven vorderen Schubladenphänomens von ihm zunächst geäußerte Verdacht auf das Vorliegen einer Schädigung des vorderen Kreuzbandes konnte bei der arthroskopischen Untersuchung am Folgetag ebenso wenig bestätigt werden wie bei den klinischen und radiologischen Befunderhebungen im weiteren Verlauf. So hat Prof. Dr. S. die von Dr. H. am 17. Januar 2002 festgehaltenen unauffälligen klinischen Befunde am 15. März 2005 bestätigt (kein Erguss, keine positiven Meniskuszeichen, Druckschmerzen, Beinlängen- und Umfangdifferenzen sowie beidseitig freie Beweglichkeit) und eine Instabilität des linken Kniegelenkes ausdrücklich ausgeschlossen. Auch Dr. Springer hat am 4. September 2006 bei der von ihm durchgeführten ambulanten Untersuchung neben unauffälligen Kniegelenkstrukturen ohne Ergussbildung oder Meniskus- und Instabilitätszeichen eine seitengleich uneingeschränkte Beweglichkeit gefunden. Der von Prof. Dr. R. ausgewertete bildgebende Befund vom 22. Dezember 2003 erbrachte keine Anhaltspunkte, die auf eine unfallbedingte Mitbeteiligung des Kapsel-Bandapparates rückschließen lassen. Denn der Sachverständige hat weder periartikuläre Verkalkungen noch einen Stiedaschen Fleckschatten oder aber eine Auffälligkeit der Eminentia interkondylica als mögliche Hinweise auf abgelaufene Seiten- oder Kreuzbandverletzungen erkennen können. Seine Befundbewertung hat Dr. S. dann am 4. September 2006 radiologisch bestätigt. Die danach fehlende Schädigung weiterer Strukturen widerlegt nicht nur eine massive Gewalteinwirkung durch das angeschuldigte Trauma. Sie macht es neben dem bereits an sich ungeeig-neten Unfallhergang sehr unwahrscheinlich, dass das Aufkommen in der Weitsprung-grube außer zu einer Stauchung isoliert den Innenmeniskus in Mitleidenschaft gezogen und zu seiner Zerreißung geführt haben soll. Gerade auch die regelrecht befundeten Kreuz- und Seitenbänder sprechen deutlich gegen eine im Wesentlichen traumatische Mitbeteiligung des Innenmeniskus. Denn die bogenförmig die Gelenkflächen des Schienbeinkopfes umkreisenden Menisken sind mit ihren freien Enden (Vorder- und Hinterhörner) hinter bzw. vor der Kreuzbandhöckerplatte verankert, wobei die Menis-kushinterhörner mit den hinteren schrägen Teilen der Seitenbänder verwachsen sind. Wegen dieser unmittelbareren Nachbarschaft zu den Kreuz- und Seitenbändern kommt es bei Traumen in der Regel zu Rissen der Kreuz- und/oder Seitenbänder und Menisken (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.1, S. 686 und Abschn. 8.10.5.4.2.8, S. 701). Da danach Hinweise für eine Mitschädigung benachbar-ter Strukturen nicht greifbar sind, muss entsprechend der nachvollziehbaren Bewertung von Dr. Springer davon ausgegangen werden, dass das angeschuldigte Geschehen einen intakten Innenmeniskus nicht weiter hat betreffen können und es bei ihm ledig-lich zu einer Manifestation einer vorbestehenden Schadensanlage gekommen ist.

3. Entscheidend gegen einen wesentlichen Unfallzusammenhang spricht schließlich, dass eine maßgebliche konkurrierende Ursache als einleuchtende und vom ange-schuldigten Ereignis unabhängige Erklärung des Schadensbildes gesichert ist.

Ursache von Meniskusschäden ist in der Regel die Degeneration, wobei die Reißfes-tigkeit der Menisken bis zum 50. Lebensjahr zunimmt (Schönberger/Mehrtens/Valen-tin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.3.1.1, S. 689; Ludolph, a.a.O.; S. 8). Bei dem Kläger liegt der feingewebliche Nachweis einer (diskreten) Innenmeniskusdegeneration vor. Ob-schon er sich zum Unfallzeitpunkt nicht in einem potentiell gefährdeten Lebensalter für eine degenerative Meniskusschädigung befand, bestand bei ihm deshalb eine ein-schlägige Disposition, weil er bereits seit zehn Jahren mehrmals wöchentlich aktiv Fußball gespielt hatte. Hinzu tritt, dass nach den intraoperativen Feststellungen vom 16. Mai 2000 ein sehr ausgedehnter und luxierter Korbhenkelriss vorgelegen hatte. Ein solches Schadensbild ist klassisch degenerativer Natur, zumal dann, wenn – wie hier – eine ausgedehnte Rissbildung besteht, wie Dr. S. im Einklang mit dem medizinischen Erfahrungswissen betont hat. Ein Korbhenkelriss entwickelt sich nämlich über einen längeren Zeitraum hinweg aus einem kleinen Längsriss, was mit den in Längsrichtung verlaufenden kollagenen Gewebefasern zusammenhängt. Dieser Längsriss setzt sich randparallel innerhalb des Meniskus fort und bildet schließlich eine korbhenkelförmige Schädigung (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.4.2.8, S. 701 und 703). Da solche Verschleißschäden durch ihre allmähliche Entstehung in der Regel klinisch stumm bleiben und durch benachbarte Strukturen – insbesondere dem Kapsel-Bandapparat – kompensiert werden können, schließt eine "leere Knieanamne-se” einen Meniskusschaden gerade nicht aus (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.4.5, S. 706; Ludolph, a.a.O., S. 8). Mit oder ohne besonderen äußeren Anlass kann der innere Korbhenkelteil dann - wie hier arthroskopisch belegt - in das Gelenkinnere luxieren und der Meniskus so in Konflikt mit der Gelenkmechanik geraten. Hierdurch wird eine Akutsymptomatik in Form von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen ausgelöst. Eine äußere Einwirkung kann daher allenfalls Anlass für das Einschlagen des Korbhenkels in das Kniegelenksinnere und damit der Beschwerdemanifestation, nicht jedoch Ursache des vorbestehenden Korbhenkel-schadens sein (Ludolph, a.a.O.; S. 8). Einem Unfallereignis kann bei vorhandener Degeneration nur dann wesentliche Teilursächlichkeit zugemessen werden, wenn es geeignet war, auch einen intakten Meniskus zu zerreißen (Schönber-ger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.5.4.5, S. 706). Dies war hier nicht der Fall (s.o. unter 1.). Zusammengefasst ist die vorbestehende Schadensanlage des Innenmeniskus im linken Kniegelenk am 12. Mai 2000 lediglich gelegentlich des Weitsprungs im Rahmen des Schulsports als versicherte Tätigkeit manifest geworden. Die seinerzeitigen Beschwerden des Klägers wurden zwar durch seine Landung in der Weitsprunggrube im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne aktiviert. Rechtlich wesentliche Teilursache des Korbhenkelschadens war das versicherte Geschehen dagegen nicht. Vielmehr besteht nur ein zeitlicher Zusammenhang, der entgegen dem Schluss des Klägers, der auch den Bewertungen von Dr. H. und Prof. Dr. S. zugrunde liegt, nicht mit dem ursächlichen Zusammenhang gleichzusetzen ist. Das Zeitmoment ist nämlich nur ein (nachrangiger) Aspekt bei der Kausalitätsbeurteilung. Denn im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung gilt schon keine Beweisregel, wonach beim Fehlen einer Alternativursache – die hier sogar nachgewiesen ist – das versicherte Geschehen sogleich die wesentliche Ursache ist (siehe nochmals: BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, a.a.O.), noch ein Erfahrungssatz, post hoc, ergo propter hoc (nach dem Unfall, also durch den Unfall). Zur Begründung der unfallversicherungsrechtlichen Kausalität reichen mithin Beschwerden, die nach einem Unfall auftreten und vorher – gegebenenfalls in diesem Maße – nicht verspürt worden sind, allein nicht aus.

Da nach alledem der Korbhenkelriss des Innenmeniskus im linken Kniegelenk nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich auf den Arbeitsunfall vom 12. Mai 2000 zurückgeführt werden kann, konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

II. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

III. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-09-20