

L 3 U 4586/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 1905/10
Datum
11.10.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 4586/11
Datum
11.12.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Oktober 2011 wird zurückgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Verletztenrente. Der 1977 geborene Kläger ist Sozialversicherungsfachangestellter und bei der beklagten gewerblichen Berufsge-nos-senschaft beschäftigt, weswegen er bei ihr auch gesetzlich unfallversichert ist. Der Kläger absolvierte u. a. am 04.02.2005 eine berufliche Veranstaltung bei der Berufsgenossenschaftlichen Akademie für Arbeitssicherheit (BGA) in Köln. Am Abend jenes Tages stürzte er auf dem Heimweg eine Treppe auf dem Gelände der BGA hinab und fiel mit dem linken Knie auf eine Treppenstufe. Am folgenden Tag suchte er das Klinikum S. auf. Er gab an, sofort nach dem Sturz heftigste Schmerzen empfunden zu haben. In dem Durchgangsarzt-Bericht (D-Bericht) vom 08.02.2005 diagnostizierte Prof. Dr. K. eine Knieprellung links und teilte u. a. mit, es bestehe am linken distalen (körperfernen, also unteren) Pol der Patella (Kniescheibe) ein oberflächliches Hämatom. Bei einer kernspintomografischen Untersuchung am 15.02.2005 stellte Prof. Dr. K. einen Teilriss der distalen Patellasehne (Band zwischen Kniescheibe und Schienbein), einen Haarriss im knöchernen Anteil der Patella im medialen (mittigen) und unteren Drittel mit einer 0,5 mm langen Frakturlinie und einen geringen Gelenkerguss fest. Die Knieinnenstrukturen seien sonst unauffällig. In dem Nachschaubericht vom 16.02.2005 teilte Prof. Dr. K. diesen radiologischen Befund mit und gab ergänzend an, bei einer Untersuchung am 11.02.2005 habe kein Druckschmerz bestanden und die Funktion des Kniegelenks sei uneingeschränkt gewesen. Wegen anhaltender Beschwerden begab sich der Kläger am 29.03.2005 in die Behandlung von Dr. T ... Dieser teilte unter dem 12.04.2005 u. a. mit, eine weitere MRT-Untersuchung am 11.04.2005 zeige eine deutliche Flüssigkeitsansammlung im unteren Patellapol sowie im mittleren Bereich der Patellasehne als Zeichen einer durchgemachten Prellung und eine Narbenbildung im Bereich des mittleren Patellasehnedrittels, der vorgeschriebene Haarriss könne nicht mehr nachgewiesen werden. Zur Behandlung sei weiterhin Physiotherapie und Elektrotherapie verordnet worden. Für die Zeit nach dem 20.04.2005 gingen keine Unterlagen über weitere Untersuchungen oder eine Behandlung bei der Beklagten ein. Am 12.12.2006 suchte der Kläger erneut Dr. T. auf. Dieser teilte der Beklagten mit, nach körperlicher Beanspruchung habe sich eine Druckschmerzhaftigkeit im Verlauf der distalen Patellasehne bei unauffälligen Bewegungsmaßen des linken Kniegelenks gezeigt, eine Sonografie habe keinen intraartikulären Erguss gezeigt, die Patellasehne stelle sich kontinuierlich dar. Die Beklagte beauftragte den vom Kläger vorgeschlagenen Unfallchirurgen Arndt mit einem Zu-sam-menhangs-gutachten. Gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Klägers und eine erneute MRT beider Kniegelenke am 17.04.2007 (hierzu das radiologische Zusatzgutachten von Prof. Dr. B. vom 21.05.2007) teilte der Gutachter unter dem 10.05.2007 mit, die von Dr. T. im April 2005 verordneten Therapien seien nicht durchgeführt worden. Der Kläger habe angegeben, die Beschwerden seien weiterhin, wenn auch geringer, vorhanden gewesen, nunmehr aber habe er seinen Laufsport nicht mehr ausüben können. Die körperliche Untersuchung habe außer einem isolierten Druckschmerz am unteren Kniescheibenpol und über dem mittleren bis distalen Drittel des Kniescheibenbandes keine Auffälligkeiten ergeben, insbesondere seien die Kniegelenke seitengleich vollständig frei beweglich gewesen. Auch fehlten "arthrotische/umformende Veränderungen". Eine Sonografie habe bei sonst unauffälligem Befund beider Kniegelenke im Bereich der linken Kniescheibensehne im mittleren bis distalen Drittel eine (teilweise) Verdickung und Narbenbildung gezeigt, auch seien beide Hoffa'schen Fettkörper (Fettkörper unterhalb der Kniescheibe) mäßig vergrößert. Der Gutachter führte aus, die Druck- und Belastungsschmerzhaftigkeit des linken Kniegelenks sei auf den Unfall zurückzuführen, habe jedoch nach dem 18.02.2005 keine Arbeitsunfähigkeit bedingt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 0. Mit Bescheid vom 20.06.2007 erkannte die Beklagte den Sturz am 04.02.2005 als Arbeitsunfall an und stellte eine Druck- und Belastungsschmerzhaftigkeit der linken Kniescheibensehne nach Knie-an-pralltrauma mit Teilruptur der linken Kniescheibensehne und Knochenkontusion mit Haarrissbildung des linken unteren Kniescheibenpols ohne Binnenschaden als Unfallfolgen fest. Ein Anspruch auf Rente bestehe nicht. Dieser Bescheid wurde am selben Tage zur Post gegeben. Der Kläger beanstandete unter dem 17.07.2007 die Untersuchung bei dem Unfallchirurgen A ... Ob dieses Schreiben als

Widerspruch zu werten war, war später zwischen den Parteien streitig. Unter dem 17.08.2007 teilte der Chirurg K. der Beklagten mit, der Kläger habe sich einmal am 24.07.2007 vorgestellt und drei Ultraschallanwendungen durchgeführt, er lehne die verordnete lokale Infiltrationsbehandlung ab. Am 20.01.2008 stellte der Kläger einen "Verschlimmerungsantrag". Er teilte mit, er leide weiterhin unter einer Schwellneigung und Schmerzen innerhalb des linken Knies, er habe Probleme beim Autofahren, Stehen und Treppensteigen, er habe seinen Laufsport nach dem Unfall aufgeben müssen. Der Kläger legte einen radiologischen Befundbericht von Dr. H. vom 21.12.2007 vor. Hiernach bestand am Unterrand der Patella ein Knochenmarködem, wobei es sich um einen Teilriss der Ligamentum patellae (Kniescheibensehne) handeln dürfe, ferner im knöchernen Anteil der Patella ein Ödem, das einer nicht komplett knöchern durchbauten Fraktur in diesem Areal entspreche. Auch beständen eine Chondropathia patellae (Erkrankung der knorpeligen Rückseite der Kniescheibe) mit Einriss des retropatellaren (hinter der Kniescheibe befindlichen) Knorpels und geringem Knorpelödem sowie ein Riss Grad I des Innenmeniskushinterhorns. Später gelangte u. a. der Arztbrief des Orthopäden Dr. K. vom 18.03.2008 zur Akte, wonach der Kläger auch am rechten Knie unter Beschwerden leide und auch dort eine Chondropathia patellae bestehe. Die Beklagte beauftragte den vom Kläger ausgewählten Chirurgen Dr. W. an der BG-Unfall-Klinik L. mit einem Gutachten zur Nachprüfung. Aus den späteren Beschwerden des Klägers zum Ablauf der Begutachtung ergibt sich, dass tatsächlich Dr. Z. die Untersuchung übernahm. In dem von diesem und Prof. Dr. W. verfassten Gutachten vom 18.04.2008 ist ausgeführt, eine Röntgenuntersuchung am 16.04.2008 habe keine Anhaltspunkte für altersvoraussetzende degenerative Veränderungen und keinen Anhalt für Knorpeldegenerationen ergeben. Als Unfallfolgen beständen noch eine Muskelminderung von 2 cm am linken Oberschenkel und eine oberflächliche Hautlazeration am linken Kniegelenk sowie eine subcutan (unter der Haut) tastbare Verhärtung im Bereich des Hoffa'schen Fettkörpers. Eine MdE bestehe nicht. Unter Berufung auf dieses Gutachten erließ die Beklagte den Bescheid vom 16.05.2008. Darin entschied sie, es könne weiterhin keine Rente gezahlt werden. Als zusätzliche Unfallfolge erkannte sie die genannte Muskelminderung an. Im Widerspruchsverfahren trug der Kläger vor, das seit 2005 vorhandene Knochenmarksödem sei nicht gewürdigt worden. Er leide weiterhin an belastungsabhängigen Knieschmerzen. Seines Erachtens sei es 2005 zu einer Fraktur und später zu einer Störung des Heilverlaufs gekommen. Es sei auch die Chondropathia patellae als mittelbare Unfallfolge anzuerkennen, die durch Schonung und einfache Muskelatrophie (Muskelschwund) entstanden sei. Hierdurch habe sich sein - des Klägers - Gangbild verändert, insoweit bat der Kläger um die Bewilligung einer Gangbildanalyse. Letztlich sei nicht geprüft worden, ob es durch die dauerhafte Überbeanspruchung des rechten Beins dort zu mittelbaren Folgeschäden gekommen sei, z. B. einer Subluxation (Verrenkung eines Gelenks). Während des Vorverfahrens recherchierte die Beklagte in ihrem eigenen Intranet und fand heraus, dass der Kläger als Mitglied einer Betriebsmannschaft der Beklagten unter anderem am 06.05.2005, am 26.05.2006 und am 28.05.2008 an Fußballturnieren teilgenommen, jeweils mehrere Spiele absolviert und bei allen drei Turnieren Torschützenkönig geworden war. Ferner gelangte der Befundbericht der Radiologen B. und Dr. R. vom 20.02.2008 zur Akte. Danach hatte die von Dr. K. in Auftrag gegebene MRT vom 19.02.2008 ergeben, dass am rechten Knie des Klägers bei einer - vorbestehenden - Dysplasie (Fehlformung der Kniescheibe im Sinne einer Asymmetrie) eine deutliche retropatellare Chondropathie Grad 3 mit Knorpelläsionen und einem diskreten Osteoödem in der unteren Hälfte der Patella vorliege. Eine Gonarthrose bestehe nicht. Am 24.03.2009 fand bei dem Kläger eine Arthroskopie des linken Kniegelenks statt. Der Operateur, Dr. S., berichtete der Beklagten unter dem 25.03.2009 u. a., bei der OP habe die retropatellare Fläche eine erhebliche Knorpelerweichung mit von Ablösung bedrohten Knorpelschuppen im Firstbereich und der medialen Facette mit Unterminierung des Gelenkknorpels gezeigt. Die Knorpelverhältnisse medial wie auch lateral seien unauffällig gewesen, das femoro-patellare Gleitlager und der Meniskus seien intakt. In dem Bericht des Radiologen Dr. F. vom 27.02.2009 über eine MRT des linken Kniegelenks ist u. a. ausgeführt, die Patella stehe relativ hoch und erscheine im unteren Abschnitt relativ flach. Im Auftrag der Beklagten erstattete der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. S. das freie Gutachten vom 07.01.2010. Dieser führte u. a. aus, die bildgebende Diagnostik nach dem Unfall habe keine Anhaltspunkte für Schädigungen des Knochens, Knorpels oder der Weichteile ergeben. Es habe sich auch keine deutliche Ergussbildung gezeigt; dies spreche gegen einen Knorpelschaden. Für die Zeit ab dem 29.03.2005 müsse von Beschwerdefreiheit und einer ausreichenden Belastbarkeit des linken Knies ausgegangen werden. Dies folge auch aus den Unterlagen über die Fußballspiele des Klägers, die nicht ignoriert werden dürften. Noch die MRT vom 21.12.2007 habe einen weitgehend unveränderten Befund ergeben. Die Knorpelschäden links seien daher nicht auf den Unfall zurückzuführen. Dafür spreche auch, dass sich am rechten Knie, kernspintomografisch nachgewiesen am 19.02.2008, ohne vorangegangenes Trauma ein fast identischer Befund zeige. Es sei daher wahrscheinlich, dass bei dem Kläger die anlagebedingte Fehlform der Kniescheiben und des Gleitlagers zu einer Fehlbelastung und zur Ausbildung von Knorpelschäden geführt hätten. Die Beschwerdefreiheit vor dem 04.02.2005 schließe das nicht aus. Die Unfallfolgen seien demnach ausgeheilt, eine unfallbedingte MdE bestehe nicht. Unter Berufung auf die erhobenen Gutachten erließ die Beklagte den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 14.04.2010. Der Kläger hat am 05.05.2010 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Er hat beide Bescheide (vom 20.06.2007 und 16.05.2008) angefochten und die zusätzliche Anerkennung des retropatellaren Knorpelschadens links als Unfallfolge sowie die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. begehrt. Er meint, er habe mit dem Schreiben vom 17.07.2007 Widerspruch gegen den Bescheid vom 20.06.2007 erhoben. In der Sache hat er ebenfalls Einwände gegen den Ablauf der Begutachtung bei Dr. S. erhoben. Er hat vorgetragen, es sei zu berücksichtigen, dass der Knorpelschaden links größer sei als rechts. Die stechenden Schmerzen im linken Knie seien nach der Arthroskopie nicht mehr aufgetreten, auch das Gangbild habe sich normalisiert. Der Kläger hat medizinische Literatur vorgelegt, auch zu seinen Behauptungen, 51 bis 79 % aller Patienten nach Kniescheibenbruch litten unter Knorpelschäden und nach einem Trauma könne eine bone-bruise-Veränderung bestehen bleiben, die bei besonderer Belastung, insbesondere bei Hochleistungssportlern, weitere Schäden verursachen könne. Nachdem die Beklagte der Klage entgegengetreten war, hat das SG von Amts wegen den Facharzt für Orthopädie Dr. M. mit einer Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 13.01.2011 ausgeführt, der Kläger habe bei ihm angegeben, er sei mit dem linken Knie frontal auf eine Treppenkante gefallen. Die bildgebenden Untersuchungen nach dem Unfall hätten einen Haarriss an der Patella, aber keine Schäden am Knorpel, ergeben. Erste Hinweise auf eine Rissbildung im Knorpel ergäben sich aus der MRT-Untersuchung vom 21.12.2007. Bei der Arthroskopie am 24.03.2009 sei ein großer chondromalazischer Prozess festgestellt worden. Seit jener OP sei der Kläger weitgehend beschwerdefrei. Die Beweglichkeit des linken Kniegelenks sei mit 0-0-145° nach der Neutral-Null-Methode seitengleich frei. Am linken Oberschenkel bestehe ein Mehrrumfang des Muskels von 1,5 cm. Zusammenfassend seien die Knorpelschäden nicht auf den Unfall zurückzuführen. Sie seien erst 34 Monate nach dem Unfall festgestellt worden, sodass es am zeitlichen Zusammenhang fehle. Zwar sei prinzipiell eine Knorpelschädigung nach Anpralltrauma denkbar, aber dann müsse man fordern, dass der Knorpelschaden auch an der Anprallstelle gelegen sei, also dort, wo der Haarriss der Kniescheibe gesichert worden sei. Dies sei am unteren Patellapol gewesen, während die Knorpelschädigung eher in der Mitte der Kniescheibe liege. Wäre es zu einer Fraktur der Kniescheibe gekommen, so wäre evtl. eine zusätzliche traumatische Schädigung sofort zu erwarten gewesen. Bei einer Fraktur wäre auch ein eindrucksvoller klinischer Befund mit blutigem Erguss zu erwarten gewesen, der hier fehle. Die Knorpelschädigung liege an beiden Kniegelenken vor. Sie sei daher zwanglos einer schicksalhaft entstandenen retropatellaren Chondropathie zuzuordnen. Durch die Fehlform beider Kniescheiben komme es zu einer Störung des Alignments (Lage), sodass vermehrter Druck auf die Patellafacetten bestehe, was Beschwerden und schließlich einen Knorpelschaden verursachen könne. Auch sei nach der lateralen Kapseldissection bei der Arthroskopie eine Besserung eingetreten, weil dadurch die seitliche Druckbelastung der Patellafacetten auf

die Condylen (Gelenkfortsätze) beseitigt worden sei. Das Trauma möge Anlass zur Manifestation von Beschwerden gewesen sein; da die retropatellare Chondropathie aber vor dem Unfall keine klinische Relevanz gehabt habe, komme auch die Verschlimmerung einer vorbestehenden Erkrankung nicht in Frage. Sodann hat das SG auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers den Unfallchirurgen Dr. Blersch mit einem Gutachten beauftragt. Dieser Sachverständige hat unter dem 01.05.2011 mitgeteilt, der Kläger gebe an, er sei nie schmerzfrei, die Schmerzen ließen erst nach zwei Stunden und der Einnahme von Ibuprofen nach, er könne links nicht in die Hocke gehen, die Gehstrecke sei auf 1 bis 2 km eingeschränkt, er könne seit dem Unfall nicht mehr Fußball spielen und habe nur noch einmal im Jahr an den Turnieren teilgenommen. Dr. B. hat bekundet, die Befunde sprächen dafür, dass der Traumaimpuls den distalen Patellapol und überwiegend die Patellasehne getroffen habe. Der Sturz habe aber nicht nur zu der Läsion der Sehne und der Fissur im mittleren und distalen Drittel der Patella geführt, sondern auch zu erheblichen Scherkräften wegen der wohl angewinkelten Beine/Oberschenkel und daher zu einem Druck der Kniescheibe (nach oben) gegen die Femorcondylen (distale Gelenkfortsätze des Oberschenkelknochens). Dieser Hergang sei prinzipiell geeignet, einen retropatellaren Knorpelschaden zu verursachen. In der Literatur werde beschrieben, dass ein Knorpelschaden im Initialstadium nicht nachgewiesen werden könne. Die dort geforderten Hinweise - ein subchondrales Ödem und ein Gelenkserguss - hätten hier bei dem Kläger vorgelegen. Dr. S. habe bei seiner Nachbefundung der Röntgenbilder vom 15.02.2005 retropatellar subchondral eine Signalanhebung in der lateralen Patallafacette beschrieben. Es seien daher die neurologischen Kriterien für eine Knorpelfraktur Typ oberflächliche Abscherung erfüllt. Es sei daher u. a. auch ein posttraumatischer Knorpelschaden am linken Knie retropatellar anzuerkennen. Die MdE des Klägers habe bis zum 26.02.2009 bei 10 v.H. gelegen, seitdem betrage sie 20 v.H. Die bisherigen Gutachter, so Dr. B. abschließend, hätten den Unfallhergang nicht exakt aufgearbeitet und hätten daher falsche Schlussfolgerungen gezogen und seien wertlos. Zu dem Gutachten von Dr. Blersch hat Dr. M. unter dem 10.06.2011 ergänzend Stellung genommen. Er hat ausgeführt, er habe den Ereignisablauf korrekt beschrieben und auch eingeräumt, dass ein solches Trauma einen retropatellaren Knorpelschaden verursachen könne. Es fehle aber an dem notwendigen zeitlichen Zusammenhang, nachdem nur eine Fissur am unteren Patellapol nachgewiesen sei, aber keine großflächige Chondromalazie. In jedem Falle sei eine MdE von 20 v.H. nicht nachzuzuziehen, nachdem die Beweglichkeit frei sei, ein entzündlicher Reizzustand fehle und Dr. B. nur eine minimale Muskelminderung von 1 cm beschrieben habe. Mit Urteil vom 11.10.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klage gegen die beiden Bescheide vom 20.06.2007 und 16.05.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.04.2010 sei zulässig, aber unbegründet. Die bei dem Kläger bestehenden Knorpelschäden links ausgeprägter als rechts seien nicht auf den Unfall zurückzuführen, sondern auf eine schicksalhaft entstandene Chondromalazie. Dies ergebe sich aus den nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen der Gutachten Dres. W./Z., S. und M. ... Soweit Dr. B. auf Grund eines vom Kläger nunmehr wohl abweichend beschriebenen Unfallhergangs zu einem anderen Ergebnis komme, rechtfertige dies keine andere Beurteilung. Zum einen gebe diese, vier Jahre nach dem Unfall erstmals angegebene abweichende Schilderung zu denken. Dies gelte erst recht vor dem Hintergrund, dass das SG den nunmehr abweichend geschilderten Hergang nicht nachvollziehen könne, da ihn Dr. B. nicht näher dargestellt habe. Hierauf komme es jedoch nicht an. Dr. B. habe übersehen, dass ein kausaler Zusammenhang immer auch eine zeitliche Nähe voraussetze. Nach dem Unfall sei aber nur der Haarriss nachgewiesen, eine Chondromalazie habe erstmals durch die MRTs vom 21.12.2007 und 19.02.2008 belegt werden können. MRT-relevante Veränderungen ließen sich aber drei oder vier Jahre nach einem Unfall nicht mehr kausalrelevant nachweisen. Soweit der Kläger hiergegen einwende, die vorherigen MRTs seien mit untauglichen Geräten gefertigt worden, bewegten sich seine Ausführungen ersichtlich im Bereich der Spekulation. Im Übrigen wäre eine MdE von 20 v.H. selbst dann nicht anzunehmen, wenn man den Knorpelschaden ursächlich dem Trauma zuordnen wollte. Gegen dieses Urteil, das seinen Prozessbevollmächtigten am 17.10.2011 zugestellt worden ist, hat der Kläger am 20.10.2011 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Es sei die Regel, dass posttraumatische Knorpelschäden im Anfangsstadium nicht sichtbar seien. Jedoch sei die Wahrscheinlichkeit, nach einer Patellafraktur eine Chondromalazia patellae zu entwickeln, derart hoch, dass hier eine Beweiserleichterung gegeben sei. Die zeitlich nach dem Unfall durchgeführten MRT-Untersuchungen seien zu früh erfolgt, um den Knorpelschaden festzustellen. Dass dieser Schaden erst 2007 festgestellt worden sei, könne nicht zu Lasten des Klägers gehen. Insbesondere habe die Beklagte die Begutachtung(en) viel zu spät veranlasst. Es ergäben sich auch aus den Arztberichten aus der Zeit nach dem Unfall typische Beschwerden bei Knorpelschäden wie eine persistierende Schmerzsymptomatik beim Treppensteigen. Es sei ferner zu berücksichtigen, dass bei dem Kläger im Alter von 28 Jahren bei dem ersten MRT ein unauffälliger Knorpelbefund vorgelegen habe. Wenn aber vor dem Unfall kein Schaden vorhanden gewesen sei und danach sei ein solcher aufgetreten, dann liege die notwendige Kausalität vor. Alternativursachen seien auszuschließen. Die Existenz einer Schadensanlage belege noch keinen (abweichenden) Ursachenzusammenhang. Es werde auch außer Acht gelassen, dass bis heute am rechten Knie kein pathologischer Schaden vorliege und dort keine Schmerzen beständen. Die Beklagte tritt der Berufung entgegen. Sie verweist darauf, dass bei dem Kläger auch am rechten Knie ein Knorpelschaden diagnostiziert worden sei. Auch dies spreche gegen einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Knorpelschaden links. Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört. Dieser hat angegeben, er sei treppabwärts gestürzt, habe sich nicht mit den Händen abfangen können und sei mit dem Knie gegen die Außenkante einer der Steintreppenstufen gestoßen. Sein Bein sei bei dem Aufprall angewinkelt gewesen. Er habe auch Schürfwunden an der Außenseite des rechten Unterarms gehabt. Die Schmerzen am linken Knie unmittelbar nach dem Sturz seien sehr stark gewesen und hätten etwaige andere Schmerzen überstrahlt. Ob er nach dem Aufprall auf die Außenkante mit dem Knie die Treppenstufe, die etwa 10 bis 15 cm hoch gewesen sei, weitergerutscht und dann auch auf der Stufenfläche aufgekommen sei, wisse er nicht mehr. Am rechten Knie habe er, soweit er wisse, keinen Knorpelschaden und auch keine Beschwerden. Während der Teilnahme an den Fußballturnieren habe er Schmerzmittel nehmen müssen. Wegen der Angaben des Klägers im Einzelnen wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung am 25.05.2012 verwiesen. Auf Nachfrage des Senats hat Dr. B. zu der nunmehrigen Schilderung des Unfallhergangs durch den Kläger und zur ergänzenden Stellungnahme von Dr. M. vom 10.06.2011 unter dem 02.08.2012 ausgeführt, ein kausaler Zusammenhang setze keineswegs immer eine zeitliche Nähe voraus. Eine Knochenfissur gehe immer mit einem Knorpelschaden einher. Es habe eine erhebliche Zeit gebraucht, bis ein manifester, massiver Knorpelschaden entstanden sei. Die Beurteilung der MdE gründe sich nicht allein auf die Beweglichkeit eines Gelenks, sondern auch auf die Belastungsfähigkeit, die muskuläre und neurologische Situation und ein etwaiges Schmerzsyndrom. Wesentlich sei hier die Ausbildung eines posttraumatischen Schmerzsyndroms. Zum Hergang sei zu sagen, dass es nicht relevant sei, ob der Kläger treppauf- oder treppabwärts gefallen sei. Auf Nachfrage des Senats hat Dr. M. zu der nunmehrigen Schilderung des Unfallhergangs durch den Kläger unter dem 14.08.2012 ausgeführt, er sei bereits von einem Sturz treppabwärts ausgegangen, in Bezug auf die Krafteinwirkung sei dies aber nicht relevant. Er hat ferner auf medizinische Literatur hingewiesen, wonach eine posttraumatische Chondromalazia spätestens innerhalb eines Zeitraums von zwei oder drei Monaten auftrete, es sei aber denkbar, dass der Knorpelschaden beim Kläger schon vor Dezember 2007 vorgelegen habe, da er nur bedingt eine klinische Symptomatik verursache. Der Berichterstatter des Senats hat den Facharzt für Orthopädie Dr. J. von Amts wegen zum Gutachter ernannt. Dieser Sachverständige hat unter dem 07.05.2013 ausgeführt, bereits vor dem Unfall habe zweifelsfrei eine Fehlanlage beider Kniescheiben entsprechend einer Patelladysplasie Typ Wiberg II bestanden. Ferner müsse eine vorbestehende vermehrte Belastung der Kniegelenke durch Fußballspielen und Skifahren unterstellt werden. Nach der noch heute sichtbaren Prellmarke sei der Kläger am 04.02.2005 in Höhe der Kniescheibensehne getroffen worden. Es sei zu einem Teilriss gekommen. Relevante Scherkräfte seien wenig wahrscheinlich. Durch die

massive Zugbelastung sei es auch zu einem Haarriss im unteren Drittel der Kniescheibe gekommen. Es sei jedoch keine erhebliche Krafteinwirkung auf die Kniescheibenfläche und das Gleitlager zu erwarten. Der elastische Gelenkknorpel könne außerdem "ausweichen". Für die Entstehung eines Knorpelschadens würden impulsartige Krafteinwirkungen von 26 Megapascal (MPa, entsprechend 260 bar) erwartet, was einem ungebremsten Aufprall aus 4,3 m Höhe entspreche. Bei einer direkten Traumatisierung sei zunächst eine Einblutung zwischen Knorpel und subchondralem Knochen (Knorpelblase) zu erwarten, die zur Ernährungsstörung des Knorpels und dann zur Knorpelerweichung führen könne. Es müsse immer zu einer Knochenstauchung (bone bruise) kommen, da wegen der unterschiedlichen Elastizität von Knochen und Knorpel immer ein Knochenödem entstehen müsse. Dies gelte immer bei direkter Krafteinwirkung und fast immer bei indirekter. Auch sei der Knorpelschaden in diesen Fällen selbst vielfach eindeutig wegen scharfkantig abgesprengter Knorpelstücke. Ein solcher Schaden sei bei dem Kläger nicht anzunehmen. Die vom Kläger vorgetragene Schädigung durch Schonung des linken Beins und die Fehlstellung sei wenig wahrscheinlich, nachdem das Bein nicht durch Gips ruhiggestellt gewesen sei und der Kläger die verordneten Unterarmgehstützen nur kurz verwendet habe. Die MRT-Befunde des linken Knies variierten überraschend deutlich. Es müsse aber davon ausgegangen werden, dass die Unfallfolgen, der Haarriss der Patella und der Teilriss der Sehne, folgenlos ausgeheilt seien. Die Knorpelschäden seien nicht mit Wahrscheinlichkeit unfallbedingt. Eine unfallbedingte MdE bestehe nicht. Der Kläger hat zu diesem Gutachten unter Verweis auf medizinische Fachliteratur zur traumatischen Verursachen von Knorpelschäden am Knie Stellung genommen. Auf seinen Schriftsatz (Eingang 26.06.2013) wird Bezug genommen. Nachdem der Senat im Termin zur mündlichen Verhandlung am 11.12.2013 darauf hingewiesen hat, dass das Schreiben des Klägers vom 17.07.2007 aus der Sicht eines objektiven Erklärungsempfängers nicht als Widerspruch aufzufassen und der Bescheid vom 20.06.2007 daher bestandskräftig sein dürfte, hat der Kläger seine Klage auf die Bescheide im Verschlimmerungsverfahren beschränkt. Ferner hat er seinen Antrag auf Verurteilung zu einer Rente zurückgenommen. Demnach beantragt er noch, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Oktober 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 16. Mai 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. April 2010 zu verurteilen, als weitere Folge des Unfalls vom 04. Februar 2005 einen ausgeprägten retropatellaren Knorpelschaden des linken Kniegelenks anzuerkennen. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung des Klägers ist nach [§ 143 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) erhoben. Sie ist aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. a) Diese ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Dies gilt zumindest jetzt, nachdem der Kläger seine Klage gegen den Bescheid vom 20.06.2007 zurückgenommen hat und auch keinen Rentenanspruch mehr verfolgt, sondern sich auf die Anerkennung einer zusätzlichen Unfallfolge beschränkt hat. Nunmehr steht der Klage nicht mehr entgegen, dass der Bescheid vom 20.06.2007 mangels Widerspruchseinlegung bindend ([§ 77 SGG](#)) geworden und auch das insoweit nötige Vorverfahren ([§ 78 Abs. 1 SGG](#)) nicht durchgeführt worden ist. Diese Bindungswirkung steht nicht der (behördlichen) Feststellung entgegen, dass auch ein "ausgeprägter retropatellarer Knorpelschaden" bei dem Kläger Unfallfolge sei und dies auch schon in der Zeit vor Erlass des primär angefochtenen Verschlimmerungsbescheids vom 16.05.2008. Mit dem Bescheid vom 20.06.2007 hatte die Beklagte nur bestimmte Unfallfolgen anerkannt, aber keine solchen abgelehnt. Da es durchaus häufiger vorkommen kann, dass einzelne Gesundheitsschäden zwar schon vorliegen, aber ärztlicherseits noch nicht diagnostiziert worden sind, umfasst die Bindungswirkung eines Anerkennungsbescheids nur solche Gesundheitsschäden, die der Bescheid ausdrücklich behandelt, sei es anerkennend, sei es ablehnend. Diese Beschränkung der Bindungswirkung eines Verwaltungsakts entspricht der Beschränkung der Rechtskraftwirkung eines feststellenden Gerichtsurteils (vgl. Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 77 Rn. 5b). Auch dort erwächst nur eine ausdrückliche Feststellung, dass bestimmte Unfallfolgen nicht vorliegen, in Rechtskraft. Dass der Kläger seinen Antrag vom 20.01.2008 als "Verschlimmerungsantrag" überschrieben hat, steht einer solchen Anerkennung ebenfalls nicht entgegen. Der Kläger hat sich nicht in rechtlicher Hinsicht im Sinne von [§ 48 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB X\)](#) auf die Verschlimmerung bereits anerkannter Unfallfolgen beschränken wollen. Die Anerkennung des retropatellaren Knorpelschadens hat er zulässigerweise erstmals begehrt. Dies gilt unabhängig davon, ob diese Erkrankung - nach Ansicht des Klägers - primär-initial bei dem Unfall oder erst sekundär als weiterer Gesundheitsschaden, entstanden sein soll. b) Die Klage ist jedoch unbegründet. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, einen retropatellaren Knorpelschaden links als weitere Folge des Unfalls vom 04.02.2005 anzuerkennen. aa) Anspruchsgrundlage für einen solchen Feststellungsanspruch eines Versicherten und Ermächtigungsgrundlage zum Erlass des feststellenden Verwaltungsakts für den Unfallversicherungsträger ist [§ 102 SGB VII](#), hier i.V.m. [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#). [§ 102 SGB VII](#) regelt über seinen Wortlaut hinaus nicht nur ein Schriftformerfordernis, sondern ermächtigt die Unfallversicherungsträger nach [§ 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB IV\)](#) zu einer "Entscheidung über einen Anspruch auf Leistung". In diesem Rahmen ist er nach [§ 31 Erstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB I\)](#) auch zur Feststellung befugt (vgl. BSG, Ur. v. 05.07.2011, [B 2 U 17/10 R](#), Juris Rn. 15). Die weiteren Voraussetzungen für die Anerkennung eines Gesundheitsschadens als Folge eines Unfalls nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#), insbesondere die Anforderungen an den Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall bei der versicherten Tätigkeit und dem Gesundheitsschaden, hat das SG in dem angegriffenen Urteil (S. 7 UA) zutreffend dargelegt, darauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Die Anforderungen an die haftungsausfüllende Kausalität gelten gleichermaßen für Erstschäden, die unmittelbar bei dem Unfall entstehen, und für Folgeschäden (Sekundärschäden), die sich erst später, aber in Folge des Unfalls bzw. des Erstschadens entwickeln. bb) Auch der Senat ist der Ansicht, dass die notwendige hinreichende Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfall vom 04.02.2005 und der nunmehr bestehenden retropatellaren Knorpelerweichung links bei dem Kläger nicht festgestellt werden kann. Dies gilt unabhängig davon, ob der Kläger diese Chondropathia patellae als traumatisch bedingten Erstschaden oder als Sekundärschaden im Sinne einer unmittelbaren oder mittelbar durch eine ärztliche Behandlung ([§ 11 Abs. 1 SGB VII](#), hier: Schonung des linken Beins und eine daraus folgende Minderversorgung des retropatellaren Knorpels) geltend macht. Ein Knorpelschaden kann auf Grund eines Unfalls primär entstehen, nämlich durch eine erhebliche Krafteinwirkung, die entweder unmittelbar mit einer Läsion des Knorpels einhergeht oder einen Knorpelerweichungsprozess einleitet. Ferner kann diese Erkrankung mittelbar auf eine unfallbedingte Einwirkung zurückzuführen sein, etwa bei einer einfachen Muskelatrophie am Oberschenkel durch eine Schonung oder Ruhigstellung, wenn diese ihrerseits auf dem Unfall beruht. Daneben sind chronische Genesen bekannt, etwa durch eine dauernde Überlastung bei Sport (alpines Skifahren, Gewichtheben) - in diesem Falle kann die Chondropathia ggfs. eine Berufskrankheit darstellen - oder durch anlagebedingte Umstände, etwa einer Dysplasie (Fehlform) des Kniestreckapparats und/oder der Kniescheibe (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 607). Eine Anerkennung als (primäre) Unfallfolge ist gerechtfertigt, wenn Beschwerdefreiheit vor dem Unfall gegeben war, ein einwandfreies, geeignetes Trauma vorausging, unmittelbar nach dem Unfall starke Beschwerden bei Kniebewegungen bestanden hatten, die zur Arbeitsniederlegung und Unfallmeldung geführt haben, eine baldige Ergussbildung auftrat und Knochenverletzungen der Patella vorlagen, welche die Anerkennung der Chondropathie als Unfallfolge

erleichtern. Diese Symptome können und müssen in aller Regel durch die nachgehende Befunderhebung unfallnah angefertigter Kernspintomogramme festgestellt werden. Zu den denkbaren Verursachungsmechanismen ist zu sagen, dass bei einer axialen Kraftereinwirkung zunächst - zwingend - ein subchondrales bone bruise (Knochenprellung, Knochenödem), bei höherer Einwirkung zusätzlich eine Knorpelfraktur vorliegen muss. Nur bei einer tangentialen Einwirkung auf den Knorpel kann eine Knorpelabscherung ohne begleitendes bone bruise eintreten; dies allerdings selten. Derartige Knorpelabscherungen durch tangentielle Einwirkungen setzen jedoch begleitende Verletzungen von Weichteilen, Bändern oder Kapseln voraus, die ebenfalls kernspintomografisch nachweisbar sind (zu allem Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 607 f.) Nach diesen Anforderungen kann bei dem Kläger zunächst kein traumatisch verursachter Knorpelschaden festgestellt werden, weder im Sinne eines weiteren Erstschadens noch einer dem Gesundheitserstschaden zuzurechnenden unmittelbaren Unfallfolge (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Der Senat stützt sich bei dieser Einschätzung im Wesentlichen auf die von Amts wegen eingeholten Gutachten von Dr. M. vom 13.01.2011 samt ergänzender Stellungnahme vom 10.06.2011 sowie von Dr. J. vom 07.05.2013. Beide haben ihre Einschätzung, der Knorpelschaden sei nicht durch den Unfall bedingt, überzeugend und nachvollziehbar begründet: Gegen eine unmittelbare traumatische Schädigung des Knorpels noch am Unfalltag spricht die Kernspinaufnahme vom 15.02.2005, die unauffällige Knieinnenstrukturen gezeigt hat. Nach den Feststellungen von Dr. M. und Dr. J. war auch lediglich eine Fissur von bis zu 0,5 mm Länge diagnostiziert worden, also ein Haarriss, der allerdings schon bei der MRT-Untersuchung am 11.04.2005 nicht mehr dargestellt werden konnte, jedenfalls keine Fraktur der Kniescheibe. Ferner lag zwar ein Erguss vor, dieser war aber geringfügig bzw. - so Prof. Dr. K. nach der Untersuchung am 11.02.2005 - "minimal". Auch die Beschwerden des Klägers erreichten nicht dasjenige Ausmaß, das die Annahme einer unmittelbaren traumatischen Knorpelschädigung rechtfertigen könnte. Bereits bei der Untersuchung am 11.02.2005 war nach den Feststellungen von Prof. Dr. K. der Bewegungsumfang des linken Knies wieder uneingeschränkt. Eine AU-Bescheinigung hatte Prof. Dr. K. - auf Wunsch des Klägers selbst - bereits am 05.02.2005 nicht ausgestellt. Der Knorpelschaden ist auch nicht rechtlich wesentlich durch das Knieanpralltrauma verursacht worden: Dies ergibt sich vor allem daraus, dass die Lokalisation des Knorpelschadens nicht für einen Unfallzusammenhang spricht. Nachdem bei dem Sturz v. a. auch die Kniescheibensehne verletzt worden war, erscheint es überzeugend, dass die Kniescheibe allenfalls im unteren Drittel getroffen worden ist, wo auch zeitweise eine Fissur zu sehen war. Der Knorpelschaden ist jedoch später im oberen und mittleren Bereich der (Rückseite der) Patella entstanden, wie sich aus dem OP-Bericht von Dr. S. vom 24.03.2009 ergibt. Überzeugend haben diese Sachverständigen auch auf den zeitlichen Abstand zwischen dem Unfall und der Erstdiagnose eines Knorpelschadens am 21.12.2007, also nach 34 Monaten, hingewiesen. Wie ausgeführt, muss bei einer axialen Einwirkung wie hier unmittelbar nach dem Trauma ein bone bruise nachweisbar sein. Der traumatisch bedingte Knorpelschaden liegt dann spätestens zwei bis drei Monate nach der Einwirkung vor, worauf Dr. M. hingewiesen hat. Aus diesem Grunde soll, wenn zuvor ein traumatisch bedingtes Knochenödem vorlag, zu diesem Zeitpunkt ein - weiteres - Kernspin angefertigt werden. Darauf weist auch der vom Kläger in Auszügen eingereichte Aufsatz aus den Mitt. und Nachrichten der DGU - Suppl. 1/2007, S. 28 (S. 25 Senatsakte) hin. Bei dem Kläger wurde zwar nach dem Unfall zunächst ein bone bruise diagnostiziert. Dieses war allerdings geringfügig. Dass dann entsprechend nach einiger Zeit - etwas mehr als zwei Monaten - erstellte MRT vom 11.04.2005 hat aber keinen Knorpelschaden gezeigt. Vielmehr hat es einen solchen sogar ausdrücklich ausgeschlossen. Dies galt auch für die anschließende Zeit: Noch nach dem radiologischen Zusatzgutachten von Prof. Dr. B. vom 21.05.2007 fehlten zu diesem Zeitpunkt weiterhin "arthrotische/umformende Veränderungen" am Kniegelenk. Dieses Fehlen eines - wie ausgeführt zwingenden - Nachweises, vor allem durch ein Kernspintomogramm, geht nach den Grundsätzen der (materiellen) Beweislast zu Lasten des Klägers. Anlass für eine Beweiserleichterung, etwa nach [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#), besteht nicht. Sein Vorbringen, bei 51 % bis 79 % aller Zustände nach Patellafrakturen träten arthrotische Veränderungen auf, führt nicht zur Zubilligung eines Anscheinsbeweises. Schon die genannten Anteile reichen nicht aus, einen typischen Kausalverlauf anzunehmen. Vor allem stützen die medizinischen Unterlagen, die der Kläger eingereicht hat, diesen Vortrag nicht. Die Aufsätze von Dick u. a., "Der Knorpelschaden nach Patellafraktur", Arch. orthop. Unfall-Chirurg., Bd. 81 (1975), S. 65 ff. (Bl. 29 ff. Senatsakte) und Szyskowitz, "Zusammenfassung: Patellafrakturen", Acta Chir. Austriaca, Vol. 32, Suppl. 161 (2000), S. 121 ff. (Bl. 41 ff. Senatsakte) betreffen Zustände nach einer Patellafraktur, die hier nicht vorlag. Im Falle des Klägers sprechen ferner außer dem Fehlen bildgebender Nachweise weitere Indizien gegen einen traumatisch bedingten Knorpelschaden: Zunächst ist zu berücksichtigen, dass sich die Chondropathia patellae am rechten Knie des Klägers, das durch den Unfall nicht geschädigt worden war, in etwa zur selben Zeit wie am linken Knie entwickelt hat. Sie wurde erstmals von den Radiologen B. und Dr. R. unter dem 20.02.2008 beschrieben, also keine zwei Monate nach der Feststellung der Knorpelschäden am linken Knie. Dieser Gleichlauf spricht deutlich für eine endogene Ursache. Die Vermutung des Klägers, die unfallbedingte Minder- und Falschbelastung des linken Beins habe - auch - die Schäden rechts verursacht, erscheint spekulativ. Selbst in einem solchen Fall hätten aber die Schäden rechts deutlich nach jenen links entstehen müssen. Und letztlich liegt eine solche endogene, an beiden Beinen bestehende Alternativursache für die Knorpelerweichung vor, nämlich die schon von dem Unfallchirurgen Arndt diagnostizierte Patelladysplasie, also die anlagebedingte Fehlform der Kniescheibe. Ebenso kann keine durch ärztlich verordnete Schonung bedingte mittelbare Entstehung des Knorpelschadens im Sinne von [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) angenommen werden. Das Knie wurde nicht ruhiggestellt oder gar eingegipst. Der Vortrag des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat, das Bein sei quasi - in mittlerer Beugstellung - versteift gewesen, überzeugt nicht. Der Kläger war nicht arbeitsunfähig erkrankt und hat seine Beschäftigung weiter ausgeübt. Dr. T. hatte am 29.03.2005 freie Bewegungsmaße bei voller Beugung und Streckung des Kniegelenks links festgestellt. Daher kann nicht von einer Minderversorgung des Knorpels durch Ruhigstellung und einer anschließenden Degeneration ausgegangen werden. Nicht folgen konnte der Senat den Feststellungen und Vorschlägen des auf Antrag des Klägers ernannten Gutachters Dr. B. vom 01.05.2011. Dieser hat seine Annahme, auch der Knorpelschaden hinter der Kniescheibe sei durch den Unfall bedingt, damit begründet, es sei anzunehmen, dass das Knie bei dem Aufprall stark gebeugt und die Oberschenkelmuskulatur stark angespannt gewesen sei. Hierdurch sei es zu einer kurzzeitigen Zugerhöhung gekommen, bei der die Patella gegen die Oberschenkelcondylen gedrückt worden sei. Hierdurch wiederum sei es zu einer Druckerhöhung am retropatellaren Gleitlager und zu einer Scherbewegung gekommen, wodurch - u. a. - die Kniescheibe nach distal (unten) verlagert worden sei. Diese Einschätzung beruht zu sehr auf unbewiesenen Annahmen. Eine stärkere Beugung/Anwinklung des Knies ist eher beim Steigen treppaufwärts zu erwarten, bei einem Sturz treppabwärts auf Grund Stolperns ist eher davon auszugehen, dass man der Länge nach hinschlägt, also keine überaus starke Beugung im Knie vorliegt. Ferner erläutert Dr. B. nicht, wieso auf Grund der Distalbewegung der Kniescheibe ein Knorpelschaden entstanden sein sollte. Diese Erläuterung hat er auch nicht in der vom Senat angeforderten ergänzenden Stellungnahme vom 02.08.2012 nachgereicht. Außer Acht lässt Dr. B. auch, dass unmittelbar nach dem Unfall auch die bildgebenden Verfahren keine Veränderungen im Bereich des retropatellaren Knorpels aufzeigten, insbesondere kein "bone bruise", und dass der verlangte bildgebende Nachweis des Knorpelschadens selbst binnen dreier Monate nicht vorliegt. Und eine sekundäre Genese des Knorpelschadens postuliert auch Dr. B. nicht, vielmehr hat er in seinem Gutachten - allerdings ohne weitergehende Begründung - ausgeführt, es sei "zusätzlich zum Knorpelschaden" zu einem "posttraumatischen Schmerzsyndrom" gekommen. Auch der weitere Vortrag des Klägers und die wissenschaftliche medizinische Literatur, die er zur Akte gereicht hat, führen nicht zu einer abweichenden Einschätzung durch den Senat. Diese betreffen überwiegend (G. Spahn u. a., Trauma, in: Trauma und Berufskrankheit, BK Nr. 2112 - außerberufliche Faktoren, hrsg. von der DGUV, Supplement 4/2012, S. 434 ff.; Gantz u. a., Laufsport, a.a.O., S. 446 ff.) allgemein die Gonarthrose, während bei dem Kläger eine

isolierte Chondropathia patellae ([Retro]patellararthrose) vorliegt. Diese Krankheiten sind zu unterscheiden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 607 ff. [Chondropathia patellae], S. 643 ff. [Gonarthrose]), weil die Knorpelbereiche vorn am Kniegelenk anderen Belastungen ausgesetzt sind als die Knorpelschicht auf der Rückseite der Kniescheibe. Zwar kann hierbei eine Gonarthrose am medialen und/oder am lateralen tibio-femoralen Gelenkspalt auftreten (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.). Bei dem Kläger besteht jedoch keine Gonarthrose. Dies ergibt sich aus dem OP-Bericht von Dr. S. vom 25.03.2009, der ausdrücklich die Knorpelverhältnisse lateral wie medial als unauffällig bezeichnet hat. Das Gleiche gilt für das rechte Knie, auch dort hatten die Radiologen B. und Dr. R. in ihrem Bericht vom 20.02.2008 nur die retropatellare Chondropathie Grad 3 diagnostiziert, aber eine Gonarthrose ausdrücklich ausgeschlossen. Eine Chondropathia patellae betrifft nur der Aufsatz von Vaiti u. a., "Patella-formen" (in: Trauma und Berufskrankheit, a.a.O., S. 437 ff.). Entgegen der Ansicht des Klägers wird darin aber - zu Beginn - durchaus eingeräumt, dass es - auch - Studien gebe, meist solche biomechanischer Art, die eine Patella alta (Hochstand der Kniescheibe) als positive Prädisposition für die Entwicklung einer Chondropathia patellae ansähen. Die weiteren Ausführungen in dem Aufsatz schließen dann - wiederum - nur einen Zusammenhang zwischen Fehlformen der Patella und einer Gonarthrose (dort auch bezeichnet als Femoropatellararthrose) aus. Dies ist aber, wie ausgeführt, etwas Anderes.

2. Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

3. Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-01-16