

## L 1 U 205/18

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Gotha (FST)

Aktenzeichen

S 18 U 2122/15

Datum

20.11.2017

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 1 U 205/18

Datum

20.11.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 20. November 2017 wird zurückgewiesen mit der Maßgabe, dass der Tenor des Urteils des Sozialgerichts vom 20. November 2017 wie folgt neu gefasst wird: In Ab-änderung des Bescheides vom 6. März 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Mai 2015 werden als weitere Folgen des Arbeitsunfalls ein Teilriss des vorderen Kreuzbandes verbunden mit einer Knorpelfraktur am äußeren Schienbeinkopf festgestellt. 2. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten auch für das Berufungsverfahren zu tragen. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Feststellung weiterer Gesundheitsschäden als Folgen eines Arbeitsunfalls vom 12. Juni 2014.

Die 1987 geborene und bei der Beklagten als Grundschullehrerin versicherte Klägerin verdrehte sich am 12. Juni 2014 während einer Klassenfahrt beim Fußballspiel mit Schülern das rechte Knie. Der Durchgangsarzt G diagnostizierte am 14. Juni 2014 aufgrund der klinischen und radiologischen Untersuchungen eine Kniebinnenschädigung rechts mit Verdacht auf eine Innenmeniskusverletzung.

Eine MRT vom 20. Juni 2014 erbrachte als Befund einen horizontalen Riss des Außenmeniskusvorderhorns mit Kontakt zum Gelenkraum femuralseitig. Am 25. Juli 2014 erfolgte eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks, bei der eine retrograde subchondrale Mikrofrakturierung im Bereich des lateralen Tibiaplateaus sowie eine Knorpelglättung vorgenommen wurden. Im Operationsbericht führte E aus, dass sich im Bereich des medialen lateralen Tibiaplateaus eine Knorpelablösung mit diskreter Stufe finde. Des Weiteren finde sich am Rand des Außenmeniskus ein Riss des Knorpels, sodass dieser auf eine Fläche von ca. 3 x 3 cm deutlich erweicht und medial etwas abgehoben sei. Dies sei am ehesten Folge einer Avulsionsverletzung (Verletzung durch Flexions-/Rotationsbewegung), wobei differenzialdiagnostisch eine Osteochondrosis dissecans zu erwägen sei.

Nachdem die Beklagte vom erstbehandelnden K Krankenhaus in E Röntgen-/MRT-Bilder sowie eine Fotodokumentation der OP vom 25. Juli 2014 einholte, befragte sie den Beratungsarzt L. Dieser stellte mit seiner Stellungnahme vom 3. Februar 2015 dar, dass bio-/unfallmechanisch sicher ausgeschlossen werden könne, dass es bei völlig intaktem Kapsel-Bandapparat durch eine indirekte Krafteinwirkung zu einem isolierten Knorpelschaden im Bereich des äußeren Schienbeinkopfplateaus kommen könne. Begleitverletzungen an den vorgelagerten und benachbarten Strukturen unter Stabilitätsverlust des Gelenks seien in einem solchen Fall zwingend. Bei dem Arbeitsunfall sei es zu einer harmlosen Zerrung des rechten Kniegelenks ohne einen fassbaren strukturellen Gesundheitsschaden, insbesondere ohne einen unfallbedingten Kniebinnen-Gesundheitsschaden gekommen.

Mit Bescheid vom 6. März 2015 erkannte die Beklagte das Ereignis als Arbeitsunfall an. Dabei sei es zu einer Zerrung des rechten Kniegelenks als Gesundheitsschaden gekommen, wobei dieser Gesundheitsschaden folgenlos ausgeheilt sei. Keine Folge des Arbeitsunfalls sei ein Knorpelschaden im Bereich des äußeren Schienbeinkopfplateaus, geringe Veränderungen im Bereich des Außenmeniskusvorderhorns sowie eine Baker-Zyste. Bei der Arthroskopie seien frische Verletzungszeichen in Form von Weichteilödemen oder knöchernen Ödemen als Hinweis einer traumatischen Entstehung des Kniebinnenschadens nicht gesichert worden. Vielmehr bestätige das Vorliegen einer Baker-Zyste das Symptom eines chronischen Kniebinnenschadens. Der hiergegen gerichtete Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 4. Mai 2015).

Am 4. Juni 2015 hat die Klägerin Klage erhoben. Bereits dem Operationsbericht sei zu entnehmen, dass der Knorpelschaden am ehesten als Folge einer Avulsionsverletzung zu werten sei.

Der vom Sozialgericht beauftragte Sachverständige Sp hat mit seinem Sachverständigengutachten vom 25. November 2015 eine muskulär kompensierte Elongation des vorderen Kreuzbandes, einen Zustand nach traumatischer Knorpel-Fraktur des seitlichen Schienbeinkopfes (laterale Tibiaplateau) sowie asymptomatische anlagebedingte Auffaserungen des vorderen Zwischenmeniskusbandes des rechten Kniegelenks diagnostiziert. Die Klägerin habe am 12. Juni 2014 ein valgierendes Rotationstrauma (nach innen gedreht) des rechten Kniegelenks erlitten, wobei es zu einer Überdehnung des vorderen Kreuzbandes und einer gleichzeitigen Abscher-Verletzung des Knorpels im Bereich des seitlichen Schienbeinkopfes gekommen sei. Dabei sei der Knorpelschaden im Bereich des äußeren Schienbeinkopfplateaus rechts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Unfallfolge. Zusätzlich sei die Elongation des vorderen Kreuzbandes mit verbleibender muskulär kompensierter vorderer Instabilität und Schublade, die sich auch während der arthroskopischen Operation und bei der von ihm objektiv gemessenen Stabilitätsprüfung gezeigt habe, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Folge des Ereignisses. Unfallunabhängig seien die Veränderungen im Bereich des Zwischen-Meniskus-Bandes (Meniskusvorderhorn) sowie die kurzzeitig aufgetretene Baker-Zyste. Für die Annahme des Knorpelschadens im Bereich des seitlichen Schienbeinkopfes als unfallbedingt spreche der Unfallmechanismus (valgierendes Rotationstrauma des Kniegelenks) mit - wenngleich leichter - Schädigung des vorderen Kreuzbandes und daraus resultierender Instabilität. Hierfür sprächen weiterhin die sofort einsetzenden Beschwerden, der Arthroskopiebefund und die leere Vorerkrankungsgeschichte. Degenerative Knorpelschäden hätten anders als im konkreten Fall ein völlig anderes morphologisches Erscheinungsbild. Da fänden sich unscharfe Begrenzungen, der darunter liegende freiliegende Knochen zeige eine Sklerose (Verhärtung) und in den meisten Fällen seien auch beide Gelenkflächen (Femur und Tibia) betroffen. Traumatische Knorpelschäden hingegen entstünden durch direkte (schwere Prellung) oder indirekte Verletzung (Abscherung). Die vorliegend morphologisch völlig anders aussehenden Verletzungen im Sinne eines Crack-Fissur-Typs oder eines Flap-Typs, die vorliegend in Kombination gegeben sei, seien eindeutige Indizien für eine unfallbedingte Genese. Bei einer Avulsion bzw. bei einer entsprechenden Stellung des Gelenks z.B. einer X-Bein-Stellung, wie im konkreten Fall, sei es möglich, dass entsprechende Abscherungen des Knorpels sogar isoliert entstünden. In den meisten Fällen jedoch seien die Knorpelverletzungen aber auch mit anderen, vor allem Bandverletzungen, kombiniert. Vorliegend zeige sich dies an der Dehnung des vorderen Kreuzbandes mit auch zur Untersuchung noch nachgewiesener muskulär kompensierter Instabilität. Zwar könnten, hier jedoch nicht gegebene, traumatische Knochenmarkveränderungen im Sinne eines "bone bruise" ein Indiz für eine abgelaufene schwere Verletzung sein. Jedoch sei das Fehlen kein sicheres Kriterium für die Differenzierung zwischen degenerativem Schaden und traumatischem Schaden. Die verspätete Vorstellung der Klägerin beim Durchgangsarzt sei plausibel mit den Umständen der Verletzung, aber auch mit den vorgetragenen Abläufen erklärlich. Zwar habe die Klägerin sofort Kniebeschwerden, die zur Arbeitsaufgabe zwangen, verspürt, allerdings sei es ihr nicht möglich gewesen, sofort einen Durchgangsarzt aufzusuchen. Die übrigen vorgetragenen Argumente (fehlendes knöchernes Ödem, Baker-Zyste) sprächen keineswegs gegen den biomechanisch begründbaren Unfallmechanismus und die daraus folgende Knorpelschädigung des seitlichen Schienbeinkopfes. Eine zusätzliche histologische Diagnostik sei vorliegend nicht erfolgt.

Den Feststellungen des Sachverständigen Sp ist die Beklagte unter Bezugnahme auf die beratungsärztliche Stellungnahme des L vom 20. Dezember 2015 entgegengetreten. Sowohl im MRT als auch im OP-Bericht sei von intakten Bändern die Rede. Selbst wenn eine Elongation vorgelegen habe, sei diese aufgrund der auch im Gutachten vom 25. November 2015 festgestellten Stabilität des vorderen Kreuzbandes auch nicht annäherungsweise ausreichend, um einen unfallbedingten ausgedehnten Knorpelschaden im Bereich des äußeren Schienbeinkopfplateaus bio-/unfallmechanisch zu erklären. Im MRT am 20. Juni 2014 seien jegliche Hinweise einer stattgehabten Kraftereinwirkung auf das rechte Knie sicher ausgeschlossen worden. Im Übrigen sei bei indirekten Kraftereinwirkungen regelmäßig nicht von deren Ursache für Knorpelschäden auszugehen. Sp hat mit ergänzender Stellungnahme vom 11. Februar 2016 ausgeführt, dass abgesehen von einer scharfen Durchtrennung ein Band nur dann geschädigt werden könne, wenn es unter maximale oder supermaximale Zugspannung gebracht werde. Bei geringer Zugspannung bliebe dabei das Band in seiner gesamten Kontinuität zwar erhalten, die für die Stabilität wesentlichen Kollagenfasern könnten jedoch teilweise einreißen. In dieser Situation sei es möglich, dass das Gelenk aus seiner physiologischen Stellung heraus gleitet und es damit zu einer unphysiologischen Scherung im Bereich der Gelenkflächen mit der Folge von Knorpelschäden kommen könne. Genau dieser Mechanismus sei im Falle des Unfal-ereignisses bei der Klägerin anzunehmen. Hierfür spreche auch der MRT-Befund mit der festgestellten Signalerhöhung als Ausdruck von Kollagen-Faser-Rupturen und Einblutung in das in seiner Kontinuität erhaltene Band. Dem stehe auch nicht entgegen, dass im schriftlichen Arthroskopiebefund das Band als intakt beschrieben werde. Bei genauer Betrachtung der Ha-kenprobe während der Video-Dokumentation zeige sich eine Elongation. Schließlich spreche auch die durch ihn selbst am Untersuchungstag durchgeführte Messung der vorderen Schublade dafür. Zur Genese eines traumatischen Knorpelschadens hat der Sachverständige schließlich ausgeführt, dass dieser auch entstehen könne, wenn der Knorpel auf Scherung belastet werde. Bei einem bandstabilen Knie sei die Scherung (seitliche Verformung) des Knorpels weitgehend zu vernachlässigen. Anders verhielte es sich jedoch, wie im konkreten Fall, wenn der Bandapparat über das physiologische Maß hinaus angespannt werde. Dann könnten wie im konkreten Fall auch, die Knorpelflächen pathologisch geschert werden und es entstünden frische Knorpelrisse (fissure Typ nach Bauer und Jakson). Ein solcher Riss liege im konkreten Fall in nahezu klassischer Art und Weise vor. Mit weiterer beratungsärztlicher Stellungnahme vom 1. März 2016 hielt L an seinen Ausführungen fest und regte eine radiologische Nachbefundung an. Mit ergänzender Stellungnahme vom 23. März 2016 hat der Sachverständige Sp seine Auffassung verteidigt und insbesondere am Vorhandensein einer Elongation des Kreuzbandes festgehalten. Eine Nachbefundung der MRT-Bilder sei nicht erforderlich.

Mit Urteil vom 20. November 2017 hat das Sozialgericht den Bescheid der Beklagten vom 6. März 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Mai 2015 abgeändert und als Gesundheitsschäden des Arbeitsunfalls vom 12. Juni 2014 eine Elongation des vorderen Kreuzbandes mit verbliebener muskulär kompensierter vorderer Instabilität und Schublade sowie ein Knorpelschaden im Bereich des äußeren Schienbeinkopfplateaus im rechten Knie festgestellt. Insoweit folgte das Gericht dem Sachverständigengutachten des Sp.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten, die bezweifelt, dass eine Elongation des vorderen Kreuzbandes mit verbliebener muskulär kompensierter vorderer Instabilität und Schublade vorgelegen habe. Es sei ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass zu keinem Zeitpunkt Verletzungszeichen gesichert worden seien. Vielmehr seien solche kernspintomographisch am 20. Juni 2014 sicher ausgeschlossen worden. Es fanden sich weder Weichteilödeme noch knöcherne Ödeme, jedoch eine Baker-Zyste als Symptom einer chronischen Knieinnen-schädigung. Bio-/unfallmechanisch könne sicher ausgeschlossen werden, dass es bei völlig intaktem Kapsel-Bandapparat durch eine indirekte Kraftereinwirkung zu einem isolierten Knorpelschaden im Bereich des äußeren Schienbeinkopfplateaus komme.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 20. November 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Klägerin erachtet die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend.

Mit seinem vom Senat veranlassten Sachverständigengutachten vom 15. November 2018 hat N ausgeführt, dass in dem zeitnah erstellten Bericht bzw. Auskünften von Juni/Juli ein Verdrehen des Kniegelenks und auch eine Verletzung beim Auftreten beschrieben werde. Eine sehr differenzierte Darstellung des Unfallhergangs finde sich erst im Sachverständigengutachten des Sp. Im Rahmen der Begutachtung bei ihm habe sich die Klägerin jedoch nachvollziehbar an Einzelheiten nicht mehr erinnern können. Jedenfalls ließe sich zeitnah zum Unfallgeschehen bzw. auch danach entnehmen, dass ein Verdrehmechanismus des rechten Kniegelenks erfolgt sei. Weiter habe die Klägerin ihre sportliche Betätigung sofort nach dem Unfallgeschehen gegen 14:00 Uhr eingestellt. Zwei Tage später, also schon außerhalb der Regelsprechzeiten, habe sie sich am Samstag beim D-Arzt vorgestellt. Eine dringliche Behandlungsbedürftigkeit seitens der Klägerin werde hier ersichtlich. Der D-Arzt beschreibe eine moderate Schwellung und einen Erguss des Kniegelenks. Bei Betrachtung der Videos zur Arthroskopie liege zweifellos die Knorpelerweichung vor. Sehr schön zu sehen sei dabei eine diskret nach links und rechts abweichende, linienförmige Konturunterbrechung des Knorpels. Es zeige sich ein für einen nicht unfallbedingten, degenerativen Knorpelschaden nicht typisches Bild. Es sei nun zu klären, ob die Knorpelstörung unfallbedingt sei, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass ein Knochenmarködem nicht vorliege. Vorliegend käme als Unfallmechanismus bezüglich der Knorpelverletzung ein indirektes Trauma in Betracht. Hierbei entstünden oberflächlich auf den Knorpel einwirkende Scherkräfte, die zu einer Verletzung allein im Knorpel führten. Bei derartigen Verletzungen könne es zu einem Knochenmarködem kommen, müsse es aber nicht. Insbesondere sei darauf hinzuweisen, dass bei alleinigen Knorpelfrakturen das Knochenmarködem unterhalb der Verletzung gering ausgeprägt oder sogar gänzlich fehlen könne. Wenn aber nun durch ein Unfallereignis eine indirekte Knorpelschädigung durch Scherkräfte hervorgerufen werde, dann seien hier zwangsläufig Schäden am Kapsel-Band-Apparat zu erwarten, die eben die vermehrte Beweglichkeit der beiden Gelenkpartner gegeneinander ermöglichten. Im vorliegenden Falle zeige sich kernspintomographisch ein Teilriss des vorderen Kreuzbandes, wobei die hier sichtbaren Flüssigkeitseinlagerungen zweifellos auf ein kürzlich stattgehabtes Unfallereignis hinwiesen. Zur Entstehung dieser Flüssigkeitseinlagerung bedürfe es einer über das physiologische Maß hinausgehenden Dehnung des vorderen Kreuzbandes. Vorliegend läge weder kernspintomographisch noch arthroskopisch eine komplette Kreuzbandruptur vor, jedoch machten eben diese Befunde wahrscheinlich, dass eine unphysiologische Bewegung des Schienbeinkopfes gegen die Oberschenkelrollen stattgefunden habe. Folge davon sei die hier gefundene Verletzung des Knorpels im Bereich der Außenseite des Schienbeinkopfes. Die Wertigkeit des Kernspintomogramms stehe vorliegend über der Arthroskopie, da diese den Schaden am vorderen Kreuzband erkennen lasse und zudem bei einem Teilriss des vorderen Kreuzbandes zum Zeitpunkt der Arthroskopie bereits reparative Vorgänge stattgefunden hätten, die im Verlauf der Zeit zu einer zunehmenden Stabilisierung des Bandes selbst führten. Derartige Bandverletzungen heilten in der Regel nach 6 Wochen aus. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass es im Rahmen des angeschuldigten Unfallereignisses zu einem Teilriss des vorderen Kreuzbandes verbunden mit einer Knorpelverletzung an der Außenseite des Schienbeinkopfes gekommen sei. Unfallunabhängig seien Texturstörungen am Meniskusvorderhorn sowie eine Zystenbildung in der Kniekehle.

Dieser Einschätzung ist die Beklagte unter Bezugnahme auf die beratungsärztliche Stellungnahme des L vom 20. Dezember 2018 entgegengetreten. Es sei bereits deswegen keine Unfallkausalität gegeben, da die von der Klägerin angegebene Eigenbewegung ohne jeglichen Störfaktor erfolgt sei. Die am 20. Juni 2014 durchgeführte kernspintomographische Untersuchung werde vom Sachverständigen N im Übrigen in entscheidenden Punkten anders befundet als vom Fachradiologen. Selbst wenn ein unfallbedingter Teilriss des vorderen Kreuzbandes rechts von ca. 30 % unterstellt werde, dann führe dieser 30 %-ige Verlust des Bandquerschnitts nicht zu einer Instabilität des Kniegelenks, sodass dadurch ein ausgeprägter Knorpel-schaden im Bereich des äußeren Schienbeinkopfplateaus entstehen könne.

Der Senat hat ein fachradiologisches Sachverständigengutachten durch den Sachverständigen T veranlasst. Dieser gelangte in Auswertung der Röntgenbilder vom 14. Juni 2014 und der MRT-Aufnahmen vom 20. Juni 2014 zu der Feststellung einer schweren Zerrung mit geringer Teilruptur des vorderen Kreuzbandes am Oberschenkelseitigen Ansatz. Es könne geschlussfolgert werden, dass die Oberschenkelseitige schwere Zerrung mit geringer Teilruptur des vorderen Kreuzbandes damals noch frisch gewesen und in der Folgeuntersuchung verheilt sei. Gleiches gelte für das Ödem im Knorpel hinter der Kniescheibe im äußeren Kompartiment, das sich im Verlauf zurückgebildet habe. Eine Elongation des Bandes sei nicht erkennbar.

Unter Bezugnahme auf die ergänzende beratungsärztliche Stellungnahme vom 27. Mai 2019 hat die Beklagte mitgeteilt, dass schon kein geeigneter Unfallmechanismus gegeben sei. Im Übrigen habe jetzt der radiologische Sachverständige ausgeführt, dass das vordere Kreuzband rechts im Anschluss an die versicherte Tätigkeit in seiner Kontinuität erhalten war. Hierzu hat der Sachverständige N mit seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30. Juli 2019 zunächst festgestellt, dass der radiologische Sachverständige T seine Einschätzung stütze. Es sei nicht zutreffend, dass der sachverständige Radiologe festgestellt habe, dass das vordere Kreuzband in seiner Kontinuität erhalten war. Das vordere Kreuzband sei entsprechend des fachradiologischen Gutachtens nach dem Ereignis mit einer schweren Zerrung mit geringer Teilruptur versehen. Damit ließe sich in jedem Falle eine Dehnungsbelastung des vorderen Kreuzbandes nachvollziehen, die auch zum Zerreißen von einzelnen Fasern führe.

Mit weiteren ergänzenden Stellungnahmen setzten sich der Beratungsarzt L einerseits (ergänzende Stellungnahme vom 27. August 2019; ergänzende Stellungnahme vom 13. November 2019) und der Sachverständige N (ergänzende Stellungnahme vom 14. Oktober 2019; ergänzende Stellungnahme vom 27. Dezember 2019) andererseits insbesondere mit der Problematik auseinander, ob bzw. inwieweit eine Ödembildung erfolgen und sichtbar sein müsse und ob tatsächlich von einer geringen Teilruptur des Kreuzbandes auszugehen sei.

Mit Bezugnahme auf die beratungsärztliche Stellungnahme vom 24. Januar 2020 hat die Beklagte letztlich darauf hingewiesen, dass die erstinstanzlich ausgeurteilten Gesundheitsschäden bzw. Beeinträchtigungen sich nicht mit den Feststellungen des Sachverständigen der zweiten Instanz decken. Unfallmechanische Überlegungen, der kernspintomographische Befund, der intraoperative Befund, das Verhalten der Klägerin und schließlich der unfallunabhängige Befund sprächen gegen eine unfallbedingte Teilzusammenhangstrennung des vorderen Kreuzbandes, die wiederum ursächlich für eine unphysiologische Bewegung des Schienbeinkopfes gegen die Oberschenkelrolle mit der Folge der Knorpelschädigung gewesen sei.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben.

Die Berufung der Beklagten ist jedoch - bis auf die Berichtigung des Tenors - nicht begründet. Der Bescheid vom 1. September 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Februar 2012 ist nicht rechtmäßig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen. Richtige Klageart für die Feststellung weiterer Unfallfolgen ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) und [§ 55 Abs. 1, 3 SGG](#).

Rechtsgrundlage für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Danach sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Für einen Arbeitsunfall ist es danach erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer oder sachlicher Zusammenhang). Diese Verrichtung muss zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt (Unfallkausalität) und das Unfallereignis einen Gesundheits(erst)schaden verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen auf Grund des Gesundheits(erst)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls, sondern insbesondere für die Gewährung einer Verletztenrente (vgl. Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 2 U 22/08 R](#), nach juris).

Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung gibt es unterschiedliche Beweisanforderungen. Für die äußerlich fassbaren und feststellbaren Voraussetzungen "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfallereignisses", "Unfallereignis" und "Gesundheitserstschaden" wird eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit gefordert, die vorliegt, wenn kein vernünftiger die Lebensverhältnisse klar überschauender Mensch noch zweifelt (Vollbeweis). Vermutungen, Annahmen, Hypothesen und sonstige Unterstellungen reichen daher ebenso wenig aus wie eine (möglicherweise hohe) Wahrscheinlichkeit. Hinreichende Wahrscheinlichkeit wird von der ständigen Rechtsprechung für die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität) sowie dem Gesundheitserstschaden und der Unfallfolge im Sinne eines länger andauernden Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) für ausreichend erachtet (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2007 - [B 2 U 27/06 R](#), nach juris). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände diejenigen so stark überwiegen, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, dass darauf eine richterliche Überzeugung gegründet werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#), nach juris). Sofern die notwendigen tatbestandlichen Voraussetzungen nicht von demjenigen, der sie geltend macht, mit dem von der Rechtsprechung geforderten Grad nachgewiesen werden, hat er die Folgen der Beweislast dergestalt zu tragen, dass dann der entsprechende Anspruch entfällt.

Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung infolge eines Versicherungsfalles muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen. Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio-sine-qua-non). Erst nachdem feststeht, dass ein bestimmtes Ereignis eine naturwissenschaftliche Ursache für einen Erfolg ist, stellt sich die Frage nach einer wesentlichen Verursachung des Erfolgs durch das Ereignis. Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist zwischen Ursachen zu unterscheiden, denen der Erfolg zugerechnet wird, und anderen, die für den Erfolg rechtlich unerheblich sind. Als kausal und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. des Gesundheitsschadens abgeleitet werden (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#), nach juris).

Der Anerkennung von Unfallfolgen steht nicht entgegen, dass es sich vorliegend nicht um ein ungewolltes äußeres Ereignis gehandelt hat, sondern eine bewusste und gewollte Bewegung. Die Verrichtung des Fußballspielens hat bei der Klägerin zu einer zeitlich begrenzten Einwirkung von außen - dem Unfallereignis - geführt. Für das von außen auf den Körper einwirkende, zeitlich begrenzte Ereignis ist nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil, 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#), Rn. 12, nach juris) kein besonderes, ungewöhnliches Geschehen erforderlich. Alltägliche Vorgänge wie Stolpern usw. genügen. Es dient der Abgrenzung zu Gesundheitsschäden aufgrund von inneren Ursachen, wie Herzinfarkt, Kreislaufkollaps usw., wenn diese während der versicherten Tätigkeit auftreten, sowie zu vorsätzlichen Selbstschädigungen. Die Unfreiwilligkeit der Einwirkung bei dem, den das Geschehen betrifft, ist dem Begriff des Unfalls immanent, weil ein geplantes, willentliches Herbeiführen einer Einwirkung dem Begriff des Unfalls widerspricht. Hiervon zu unterscheiden sind jedoch die Fälle eines gewollten Handelns mit einer ungewollten Einwirkung, bei dieser liegt eine äußere Einwirkung vor. Für die Prüfung der Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls bedeutet dies, dass für die äußere Einwirkung nicht ein äußerliches, mit den Augen zu sehendes Geschehen zu fordern ist.

Vielmehr gelangt der Senat gemessen an den bereits oben genannten Maßstäben zu der Auffassung, dass bei der Klägerin Folgen des Unfallereignisses ein Teilriss des vorderen Kreuzbandes sowie eine Knorpelfraktur am äußeren Schienbeinkopf sind. Sowohl der Teilriss des Kreuzbandes, als auch die Knorpelfraktur sind nach Überzeugung des Senats vollbeweislich gesichert. Dabei ist die Verursachung des Knorpelschadens in Folge des Teilrisses des Kreuzbandes nach Auffassung des Senats hinreichend wahrscheinlich.

Der Senat folgt insoweit den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen N und auch des radiologischen Sachverständigen T. Dabei hat N zutreffend auf die Unfallschilderung durch die Klägerin nur untergeordnet abgestellt. Es entspricht allgemeiner Senatsrechtsprechung, dass die Anforderungen an die Sicherung eines Unfallhergangs nicht überspannt werden dürfen und nicht detaillierte Einzelheiten bezüglich des genauen Geschehensablaufs bzw. hinsichtlich des jeweiligen Verdrehmomentes zu erwarten sind. Verständlicherweise kann von niemandem erwartet werden, sich an die konkrete Stellung der Beine, des Kniegelenks und einen bestimmten Verdrehmechanismus zu erinnern. In Auswertung aller zur Verfügung stehenden Informationen bleiben im vorliegenden Fall letztlich keine durchgreifenden Zweifel, dass ein geeigneter Unfallhergang, insbesondere im Hinblick auf die zu fordernde Innendrehung des rechten Kniegelenks, vorgelegen hat. Aufgrund der aktenkundigen Darstellung (bereits im D-Arztbericht heißt es: " rechte[s] Knie verdreht ") und des sich im Rahmen der OP ergebenden Bildes eines Verdrehtraumas geht der Senat jedenfalls davon aus, dass es - so auch vom Sachverständigen N angenommen - zu

einem Verdrehmechanismus des rechten Kniegelenks gekommen ist und dieser wiederum eine biomechanische Einwirkung auf das rechte Kniegelenk begründet hat. Auch der weitere Geschehensablauf spricht für einen Unfallzusammenhang. Insoweit ist festzustellen, dass die Klägerin nach dem Unfallgeschehen ihre sportliche Betätigung eingestellt und sich zwei Tage später an einem Wochenende zur Notarztsprechstunde D-ärztlich vorgestellt hat. Dies lässt sich mit einer akuten traumatischen Verletzung durchaus in Einklang bringen, zumal zu berücksichtigen ist, dass die Klägerin als Lehrerin für die ihr anvertrauten Kinder verantwortlich war. Die sodann vom D-Arzt festgestellten äußerlichen Verletzungszeichen werden als - wenn auch nur - moderate Schwellung und ein Erguss des Kniegelenks festgehalten. Im Weiteren ist den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen N nach davon auszugehen, dass das Video zur Arthroskopie deutlich die Knorpelerweichung zeigt. Dabei zeigt sich ein Bild eines elastischen Knorpels, wie es für einen nicht unfallbedingten, degenerativen Knorpelschaden nicht typisch ist. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die Arthroskopie noch rechtzeitig in dem für die Unfallbegutachtung für erforderlich gehaltenen Zeitfenster von 6 - 12 Wochen (vgl. Hempfling in Ludolph, Der Unfallmann, 13. Auflage, 2013, S. 418) nach dem Ereignis stattgefunden hat. Der Sachverständige N führt sodann zu dem festgestellten Knorpelschaden aus, dass dieser auch wesentlich durch das Ereignis entstanden ist. Dabei stellt er nachvollziehbar dar, dass dies auch gilt, obwohl vorliegend kein Knochenmarködem gegeben ist. Bei dem hier in Frage stehenden indirekten Trauma entstehen oberflächlich auf den Knorpel einwirkende Scherkräfte, die zu einer Verletzung allein im Knorpel führen. Hierbei kann es, muss es aber nicht, zu einem Knochenmarködem kommen. Hierzu verweist N auf die wissenschaftliche Literaturmeinung (Hempfling/Bohdorf, 2007, S. 293) wonach das Knochenmarködem ausgeprägt sein oder sogar - bei geringerer Scherkraft - gänzlich fehlen kann (so auch Hempfling in Ludolph, Der Unfallmann, 13. Auflage, 2013, S. 420, wonach dieser Mechanismus jedoch selten sei). Schließlich gilt aber, dass, wenn durch ein Unfallereignis eine indirekte Knorpelschädigung durch Scherkräfte hervorgerufen werden soll, dann zwangsläufig Schäden am Kapsel-Band-Apparat zu erwarten sind, die eben die vermehrte Beweglichkeit der beiden Gelenkpartner gegeneinander ermöglichen (Hempfling in Ludolph, Der Unfallmann, 13. Auflage, 2013, S. 419 f.). Vorliegend ist eben dies anzunehmen. Kernspintomographisch ist ein Teilriss des vorderen Kreuzbandes auszumachen. Dabei kann dem MRT-Befund - so die übereinstimmenden Ausführungen des Sachverständigen N und des radiologischen Sachverständigen T - entnommen werden, dass es sich hierbei um eine frische Verletzung handelt. Nachvollziehbar weist N darauf hin, dass vorliegend weder kernspintomographisch noch arthroskopisch eine komplette Kreuzbandruptur vorliegt. Gerade diese Befunde machen es jedoch wahrscheinlich, dass eine unphysiologische Bewegung des Schienbeinkopfes gegen die Oberschenkelrollen stattgefunden hat. Folge hiervon ist dann die bei der Klägerin vorgefundene Verletzung des Knorpels im Bereich der Außenseite des Schienbeinkopfes. Insofern misst der Sachverständige N dem Kernspintomogramm gegenüber der Arthroskopie den Vorzug zu. Zum einen deshalb, da der Schaden am vorderen Kreuzband dem kernspintomographischen Befund am besten zu entnehmen ist und zum anderen deswegen, weil bei einem Teilriss des vorderen Kreuzbandes zum Zeitpunkt der Arthroskopie - also hier sechs Wochen nach dem Unfall - bereits reparative Vorgänge stattgefunden haben, die im Verlaufe der Zeit zu einer zunehmenden Stabilisierung des Bandes selbst führen. Zu den Auswertungen bildgebender Befunde durch N hat T mit seinem radiologischen Sachverständigengutachten klargestellt, dass dessen Auswertungen der Röntgen- und MRT-Bilder zutreffend sind. T hat lediglich ausgeführt, dass bei der Auswertung der Bilder durch N die Läsion im Kniescheibenknorpel nicht erwähnt wurde. Dies ist insofern unschädlich, als N eine entsprechende Knorpelfraktur ohnehin in seinen unfallabhängigen Diagnosen aufführte. Unschädlich ist insoweit weiter, dass der radiologische Sachverständige T hinsichtlich der Ausführung von N darauf hinweist, dass die Irregularität am Außenmeniskusvorderhorn nicht unbedingt ein Riss sein müsste, sondern auch anlagebedingt entstanden sein könnte. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass sich auch für N dieses, von ihm als Texturstörung am Meniskusvorderhorn beschriebene, Schadensbild jedenfalls nicht als unfallabhängig dargestellt hat.

Die anderslautende Auffassung des Beratungsarztes der Beklagten, L, überzeugt indes nicht. Soweit L entsprechende Begleitverletzungen der den Knorpelschaden umgebenden Strukturen verlangt, weist N mit seiner ergänzenden Stellungnahme vom 1. März 2019 zutreffend darauf hin, dass er bereits in seinem Sachverständigengutachten auf sichtbare Flüssigkeitseinlagerungen, die auf ein kürzlich stattgehabtes Unfallereignis hinwiesen, aufmerksam gemacht hat. Diese Flüssigkeitseinlagerungen entstehen nur durch Einblutungen oder das Eindringen von Gelenkflüssigkeit in den umgebenden Gelenkinnenhautschlauch. Dass diese entstehen, bedarf es einer über das physiologische Maß hinausgehenden Dehnung des vorderen Kreuzbandes. Entsprechende Flüssigkeitsansammlungen hat auch der radiologische Sachverständige T festgestellt. Auch soweit der Beratungsarzt L mit seinen weiteren ergänzenden Stellungnahmen die fehlende Ödembildung sowie die fehlende Diagnose einer Teilruptur des Kreuzbandes moniert, führt dies zu keiner anderen Einschätzung. Überzeugend und unter Hinweis auf Ausführungen der wissenschaftlichen Literatur hat N klargestellt, dass bei indirekter Einwirkung und Entwicklung tangentialer Kräfte das Knochenödem in seltenen Fällen auch ganz fehlen kann (so auch Grosser in Thomann/Grosser/Schröter, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 3. Aufl., 2019, S. 54). Allerdings ist dann der Befund des Knorpelschadens in diesen Fällen selbst hypereindeutig (z.B. Nachweis schräg- oder horizontalverlaufender Einrisse). Insoweit weist N darauf hin, dass sich genau ein solches Schadensbild bei der Klägerin im OP-Bericht darstellt. Dort heißt es: Am Rande des Außenmeniskus fand sich ein Riss des Knorpels. Der Operateur hat in seinem Bericht im Übrigen selbst ausgeführt, dass die Verletzungen des Knorpels am ehesten Folge einer Avulsionsverletzung, also einer Drehverletzung sei. Zwar hat er differentialdiagnostisch auch eine Osteochondrosis dissecans in den Raum gestellt, dieser Verdacht ist in der gesamten weiteren Genese jedoch nicht weiter zum Tragen gekommen, hat sich also nicht erhärtet und kann hier dahingestellt bleiben.

Soweit der Beratungsarzt L darstellt, dass sich interoperativ "intakte Kreuzbänder" gezeigt hätten und dem auch das Kernspintomogramm nicht entgegenstünde, widerspricht das den Feststellungen des sachverständigen Radiologen T und des N. Insoweit misst der Senat dem radiologischen Sachverständigen gegenüber den Ausführungen des Beratungsarztes die entscheidende Aussagekraft bei. Soweit der Beratungsarzt L die Baker-Zyste als vorbestehende Veränderung, die gegen einen entsprechenden Unfallzusammenhang sprechen soll, anführt, erschließt sich dies nicht. Die Diskussion bezüglich der Baker-Zyste wurde allenfalls im Hinblick auf deren eigene Unfallkausalität geführt. Eine Bedeutung für die Unfallkausalität des Knorpelschadens haben N, T und auch Sp der Zyste übereinstimmend nicht beigemessen. Sp hat vielmehr festgestellt, dass die Baker-Zyste bei Erwachsenen häufig bei vorliegender Kniepathologie vorkommt, sowohl nach Verletzungen als auch bei degenerativen Erkrankungen. Sie ist daher weder Beweis noch Gegenbeweis für das Vorliegen einer traumatischen Verletzung. N hat festgestellt, dass die Zystenbildung für das Unfallgeschehen bedeutungslos ist, da diese zum Unfallzeitpunkt oder auch später nicht symptomatisch geworden ist.

Soweit Sp statt eines Teilrisses des vorderen Kreuzbandes dessen Elongation festgestellt hat, erschüttert dies nicht die überzeugenden Feststellungen des N. Beide kommen letztlich zu dem Schluss, dass durch ein Valgustrauma durch Dehnung des vorderen Kreuzbandes über das physiologische Ausmaß eine Scherung des seitlichen Schienbeinplateaus durch den nach seitlich gleitenden Oberschenkelknochen bei sekundärer Erweichung des teilweise vom Knochen abgehobenen Knorpels mit schließlich sofortigen Beschwerden gekommen ist. Unter Berücksichtigung der Feststellung des radiologischen Sachverständigen jedoch gelangt der Senat zu der Überzeugung, dass es durch das

Ereignis zu keiner Elongation des vorderen Kreuzbandes gekommen ist, sondern vielmehr zu dessen Teilriss. Insoweit war der Tenor des sozialgerichtlichen Urteils klarstellend zu berichtigen, ohne deshalb eine andere Unfallfolge festzustellen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2021-01-11