

L 6 U 2782/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 26 U 4087/13

Datum

12.05.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 2782/15

Datum

26.11.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Ein asymmetrisches Schadensbild der Menisken in beiden Kniegelenken ist mit der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung nur zu vereinbaren, wenn eine ungleichmäßig kniebelastende berufliche Tätigkeit vorlag.

2. Mangels wissenschaftlichen Nachweises der ursächlichen Bedeutung einer Varusstellung ("O-Beine") für einen primären Meniskusschaden stellt eine solche Gelenkfehlstellung regelmäßig kein Ausschlusskriterium für die Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung dar.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12. Mai 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Der 1950 geborene Kläger absolvierte ab April 1965 eine Ausbildung zum Fliesenleger, zunächst bis Anfang Oktober 1966 bei S. H. in W. und danach bis 1967 bei der Fliesen-R. KG in S., wo er noch bis Mitte Oktober 1969 als Geselle beschäftigt war. In seinem Beruf arbeitete er anschließend bis Mitte April 1978 weiter, zunächst für K. A. in F. und anschließend für T. Sch. in Sch ... Nach einer zweimonatigen Tätigkeit als Staplerfahrer bei der I. Deutschland GmbH in Si., war er ab Mitte Juni 1978 bis Ende September 1998 bei der Fahrzeugbau R. in W. im S. angestellt, die danach aufgelöst wurde. Anschließend war er bis Mitte September 2006 wieder als Fliesenleger beschäftigt, zunächst bis Ende Februar 1999 bei A. H. in W. im S. und, nach einer kurzen Zeit der Arbeitsuche, ab Ende Mai 1999 wiederum bei der Fliesen-R. KG in ... Ab Mitte September 2006 erkrankte er arbeitsunfähig und bezog ab 2008 eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Bei Arthroskopien im rechten und linken Kniegelenk am 23. Juni 1997 und 18. März 1998 wurden von dem Arzt für Chirurgie Dr. J. rechts eine frische Komplexruptur des Innenmeniskushinterhorns und links eine dritt- bis viertgradige mediale Gonarthrose mit Innenmeniskusläsion diagnostiziert. Dieser erstattete der Württembergischen Bau-Berufsgenossenschaft, einer Rechtsvorgängerin der Beklagten, am 20. April 1998 eine ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit. Er gehe von einer Meniskusläsion im Bereich beider Kniegelenke aus, die er auf die beruflich bedingte kniende Tätigkeit des Klägers zurückführe. Die Beschwerden seien erstmals im April 1997 aufgetreten.

Auf Nachfrage teilte der Kläger im Juni 1998 mit, ein Meniskusschaden habe sich erstmals im Januar 1997 bemerkbar gemacht.

Nach telefonischer Rücksprache von Dr.-Ing. J. vom Technischen Aufsichtsdienst der Süddeutschen Metall-Berufsgenossenschaft, ebenfalls einer Rechtsvorgängerin der Beklagten, mit dem Geschäftsinhaber der Fahrzeugbau R. und dem Kläger im August 1998 habe sich ergeben, dass Letzterer dort zu etwa 80 % in der Lackiervorbereitung tätig gewesen sei. Die Arbeiten hätten das Schleifen und Spachteln von Aufbauten für Lastkraftwagen umfasst. Bei Tätigkeiten in etwa 60 bis 70 cm Flurhöhe habe sich der Kläger mit dem rechten Knie auf dem Boden abgestützt. Hierbei habe er einen Knieschoner getragen. Sein linkes Knie sei dabei nahezu unbelastet gewesen. Die Arbeiten habe er an etwa vier Tagen in der Woche mit einer Dauer von etwa zwei Stunden je Schicht durchgeführt. Am fünften Wochenarbeitstag seien keine kniebelastenden Tätigkeiten vorgenommen worden. Hauptsächlich in den Monaten November und Dezember seien fast täglich an sieben bis zwölf Last- oder Personenkraftwagen Reifen montiert worden. Für den Radwechsel dürfte er etwa eine Stunde je Tag kniend gearbeitet haben. Der Kläger habe bei dem Gespräch angegeben, die gesundheitlichen Probleme im Bereich seiner Knie auf seine Tätigkeit als

Fliesenleger zurückzuführen.

Nach der Stellungnahme der Dipl.-Ing. S. und F. vom Technischen Aufsichtsdienst der Württembergischen Bau-Berufsgenossenschaft von September 1998 habe der Kläger von 1965 bis 1978 in verschiedenen Mitgliedsbetrieben als Fliesenleger gearbeitet. Er habe sämtliche in diesem Beruf anfallenden Arbeiten ausgeführt, welche üblicherweise in kniender oder hockender Haltung durchgeführt würden. Hierzu zählten im Besonderen das Verlegen und Verfugen von Bodenfliesen sowie von Wandfliesen im Bereich zwischen Sockel und einer Höhe von etwa 75 cm. An Körperhaltungen seien, bei gleichzeitiger Kraftaufwendung, der Fersensitz, die Kniehocke und die Hocke als solche eingenommen worden. Etwa 40 % der Gesamtarbeitszeit seien auf Arbeiten in kniender oder hockender Position entfallen. Der Kläger sei bei seiner Tätigkeit als Fliesenleger keiner häufig wiederkehrenden überdurchschnittlichen Bewegungsbeanspruchung durch Laufen, Springen oder Knick-, Dreh- und Scherbewegungen auf grob unebener Unterlage ausgesetzt gewesen. Außerberuflich habe der Kläger keine kniebelastenden Tätigkeiten oder Sportarten ausgeübt.

Der Kläger war bei der Innungskrankenkasse Baden-Württemberg (heute: IKK classic) gegen Krankheit versichert. Nach dem von dort beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis von Oktober 1998 wurden im November 1990 und April 1991 jeweils der Verdacht auf eine Innenmeniskusläsion, im September 1995 ein Reizknie, im April 1997 ein akutes Reizknie und eine Gonarthrose, drei Monate später eine erhebliche Gonarthrose und der Verdacht auf eine Meniskusläsion sowie im März 1998 der Verdacht auf eine Innenmeniskusläsion ärztlich diagnostiziert.

Auf Nachfrage führte der Allgemeinarzt Dr. C. im November 1998 aus, er habe beim Kläger ab Ende April 1997 ein Reizknie beidseits, rechts mehr als links, behandelt. Am 23. Juni 1997 sei es zu einer ersten arthroskopischen Knieoperation gekommen. Später habe er immer wieder Reizzustände des rechten Kniegelenkes mit Ergüssen behandelt. Am 18. März 1998 sei auf der linken Seite eine Arthroskopie durchgeführt worden.

Nach der gewerbeärztlichen Stellungnahme von Dr. G. von Dezember 1998 habe der Kläger nach Aktenlage dreizehn Jahre lang als Fliesenleger gearbeitet, wobei etwa 40 % der Gesamtarbeitszeit auf Arbeiten in kniender oder hockender Position entfallen seien. Nach dem Merkblatt zu der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV sei dies als haftungsbegründende Kausalität anzusehen. Selbst bei dessen letzter Tätigkeit habe durchaus eine, wenn auch arbeitstäglich kürzere Kniegelenksbelastung vorgelegen. Da bei dem Kläger auch das typische Krankheitsbild einer Innenmeniskusdegeneration vorhanden sei, müsse geprüft werden, ob eine solche Berufskrankheit mit Wahrscheinlichkeit vorliege, was ihres Erachtens der Fall sei.

Daraufhin wurde der Ärztliche Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des K-Hospitals in S., Prof. Dr. H., mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Nach einer ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 15. Februar 1999 führte dieser aus, nach dessen Angaben sei am linken Kniegelenk 1972 eine Bursitis praepatellaris aufgetreten, welche medikamentös und durch Elektrotherapie behandelt worden sei. Daraufhin sei eine Besserung eingetreten. Im März 1997 sei es dann ohne Trauma zu Schmerzen im rechten Kniegelenk gekommen. Bei der klinischen Untersuchung hätten die Beinachsen beidseits eine Varusstellung eingenommen. Nach Aufforderung, die Füße zusammenzustellen, hätten sich beide Malleoli medialis berührt. Zwischen beiden Kniegelenken habe ein Abstand von 5 cm bestanden. Im linken Kniegelenk habe sich eine mediale Gonarthrose gezeigt. Beidseits seien Innenmeniskusteileresektionen vorgenommen worden, rechts 1997 und links 1998. Ein Knorpelschaden dritt- bis viertgradig links sei arthroskopisch diagnostiziert worden. Eine starke Verschiebung der beiden präpatellaren Zonen sei vorhanden. Linksseitig habe sich eine leichte Schwellung gezeigt. Es handele sich um eine sekundäre Meniskusschädigung beidseits aufgrund einer Varusstellung beidseits und einer links nachgewiesenen Varusgonarthrose. Den Knorpelschaden linksseitig medial führe er auf die Varusdeformität zurück. Es sei zwar vom Kläger in 40 % des täglichen Arbeitstages eine kniende Position eingenommen worden, allerdings nur zu einem geringeren Teil in meniskusbelastenden Positionen. Die medial betonte Gonarthrose und die Varusfehlstellung seien nicht Folge beruflich bedingter Einwirkungen. Vielmehr sei es hierdurch zu der beiderseitigen Meniskopathie gekommen.

Aufgrund des Gutachtens von Prof. Dr. H. schlug Dr. G. in ihrer gewerbeärztlichen Stellungnahme von April 1999 vor, die Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV beim Kläger nicht anzuerkennen.

Mit Bescheid vom 27. Mai 1999 lehnte die Beklagte die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV, im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. H., ab.

Mit Schreiben vom 21. Dezember 2006 wandten sich die Bevollmächtigten des Klägers an die Beklagte und teilten mit, sie seien beauftragt zu überprüfen, inwieweit zwischenzeitlich eine Berufskrankheit geltend gemacht werden könne, weshalb sie um Akteneinsicht nachsuchten. Am 15. Juni 2007 äußerten sie, der Kläger habe nach Erlass des Bescheides vom 27. Mai 1999 noch bis einschließlich 2006 als Fliesenleger gearbeitet, weshalb nun erneut beantragt werde, bei ihm wegen seiner Meniskusschäden eine Berufskrankheit festzustellen.

Nach den von Dr. J. der Beklagten vorgelegten Arztberichten hatte dieser im Herbst 2004 eine fortgeschrittene Varusgonarthrose links und im Herbst 2006 zudem eine viertgradige Chondromalazie medialer Femurkondylus rechts diagnostiziert. Auf Veranlassung der Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung hielt sich der Kläger von Ende April bis Mitte Mai 2007 stationär in den Fachkliniken H. in Bad U. auf. Nach dem Entlassungsbericht des Chefarztes der Abteilung Orthopädie, Prof. Dr. H., wurde insbesondere ein Zustand nach medialer Schlittenprothese links bei primärer Gonarthrose beidseits am 18. April 2007 (ICD-10 M17.9) diagnostiziert.

Mit Bescheid vom 8. November 2007 lehnte die Beklagte die Rücknahme des Bescheides vom 27. Mai 1999 im Wege des Zugunstenverfahrens nach [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ab. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 7. März 2008 zurückgewiesen.

In dem daraufhin geführten Klageverfahren vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG, Az. S 6 U 2251/08) erstattete der Direktor der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie des Universitätsklinikums des S., Prof. Dr. K., auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten. Nach dessen ambulanter klinischer und röntgenologischer Untersuchung am 29. Mai 2009 führte der Sachverständige aus, aktuell liege im Bereich des rechten Kniegelenkes ein Zustand nach arthroskopischer Teilmeniskektomie vor, mit anamnestisch zu eruiierenden weiterbestehenden Reizzuständen und Ergussbildungen, einem funktionellen Streckdefizit von 10° und

röntgenologisch einer medialen Gonarthrose. Was die Beinachse rechts betreffe, so sei aufgrund der jetzt anscheinend erstmals durchgeführten Beinganzaufnahme festzustellen, dass die Belastungslinie, die so genannte "Mikulicz-Linie", durch den Interkondylenhöcker des Kniees verlaufe. Es liege damit ein Normalbefund vor. Die Längsachsen des Femurs und der Tibia bildeten einen Winkel von 5° Valgus zueinander. Betreffend das rechte Knie verlaufe die Belastungslinie orthotop, weshalb keine O-Beinstellung vorliege. Im Bereich des linken Kniegelenkes bestehe derzeit ein Zustand nach endoprothetischem Ersatz des inneren Kniegelenkanteiles mit einer geringgradig fehlplatzierten Schlittenprothese, einem glaubhaft weiter bestehenden Reizzustand, einem Bewegungsdefizit von 10° bei freier Beugung sowie eine nach dem Röntgenbild völlig unauffällig einliegende Prothese ohne Lockerungszeichen. Was die Beinachse links betreffe, sei, bedingt durch die Fehlimplantation, die Traglinie nach medial verschoben. Die Achse zwischen Femur und Tibia betrage 0°. Es sei also eine leicht varische Fehlstellung von 5 bis 6° vorhanden.

Die körperlichen Verhältnisse des Klägers seien von Prof. Dr. H. nicht korrekt erfasst worden. Von ihm sei beidseits eine Varusstellung der Kniegelenke klinisch links von 10° und rechts von 8° gemessen worden. Ein solcher Befund lasse sich nach der von ihm durchgeführten klinischen Untersuchung nicht nachvollziehen. Von ihm sei zwar ein Interkondylenabstand von 3 cm bei sich berührenden Malleoli festgestellt worden. Die Ausmessung der Beinachse rechts habe jedoch unauffällige Verhältnisse gezeigt. Links habe klinisch nur ein geringes Varus vorgelegen. Die von Prof. Dr. H. vorgenommene Untersuchung sei auch hinsichtlich der Achsenbestimmung unzulänglich gewesen, da keine hinreichend aussagekräftige Beinganzaufnahme angefertigt worden sei. Es sei zu vermuten, dass die Beinachse vor Implantation der Knieendoprothese links gleichartig zu rechts oder nicht wesentlich unterschiedlich gewesen sei. Eine beidseitige deutliche O-Beinstellung dürfte daher auszuschließen sein. Rechts gelinge der Vollbeweis wegen der jetzt durchgeführten Beinganzaufnahme. Links müsse dies vermutet werden, da bei gering fehlimplantierter Schlittenprothese die jetzt vorgefundenen Achsen nicht 100 % auf den präoperativen Zustand zurückextrapoliert werden könnten, jedoch kein Grund ersichtlich sei, warum die Beinachse des Klägers links wesentlich anders sein sollte als rechts. Insbesondere lägen keine Verletzungen oder Stoffwechselerkrankungen vor, die zu einer verstärkten O-Beinbildung hätten führen können.

Inkorrekt sei auch die Aussage im Gutachten von Prof. Dr. H., dass zwar eine kniende Position von 40 % des täglichen Arbeitstages eingenommen worden sei, jedoch nur zu einem geringeren Teil in einer meniskusbelastenden Position. Die Dipl.-Ing. S. und F. hätten gerade ausgeführt, dass der Kläger Tätigkeiten mit Meniskusbelastungen, also Tätigkeiten kniend, hockend und im Fersensitz, unter, und dies sei wichtig, gleichzeitiger Kraftaufwendung zu 40 % der Arbeitstätigkeit ausgeübt habe. Auf diesen Umstand habe auch Dr. G. in ihrer Stellungnahme von Dezember 1998 hingewiesen. Eine entsprechende Aussage finde sich ebenfalls in der Literatur, etwa in Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall- und Berufskrankheit. Demzufolge seien für eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV relevante belastende Tätigkeiten eindeutig nachgewiesen.

Die Mehrjährigkeit sei ebenfalls gegeben, da die Belastungsdauer mittlerweile insgesamt 21 Jahre betragen habe, von 1965 bis 1978 dreizehn Jahre und von Oktober 1998 bis Mitte September 2006 annähernd acht Jahre. In der Literatur werde darauf hingewiesen, dass eine Meniskopathie lange klinisch stumm verlaufen und erst Jahre nach Beendigung der belastenden Tätigkeit zum Vorschein kommen könne, wobei für die Anerkennung ein jeweils langer Zeitraum der belastenden Tätigkeit und der besonderen Beanspruchung der Kniegelenke, ein kurzes beschwerdefreies Intervall bis zum Auftreten der ersten Beschwerden sowie ein geringes Lebensalter vorliegen müssten. Der Kläger habe dreizehn Jahre am Stück eine belastende Tätigkeit ausgeübt. Bei seiner ersten Phase als Fliesenleger habe ein geringes Lebensalter bestanden, so dass auch das klinische Manifestwerden im Sinne der Operationswürdigkeit nach Beendigung der die Kniegelenke belastenden Tätigkeit nicht gegen die Annahme einer berufsbedingten Meniskopathie spreche. Spätestens zum Zeitpunkt seiner Untersuchung lägen somit die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV vor.

Hiergegen wandte die Beklagte ein, nach Beendigung der kniebelastenden Tätigkeit im April 1978 habe sich nach den Angaben des Klägers von Juni 1998 die Erkrankung erstmals im Jahre 1997 bemerkbar gemacht. Die Operationen mit Feststellungen von Innenmeniskusschäden seien im Juni 1997 im Bereich des rechten Kniees und im März 1998 bezogen auf das linke Knie vorgenommen worden. Dass ein Meniskusschaden erst so viele Jahre nach Beendigung der kniebelastenden Tätigkeit klinisch manifest werde, spreche, entgegen der Ansicht von Prof. Dr. K., gegen die Annahme einer berufsbedingten Meniskopathie. Zu diesem Zeitpunkt habe beim Kläger auch kein geringes, sondern ein höheres Lebensalter vorgelegen. Selbst Dr. J. habe in seinem Bericht von September 2006, also vor Implantation der Schlittenprothese links im April 2007, für das linke Kniegelenk eine starke Varusfehlstellung beschrieben. Hierzu habe sich Prof. Dr. K. nicht verhalten.

In einer ergänzenden Stellungnahme von April 2010 führte Prof. Dr. K. aus, dass auch nach der aktuellen 8. Auflage von Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit das Manifestwerden einer Meniskuserkrankung nach einer Latenz für sich alleine gesehen nicht gegen die Annahme einer beruflich bedingten Meniskopathie spreche. Zu dem von der Beklagten erwähnten Befundbericht von Dr. J. sei anzumerken, dass im Röntgenbefund nicht beschrieben werde, dass ein Varus oder Valgus bestehe. Diese Aussage finde sich nur im klinischen Befund. Dieser könne hingegen täuschen. Insbesondere bei übergewichtigen Menschen entsprächen die klinisch vorzufindenden Achsverhältnisse nicht immer den normalen. Nur mit einer kompletten Oberflächenersatzprothese oder gar einer achsgeführten Knieprothese könne ein Beinachsenfehler korrigiert werden, nicht jedoch mit einer unikondylären Prothese, wie sie beim Kläger zum Einsatz gekommen sei. Die Achsausmessungen, wie sie von ihm im Bereich des linken Beines mit einliegender Schlittenprothese vorgenommen worden seien, belegten, dass präoperativ kein stärkerer Varusfehler vorgelegen haben könne. Da wegen der Implantation einer unikondylären Schlittenprothese, die im Falle des Klägers von dem Ärztlichen Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des K-Hospitals in S., Priv.-Doz. Dr. G., eingesetzt worden sei, bei der präoperativen Planung, insbesondere der Ausrichtung der femoralen Komponente, eine komplexe Bestimmung diverser Winkel notwendig sei, müsse dort eine Beinganzaufnahme erstellt worden sein. Diese liege ihm jedoch nicht vor.

Die Beklagte trug hierzu vor, nach der geltenden Fachliteratur sprächen ein entsprechend langer Zeitraum zwischen der Beendigung der belastenden Tätigkeit und dem Auftreten der ersten Beschwerden sowie ein zu diesem Zeitpunkt höheres Lebensalter gegen das Vorliegen eines beruflich verursachten Meniskusschadens. Nach der beratungsärztlichen Stellungnahme des Chirurgen Dr. K., dem die im K-Hospital in S. erstellte Ganzbeinaufnahme von Mitte März 2007 von der Beklagten vorgelegt wurde, zeige sich darauf eine deutliche Varusfehlstellung links.

Das SG beauftragte den Leiter der Gutachtenambulanz der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums H., Prof. Dr.

Sch., mit der Erstattung eines Gutachtens. Nach einer ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 2. November 2011 führte er aus, der Kniebefund sei im Gutachten von Prof. Dr. H. richtig erfasst worden. Es lägen Verschleißerscheinungen des Gelenkknorpels im linken Knie und beiderseitige Meniskusschädigungen vor. Jedoch sei nach heutigem medizinischem Wissen eine Fehlinterpretation hinsichtlich der O-Beinstellung als konkurrierende Ursache des Meniskusschadens erfolgt. Darüber hinaus fehle eine Differenzierung zwischen einem Gelenkknorpel- und einem Meniskusschaden, wie sie im Rahmen der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV zu fordern sei. Ein so genanntes "konformes Belastungsbild" im Sinne dieser Berufskrankheit verlange einen entsprechend dominierenden Verschleiß der Menisken. Dieses belastungskonforme Schädigungsmuster habe nur im rechten Kniegelenk des Klägers vorgelegen. Auch von Prof. Dr. K. sei der Befund der Kniegelenke weitgehend korrekt erfasst worden. Ihm sei zuzustimmen, dass eine valide Einschätzung der Beinachsen nur mittels einer Ganzbeinstandaufnahme vorzunehmen sei. Lediglich die von ihm vermutete gerade Beinachse des linken Beines vor der Implantation der Schlittentotalendoprothese habe sich nach der nun vorliegenden Ganzbeinstandaufnahme des K-Hospitals in S. aus dem Jahre 2007 als nicht zutreffend erwiesen. Auch er habe keine Differenzierung zwischen Meniskus- und Gelenkknorpelschäden vorgenommen. Die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV lägen somit nur für das rechte Knie vor. Ein belastungskonformes Schädigungsmuster mit dominierender Meniskusschädigung über die Gelenkknorpelschädigung hinaus sei für das linke Knie demgegenüber nicht zu belegen. Vor dem Hintergrund der vom Kläger angegebenen Kniebelastung im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeiten erscheine eine einseitig berufsbedingte Meniskusschädigung wahrscheinlich.

Hierzu wandte die Beklagte ein, die Annahme, dass der Kläger bei seinen beruflichen Tätigkeiten als Fliesenleger in einer überwiegend das rechte Knie belastenden Körperhaltung, bei der er sich auf dieses aufstützte, gearbeitet habe, sei eine Vermutung, die nicht nachvollzogen werden könne. Hiergegen spreche, dass Prof. Dr. H. bei seiner Begutachtung Anfang 1999 im Bereich beider Kniegelenke eine starke Verschmelzung der beiden präpatellaren Zonen festgestellt habe. Der Tätigkeit als Fliesenleger sei der Kläger nach eigenen Angaben erst wieder ab Anfang Oktober 1998 nachgegangen.

Prof. Dr. Sch. führte ergänzend aus, bei der von ihm vorgenommenen gutachterlichen Untersuchung habe der Kläger die kniebelastende Tätigkeit bereits seit Jahren aufgegeben gehabt. Eine Beurteilung der präpatellaren Beschmelzung sei ihm zu diesem Zeitpunkt daher nicht mehr möglich gewesen. Eine beidseits vorliegende ausgeprägte präpatellare Beschmelzung widerspreche in der Tat einer vorwiegend einseitigen Kniebelastung des Klägers. Folglich wäre im Falle einer berufsbedingten Schädigung ein im Seitenvergleich ähnliches Schädigungsmuster zu fordern. Zu der von der Beklagten angesprochenen Latenz zwischen der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit und dem Manifestwerden eines Meniskusschadens gebe es keine Grenzwerte, weshalb die Tatsache der langen klinischen Unauffälligkeit nach Beendigung der meniskusbelastenden Tätigkeit nicht gegen die Anerkennung einer berufsbedingten Meniskopathie spreche.

In der mündlichen Verhandlung beim SG am 21. Februar 2012 gab der Kläger, er habe zu 90 % seiner Tätigkeiten als Fliesenleger auf dem rechten Knie gearbeitet. Dabei habe er das linke Knie so aufgestellt gehabt, dass sich Ober- und Unterschenkel des linken Beines berührt hätten. Er habe beiderseits Knieschoner getragen. Beim Fliesenlegen habe er stets hinter den Fliesen gesessen. Diese Position habe er bereits zu Beginn seiner beruflichen Tätigkeit eingenommen. Grund hierfür sei gewesen, dass er Beschwerden am linken Knie gehabt habe. Dieses sei, wenn er aus der Hocke habe aufstehen müssen, ebenfalls Belastungen ausgesetzt gewesen.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 21. Februar 2012 ab. Im Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG, Az. L 8 U 2150/12) schlossen die Beteiligten in der nichtöffentlichen Sitzung am 20. November 2012 einen Vergleich, wonach sie übereinstimmend davon ausgingen, dass der Antrag des Klägers von Dezember 2006 auch als Antrag nach [§ 48 SGB X](#) gewertet wird. Die Beklagte verpflichtete sich, auf den Antrag des Klägers wegen der geltend gemachten Verschlimmerung einen Bescheid zu erteilen. Der Kläger nahm die Berufung zurück.

Daraufhin forderte die Beklagte weitere medizinische Befundunterlagen an. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Sch. diagnostizierte nach einer Untersuchung Anfang Oktober 2012 eine mediale Schlittenprothese im linken Kniegelenk (ICD-10 Z96.6), eine Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.1) und eine Adipositas (ICD-10 E66.8). Als klinischen Befund stellte er unter anderem Genua vara fest. Priv.-Doz. Dr. G. berichtete im Januar 2013 über einen stationären Aufenthalt des Klägers im April 2007, bei dem eine mediale Schlittenprothese links eingesetzt worden sei, und diagnostizierte unter anderem eine medial betonte Gonarthrose primär links (ICD-10 M17.1).

Mit Bescheid vom 4. April 2013 stellte die Beklagte "in Ausführung des Vergleiches" fest, dass beim Kläger keine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV vorliegt. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 20. Juni 2013, der den Bevollmächtigten des Klägers am 24. Juni 2013 zugestellt wurde, zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 23. Juli 2013 Klage beim SG erhoben, welches sie nach Durchführung eines Erörterungstermins am 22. Juli 2014 mit Urteil vom 12. Mai 2015 abgewiesen hat. Zwischen den Beteiligten stehe der Gesundheitszustand des Klägers nach Erlass des Bescheides vom 27. Mai 1999 im Streit. Dieser habe angegeben, in diesem Zeitraum erneut als Fliesenleger tätig geworden zu sein. Entgegen der Formulierung in dem gerichtlichen Vergleich vor dem LSG im November 2012 habe die Beklagte nach Überzeugung der Kammer nicht über eine Verschlimmerung entschieden. Zu Recht habe sie geprüft, ob zum Zeitpunkt des Antrages vom 21. Dezember 2006 die Voraussetzungen für die in Streit stehende Berufskrankheit gegeben gewesen seien. Dies sei zu verneinen.

Gegen die den Bevollmächtigten des Klägers am 8. Juni 2015 zugestellte Entscheidung, auf der neben der Kammervorsitzenden nur eine ehrenamtliche Richterin aufgeführt ist, hat der Kläger am 1. Juli 2015 mit der Begründung Berufung beim LSG eingelegt, bislang sei außer Acht gelassen worden, dass auch Prof. Dr. Sch. festgestellt habe, dass die Befundsituation seines rechten Knies mit einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV zu vereinbaren sei. Unberücksichtigt geblieben sei in der vorausgegangenen Entscheidung des SG ferner, dass Prof. Dr. K. zu dem Ergebnis gekommen sei, dass seine Kniebeschwerden nicht durch eine varische Fehlstellung verursacht worden sein könnten. Beide Sachverständigengutachten stützten das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12. Mai 2015 und den Bescheid vom 4. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Juni 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, bei ihm eine Berufskrankheit nach Nummer 2102 der Anlage 1 zur

Berufskrankheiten-Verordnung anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, der Kläger berücksichtige nicht die ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. Sch., wonach die medizinischen Voraussetzungen für eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV nicht bejaht werden könnten, wenn keine einseitige Kniebelastung des Klägers vorgelegen habe. Hiergegen spreche die Feststellung von Prof. Dr. H., wonach im Zeitpunkt seiner Begutachtung eine beiderseitige patellare Beschwellung im Bereich der Kniegelenke vorgelegen habe. Weiter deute auch der zeitliche Ablauf nicht darauf hin, dass die Kniegelenksbeschwerden durch die berufliche Tätigkeit des Klägers verursacht worden seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten (2 Hefte) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143, § 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 12. Mai 2015, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#); zur Klageart vgl. BSG, Urteil vom 18. Juni 2013 - [B 2 U 6/12 R](#) -, SozR 4-2700 § 9 Nr. 22, Rz. 13 m. w. N.) erhobene Klage, mit welcher der Kläger zuletzt unter Aufhebung des Bescheides vom 4. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Juni 2013 die Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV verfolgt hat, abgewiesen worden ist. Das Urteil ist wirksam und im Übrigen auch nicht fehlerhaft zustande gekommen, da es ausweislich der Niederschrift des SG über die mündlichen Verhandlung am 12. Mai 2015 ([§ 122 SGG](#) i. V. m. [§ 165 Satz 1](#) Zivilprozessordnung - ZPO) unter Mitwirkung von zwei ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern ([§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) zustande gekommen ist und lediglich auf der Urteilsurkunde entgegen [§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) der mitwirkende ehrenamtliche Richter L. nicht namentlich aufgeführt ist. Diese Vorschrift soll die Prüfung ermöglichen, ob das Gericht ordnungsgemäß besetzt war (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 136 Rz. 3), was sich vorliegend allerdings noch hinreichend anhand der Sitzungsniederschrift nachvollziehen lässt, die den Beteiligten mit einem Urteilsabdruck zugestellt worden ist.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn die Voraussetzungen für die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV liegen beim Kläger nicht vor.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich nach den am 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Bestimmungen des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII), da ein Meniskusschaden, wie er Voraussetzung für die Feststellung der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV ist, nicht vor diesem Datum nachgewiesen ist und der Leistungsfall somit erst nach 1996 eingetreten sein kann ([§ 212 SGB VII](#); Art. 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz (UEG), [BGBl I 1996, S. 1254](#)). Der Riss im Innenmeniskushinterhorn rechts wurde im Juni 1997 von Dr. J. operiert. Beschwerden wegen dieses Meniskusschadens sind nach dessen Angaben in der Anzeige über eine Berufskrankheit von April 1998 erstmals im April 1997 aufgetreten. Der Kläger selbst hat im Verwaltungsverfahren auf Nachfrage mitgeteilt, dass sich ein Meniskusschaden erstmals im Januar 1997 bemerkbar machte. Dem Vorerkrankungsverzeichnis ist kein Nachweis für einen Meniskusschaden des Klägers vor 1997 zu entnehmen. Im November 1990 und April 1991 ergab sich jeweils nur der Verdacht auf eine Innenmeniskusläsion. Im September 1995 wurde ein so genanntes "Reizknie" diagnostiziert, also eine ätiologisch unklare, zu Rückfällen neigende Kniegelenksentzündung, die mögliche Folgeerkrankung eines Meniskusschadens sein kann, nicht aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf dessen Eintritt schließen lässt. Bei der vom Kläger gegenüber Prof. Dr. H. bei der Begutachtung angeführten Bursitis praepatellaris, also einer Entzündung des Schleimbeutels im Bereich der Kniescheibe, die im Jahre 1972 behandelt worden sein soll, handelt es sich ebenfalls nicht um einen Meniskusschaden. Wegen des somit erst nach 1996 nachgewiesenen Meniskusschadens kann der Versicherungsfall erst nach diesem Datum eingetreten sein, so dass die Bestimmungen des SGB VII heranzuziehen sind, unabhängig davon, ob [§ 9 Abs. 5 SGB VII](#) entsprechende Anwendung findet. Soweit danach Vorschriften über Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls abstellen, ist bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für die Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen (vgl. Köhler, in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB VII, Stand: Mai 2011, § 212 Rz. 5; Söhngen, in jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 212 Rz. 11). Auch diese Voraussetzungen lägen frühestens zum Zeitpunkt des Nachweises des Meniskusschadens vor.

Nach [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) sind Berufskrankheiten Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats als Berufskrankheiten bezeichnet (Listen-Berufskrankheiten) und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§ 2, § 3](#) oder [§ 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden (Satz 1). Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann Berufskrankheiten auf bestimmte Gefährdungsbereiche beschränken oder mit dem Zwang zur Unterlassung einer gefährdenden Tätigkeit versehen (Satz 2). Für die Feststellung einer Listen-Berufskrankheit ist im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufsbedingte Erkrankung gegebenenfalls den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-Berufskrankheit. Dabei müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen. Für die nach der T.rie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 15. September 2011 - [B 2 U 25/10 R](#) -, SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 4111 Nr. 3, Rz. 14 m. w. N.).

Der Verordnungsgeber hat die Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV wie folgt bezeichnet: "Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten".

Die gesundheitlichen Verhältnisse des Klägers rechtfertigen die beantragte Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV nicht. Dabei war der Senat nicht an den Inhalt des bestandskräftigen Bescheides vom 27. Mai 1999 gebunden. Dieser betraf nur das durch die ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit von Dr. J. eingeleitete Verwaltungsverfahren, welches durch die damit getroffene Feststellung abgeschlossen worden ist, dass beim Kläger keine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV vorliegt. Insoweit ist eine der materiellen Bestandskraft ([§ 77 SGG](#)) fähige Feststellung allerdings nur insoweit getroffen worden, als das Begehren des Klägers nach dem maßgeblichen Sach- und Rechtsstand bis zum Abschluss des damaligen Verwaltungsverfahrens beurteilt worden ist. Eine solche negative Feststellung schließt das Verwaltungsverfahren ab, entfaltet jedoch keine Wirkung für die Zukunft. Wäre es anders, so käme dem Verwaltungsakt Dauerwirkung zu (vgl. BSG, Urteil vom 20. Oktober 1999 - [B 9 SB 4/98 R](#) -, [SozR 3-1500 § 77 Nr. 3](#)), was nicht der Fall ist, da seine Regelungswirkung nach dem zu Grunde liegenden materiellen Recht nicht über die punktuelle Gestaltung des Rechtsverhältnisses der Beteiligten hinausreicht (vgl. Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 3 mit § 45 Rz. 64). Aus diesem Grund findet vorliegend auch [§ 48 SGB X](#) keine Anwendung. Mit dem Bescheid vom 8. November 2007, der aufgrund des vor dem LSG im November 2012 geschlossenen Vergleiches nicht aufgehoben worden ist, wurde ohnehin nur die Rücknahme der mit Bescheid vom 27. Mai 1999 getroffenen Verwaltungsentscheidung abgelehnt. Eine Bindungswirkung in materieller Hinsicht kommt diesem Verwaltungsakt für das Begehren des Klägers daher von vornherein nicht zu. Der Senat ist indes nach inhaltlicher Prüfung zum aktuellen Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung beim LSG ebenfalls nicht zu der Überzeugung gelangt, dass die Voraussetzungen für die Feststellung der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV vorliegen.

Der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV unterfällt nur die primäre Meniskopathie, welche dem Ausmaß der Verschleißerscheinungen des Gelenkknorpels voraussetzt, nicht die sekundäre, wie Prof. Dr. Sch. vor dem Hintergrund der Literatur in seiner im Auftrag des SG in einem Vorverfahren erstellten Expertise, welche als Sachverständigenbeweis verwertet worden ist ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 411a ZPO](#)), überzeugend ausgeführt hat. Danach ist die primäre Meniskopathie unmittelbar belastungsabhängig. Bei ihr setzt der vorzeitige Verschleiß im Meniskuskörper mit einer Einbuße an Elastizität und Gleitfähigkeit des gesamten Meniskussystems ein (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 632). Bei der sekundären Meniskopathie wird der Meniskusschaden durch andere Veränderungen vermittelt; zunächst erscheinen ausgedehnte Knorpelschäden im Gelenk. Ursächlich hierfür sind die Minderwertigkeit des Gelenkknorpels, die Folgen arthrotischer Veränderungen bei anlagebedingten oder posttraumatischen Achsenfehlstellungen, posttraumatische Stufenbildungen im Bereich der Gelenkkörper nach Frakturen oder eine posttraumatische Instabilität des Gelenkes nach Kapselbandverletzungen. Sekundär folgt der Meniskusschaden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 633 f. m. w. N.).

Beide operativen Eingriffe, denen sich der Kläger unterziehen musste und bei denen maßgebliche Anteile des jeweiligen Innenmeniskus im Juni 1997 und März 1998 entfernt worden sind, sind nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. Sch. als solche geeignet, eine Arthrose zu fördern. Ein erst danach objektiver - weiterer - Meniskusschaden ist daher meist Folge von solchen eingetretenen arthrotischen Veränderungen und folglich ein für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV nicht relevanter sekundärer Meniskusschaden. Für die Bewertung der Befundlage im Bereich der Knie des Klägers hinreichend aussagekräftig sind daher vor allem die medizinischen Verhältnisse bis zum jeweiligen Zeitpunkt der durchgeführten Arthroskopien. Ein für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV zu fordernder primärer Meniskusschaden hat beim Kläger in Bezug hierauf nach den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von Prof. Dr. Sch. nur hinsichtlich des rechten Knies vorgelegen. Bei der ersten Arthroskopie im Juni 1997 waren die Gelenkflächen im rechten Knie, abgesehen von einer kleinen oberflächlichen und frischen Knorpelabschürfung, gänzlich unauffällig. Dies ergibt sich aus dem Operationsbericht von Dr. J. ... Isoliert stellte sich dabei das Innenmeniskushinterhorn als "komplex zerrissen" dar. Der Außenmeniskus war intakt. Im Rahmen der arthroskopischen Versorgung erfolgte eine totale Entfernung des Innenmeniskushinterhorns. Im linken Knie zeigte sich demgegenüber bei der Arthroskopie im März 1998 nach dem Operationsbericht von Dr. J. ein dritt- bis viertgradiger medialer Knorpelschaden mit kombinierter Läsion des Innenmeniskushinterhorns. Im Rahmen der operativen Versorgung erfolgten eine Totalresektion des Innenmeniskushinterhorns und eine Teilresektion des Innenmeniskusvorderhorns.

Beim Vergleich der Befunde zeigte sich somit für beide Kniegelenke ein deutlich asymmetrisches Bild. Im rechten Knie bestand eine weitgehend isolierte Meniskuskomplexläsion, ohne relevante begleitende Verschleißerscheinung des Gelenkknorpels. Im linken Knie dominierte eine medial betonte Verschleißsituation, kombiniert mit einer Meniskusläsion. Schon im März 1998 lag eine innenseitige Arthrose vor. Für das linke Knie ergaben sich somit zu den Gelenkknorpelschäden vergleichsweise untergeordnete Meniskusschäden. Anders als im linken Knie ist im rechten ein belastungskonformes Schadensbild objektiviert worden.

Prof. Dr. Sch. hat schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass diese Befundkonstellation mit der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV nur zu vereinbaren ist, wenn eine asymmetrische, beruflich bedingte Belastung der beiden Kniegelenke vorlag. Davon ist der Senat trotz der Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung beim SG in einem Vorverfahren im Februar 2012, wonach er zu 90 % seiner Tätigkeiten als Fliesenleger auf dem rechten Knie gearbeitet habe, nicht überzeugt. Weder nach dem SGG noch nach der ZPO gibt es zwar eine Beweisregel in dem Sinne, dass frühere Aussagen oder Angaben grundsätzlich einen höheren Beweiswert besitzen als spätere; im Rahmen der freien Beweiswürdigung ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 286 ZPO](#)) sind vielmehr alle Aussagen, Angaben und sonstigen Einlassungen zu würdigen. Gleichwohl kann das Gericht im Rahmen der Gesamtwürdigung den zeitlich früheren Aussagen aufgrund der Gesichtspunkte, dass die Erinnerung hierbei noch frischer war und sie von irgendwelchen Überlegungen, die darauf abzielen, das Klagebegehren zu begünstigen, noch unbeeinflusst waren, einen höheren Beweiswert als den späteren zumessen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2003 - [B 2 U 41/02 R](#) -, [SozR 4-2700 § 4 Nr. 1](#), Rz. 12; Urteile des Senats vom 12. August 2014 - [L 6 VH 5821/10 ZVW](#) - juris, Rz. 144 und vom 21. Mai 2015 - [L 6 U 1053/15](#) -, juris, Rz. 34). Hiervon geht der Senat vorliegend aus. In einem dem Kläger von der Beklagten übersandten Fragebogen machte er im Juni 1998 verschiedene Angaben zu einem möglichen Meniskusschaden und im Rahmen der Arbeitsanamnese zu körperlichen Belastungen, denen er ausgesetzt war, ohne allerdings zu diesem frühen Zeitpunkt darauf hinzuweisen, dass er bei seinen Tätigkeiten als Fliesenleger ganz überwiegend auf dem rechten Knie gearbeitet haben will. Eine solche Information konnten die Dipl.-Ing. S. und F. in ihrer Stellungnahme von September 1998, für die sie die schriftlichen Angaben des Klägers auswerteten, daher nicht aufnehmen. Dass der Kläger durchaus imstande ist, differenzierte Angaben zu machen, zeigt sich demgegenüber anhand der Stellungnahme von Dr.-Ing. J., der auch ein Telefonat mit dem Kläger im August 1998 vorausging. Dabei teilte der Kläger zu seiner

Beschäftigung bei der Fahrzeugbau R. mit, dass er zu 80 % in der Lackiervorbereitung tätig war, wobei sein linkes Knie hierbei nahezu nicht belastet wurde. Zudem spricht gegen eine überwiegend einseitige Belastung des rechten Knies, dass Prof. Dr. H. nach seinem im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff. ZPO](#)) bei seiner Untersuchung im Februar 1999 in beiden Kniegelenken eine präpatellare Beschwellung feststellte. Prof. Dr. Sch. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme zu seinem Gutachten hierzu überzeugend ausgeführt, dass dieser Umstand einer vorwiegend einseitigen Kniebelastung widerspricht. Hinzu kommt, dass der Kläger selbst angegeben hat, während seiner Tätigkeiten als Fliesenleger beiderseits Knieschoner getragen zu haben, was bei einer einseitigen Kniebelastung nicht nachvollziehbar wäre. Dies verdeutlicht sich umso mehr, da er nach eigenen Angaben während seiner Tätigkeit bei der Fahrzeugbau R., bei der das linke Knie nahezu unbelastet war, nur einen Knieschoner trug.

Eine Meniskopathie kann klinisch lange "stumm" bleiben und erst nach Beendigung der belastenden Tätigkeit offenbar werden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 639 f.). Hierauf weist auch Prof. Dr. Sch. hin, wonach neben der Dauer der belastenden Tätigkeit der zeitliche Umfang der besonderen Beanspruchung der Kniegelenke und das Lebensalter eine Rolle spielen, wofür es keine Grenzwerte gibt. Diese Aspekte sprechen zwar vorliegend nicht gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen der beruflich bedingten Einwirkung auf die Knie des Klägers und der bei ihm vorhandenen Meniskusschäden. Sie geben allerdings auch keinen Hinweis darauf, dass ein solcher vorliegt, sie sind vielmehr indifferent. Der Kläger war bei seinen Tätigkeiten als Fliesenleger im Zeitraum von April 1965 bis Mitte April 1978, also dreizehn Jahre lang und damit mehrjährig (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 635 f.), einer Dauerzwangshaltung, insbesondere bei Belastungen durch Hocken oder Knien, bei gleichzeitiger Kraftaufwendung ausgesetzt. Dies entnimmt der Senat der Stellungnahme der Dipl.-Ing. S. und F., wonach er sämtliche in diesem Beruf anfallenden Arbeiten ausführte, welche üblicherweise in kniender oder hockender Haltung durchgeführt wurden. Hierzu zählten im Besonderen das Verlegen und Verfugen von Bodenfliesen sowie von Wandfliesen im Bereich zwischen Sockel und einer Höhe von etwa 75 cm. An Körperhaltungen wurden, bei gleichzeitiger Kraftaufwendung, der Fersensitz, die Kniehocke und die Hocke als solche eingenommen worden. Etwa 40 % der Gesamtarbeitszeit entfielen auf solche Arbeiten in kniender oder hockender Position. Hierdurch kam es zu einer überdurchschnittlichen Belastung der Kniegelenke (vgl. Merkblatt für die ärztliche Untersuchung zur Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV, Bek. des BMA, BArbBl. 2/1990, S. 135). Demgegenüber war der Kläger einer solchen überdurchschnittlichen Belastung weder bei seiner zweimonatigen Tätigkeit als Staplerfahrer bei der I. Deutschland GmbH noch während seiner Beschäftigung bei der Fahrzeugbau R. im Zeitraum von Mitte Juni 1978 bis zu dem auch im zweiten Knie festgestellten Meniskusschaden im März 1998 ausgesetzt. Die Stellungnahme von Dr.-Ing. J., die er nach Telefonaten mit dem damaligen Geschäftsinhaber der Fahrzeugbau R. und dem Kläger erstellte, belegt, dass Letzterer dort zu etwa 80 % in der Lackiervorbereitung tätig war. Die Arbeiten umfassten das Schleifen und Spachteln von Aufbauten für Lastkraftwagen. Bei Tätigkeiten in etwa 60 bis 70 cm Flurhöhe stützte sich der Kläger mit dem rechten Knie auf dem Boden ab. Hierbei trug er einen Knieschoner. Sein linkes Knie war dabei nahezu unbelastet. Die Arbeiten führte er an etwa vier Tagen in der Woche mit einer Dauer von etwa zwei Stunden je Schicht durch. Am fünften Wochenarbeitsstag wurde keine kniebelastende Tätigkeit ausgeübt. Vorwiegend in den Monaten November und Dezember wurden nahezu täglich an sieben bis zwölf Last- oder Personenkraftwagen Reifen montiert. Für die Dauer der knienden Tätigkeit beim Wechseln der Räder legt der Senat die Zeit zugrunde, die Dr.-Ing. J. mit etwa eine Stunde je Tag schlüssig eingeschätzt hat. Ohnehin hatte der Kläger bei dem Gespräch angegeben, die gesundheitlichen Probleme im Bereich seiner Knie auf seine Tätigkeit als Fliesenleger zurückzuführen. Somit lagen zwischen der Beendigung der dreizehn Jahre andauernden, überdurchschnittlich kniebelastenden Tätigkeit Mitte April 1978 und dem nachgewiesenen Eintritt der Meniskusschädigung im rechten Kniegelenk im Juni 1997, als der Kläger 47 Jahre alt war, mehr als neunzehn Jahre. Diese Umstände vermögen die Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs nicht auszuschließen, ihretwegen spricht aber auch nicht mehr für einen solchen als dagegen.

Mangels hinreichender Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs der beruflich bedingten Einwirkungen auf die Knie des Klägers und einem primären Meniskusschaden, kommt es von vornherein nicht darauf an, ob die beim Kläger anhand der von Priv.-Doz. Dr. G. erstellten Ganzbeinaufnahme von März 2007, welche Prof. Dr. K. bei Erstattung seines Gutachtens nicht vorlag, objektivierte und nicht versicherte Varusfehlstellung links ebenfalls ursächlich für einen Meniskusschaden des Klägers gewesen ist. Deren ursächliche Bedeutung ist wissenschaftlich nicht belegt, auch wenn eine mäßig ausgeprägte O-Beinstellung biomechanisch und anatomisch eine Schadensanlage darstellt, worauf Prof. Dr. Sch. nachvollziehbar hingewiesen hat (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 638).

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-12-28