

L 8 U 3452/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 1 U 1506/14

Datum

10.08.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 3452/16

Datum

29.06.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufungen des Klägers und der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10.08.2016 werden zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die Hälfte seiner außergerichtlichen Kosten im Berufungsverfahren zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger gegen die Beklagte einen Anspruch auf Feststellung seiner Knieerkrankungen als Berufskrankheiten (BK) nach Nr. 2102 (Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten) und Nr. 2112 (Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13 000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht) der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) hat.

Der 1965 geborene Kläger absolvierte vom 01.09.1982 bis 30.08.1985 eine Ausbildung zum Heizungs- und Lüftungsinstallateur. Danach war er – lediglich unterbrochen durch den Wehrdienst vom 01.01.1987 bis zum 31.03.1988 - bis zum 24.11.2009 im erlernten Beruf tätig (zum beruflichen Werdegang vgl. L 5, 1-2 der Beklagtenakte). Hierzu hat er angegeben, auch Arbeiten in kniender und hockender Haltung sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten verrichtet zu haben. Vom 02.06.2008 bis zum 24.11.2009 war der Kläger arbeitsunfähig krank. Seit dem 01.08.2011 ist er als Fahrer für Hol- und Bringdienste bei einem Autohaus beschäftigt.

Am 02.08.2012 beantragte der Kläger bei der Beklagten (L1 der Beklagtenakte), seine Gesundheitsstörungen an beiden Kniegelenken als Folgen von BK festzustellen.

Von der Beklagten befragt, gab der Kläger an, pro Arbeitsschicht ca. 2 bis 3 Stunden in kniender oder hockender Körperhaltung Arbeiten verrichtet zu haben, sowie 1 bis 2 Stunden auf Leitern bzw. schwer getragen zu haben. Er sei hauptsächlich mit der Montage von Lüftungsanlagen beschäftigt gewesen. Es sei viel Arbeit unter der Zimmerdecke auf Leitern und in sehr großen Lüftungsrohren gewesen (L 5 Seite 3 der Beklagtenakte). Als Sport habe er von 1982 bis 1988 wöchentlich ca. 6 bis 8 Stunden Fußball gespielt und von 1982 bis 1992 wöchentlich 2 Stunden gekegelt. Zu seinen Angaben legte der Kläger auch ärztliche Berichte vor (L5 Seite 6/34 bzw. L7 Seite 7/35 der Beklagtenakte).

Im Fragebogen "Gonarthrose" machten der Orthopäde Dr. C. (dazu L11 der Beklagtenakte), die Allgemeinmedizinerin J. (L 12 der Beklagtenakte) und die P. Klinik K. (L13, L14 L31 der Beklagtenakte) Angaben zur Erkrankung. Dr. C. teilte unter dem 03.09.2012 eine Gonarthrose beidseits im Grad 3 nach Kellgren und im Stadium III-IV nach Hering mit. Die P. Klinik K. gab unter dem 08.02.2013 im Fragebogenvordruck einen Grad I-II nach Kellgren rechts bzw. von II-III links sowie rechts ein Stadium I an. Weiter zog die Beklagte das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK, bei der der Kläger krankenversichert ist, bei (dazu vgl. L15, 24 der Beklagtenakte).

Der befragte Prof. Dr. V. teilte für die A. Kliniken mit, zum Aufenthalt des Klägers im Jahr 2011 über keine Unterlagen mehr zu verfügen (L 32 der Beklagtenakte). Dr. M. , Chefarzt der Rehabilitationsklinik H. , B. , berichtete (L33 der Beklagtenakte) über den dortigen stationären Aufenthalt des Klägers im Januar/Februar 2009.

Unter Berücksichtigung der vom Kläger vorgelegten Röntgenaufnahmen (dazu vgl. L36 der Beklagtenakte) erstellte der Chirurg Dr. K. seine beratungsärztlichen Stellungnahmen vom 02.04.2013 und 18.04.2013 (L38, 39, 40, 41, 42, 49 der Beklagtenakte). Das Schadensbild sei nicht belastungskonform, es bestehe eine anlagebedingte varische Fehlstellung, auch habe die Arthrose vor der Meniskopathie vorgelegen.

Der Kläger ließ am 23.07.2013 mitteilen, er habe "gestern" links ein künstliches Kniegelenk erhalten (D 4 der Beklagtenakte).

Mit Bescheid vom 24.07.2013 (L48, 50 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK der Nrn. 2102 und 2112 am rechten Kniegelenk mit der Begründung ab, der Meniskusschaden sei gleichzeitig mit bereits bestehenden Knorpelveränderungen nachgewiesen. Damit sei ein isolierter, beruflich verursachter Meniskusschaden rechts nicht entstanden. Überdies leide der Kläger zwar an einer Gonarthrose mit degenerativen Veränderungen II. bis III. Grades beidseits; insoweit handele es sich indes um eine anlagebedingte Erkrankung, die nicht auf berufliche Einwirkungen zurückzuführen sei.

Hiergegen erhob der Kläger am 30.07.2012 Widerspruch (L52 der Beklagtenakte). Zur Begründung (L 55 der Beklagtenakte) verwies der Kläger auf die bisherigen Behandlungen seit 1992. Im Jahr 1992 sei alles ok gewesen im Knie. In den Folgejahren habe es dann Probleme gegeben, weil er jahrelang als Installateur und ab 2011 beim Abschleppen von PKW häufig Bewegungen habe machen müssen, die für sein Knie nicht gut gewesen seien. Daher sei seine Schlussfolgerung, dass es keinen Hinweis auf anlagebedingte Erkrankungen gebe. 1999 sei erstmals das femuropatellare Gleitlager und die Meniskusdegeneration mit Betonung des Hinterhorns erwähnt worden, wobei scheinbar unklar sei, welche Beschwerden zuerst da gewesen seien.

Mit Bescheid vom 20.12.2013 (L56 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte auch die Anerkennung von BKen der Nrn. 2102 und 2112 am linken Kniegelenk mit der Begründung ab, bereits im Oktober 1999 habe eine Chondromalazie vorgelegen, die zu dem Meniskusschaden geführt habe. Damit liege kein isolierter, beruflich verursachter Meniskusschaden vor. Im weiteren Verlauf der Knorpelweichung habe diese zu einer Gonarthrose links geführt, weshalb es sich auch insoweit um eine anlagebedingte Erkrankung ohne kausalen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit des Klägers handele.

Mit Schreiben vom 22.12.2013 und 18.01.2014 (L58, 60 der Beklagtenakte) hat der Kläger zum Ausdruck gebracht, dass er auch mit diesem Bescheid nicht einverstanden ist. Im Bericht von 1992 heiße es, der Zustand des Knies sei altersentsprechend ok, was gegen eine anlagebedingte Erkrankung spreche.

Nachdem der Kläger ärztliche Berichte aus dem Jahr 1999 und 1992 übersandt hatte (L66 der Beklagtenakte), wies die Beklagte dessen Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 16.04.2014 (L 71 der Beklagtenakte) zurück. Für die Anerkennung einer Erkrankung als BK müssten unter anderem die arbeitstechnischen und medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Fehle auch nur eines dieser beiden Elemente, sei keine Anerkennung möglich. Nachdem die medizinischen Voraussetzungen nicht vorlägen, seien weitere Ermittlungen hinsichtlich der arbeitstechnischen Voraussetzungen entbehrlich. Die Auffassung, dass laut Bericht des Dr. B. über die operative Behandlung des linken Kniegelenks am 04.03.1992 sowohl der Innenmeniskus als auch die Knorpelverhältnisse als einwandfrei beschrieben worden seien, sei korrekt. Es habe sich jedoch im weiteren Verlauf gezeigt, dass die Entwicklung der Veränderungen - sowohl bezüglich des rechten als auch des linken Kniegelenks - ursächlich nicht auf berufliche Einflüsse sondern auf körpereigene Veränderungen zurückzuführen seien.

Am 02.05.2014 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe Klage erhoben, mit der er sein Begehren weiterverfolgt. Er erfülle sowohl die arbeitstechnischen als auch die medizinischen Voraussetzungen der streitigen BK; dazu hat er (Blatt 21/22 der SG-Akte) eine Aufstellung seiner kniebelastenden Tätigkeiten vorgelegt. Für die Erkrankungen bestehe ein hinreichend wahrscheinlicher ursächlicher Zusammenhang mit schädigenden Einwirkungen, denen er während seiner beruflichen Tätigkeiten als Heizungs- und Lüftungsinstallateur ausgesetzt gewesen sei.

Die Beklagte hat (Blatt 27/28 der SG-Akte) auf die neben der beruflichen Tätigkeit bestehenden vielfältigen konkurrierenden Faktoren verwiesen. So habe eine Varus-Fehlstellung der Beine bestanden, die 2008 bzw. 2009 operiert worden sei. Der Kläger sei übergewichtig und weise eine positive Familienanamnese auf (betroffen seien Mutter und Bruder). 1999 sei im Rahmen einer Operation eines vorderen Kreuzbandrisses eine anlagebedingte Chondromalazie diagnostiziert worden, die zu einer Meniskusschädigung und in der Folge zu einer Gonarthrose führe.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. S ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 28.11.2014 (Blatt 34/63 der SG-Akte; Untersuchung des Klägers am 27.11.2014) ausgeführt, dass keine der festgestellten Gesundheitsstörungen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Berufstätigkeit des Klägers als Heizungs- und Lüftungsinstallateur zurückzuführen sei.

Zu den Einwendungen des Klägers im Schreiben vom 21.01.2015 (Blatt 66/73 der SG-Akte) hat der Gutachter Dr. S. seine ergänzende Stellungnahme vom 28.02.2015 (Blatt 75/81 der SG-Akte) vorgelegt. An der Diagnose eines Innenmeniskusschadens respektive einer Gonarthrose an beiden Knien bestünden keine Zweifel. Im vorliegenden Fall spräche mehr für eine anlagebedingte und schicksalsmäßige Entwicklung der Meniskusschäden bzw. der Gonarthrosen.

Mit Schreiben vom 28.03.2015 (Blatt 83/89 der SG-Akte) hat sich der Kläger auch gegen die ergänzende Stellungnahme des Dr. S. gewandt und beantragt, bei Prof. Dr. B.-A. ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) einzuholen.

Nach Beiziehung weiterer radiologischer Aufnahmen durch das SG und unter Berücksichtigung des radiologischen Zusatzgutachtens von Dr. B. vom 06.08.2015 (Blatt 124/147 der SG-Akte) hat Prof. Dr. B.-A. am 25.09.2015 sein Gutachten erstattet (Blatt 152/217 der SG-Akte). Er hat eine Gonarthrose Grad II nach Kellgren im Femorotibialgelenk links (Erstdiagnose: 25.01.2000), die ab dem 09.04.2009 als viertgradig einzustufen sei, eine Gonarthrose Grad III nach Kellgren im Femoropatellargelenk links (Erstdiagnose: 25.01.2000), eine Gonarthrose Grad II nach Kellgren im Femorotibialgelenk rechts (Erstdiagnose: 09.06.2008), die ab dem 23.08.2010 als drittgradig einzustufen sei, eine Varusfehlstellung der Kniegelenke beidseits, links stärker als rechts (Erstdiagnose: 17.06.2000), eine Gonarthrose Grad II nach Kellgren im Femoropatellargelenk rechts (Erstdiagnose: 23.08.2010) und eine Adipositas Grad II nach WHO diagnostiziert. Er könne die Frage nicht beantworten, ob beim Kläger eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 BKV wahrscheinlich sei, weil über die Arthroskopie des linken Kniegelenkes am 25.7.2001, bei der erstmals eine Meniskopathie im Innenmeniskushinterhorn diagnostiziert worden sei, nur ein Arztbrief vorliege. Der Operationsbericht fehle. Dasselbe sei der Fall in Bezug auf die Arthroskopie des rechten Kniegelenkes am 16.6.2008, bei der erstmals eine Meniskopathie im Innenmeniskushinterhorn festgestellt worden sei. Die medizinischen Gründe für die Anerkennung einer BK nach Nr. 2112 BKV seien aber beim Kläger erfüllt.

Das SG hat nunmehr die Operationsberichte der P.-Klinik, K., vom 16.06.2008 und der S. V. Kliniken, K., vom 25.07.2001 beigezogen (Blatt 223, 225/229 der SG-Akte). Der Kläger hat die Op-Berichte vom 16.06.2008, 19.09.2008, 21.04.2009, 02.06.2009, 31.08.2010 (Blatt 231/238 der SG-Akte) vorgelegt.

Auf wiederholte Aufforderung seitens des SG hat die Beklagte die Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 13.01.2016 vorgelegt (Blatt 244/251 der SG-Akte). Dieser ist eine Gesamtstundenzahl von 14.204 Stunden kniebelastender Tätigkeiten i.S. einer Gonarthrose, wobei im Jahr 2004 die Mindestbelastungsdosis von 13.000 Stunden erreicht worden sei, und die Einnahme meniskusbelastender beruflicher Tätigkeiten zu entnehmen.

Prof. Dr. B.-A. hat nunmehr mit Schreiben vom 04.03.2016 (Blatt 254/258 der SG-Akte) angegeben, für den Zusammenhang zwischen beruflicher Einwirkung und Meniskopathie im Bereich des linken Kniegelenkes spreche, dass die Meniskopathie im Innenmeniskushinterhorn wegen der Risslänge zwischen 1 cm und 2 cm als altersuntypisch einzustufen sei und zwischen beruflicher Einwirkung und Diagnose der Meniskopathie im Innenmeniskushinterhorn am 25.07.2001 keine Latenzzeit ohne Einwirkung bestanden habe. Insgesamt nehme er den ursächlichen Zusammenhang zwischen der beruflichen Einwirkung und der Meniskopathie im Innenmeniskushinterhorn des linken Kniegelenkes am 25.07.2001 i.S.d. BK nach Nr. 2102 BKV mit Wahrscheinlichkeit an. Ob der Zusammenhang zwischen der beruflichen Einwirkung und der primären Meniskopathie im rechten Kniegelenk wahrscheinlich sei, könne er wegen einer fehlenden Stellungnahme der Präventionsabteilung der BG Holz und Metall, die für den letzten Beschäftigungsbetrieb des Klägers zwischen 01/1988-12/2010 zuständig sei, nicht beurteilen. Zur BK nach Nr. 2112 BKVO sei die Beklagte für den letzten Beschäftigungsbetrieb, bei dem der Kläger zwischen 09/1985-12/2010 gearbeitet habe, nicht zuständig gewesen.

Hiergegen hat die Beklagte mit Schreiben vom 21.03.2016 (Blatt 261/263 der SG-Akte) vorgetragen, sie könne die Ausführungen des Gutachters zu offenen Expositionszeiten nicht nachvollziehen. Sie hat eine Übersicht zu Arbeitgebern und expositionsfreien Intervallen vorgelegt.

Vom SG um eine weitere ergänzende Stellungnahme angegangen hat Dr. S. am 30.04.2016 (Blatt 267/275 der SG-Akte) ausgeführt, dass sehr wohl kongruierende Ursachenfaktoren bei der Entstehung einer BK nach Nr. 2112 BKVO vorlägen, neben dem Übergewicht, das sich selbstverständlich und klar belastend auf ein Kniegelenk auswirke. Auch sei die Arthrose als solche eine Volkskrankheit, mehr als 20 Millionen Menschen lebten in Deutschland mit einer Arthrose in verschiedenen oder Teilgelenken, ohne dass jemals arbeitstechnische Voraussetzungen oder Grundlagen für eine BK in dem jeweilig betroffenen Gelenk vorgelegen hätten. Bei Auswertung und Zusammenschau der zusammengetragenen Befunde verbleibe er ausdrücklich bei seinem Beurteilungsergebnis im Rahmen der Hauptbegutachtung vom 28.11.2014.

Mit Urteil vom 10.08.2016 hat das SG – unter Abweisung der Klage im Übrigen – die Bescheide vom 24.07.2013 und 20.12.2013, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.04.2014, abgeändert und die Beklagte verurteilt, "Meniskopathie beidseits mit Innenmeniskushinterhorn-Resektion links bei II. bis IV.-gradigen Knorpelschäden und Innenmeniskushinterhorn-Resektion rechts bei III.-gradigen Knorpelschäden" als BK der Nr. 2102 der Anlage I zur BKVO festzustellen. Die Voraussetzungen der BK seien allein in Bezug auf die Meniskuserkrankung des Klägers (BK nach Nr. 2102 BKVO) erfüllt. Diese Gesundheitsstörungen seien mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf berufsbedingte Belastungen des Klägers durch seine Tätigkeiten als Heizungs- und Lüftungsinstallateur zurückzuführen. Mit Prof. Dr. B.-A. handle es sich bei der Meniskopathie auch um eine primäre Erkrankung, die nicht (sekundär) als Folge degenerativer oder sonstiger Veränderungen, insbesondere nicht als Folge einer beidseitigen Kniegelenksarthrose, aufgetreten sei. Denn zum Zeitpunkt der arthroskopischen Operation des linken Kniegelenks im Juli 2001 habe an diesem Gelenk (noch) keine Gonarthrose in einem Ausmaß vorgelegen, die als Konkurrenzursache des linksseitigen Innenmeniskusschadens in Frage gekommen wäre. Nicht zu beanstanden seien die angefochtenen Bescheide insoweit, als es die Beklagte dadurch abgelehnt habe, die Folgen einer beidseitigen Gonarthrose des Klägers als BK der Nr. 2112 BKVO festzustellen. Das erkennende Gericht sei aufgrund des Gesamtergebnisses des Verfahrens nicht davon überzeugt, dass die Gesundheitsstörungen mit Wahrscheinlichkeit ursächlich ebenfalls auf berufliche Einwirkungen durch Arbeiten im Knien und Hocken zurückzuführen seien, denen der Kläger als Heizungs- und Lüftungsinstallateur ausgesetzt gewesen war. Allein der Umstand, dass der Kläger die Mindesteinwirkungsdauer von 13.000 Stunden kniebelastender Tätigkeiten i.S.d. BK Nr. 2112 BKVO deutlich übertroffen und auch die Mindesteinwirkungsdauer von einer Stunde pro Arbeitsschicht vorgelegen habe, reiche hierfür nicht aus. Insoweit sei nach den glaubhaften Darlegungen des Präventionsdienstes die kumulative Kniebelastungsdauer von 13.000 Stunden (erst) im Jahr 2004 erreicht. Dem gegenüber sei beim Kläger bereits seit dem 25.01.2000, und damit zeitlich deutlich vor Erreichen der kumulativen Mindesteinwirkungsdauer, eine Gonarthrose Grad II nach Kellgren am linken Knie nachgewiesen. Die Feststellung der beidseitigen Gonarthrose als BK Nr. 2112 BKVO scheitere überdies an der Stichtagsregelung des § 6 Abs. 1 bzw. Abs. 2 BKVO, wonach der Versicherungsfall nach dem 30.09.2002 eingetreten sein müsse. Unter dem "Versicherungsfall" sei mit der Rechtsprechung des BSG der "Erkrankungsfall" gemeint. Vorliegend sei der Erkrankungsfall der BK Nr. 2112 BKVO vor dem 01.10.2002 eingetreten und die Beklagte (auch) deshalb nicht verpflichtet, diesen als BK anzuerkennen. Auch wenn der Kläger bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 02.06.2008 hinsichtlich seiner Kniegelenke beruflichen Einwirkungen ausgesetzt gewesen sei und bis heute an einer beidseitigen Gonarthrose leide, sei der "Versicherungsfall" der BK Nr. 2112 BKVO bereits deutlich vor dem 30.09.2002 aufgetreten, wie sich aufgrund der von Dr. B. und Professor Dr. B.-A. bereits aufgrund des MRT-Befundes vom 25.01.2000 am linken Kniegelenk diagnostizierten Gonarthrose II. Grades nach Kellgren ergebe. Bestätigt werde der Eintritt des Erkrankungsfalls der BK Nr. 2112 BKVO schon vor dem 01.10.2002 ferner durch die Eintragungen im Vorerkrankungsverzeichnis der AOK, wonach der Kläger bereits vom 26.03.2001 bis zum 06.04.2001 wegen einer linkseitigen primären Gonarthrose und erneut vom 17.07.2001 bis zum 25.11.2001 u.a. wegen Gonarthrose links arbeitsunfähig krank gewesen sei. Der Erkrankungsbeginn auf der linken Seite schon vor dem 01.10.2002 wirke auch auf das rechte Knie. Eine Differenzierung zwischen linkem und rechtem Kniegelenk sei nicht sachgerecht, da die Beurteilung der BK-Nr. 2112 BKV grds. für beide Kniegelenke zu erfolgen habe und Ansatzpunkte für eine gesonderte Beurteilung (insbesondere eine seitendifferente Belastung) sich weder aus dem Vortrag des Klägers noch aus dem Bericht des Präventionsdienstes der Beklagten vom 13.01.2016 ergebe.

Das Urteil des SG wurde dem Kläger über dessen Bevollmächtigte am 15.08.2016, der Beklagten am 19.08.2016 zugestellt. Der Kläger hat hiergegen am 13.09.2016 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, die Beklagte am 15.09.2016 Berufung eingelegt.

Der Kläger hat zur Anerkennung der Gonarthrose als BK Nr. 2112 BKV vorgetragen, dass laut der Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition vom 13.1.2016 auf der Basis der Erhebungen davon ausgegangen werden könne, dass eine kumulative Kniebelastungsdauer von 13.000

Stunden im Jahr 2004 erreicht worden sei. Entsprechend der Begutachtungsempfehlung für die BK Nr. 2112 BKVO sei die Anerkennung einer BK dann ausgeschlossen, wenn das Vollbild der BK Nr. 2112 BKVO bereits vorliege, bevor 13.000 Belastungsstunden nachgewiesen seien. Das Vollbild der BK setze u.a. den Nachweis einer Gonarthrose durch ein bildgebendes Verfahren voraus. Es stelle sich daher die Frage, ob vor 2004 der Nachweis einer Gonarthrose geführt werden könne. Hierzu habe der Gutachter Dr. B. festgestellt, dass beim MRT linkes Knie vom 25.1.2000 eine Gonarthrose noch nicht vorliege. Auch Prof. Dr. B.-A. sei zu dem Schluss gekommen, dass zum Zeitpunkt der arthroskopischen Operation am 25.7.2001 noch keine Gonarthrose des linken Kniegelenks nachgewiesen sei, also auch keine bereits zuvor am 25.1.2000 vorgelegen haben könne. Es könne also keinesfalls davon gesprochen werden, dass vor dem Jahr 2004 das Vollbild einer Gonarthrose nachweisbar gewesen sei. Dieses sei erst im Jahr 2006 der Fall gewesen, also nach Erreichen der Mindesteinwirkungsdauer im Jahr 2004. Zur Stichtagsregelung sei beim BSG unter dem Aktenzeichen [B 2 U 5/16 R](#) die Rechtsfrage nach dem Eintritt des Versicherungsfalles i. S. des § 6 I BKV a.F. anhängig. Im Sinne einer einheitlichen Auslegung der Begriffe könne unter einem Erkrankungsfall auch hier nur das Vollbild der Gonarthrose gemeint sein und nicht bereits Vorstufen hierzu. Zur Anerkennung der Meniskopathie als BK Nr. 2102 BKVO hat der Kläger ausgeführt, dass das SG seine Entscheidung nachvollziehbar begründet habe. Darüber hinaus sei nicht erst 2006 (durch eine MRT) der Innenmeniskusschaden links festgestellt worden, sondern bereits 2001 durch die Arthroskopie. Auch die konkludente Behauptung der Beklagten, es spreche gegen eine BK Nr. 2102 BKV, wenn der Außenmeniskus weitgehend unauffällig und nur der Innenmeniskus betroffen sei, widerspreche der einschlägigen Kommentierung, wo es heiße, dass Schäden am Außenmeniskus selten seien. Falsch sei nach wie vor die wiederholte Behauptung, dass das vordere Kreuzband im linken Kniegelenk gerissen sei. Hiervon sei im OP-Bericht vom 6.10.1999 nichts zu lesen; vielmehr finde sich dort die Feststellung, dass das Kreuzband weiterhin stabil sei. Auch der Pivo-Shift-Test mit dem Ergebnis 0 (OP-Bericht vom 25.7.2001) beweise, dass das vordere Kreuzband nicht gerissen gewesen sei. Auch andere Ursachen lägen nicht vor. Insbesondere sei die O-Beinstellung mangels wissenschaftlichen Nachweises seiner ursächlichen Bedeutung für einen primären Meniskusschaden nicht als konkurrierende Ursache anzusehen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10.08.2016 abzuändern und die Beklagte unter weiterer Abänderung der Bescheide vom 24.07.2013 und 20.12.2013, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.04.2014 zu verurteilen, seine Gesundheitsstörungen an beiden Kniegelenken auch als Folge einer Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage I zur BKV festzustellen. Im Übrigen beantragt der Kläger,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen sowie das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10.08.2016 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Beklagte hat unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Chirurgen Dr. Br. vom 13.09.2016 (Blatt 19/23 der Senatsakte) vorgetragen, das dem Urteil zugrundeliegenden Gutachten von Prof. Dr. B.-A. sei nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar. Diesem könne nicht gefolgt werden. Die kernspintomographischen, röntgenologischen und arthroskopischen Befunde sprächen gegen die Annahme einer primären Innenmeniskuspathie beidseits. Diese sei jedoch zwingend notwendige Voraussetzung zur Anerkennung einer BK Nr. 2102 BKVO. Zu berücksichtigen seien konkurrierende Ursachen wie der eindeutig nachgewiesene Schaden des linken vorderen Kreuzbandes, die primären Arthroseschäden an beiden Kniegelenken sowie eine O-Beinstellung (Achsenfehlstellung), welche eine Umstellungsosteotomie bereits erforderlich gemacht habe. Die Erkrankung i.S. einer BK Nr. 2112 BKV sei vor dem 01.10.2002 aufgetreten. Eine Arthrose zweiten Grades im femuropatellaren Gleitlager als auch eine drittgradige sowohl femurale als auch tibiale Chondromalazie werde bereits im OP-Bericht vom 06.10.1999 beschrieben. Ergänzend werde darauf hingewiesen, dass die erforderliche Einwirkungsdauer von mindestens 13000 Stunden erst im Jahre 2004 aufgetreten sei. Ein primärer Innenmeniskusschaden beidseits sei aufgrund der kernspintomographischen, röntgenologischen und arthroskopischen Befunde nicht bewiesen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. D ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 27.03.2017 (Blatt 40/51 der Senatsakte; Untersuchung des Klägers am 01.03.2017) beim Kläger Gesundheitsstörungen im Bereich der Kniegelenke und der Menisken (Pangonarthrose im rechten Kniegelenk nach Innenmeniskus-Teilresektion und endgradig eingeschränkte Beugung, Implantation einer Oberflächen-Knieprothese links nach Pangonarthrose und Innenmeniskus-Teilresektion mit endgradig eingeschränkter Beugung) dargestellt. Aufgrund der detailliert und fachlich begründeten Ausführungen von Prof. Dr. B.-A. seien die Meniskusschäden in beiden Kniegelenken als primäre Meniskopathie zu werten und mit der geforderten Wahrscheinlichkeit auf die Berufstätigkeit des Klägers als Heizungs- und Lüftungsinstallateur zurückzuführen. Auch die Gonarthrose sei auf die berufliche Tätigkeit des Klägers zurückzuführen. Es lägen eine BK nach Nr. 2102 und 2112 vor.

Hiergegen hat die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Br. vom 19.04.2017 (Blatt 56/62 der Senatsakte) vorgelegt, zu der sich Dr. D. am 08.06.2017 (Blatt 64/65 der Senatsakte) ergänzend geäußert hat.

Mit Schreiben vom 20.07.2017 hat der Kläger (Blatt 66/70 der Senatsakte) u.a. vorgetragen, die von Dr. S. festgestellten konkurrierenden Ursachenfaktoren wurden Dr. D. zufolge überbewertet. Dies gelte sowohl für die Adipositas als auch für den behaupteten vorderen Kreuzbandschaden und das geforderte spezifische Schadensbild. Wie Prof. Dr. B.-A. ausführlich erläutert habe, sei Voraussetzung für eine Gonarthrose nicht nur eine mindestens drittgradige Knorpelschädigung, sondern auch eine Ausdehnung von mindestens 2 cm. Weder bei den Untersuchungen im Jahr 2000, noch jenen im Jahr 2001 sei eine solche Ausdehnung erreicht worden, sondern erst im Jahr 2006 für das linke Knie und im Jahr 2008 für das rechte Knie. Daher greife der Einwand der Beklagten, dass wegen des Stichtags die BK Nr. 2112 BKVO nicht vorliege, nicht. Auch der Einwand, dass bereits vor Erreichen der Mindesteinwirkungsdauer im Jahr 2004 das Vollbild der Gonarthrose vorgelegen habe, gehe aus den gleichen Gründen fehl.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrages der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegten Berufungen sind gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache aber ohne Erfolg.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist zum einen die Anerkennung einer BK Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV (dazu vgl. unter II.), zum anderen die Anerkennung einer BK Nr. 2112 (dazu vgl. unter III.). Leistungs-, insbesondere Rentenansprüche sind nach dem im Klage- und Berufungsverfahren gestellten Antrag nicht Gegenstand des Verfahrens.

Die Klage auf Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung der streitigen BK ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zulässig. Mit der Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) begehrt der Kläger die Aufhebung der die Anerkennung der streitigen BK ablehnenden Verwaltungsentscheidungen. Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Versicherte an Stelle gerichtlicher Feststellung ([§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), vgl. hierzu u.a. BSG 07.09.2004, [B 2 U 46/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 3](#)) auch die Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung eines Arbeitsunfalles als Element eines jeglichen Leistungsanspruchs im Wege der Verpflichtungsklage verlangen (BSG 05.07.2011, [B 2 U 17/10 R](#) in [SozR 4-2700 § 11 Nr. 1](#) mit weiteren Ausführungen zur Anspruchsgrundlage; speziell zur Anerkennung eines Arbeitsunfalles und damit auf eine Berufskrankheit übertragbar BSG 15.05.2012, [B 2 U 8/11 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 20](#)).

Allerdings erweist sich das angefochtene Urteil des SG als zutreffend. Die Bescheide der Beklagten vom 24.07.2013 und 20.12.2013, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.04.2014 waren nur hinsichtlich der Ablehnung der BK Nr. 2102 BKV rechtswidrig, im Übrigen jedoch zutreffend. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte es abgelehnt hat, die Erkrankungen des Klägers als BK nach Nr. 2112 BKV anzuerkennen.

I.

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aufgrund der Ermächtigung in [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) hat die Bundesregierung die Berufskrankheiten Verordnung (BKV) vom 31.10.1997 ([BGBl I, Seite 2623](#)) erlassen, in der die derzeit als Berufskrankheiten anerkannten Krankheiten aufgeführt sind.

Bei einer Listenberufskrankheit lassen sich im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten, die gegebenenfalls bei einzelnen Listenberufskrankheiten einer Modifikation bedürfen (vgl. BSG SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 3101 Nr. 3): Die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität), und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. Wie bei einem Arbeitsunfall müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweis - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (vgl. u.a. BSG SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 3101 Nr. 4, RdNr. 16 m.w.N.; BSG [SozR 4-2700 § 9 Nr. 14](#), RdNr. 9 m.w.N.; BSG, UV-Recht Aktuell 2012, 412; BSG, [NZS 2012, 151](#); BSG SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 4111 Nr. 3 sowie BSG vom 04.07.2013 - [B 2 U 11/12 R](#) - juris).

Berufskrankheiten (BK) sind gemäß [§ 1 BKV](#) die in der dortigen Anlage 1 bezeichneten Krankheiten, die der Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz des Siebten Buches Sozialgesetzbuch begründenden Tätigkeit erleidet.

II. BK Nr. 2102 BKV

Zutreffend hat das SG zur Feststellung der Meniskuserkrankungen beider Knie als BK nach Nr. 2102 BKV verurteilt.

Unter Nr. 2102 der Anlage zu [§ 1 BKV](#) hat der Gesetzgeber Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten als BK anerkannt.

Der BK Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV unterfällt nur die primäre Meniskopathie, welche dem Ausmaß der Verschleißerscheinungen des Gelenkknorpels voraussetzt, nicht die sekundäre Meniskopathie (Senatsurteil vom 29.06.2012 - [L 8 U 384/09](#) - juris RdNr. 39, 40, ebenso LSG Baden-Württemberg 26.11.2015 - [L 6 U 2782/15](#) - juris RdNr. 45; vgl. dazu auch Gutachten Dr. B. für das SG im Verfahren S 9 U 323/07, Blatt 242/274 der Beklagtenakte). Insoweit ist die primäre Meniskopathie unmittelbar belastungsabhängig (LSG a.a.O.). Bei ihr setzt der vorzeitige Verschleiß im Meniskugewebe mit einer Einbuße an Elastizität und Gleitfähigkeit des gesamten Meniskussystems ein (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Seite 661). Bei der sekundären Meniskopathie wird der Meniskusschaden durch andere Veränderungen vermittelt; zunächst erscheinen ausgedehnte Knorpelschäden im Gelenk (Senatsurteil a.a.O.). 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 (LSG a.a.O.). Sekundär folgt der Meniskusschaden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Seite 661 f. m.w.N.; LSG a.a.O.).

Vorliegend konnte der Senat eine primäre Meniskopathie beider Kniegelenke i.S. eines Gesundheitsschadens feststellen. So liegen an beiden Kniegelenken des Klägers, was der Senat mit den Angaben der Gutachter und den sonstigen ärztlichen Berichten feststellen kann, beidseitig Meniskopathien mit Innenmeniskushinterhorn-Resektionen, links bei II. bis IV.-gradigen Knorpelschäden, rechts bei III.-gradigen Knorpelschäden, vor. Diese Gesundheitsstörungen sind rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich ursächlich auf berufsbedingte Belastungen des Klägers durch seine Tätigkeiten als Heizungs- und Lüftungsinstallateur zurückzuführen. Denn der Kläger war dabei statischen Belastungen durch beidseitig gleichmäßig wirkende Dauerzwangshaltungen, vor allem durch Arbeiten im Hocken und Knien bei

gleichzeitiger Kraftaufwendung, ausgesetzt. Er hat diese Tätigkeit auch "mehrjährig" i.S. der BK Nr. 2102 BKV ausgeübt, was der Senat auf Grundlage der Stellungnahme des Präventionsdienstes feststellt.

Der Senat konnte feststellen, dass die Meniskopathien in beiden Kniegelenke primäre Erkrankungen und nicht Folge einer anderen Erkrankung sind, insbesondere nicht Folge der beidseitigen Kniegelenksarthrosen, wobei zumindest links bereits im Jahr 2000 eine Gonarthrose im Grad II nach Kellgren bestanden hatte (dazu siehe unten III.).

Zwar kann eine Gonarthrose grds. sekundär zur Meniskopathie führen, doch lag nach dem Bericht über die arthroskopische Operation des linken Kniegelenkes am 25.07.2001 beim Kläger zum damaligen Zeitpunkt gerade im Bereich des Femurs nur ein drittgradiger Knorpelschaden i.S. einer Chondromalazie mit einem Durchmesser von 1-2 cm vor. Das Kriterium eines mindestens drittgradigen Knorpelschadens mit einer Ausdehnung von 2 cm² im Bereich des Femurs konnte Prof. Dr. B.-A. nicht als erfüllt ansehen. Insoweit betrifft die im Operationsbericht erwähnte drittgradige Knorpelschädigung mit einem Schadensdurchmesser von weniger als 2 cm im Bereich der Femur-Trochlea das Femoropatellargelenk und kommt damit von seiner räumlichen-anatomischen Ausdehnung auch nicht als Ursache der Innenmeniskusschädigung in Frage. Soweit im Bereich der medialen Tibia nach dem oben genannten Operationsbericht lediglich ein erstgradiger Knorpelschaden mit einem Durchmesser von 1-2 cm bestand, lag auch hier eine mindestens drittgradige Knorpelschädigung mit einer Ausdehnung von 2 cm² nicht vor, sodass Prof. Dr. B.-A. auch insoweit keine Verursachung der Meniskopathie durch die Arthrose angenommen hat. Dieser Einschätzung folgt der Senat. Denn der Sachverständige bezieht sich insoweit auf die Begutachtungsempfehlung zur BK 2112 und die dortigen Vorgaben der Befundauswertung arthroskopischer Untersuchungen sowie der danach zu stellenden Diagnose einer Gonarthrose (Begutachtungsempfehlung der DGUV zur BK 2112, Stand 03.06.2014, dort Seite 32 und 33). Danach ist die Ausdehnung der Läsion von 2 cm² zu fordern. Dies ist zur Überzeugung des Senats Ausdruck der derzeitigen herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung.

Der Senat hat sich der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, juris) angeschlossen. Es entspricht daher der ständigen Rechtsprechung des Senats, dass die beim Dachverband der medizinischen Fachgesellschaften registrierten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften Ausdruck der derzeitigen herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung sind (vgl. stellvertretend Urteile des Senats vom 24.07.2015 - [L 8 U 3594/13](#) - unveröffentlicht, zur Leitlinie der neurologischen Fachgesellschaften zur Neuroborreliose, vom 27.06.2014 - [L 8 U 1065/12](#) - zur Leitlinie der Kardiologischen Fachgesellschaft, unveröffentlicht; vom 22.08.2014 - [L 8 U 3096/13](#) -, unveröffentlicht, m. H. a. Senatsurteil vom 28.01.2011, - [L 8 U 4946/08](#) - juris Rn. 36, www.sozialgerichtsbarkeit.de jeweils zu Konsensempfehlungen als Leitlinien). Der Dachverband AWMF hat sich ein Regelwerk zur Erstellung von Leitlinien gegeben, das der Sicherstellung der wissenschaftlichen Qualität, Objektivität und der Transparenz der Leitlinienentwicklung dient (s. AWMF-Regelwerk Leitlinie mit Kapitel: Leitlinien-Entwicklung und Leitlinien-Register, veröffentlicht auf www.awmf.org/, Seite "AWMF-Regelwerk"). Die Begutachtungsempfehlung der DGUV ist in der S2-Leitlinie zur Gonarthrose der medizinischen Fachgesellschaften angeführt (Seite 11 der Leitlinie Gonarthrose, Registernummer: 033-004) und von der AWMF registriert (vgl. die angegebenen Links in der Leitlinie, Seite 11).

Auch die am rechten Kniegelenk bestehende Meniskopathie ist primärer Art und nicht Folge einer anderen Erkrankung. Der Bericht der arthroskopischen Operation des rechten Knies am 16.06.2008 beschreibt einen degenerativen Radiärriss in der Pars intermedia des Innenmeniskus, der teilreseziert wurde. Ferner wurde ein drittgradiger Knorpelschaden im Bereich des medialen Compartiments beschrieben. Dem Operationsbericht ist mit Prof. Dr. B.-A. nicht zu entnehmen, ob dieser drittgradige Knorpelschaden im Bereich des medialen Femurs, der medialen Tibia oder in beiden Bereichen bestanden und welche Größe er hatte. Nach dem Operationsbericht der arthroskopischen Operation des rechten Kniegelenkes am 16.06.2008 konnte Prof. Dr. B.-A. bei dem Kläger keine Gonarthrose mit mindestens drittgradiger Knorpelschädigung mit einer Ausdehnung von 2 cm² sowie einer vergleichbaren Knorpelschädigung in der gegenüberliegenden Gelenkfläche nachweisen. Eine Gonarthrose als konkurrierende Ursache der festgestellten Meniskopathie im rechten Kniegelenk hat Prof. Dr. B.-A. ausgeschlossen und auch im rechten Kniegelenk eine primäre Meniskopathie angenommen. Auch dieser Beurteilung folgt der Senat.

Der Gutachter des Senats Dr. D. hat sich vollumfänglich diesen Ausführungen angeschlossen und die Meniskusschäden in beiden Kniegelenken als primäre Meniskopathien angesehen, dagegen hat Dr. S. sich zur Frage einer primären oder sekundären Genese der Meniskopathien nicht geäußert.

Der Beratungsarzt der Beklagten, Dr. Br. , hat ausgeführt, bei der ersten Arthroskopie des linken Kniegelenkes am 04.03.1992 habe weder ein Knorpelschaden noch ein Innen-/Außenmeniskusschaden nachgewiesen werden können. Bei der zweiten Arthroskopie am 06.10.1999 sei dann eine deutliche Arthrose des linken Kniegelenkes in allen drei Kompartimenten beschrieben worden mit II.-III.-gradigen Knorpelschäden, wobei eine "mäßige" Degeneration des Innen- und Außenmeniskus vorgelegen habe. Laut dem radiologischen Gutachten des Dr. B. vom 06.08.2015 lägen im MRT des linken Kniegelenkes vom 25.01.2000 keine Meniskusschäden vor, wobei jedoch in allen drei Kompartimenten Osteophyten abzugrenzen waren im Sinne einer Gonarthrose Kellgren Grad II mit II.-IV.-gradigen Knorpelschäden, vor allem im innenseitigen Kompartiment. Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenkes vom gleichen Tag zeigten eine II.-gradige Gonarthrose sowie eine III.-gradige Femoro-Patellararthrose. Erst am 02.03.2006 sei ein kernspintomographisch erkennbarer Innenmeniskusschaden links festgestellt worden, bei zwischenzeitlich deutlicher Zunahme der bis zu IV.-gradigen Knorpelschäden innenseitig. Im MRT des rechten Kniegelenkes vom 09.04.2008 sei dann eine mediale Gonarthrose entsprechend Kellgren II. Grades beschrieben bei nur kleinem vertikalen Einriss im mittleren Teil des Innenmeniskus und unauffälligem Außenmeniskus. Daraus folge, dass wesentliche Knorpelschäden schon lange vor wesentlichen Veränderungen der Menisci in beiden Kniegelenken bestanden hätten und somit von einer primären Gonarthrose mit sekundärer Meniskopathie ausgegangen werden müsse. Bei der Arthroskopie des linken Kniegelenkes am 04.03.1992 sei das vordere Kreuzband als unauffällig beschrieben und es hätten damals auch keine Knorpel- oder Meniskusschäden vorgelegen. Bei der Arthroskopie des linken Kniegelenkes am 06.10.1999 sei eine ältere Verletzung des vorderen Kreuzbandes beschrieben, wobei eine proximale (Teil-)Ruptur des vorderen Kreuzbandes vorlag und der Stumpf dann auf das hintere Kreuzband aufgewachsen sei (sogenannter Lambda-Repair), wobei jetzt Knorpelschäden und Meniskuläsionen vorgelegen hätten. Bei der Untersuchung des linken Kniegelenkes in Narkose am 25.07.2001 habe eine leichte vordere Instabilität (Lachmann positiv, vordere Schublade positiv) bestanden, entsprechend sei arthroskopisch eine Elongation des vorderen Kreuzbandes diagnostiziert worden. Dieser Schaden des vorderen Kreuzbandes links sei durch die chronische vordere Instabilität eine Störung des Roll-Gleit-Vorganges und auch der Schlussrotation und führe im Laufe der Jahre zu Meniskus- und Knorpelschäden. Dieser eindeutig nachgewiesene Schaden des linken vorderen Kreuzbandes mit einer chronischen vorderen Instabilität sei bei der Beurteilung einer BK nach Nr. 2102 BKV i.S. eines konkurrierenden Ursachenfaktors unbedingt zu berücksichtigen. Im letzten MRT

des rechten Kniegelenkes vom 15.01.2015 hätten sich Knorpelschäden bis zu IV.-Grades, vor allem innenseitig, bei ausgeprägten Schäden in der hinteren Hälfte des Innenmeniskus, wobei der Außenmeniskus als unauffällig beschrieben wurde, gezeigt. Röntgenologisch bestand jetzt eine Retropatellar- und innenseitig betonte Pangoarthrose III. Grades. Im letzten MRT des linken Kniegelenkes vor Implantation einer TEP bestanden Knorpelschäden II. Grades im außenseitigen Kompartiment bei intaktem Außenmeniskus, in den übrigen Kompartimenten Knorpelschäden III.-IV. Grades, wobei röntgenologisch eine Gonarthrose Kellgren IV und eine retropatellare Arthrose Kellgren III vorgelegen hätten. Diese Konstellation mit weitgehend unauffälligem Außenmeniskus, Zunahme der Schäden im Bereich des Innenmeniskus bei gleichzeitiger deutlicher Zunahme der Gonarthrose spreche gegen eine BK nach Nr. 2102 BKVO. Auch das Vorliegen einer im Wesentlichen nur örtlichen Gewebereaktion - im Bereich des rechten und linken Innenmeniskus - entspreche einer auch nur örtlichen Einwirkung und nicht einer Gesamtbeanspruchung des Meniskus-Systems. Gemäß ärztlicher Erfahrung sei bei der Beurteilung einer BK nach Nr. 2102 BKVO auch das deutliche Übergewicht sowie eine O-Beinstellung beidseits zu berücksichtigen. Bei der O-Beinstellung beidseits spreche der überwiegend innenseitige Befall mit ausgeprägten Knorpel- und Innenmenisskusschäden dafür, dass die Achsabweichung ein wesentlicher Ursachenfaktor sei.

Dieser Erfahrung des Beratungsarztes Dr. Br. widerspricht die medizinisch-wissenschaftliche sozialmedizinische Literatur zum Teil. Während zwar ein deutliches Übergewicht als konkurrierende Ursache angenommen wird (Schönberger et al a.a.O. Seite 661), wird ein weniger deutliches Übergewicht und eine konstitutionelle O-Beinstellung, anders dagegen eine Achsenabweichung mit Verlagerung der Hauptbelastungszonen, als konkurrierende Ursache grds. ausgeschlossen (Schönberger et al a.a.O. Seite 662), worauf Dr. D. gegenüber dem Senat hingewiesen hat. Der Senat kann auch ein deutliches Übergewicht des Klägers bis zum Auftreten der Meniscopathien nicht feststellen. Zunächst kann aus dem jetzigen Körpergewicht des Klägers kein Rückschluss auf sein damaliges Körpergewicht abgeleitet werden. Zum Zweiten ist festzustellen, dass sich aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen ein Übergewicht, schon gar ein deutliches Übergewicht des Klägers in der Zeit bis zum erstmaligen Auftreten der Meniscopathien nicht ergibt; die ärztlichen Berichte aus der maßgeblichen Zeit enthalten keine Angaben zum Körpergewicht des Klägers. Damit verbleibt dem Senat alleine die Angabe des Dr. D., der den Kläger und dessen Bilder gesehen hatte, dass der Kläger in den Jahren bis 1998 allenfalls ein leichtes Übergewicht hatte. Dieser Befunderhebung schließt sich der Senat an und kann auf dieser Grundlage ausschließen, dass beim Kläger ein deutliches (!) Übergewicht, das als konkurrierende Ursache in Betracht zu ziehen wäre, vorgelegen hatte.

Die von Dr. S. angesprochene auffällige Familienanamnese bei Erkrankung des Bruders und der Mutter, die aber nach Schönberger et al (a.a.O. Seite 661 f.) nicht zu den Konkurrenzursachen gezählt ist, hat der Senat berücksichtigt, ebenso wie die altersvorausgeschrittenen Erkrankungen des Klägers. Jedoch konnte der Senat sich den Ausführungen des Beratungsarztes Dr. Br. nicht anschließen. Vielmehr folgt der Senat nach eigener Prüfung der Beurteilung durch Prof. Dr. B.-A. und Dr. D. und kann feststellen, dass es sich jeweils um primäre Meniskuserkrankungen handelt. Denn soweit Dr. Br. auf einen vorderen Kreuzbandschaden abstellt, der am linken vorderen Knie eine chronische vordere Instabilität mit einer Störung des Roll-Gleit-Vorganges und auch der Schlussrotation, die im Laufe der Jahre zu Meniskus- und Knorpelschäden führten, angenommen hatte, musste der Senat mit Prof. Dr. B.-A. und Dr. D. feststellen, dass eine Instabilität nicht vorlag, vielmehr war die Stabilität des Kniegelenks nicht beeinträchtigt, sodass seine Annahme einer über die Dauer der Zeit hinweg deswegen eintretenden Menisskusschädigung nicht nachvollzogen werden kann.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Argumente und Ursachenbeiträge stellt der Senat fest, dass die primären Meniscopathien rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich auf die meniskenbelastende berufliche und versicherte Tätigkeit zurückzuführen ist. Die von der Beklagten, Dr. Br. und Dr. S. diskutierten konkurrierenden Umstände sind weder überzeugend noch in ihrem Verursachungsbeitrag so, dass der versicherten Tätigkeit nur noch eine untergeordnete Bedeutung zukäme.

Damit konnte der Senat eine durch die versicherte Tätigkeit hinreichend wahrscheinlich wesentlich verursachte primäre Meniscopathie an beiden Knien und nachdem auch die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt sind, die Voraussetzungen der BK Nr. 2102 BKVO feststellen. Damit hat das SG zutreffend zur Feststellung dieser BK verurteilt, weshalb die Berufung der Beklagten zurückzuweisen war.

II. BK Nr. 2112 BKVO

Zutreffend hat das SG sowie die Beklagte die Feststellung der Gonarthrosen beider Knie als BK nach Nr. 2112 BKVO abgelehnt.

Unter Nr. 2112 BKVO hat der Gesetzgeber die durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht aufgetretene Gonarthrose als BK anerkannt (zur Zulässigkeit der Mindesteinwirkungsdauer vgl. Senatsurteil vom 28.02.2014 - [L 8 U 5339/12](#) - juris RdNr. 49).

Der Senat konnte mit den Gutachten von Prof. Dr. B.-A., Dr. S. und Dr. D. vorliegend zwar an beiden Kniegelenken Gonarthrosen feststellen, die das Ausmaß einer feststellungsfähigen BK nach Nr. 2112 BKVO erreicht haben. Dennoch hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung dieser beidseitigen Gonarthrosen als BK nach Nr. 2112 BKVO.

Die Anerkennung der BK nach Nr. 2112 BKV scheitert vorliegend nicht daran, dass zum Zeitpunkt der Erstmanifestation der Gesundheitsschäden die kumulative Einwirkungsdauer von 13.000 Stunden noch nicht erreicht war. Vielmehr hat der Präventionsdienst alleine in der bei der Beklagten versicherten Tätigkeit eine kniebelastende Tätigkeit i.S.d. BK nach Nr. 2112 BKVO von über 14.000 Stunden errechnet; der Senat schließt sich dieser Erhebung nach eigener Prüfung an und stellt zugleich mit dem Präventionsdienst fest, dass auch die Mindesteinwirkungsdauer von einer Stunde pro Arbeitsschicht erfüllt ist.

Vorliegend scheitert die Anerkennung der beidseitigen Gonarthrosen jedoch daran, dass der Senat nicht annehmen konnte, dass die Gonarthrosen rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich auf die beidseitig gleichmäßig kniebelastende, versicherte Tätigkeit des Klägers zurückzuführen sind.

Insoweit hat der Senat bereits entschieden (Senatsurteil vom 28.02.2014 - [L 8 U 5339/12](#) - juris - dass das Vorliegen einer durch eine Gonarthrose auch unterhalb des Grades II nach Kellgren verursachten behandlungsbedürftigen Erkrankung bereits vor Erreichen der Minstdosis den kausalen Zusammenhang der Erkrankung mit der beruflichen Kniegelenkbelastung unwahrscheinlich macht. Der Senat

sieht sich in seiner Auslegung der BK Nr. 2112 BKVO dadurch bestätigt als dort nicht auf das Vorliegen einer Gonarthrose irgendeines bestimmten Stadiums abgestellt wird, dort vielmehr alleine auf das Vorliegen einer Gonarthrose überhaupt, mithin also auch einer Gonarthrose im Grad I nach Kellgren, abgestellt wird.

Vorliegend hat der Kläger im Jahr 2004 die Mindestbelastungszeit von 13.000 Stunden erreicht, jedoch waren schon in den Jahren zuvor gonarthrotische Veränderungen der Kniegelenke vorhanden, die der Senat als Gonarthrose im Grad II feststellt. Dies ergibt sich zunächst aus der Befundbeschreibung und Beurteilung durch Dr. V. (L 12, Seite 26 der Beklagtenakte), der bereits im Jahr 2001 die Gonarthrose als im Grad II befindlich beschrieben hat.

Prof. Dr. B.-A. hat in seinem Gutachten mitgeteilt, dass bereits Dr. B. in seinem radiologischen Zusatzgutachten darauf hingewiesen hatte, dass beim Kläger erstmals am 25.01.2000 eine zweitgradige Gonarthrose nach Kellgren im Femorotibialgelenk links diagnostiziert worden sei; das entspricht auch den von Dr. B. ausgewerteten Röntgenbefunden. Auch lag nach Prof. Dr. B.-A. zu diesem Zeitpunkt bereits eine drittgradige Gonarthrose nach Kellgren im linken Femoropatellargelenk vor (vergleiche Seite 27 seines Gutachtens vom 25.09.2015). Er bezieht sich hierbei unter anderem auch auf das radiologische Zusatzgutachten von Dr. B. vom 06.08.2015, der aber für das linke Kniegelenk Osteophyten an allen drei Kompartiments anhand der MRT vom 25.01.2000 beschreibt und den im MRT-Befund ausgewiesenen drittrangigen Knorpelschaden des Femurs mit einer Ausdehnung von 0,5 cm x 1,5 cm als zusammenhängend mit dem drittgradigen Knorpelschaden im zentralen Anteil mit einer Ausdehnung von 1,5 cm mal 0,8 cm umschreibt. Prof. Dr. B.-A. geht insoweit unzutreffend davon aus, dass die arthrotische Veränderungen am Femorotibialgelenk und im Femoropatellargelenk in ihrer flächenmäßigen Ausdehnung getrennt zu betrachten sind, was jedoch nach den Darlegungen im radiologischen Gutachten nicht zutrifft. Die arthrotischen Veränderungen im Kniegelenk überschreiten mit den vom Radiologen Dr. B. mitgeteilten zusammenhängenden Ausdehnungsflächen die in der Begutachtungsempfehlung im Übrigen auch nur für die arthroskopischen Befunde geforderten 2 cm² Ausdehnungsfläche einer arthrotischen Läsion. Es lagen somit bereits definitive Osteophyten mit Knorpelschäden vor, jedoch noch keine Gelenkspaltverschmälerung, weshalb bei entsprechenden chronischen Kniegelenksbeschwerden und eingeschränkter Streckung und Beugung im Gelenk, bereits das Stadium der Gonarthrose Grad II nach Kellgren (dazu vgl. z.B. Schönberger et al a.a.O. Seite 647) erreicht war. Dass der Kläger bereits chronische Beschwerden hatte, ergibt sich aus der Leistungsübersicht der AOK, die seit 1992 eine Chondromalazie und seit 1999 eine Kniegelenkarthrose links und seit 2001 eine primäre Gonarthrose beschreibt. Alleine die Behandlungsbedürftigkeit über die Jahre hinweg zeigt, dass chronische Kniegelenksbeschwerden vorhanden sind, zumal sich auch aus der Krankheitsgeschichte des Klägers nicht ableiten lässt, dass jeweils neue Erkrankungen aufgetreten wären. Diese arthrotische Erkrankung hat beim Kläger auch schon seit 1999 Beschwerden verursacht, sodass bereits damals eine Gonarthrose am linken Kniegelenk vorgelegen hatte. Mit definitiven Osteophyten, die nicht nur im Röntgenbild vom 25.01.2000 sondern auch im MRT vom gleichen Tag gesehen worden waren - im MRT war jedoch der Knorpelschaden als viertgradige Chondromalazie angenommen worden, der Knorpelriss hatte also den darunter liegenden (subchondralen) Knochen gezeigt -, liegt eine Gonarthrose im Grad II nach Kellgren vor. Diese Erkrankung stellte sich aber bei der Röntgenuntersuchung nicht als Gonarthrose im Grad I nach Kellgren dar, sondern wurde auch von Dr. B. als "zweitgradige Gonarthrose" beurteilt, weshalb der Senat seine Annahme, es liege nur eine erstgradige Gonarthrose, also eine solche im Grad I nach Kellgren, nicht teilen kann. Der Senat sieht sich auch durch den Bericht der S. V. Kliniken vom 30.08.2001 bestätigt, der die Diagnose einer medialbetonten Gonarthrose links mit II.- bis IV.-gradigen Knorpelschäden stellt. Dies widerspricht auch nicht der Beurteilung von Prof. Dr. B.-A., der in Abgrenzung der Gonarthrose als Konkurrenzursache zur Meniskopathie für den Senat überzeugend die Veränderungen im Femoropatellargelenk als nicht maßgebend für die Entwicklung eines Meniskusschadens angesehen hat, da anatomisch insoweit zu den zwischen Tibia und Femor gelegenen Menisken keine Verbindung besteht (vgl. insbesondere seine ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 04.03.2016, Seite 2) und nach die hieraus folgend isolierter Betrachtung der Gonarthrose Grad zwei im Femorotibialgelenk ihrer Ausdehnung gemäß keine schädigende Auswirkung auf den Meniskus hatte. Für die Beurteilung, ob eine Gonarthrose nach den Diagnosekriterien der Begutachtungsempfehlungen vorliegt, ist eine solche Abgrenzung dagegen nicht geboten.

Ist damit vom Senat bereits im Jahr 2000 und damit deutlich vor Erreichen der 13.000 Stunden Mindestbelastungsgrenze am linken Kniegelenk eine Gonarthrose-Erkrankung im Vollbild einer nach BK Nr. 2112 BKV feststellungsfähigen BK festgestellt, konnte der Senat nicht annehmen, dass die Gonarthrose rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich auf die Einwirkungen in Folge der versicherten Tätigkeit zurückzuführen ist.

Damit konnte der Senat auch nicht annehmen, dass die im Jahr 2008 am rechten Kniegelenk festgestellte Gonarthrose rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich auf die beruflich bedingten Einwirkungen zurückzuführen ist. Denn bei einer BK, die eine Einwirkung auf beide Knie im Umfang von mindestens 13.000 Stunden voraussetzt und die beim Kläger gleichmäßig auf beide Knie eingewirkt hat - der Kläger hat nirgends vorgetragen, nur einseitig gekniet zu haben - kann die Einwirkung und die Kausalität nur einheitlich beurteilt werden. Das hat das BSG auch zur Regelung des § 6 BKVO entschieden. Denn der Tatbestand der BK Nr. 2112 BKV spricht knieübergreifend von einer "Gonarthrose", ohne dabei zwischen den beiden Kniegelenken zu differenzieren, und verwendet gleichzeitig für die Verschleißerkrankung beider Kniegelenke dieselbe Krankheitsbezeichnung. Zutreffend hat das SG daher ausgeführt, dass es sich bei den als BK geltend gemachten gleichartigen Gesundheitsschäden an verschiedenen Organen, die auf dieselbe gefährdende Tätigkeit zurückzuführen sind, um eine einheitliche Berufskrankheit handelt (BSG 24.08.1978 - [5 RKnU 6/77](#) - SozR 5677 Anl. 1 Nr. 42 Nr. 1 = juris), die auch unter dem Gesichtspunkt der Kausalität nicht unterschiedlich beurteilt werden kann.

Darüber hinaus hat das SG zutreffend auf die Stichtagsregelung des § 6 BKV - jetzt Abs. 3 Satz 1 - verwiesen. Hierzu hat das BSG zuletzt (20.03.2018 - vgl. Terminbericht 10/18) entschieden, dass der Eintritt des Versicherungsfalls der Gonarthrose vor dem 1.10.2002 am einen Kniegelenk die Feststellung der BK auch am anderen Kniegelenk, die erst später eingetreten ist, ausschließt. Der Erkrankungsfall der "Gonarthrose" tritt danach ein, sobald ein Kniegelenk die diagnostischen Kriterien dieser Krankheit erfüllt, weil es sich bei den Verschleißerscheinungen an den Kniegelenken um einen einheitlichen Erkrankungsfall handelt. Dafür spreche bereits, dass der Tatbestand der BK Nr. 2112 BKV knieübergreifend von einer "Gonarthrose" spricht, ohne dabei zwischen den beiden Kniegelenken zu differenzieren, und gleichzeitig für die Verschleißerkrankung beider Kniegelenke dieselbe Krankheitsbezeichnung verwende. Es entspreche zudem der Systematik der gesetzlichen Unfallversicherung und der bisherigen Rechtsprechung des BSG, mehrere Gesundheitsstörungen - selbst wenn es sich um medizinisch voneinander unabhängige Gesundheitsschäden handelt - als eine einheitliche BK und damit auch als einheitlichen Erkrankungsfall zu behandeln, wenn sie auf derselben Ursache beruhen, d.h. auf ein und dieselbe gefährdende Tätigkeit zurückzuführen seien. Die Frage, ob versicherungsrechtlich ein einheitlicher Erkrankungsfall vorliege, könne daher nur mit Blick auf die gefährdende Tätigkeit (die schädigenden Einwirkungen) beantwortet werden. Es komme folglich darauf an, ob die Gonarthrose des einen Kniees auf

denselben oder aber auf anderen, davon unabhängigen Belastungen als die Gonarthrose des anderen Knie beruhen.

Im vorliegenden Fall hat der Kläger bei Ausübung seiner Tätigkeiten in demselben Beruf bzw. Tätigkeitsfeld beide Knie gleichmäßig belastet, sodass die gefährdenden Tätigkeiten eine Einheit bilden und nur insgesamt sowohl für die Gonarthrose rechts als auch links ursächlich sein können. Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger nur einseitigen Kniegelenksbelastungen ausgesetzt war oder aufgrund gesundheitlicher Präposition nur eine einseitige Kniegelenkserkrankung in Betracht kommt, liegen nicht vor. Jedenfalls für den Fall, dass eine einheitliche berufliche Belastung (Exposition), die sich – wie hier – gleichermaßen auf mehrere Zielorgane auswirkt, zu einem Erkrankungsbeginn an einem Zielorgan vor dem Stichtag geführt hat, ist die Annahme eines "Versicherungsfalls" i.S.v. § 6 BKV auch nach dem genannten Stichtag ausgeschlossen.

Vorliegend ist der Erkrankungsfall der BK Nr. 2112 BKV vor dem 01.10.2002 eingetreten und die Beklagte war (auch) deshalb nicht verpflichtet, diesen als BK anzuerkennen. Denn aufgrund des radiologischen Gutachtens von Dr. B. und des Gutachtens von Prof. Dr. B.-A. konnte der Senat feststellen, dass bereits am 25.01.2000 am linken Kniegelenk eine Gonarthrose II. Grades nach Kellgren vorgelegen hatte, weshalb der Versicherungsfall i.S.d. § 6 Abs. 3 Satz 1 BKVO bereits vor dem Stichtag des 01.10.2002 eingetreten war. Bestätigt wird der Eintritt des Erkrankungsfalls der BK Nr. 2112 BKV schon vor dem 01.10.2002 ferner durch die Eintragungen im Vorerkrankungsverzeichnis der AOK, wonach der Kläger bereits vom 26.03.2001 bis zum 06.04.2001 wegen einer linkseitigen primären Gonarthrose und erneut vom 17.07.2001 bis zum 25.11.2001 u.a. wegen Gonarthrose links arbeitsunfähig krank war. Auch Dr. R. hat den Kläger im März 2011 wegen fortgeschrittener degenerativer Veränderung am linken Kniegelenk und zunehmender Beschwerden behandelt (Arztbrief vom 28.03.2001), Dr. M. hatte schon in seinem Operationsbericht vom 06.10.1999 auf eine deutliche Arthrose in allen Kompartimenten des linken Kniegelenks hingewiesen. Auch der Entlassungsbericht der Klinik F. vom 08.11.2001 beschreibt eine Arthrose des linken Kniegelenks mit deutlicher Belastungsgonalgie.

Soweit Dr. B. und Prof. Dr. B.-A. in Kenntnis dieser Befunde und Diagnosen und trotz eigener Diagnosestellung einer Gonarthrose Grad II nach Kellgren bereits am 25.01.2000 gleichwohl eine Gonarthrose links i.S.d. BK Nr. 2112 BKV erst aufgrund der radiologischen Befunde vom 02.03.2006 als eingetreten erachten, ist dies für den Senat nicht nachvollziehbar und nicht überzeugend.

Liegt bereits vor dem 01.10.2002 links eine Gonarthrose im Grad II vor, so schließt dies mit der Rechtsprechung des BSG (20.03.2018 – a.a.O.) auch die Anerkennung der BK Nr. 2112 BKV auf der anderen Knieseite aus. Eine Differenzierung zwischen linkem und rechtem Kniegelenk ist bei gleichmäßiger Einwirkung und versicherter Tätigkeit nicht möglich.

Damit hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung seiner Gonarthrosen als BK nach Nr. 2112 BKV, weshalb seine Berufung zurückzuweisen war.

III.

Sind damit nur die Voraussetzungen einer BK Nr. 2102 BKV aber nicht die einer BK Nr. 2112 BKVO erfüllt, waren beide Berufungen unbegründet und zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-08-10