L 1 U 385/14

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Nordhausen (FST)
Aktenzeichen
S 1 U 5087/11
Datum
27.01.2014
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 1 U 385/14
Datum
30.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Berufskrankheit, Gonarthrose, beidseitige Gelenkbelastung, asymmetrische Ausprägung, Dynamik der Arthroseerkrankung, Verschleißerkrankung, Klassifikation nach Kellgren, Knorpelschaden

1. Eine erhebliche Asymmetrie einer Kniegelenksarthrose spricht bei beidseitiger beruflicher Kniegelenksbelastung gegen einen Zusammenhang mit beruflichen Einwirkungen.
2. Das deutliche Voranschreiten einer Arthroseerkrankung in einem kurzen Zeitraum ist mit einer sich langsam entwickelnden Verschleißerkrankung, wie sie der BK 2112 zugrunde liegt, nicht vereinbar.
3. Die Schwere des Knorpelschadens ist für die Klassifikation nach Kellgren unerheblich.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 27. Januar 2014 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2112 (BK 2112 - Gonarthrose -) der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Der 1953 geborene Kläger absolvierte vom 1. September 1968 bis 15. August 1971 eine Lehre zum Maurer und war anschließend bis Dezember 2005 überwiegend als solcher tätig. Unterbrochen wurde die Tätigkeit durch den Wehrdienst vom 1. Mai 1972 bis 31. Oktober 1973. Von 1974 bis 1979 war der Kläger als Eisenflechter und Betonierer tätig. Seit 1979 wurden von dem Kläger auch Fliesenleger- und Pflasterarbeiten neben seiner Tätigkeit als Maurer ausgeführt. Seit 2006 war der Kläger selbständig als Bauunternehmer tätig. Dabei verrichtete er erneut Maurer-, Fliesenleger- und Pflasterarbeiten. Versicherungsschutz für diese Zeit bei der Beklagten bestand nicht.

Mit Schreiben vom 15. Juli 2010 beantragte der Kläger die Anerkennung seiner Arthrose als Berufskrankheit. Dem Antrag beigefügt war ein Bericht über eine Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten Kniegelenkes vom 5. Februar 2009. Nach Beiziehung weiterer medizinischer Unterlagen und insbesondere eines Vorerkrankungsverzeichnisses der Krankenkasse des Klägers holte die Beklagte eine Stellungnahme ihres Technischen Aufsichtsdienstes (TAD) ein. Dieser ermittelte in seiner Stellungnahme vom 10. November 2010 eine im Sinne der BK 2112 relevante kniebelastende Tätigkeit bis Dezember 2005 im Umfang von 6.817 Stunden. Der Beratungsarzt der Beklagten H. verneinte in seiner Stellungnahme vom 4. März 2011 das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen der BK 2112. Im Falle des Klägers liege ein Kniebinnentrauma vor, welches für die krankhaften Veränderungen im Kniegelenk verantwortlich sei. Im Januar 2011 wurde bei dem Kläger die Implantation einer Knieendoprothese im rechten Kniegelenk vorgenommen. Dem schloss sich eine Reha-Maßnahme zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung im Zeitraum vom 3. bis 24. Februar 2011 an. Dabei wurde das linke Kniegelenk als unauffällig mit endgradiger Schmerzangabe beschrieben (vgl. Reha-Entlassungsbericht vom 28. Februar 2011).

Der Gewerbearzt Sch. empfahl in seiner Stellungnahme vom 13. April 2011 die Erkrankung nicht als Berufskrankheit Nr. 2112 anzuerkennen. Der Erkrankungsverlauf im rechten Kniegelenk habe sich im Zeitraum zwischen Februar 2009 und März 2010 erheblich verschlimmert. Diese Befundzunahme könne nicht mit einem degenerativen Erkrankungsgeschehen im Sinne einer Gonarthrose in Verbindung gebracht werden. Vielmehr würde dies für posttraumatische Veränderungen nach dem Meniskusriss im Februar 2009 sprechen. Es sei von einer Meniskusläsion und einer daraufhin entstandenen posttraumatischen Gonarthrose rechts auszugehen.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 11. Mai 2011 die Anerkennung einer BK 2112 ab. Weder die arbeitstechnischen

Voraussetzungen im Hinblick auf eine kniebelastenden Tätigkeit von mindestens 13.000 Stunden im Sinne der BK 2112 noch die medizinischen Voraussetzungen seien erfüllt. Vorliegend bestehe eine posttraumatische Gonarthrose rechts und nicht, wie für die BK 2112 gefordert eine primäre Gonarthrose. Ein hiergegen durch den Kläger eingelegter Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 9. Juni 2011 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 5. Juli 2011 Klage erhoben. Das Sozialgericht hat medizinische Befunde hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Klägers beigezogen und hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen der BK 2112 ein Gutachten von Dr. Sch. vom 3. Mai 2012 eingeholt. Darin gelangt dieser zu dem Ergebnis, dass die Arthrose am rechten Kniegelenk vor der Operation allenfalls Kellgren II erreicht habe. Eine verstärkte Entwicklung der medialen Kompartmentarthrose sei bei dem Kläger erst nach der ersten Operation im Februar 2009 mit Teil-Menisektomie eingetreten. Am linken Knie könne aktuell ein Arthrosegrad in der Schwerestufe Kellgren I nur schwerlich festgestellt werden.

Auf Antrag des Klägers hat das Sozialgericht nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ein Gutachten bei Dr. S. in Auftrag gegeben. Dieser stellt in seinem Gutachten vom 16. Mai 2013 fest, dass im Jahre 2010 im rechten Kniegelenk eine Arthrose Stadium III nach Kellgren mit ausgeprägten Knorpelschäden Stadium IV (Knorpelglatze) bestanden habe. In der MRT seien auch "kräftige Osteophyten" sichtbar, bereits dies belege zweifelsfrei eine Arthrose Stadium II nach Kellgren, die sich im Übergangsstadium zum Stadium III befunden habe. Zum Zeitpunkt der ersten zweifelsfreien klinischen Manifestation der Arthrose habe es sich um eine Berufskrankheit nach Nr. 2112 gehandelt. Auch hinsichtlich des linken Kniegelenks seien die Voraussetzungen für eine Anerkennung einer BK 2112 zu bejahen. Festzustellen sei des Weiteren eine ausgeprägte degenerative Schädigung des Innenmeniskus. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 8. August 2013 hat Dr. Sch. an seiner Einschätzung hinsichtlich des Schweregrades der Arthrose festgehalten.

Mit Urteil vom 27. Januar 2014 hat das Sozialgericht Nordhausen die Klage abgewiesen. Die Anerkennung einer BK 2112 scheitere an den medizinischen Voraussetzungen. Zum Zeitpunkt des Auslaufens des Versicherungsschutzes seien die Voraussetzungen für eine Anerkennung der BK 2112 nicht nachgewiesen. Voraussetzung sei eine gesicherte Diagnose einer Gonarthrose entsprechend Grad II bis IV nach Kellgren. Diese Voraussetzung erfülle der Kläger nicht. Regelmäßig sei eine beidseitige Ausprägung der Gonarthrose zu erwarten. Bei dem Kläger liege aber unzweifelhaft eine sehr unterschiedliche Ausprägung vor. Hinsichtlich des linken Knies sei ein Schweregrad der Gonarthrose II nach Kellgren nicht festzustellen. Hinsichtlich des rechten Knies scheitere der Nachweis eines beruflichen Zusammenhangs zudem an der Dynamik, die die Verschleißerscheinungen in den letzten Jahren genommen hätten. Während zunächst nur ein Schweregrad I nach Kellgren vorgelegen habe, habe sich dieser Schweregrad binnen eines Jahres in den Schweregrad III nach Kellgren verschlechtert. Diese stärkere Dynamik sei auf die Folgen einer Operation am Innenmeniskus zurückzuführen. Dies räume auch Dr. S. in seinem Gutachten ein.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers. Das Sachverständigengutachten von Dr. Sch. stelle keine taugliche Grundlage für die Entscheidungsfindung dar. Dieser verneine im Gegensatz zu den Ausführungen des Sachverständigen Dr. S. den erforderlichen Schweregrad der Arthrose in beiden Kniegelenken. Dies widerspreche aber den radiologischen Befunden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichtes Nordhausen vom 27. Januar 2014 und den Bescheid der Beklagten vom 11. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Juni 2011 aufzuheben und das Vorliegen einer BK 2112 festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen. Sie nimmt Bezug auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil.

Der Senat hat im Berufungsverfahren bildgebende Befunde hinsichtlich des rechten Kniegelenks aus den Jahren 2010 und 2011 beigezogen und Prof. Dr. T. mit der Erstellung eines radiologischen Zusatzgutachtens beauftragt. Dieser führt in seinem Gutachten vom 26. Juni 2015 aus, dass sich aus der Kernspintomographie vom 5. Februar 2009 hinsichtlich des rechten Kniegelenkes eine gering ausgeprägte Arthrose im medialen Kompartiment Grad I nach Kellgren entnehmen lasse. Es bestehe zusätzlich ein komplexer Riss des Innenmeniskus. Die folgende Kernspintomographie vom 4. März 2010 zeige im Vergleich zur Voraufnahme vom 5. Februar 2009 eine ausgeprägte Volumenminderung der Knorpel im medialen Kompartiment auf. Deutliche osteophytäre Anbauten medialseitig seien erkennbar. Zu diesem Zeitpunkt bestehe eine ausgeprägte mediale Arthrose des Kniegelenkes Grad III nach Kellgren. Auch auf dem Röntgenbild des rechten Kniegelenkes vom 10. November 2010 seien eine ausgeprägte subchondrale Sklerose sowie deutliche knöcherne Anbauten (Osteophyten) erkennbar. Dieser Befund decke sich hinsichtlich des Schweregrads der Arthrose III nach Kellgren mit der Kernspintomographie vom 4. März 2010. Das Röntgenbild hinsichtlich des linken Kniegelenks vom 3. Mai 2012 zeige kleine randständige Ausziehungen insbesondere am oberen Rand. Dieser Befund entspreche einer medial betonten Kniegelenksarthrose Grad I bis II nach Kellgren. Zusammenfassend sei hinsichtlich der im März 2010 festgestellten ausgeprägten Arthrose des rechten Kniegelenks ein Zusammenhang dieser arthrotischen Veränderungen in erster Linie mit dem Meniskusschaden und der nachfolgenden Operation zu sehen.

Die Beklagte hat im Rahmen eines Erörterungstermins darauf hingewiesen, dass der Versicherungsschutz für den Kläger am 31. Dezember 2005 endete. Im Rahmen seiner anschließenden Tätigkeit sei der Kläger nicht mehr versichert gewesen. Aufgrund des Fünfjahreszeitraums könnten Befunde aus dem Jahre 2010, als erstmals ein Schweregrad der Gonarthrose von Kellgren Grad II oder mehr festgestellt worden sei, nicht mehr berücksichtigt werden.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren durch den Berichterstatter (§§ 124 Abs. 2, 155 Abs. 3, 4 SGG) erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Verwaltungsvorgang und die Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte den Rechtsstreit aufgrund des im Erörterungstermins vom 25. Januar 2016 erklärten Einverständnisses der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch den Berichterstatter durch Urteil entscheiden (§§ 124 Abs. 2, 155 Abs. 3 und 4 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -).

Die zulässige Berufung des Klägers hat keinen Erfolg. Das Sozialgericht Nordhausen hat die Klage zu Recht abgewiesen und einen Anspruch des Klägers auf Feststellung einer BK 2112 abgelehnt.

Der Bescheid vom 11. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Juni 2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten (§ 54 SGG). Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung einer Kniegelenksarthrose als Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV.

Nach § 9 Abs. 1 SGB VII sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer in den §§ 2, 3 und 6 SGB VII genannten Tätigkeiten erleidet. Nach § 1 der BKV sind Berufskrankheiten die in der Anlage 1 bezeichneten Krankheiten (sogenanntes Listenprinzip).

Für die Feststellung einer Listen-BK ist erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schad-stoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und diese Einwir-kungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufs-bedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsaus-füllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. 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 Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2015; Az.: B 2 U 11/14 R). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände diejenigen so stark überwiegen, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, dass darauf eine richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, Az.: B 2 U 1/05 R). Sofern die notwendigen tatbestandlichen Voraussetzungen nicht von demjenigen, der sie geltend macht, mit dem von der Rechtsprechung geforderten Grad nachgewiesen werden, hat er die Folgen der Beweislast dergestalt zu tragen, dass dann der entsprechende Anspruch entfällt.

Der Kläger erfüllt nicht die medizinischen Voraussetzungen für eine Anerkennung der BK 2112. Fest steht aufgrund des Gesamtergebnisses des Verfahrens und der Auswertung aller vorliegenden Sachverständigengutachten, dass der Kläger hinsichtlich des rechten Kniegelenks ausweislich eines kernspintomographischen Befundes vom 4. März 2010 unter einer medialen Arthrose des Kniegelenkes Grad III nach Kellgren litt. Das Ausmaß der Arthrose im rechten Kniegelenk ist damit grundsätzlich ausreichend für eine Feststellung dieser Gesundheitsstörung als BK (vgl. Merkblatt, Abschnitt III Seite 6 sowie die wissenschaftliche Stellungnahme des ärztlichen Sachverständigenbeirats Berufskrankheiten beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales GMBl. 49/2011 S. 983). Das Vorliegen einer Gonarthrose im rechten Kniegelenk in diesem Ausmaß ergibt sich insbesondere aus den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T. in seinem radiologischen Zusatzgutachten vom 26. Juni 2015. Dort hat er den kernspintomographischen Befund vom 4. März 2010 eingehend ausgewertet. Hinsichtlich der Auswertung dieses kernspintomographischen Befundes vom 4. März 2010 besteht auch Übereinstimmung mit dem Gutachten des Sachverständigen Dr. S. vom 16. Mai 2013. Auch dieser entnimmt dem MRT-Befund eine Arthrose Stadium III nach Kellgren.

Die Kniegelenksarthrose rechts ist indes nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit ursächlich auf die beruflichen Belastungen zurückzuführen, denen der Kläger in seiner Berufstätigkeit als Maurer bzw. Fliesen- und Pflasterleger ausgesetzt war. Gegen die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs spricht vor allem der Umstand, dass die Kniegelenksarthrose links im Mai 2012 mit einem Schweregrad der Arthrose von I - II nach Kellgren deutlich geringer ausgeprägt war, als auf der rechten Seite zwei Jahre früher. Der Sachverständige Prof. Dr. T. hat insoweit in seinem radiologischen Zusatzgutachten vom 26. Juni 2015 ausgeführt, dass sich dem Röntgenbild hinsichtlich des linken Kniegelenks vom 3. Mai 2012 eine beginnende medialbetonte Kniegelenksarthrose Grad I - II nach Kellgren entnehmen lasse. Nachvollziehbar hat er dies mit einer von ihm festgestellten allenfalls geringen Gelenkspaltverschmälerung mit geringer subchondraler Sklerose im medialen Kompartiment und an der Kniescheibe bestehenden kleinen randständigen Ausziehungen begründet. Frühere Aufnahmen hinsichtlich des linken Kniegelenks stehen nicht zur Verfügung. Dies spricht dafür, dass das linke Knie vor den Aufnahmen vom 3. Mai 2012 offenbar keine wesentlichen Beschwerden verursacht hat. Insoweit ist auch auf den Entlassungsbericht zur Reha-Maßnahme vom 28. Februar 2011 nach der Implantation einer Teilendoprothese rechts am 25. Januar 2011 zu verweisen. In diesem Abschlussbericht wurde das linke Kniegelenk als unauffällig mit endgradiger Schmerzangabe beschrieben. Diese Einschätzung steht mit dem Gutachten von Dr. S. vom 16. Mai 2013 im Einklang. Dieser wertet die Röntgenaufnahme hinsichtlich des linken Kniegelenks vom 3. Mai 2012 ebenfalls dahingehend aus, dass auf der linken Seite ein Arthrosestadium II nach Kellgren erreicht werde. Insoweit Dr. Sch. in seinem Gutachten vom 3. Mai 2012 hinsichtlich des linken Kniegelenks von einer fraglichen initialen Gelenkspaltverschmälerung ausgeht, besteht zum radiologischen Gutachten Zusatzgutachten von Prof. Dr. T. vom 26. Juni 2015 letztlich kein Widerspruch. Dieser beschreibt ebenfalls allenfalls geringe Gelenkspaltverschmälerungen.

Bei einer wie hier beidseitigen Gelenkbelastung ist jedoch zu erwarten, dass das Ausmaß einer Gelenksarthrose weitgehend symmetrisch verläuft, weil beide Knie im vergleichbarem Ausmaß belastet sind (vgl. auch Grosser in Schiltenwolf/Grosser/Thomann, "Berufskrankheit Gonarthrose, Wissenschaftliche Grundlagen, sozialrechtliche Bewertung, Begutachtung", 2012 S. 205). Deshalb spricht die Asymmetrie der Kniegelenksarthrose zu Ungunsten einer Seite bei annährend gleich starker beruflicher Belastung beider Kniegelenke durch Arbeiten im Knien oder in der Hocke gegen die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges mit beruflichen Einwirkungen. Beträgt, wie im Fall des Klägers, der Seitenunterschied einen Kellgren - Grad, ist nach aktuellem medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand der ursächliche Zusammenhang der Kniegelenksarthrose mit beruflichen Belastungen nicht wahrscheinlich zu machen (vgl. Grosser, a.a.O., S. 205 sowie Begutachtungsempfehlungen für die Berufskrankheit Nr. 2112 [Gonarthrose], Stand: 03.06.2014). Vorliegend ist in diesem Zusammenhang des Weiteren zu berücksichtigen, dass hinsichtlich des linken Kniegelenkes verwertbare Feststellungen zum Schweregrad der Arthrose erst am 3. Mai 2012 getroffen worden sind. Die Feststellungen hinsichtlich des linken Kniegelenkes betreffen zudem einen Zeitraum mehr als fünf Jahre nach dem Ende des Versicherungsschutzes.

Zusätzlich scheitert der Nachweis, dass die Kniegelenksarthrose rechts mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf die versicherten

beruflichen Belastungen des Klägers bis zum 31. Dezember 2005 zurückzuführen ist, auch daran, dass die Arthroseerkrankung des Klägers am rechten Kniegelenk ausweislich des kernspintomographischen Befundes vom 5. Februar 2009 von ihrem Schweregrad nach Kellgren erst mit Grad I zu bezeichnen war. Prof. Dr. T. hat in seinem radiologischen Zusatzgutachten vom 26. Juni 2015 eingehend dargelegt, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung am 5. Februar 2009 die Knorpel an Ober- und Unterschenkel noch gut erhalten sind und nur beginnende Schäden zeigen. Eine wesentliche Höhenminderung der Knorpel war nicht festzustellen. Die Gelenkstellung der knöchernen Strukturen des Kniegelenkes war regelrecht. Somit bestand Anfang Februar 2009 im rechten Kniegelenk eine gering ausgeprägte Arthrose im medialen Kompartiment Grad I nach Kellgren. Soweit Dr. S. in seinem Gutachten vom 16. Mai 2013 den MRT-Befund vom 5. Februar 2009 aufgrund der erkennbaren deutlichen Höhenminderung des Knorpelüberzugs dahingehend auswertet, dass zumindest eine Arthrose Grad II nach Kellgren, die sich bereits im Übergangsstadium zum Stadium III nach Kellgren befunden habe, vorliegt, überzeugt dies nicht. Prof. Dr. T. hat in seinem radiologischen Zusatzgutachten vom 26. Juni 2015 eingehend dargelegt, dass die Knorpel an Ober- und Unterschenkel noch gut erhalten waren und nur beginnende Schäden zeigten. Der vorhandene Knorpelschaden Grad II bis III ist auch für die Einteilung nach Kellgren unerheblich. Dass die Schwere des Knorpelschadens für die Einteilung nach Kellgren unerheblich ist, entspricht der Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nr. 2112 (Gonarthrose), Stand: 3. Juni 2014. Damit ist eine erhebliche Dynamik der Arthroseerkrankung des Klägers am rechten Kniegelenk im Zeitraum Februar 2009 bis März 2010 nachgewiesen. Daraus hat Prof. Dr. T. in seinem radiologischen Zusatzgutachten vom 26. Juni 2015 nachvollziehbar hergeleitet, dass ein Zusammenhang der arthrotischen Veränderungen im rechten Kniegelenk des Klägers in erster Linie mit dem im rechten Kniegelenk bestehenden Meniskusschaden und der nachfolgenden Operation zu sehen ist. Insoweit hat bereits der Sachverständige Dr. Sch. in seinem Gutachten vom 3. Mai 2012 darauf hingewiesen, dass es sich bei der Entwicklung von Verschleißveränderungen im Kniegelenk immer um einen sehr langsam ablaufenden Prozess handelt, der sich über viele Jahre hinzieht. Daher hat er die verstärkte Entwicklung der medialen Kompartmentarthrose rechts auf die im Rahmen einer Operation im Februar 2009 beim Kläger vorgenommene Teil-Menisektomie zurückgeführt. Auch Dr. S. bejaht in seinem Gutachten vom 16. Mai 2013 ein Fortschreiten der Kniegelenksarthrose rechts durch die teilweise Entfernung des Innenmeniskus zumindest im eingeschränkten Umfange. Soweit er in der teilweisen Entfernung des Innenmeniskus aber keinen möglichen konkurrierenden Ursachenbeitrag sehen will, überzeugt dies nicht. Es spricht aus medizinischer Sicht sehr viel dafür, dass die teilweise Entfernung des Innenmeniskus rechts im Februar 2009 die Dynamik der Arthroseerkrankung des Klägers im rechten Kniegelenk plausibel erklären kann. Jedenfalls bestehen hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass das deutliche Voranschreiten der Gonarthrose des Klägers im rechten Kniegelenk in einem kurzen Zeitraum mit einer sich langsam entwickelnden Verschleißerkrankung wie sie der BK 2112 zugrunde liegt, nicht vereinbar ist. Daher kann der Senat sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon überzeugen, dass die Kniegelenksarthrose rechts auf die berufliche Belastung zurückzuführen ist. In diesem Zusammenhang kommt erneut der Tatsache Bedeutung zu, dass die Kniegelenksarthrose links deutlich geringer ausgeprägt ist, obwohl der Kläger berufsbedingt beide Kniegelenke gleich stark belastet hat. In der Gesamtschau sprechen daher erhebliche Anhaltspunkte gegen eine beruflich bedingte Verursachung der Kniegelenksarthrose des Klägers.

Angesichts dessen kann offen bleiben, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2112 erfüllt sind. Der TAD der Beklagten hat zuletzt eine kniebelastende Tätigkeit im Umfang von etwa 12.800,00 Stunden angenommen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
FST
Saved
2016-06-23