

L 3 U 129/11

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 12 U 61/04

Datum

08.04.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 129/11

Datum

05.03.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 08. April 2011 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Streitig ist die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) – Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten –.

Der 1947 geborene Kläger wurde von September 1966 bis zum Juli 1970 an der H-Universität in B zum Lehrer für Sport und Geschichte ausgebildet. Nach eigenen Angaben betrieb er in seiner Freizeit bis zu seinem 12. Lebensjahr und von 1962 bis 1966 Geräteturnen, von 1962 bis 1970 Leichtathletik und von 1968 bis 1980 Boxen. Ab August 1970 bis 1981 unterrichtete er fast ausschließlich Sport. Von 1981 bis 1992 war er Sportlehrer an der Ingenieurschule "H G" sowie Spielertrainer der Handballmannschaften dieser Schule. Ab 1992 war er als Lehrer für Sport, Geschichte, LER und Politische Bildung tätig. Dabei wechselte der Anteil des Einsatzes als Sportlehrer von fast ausschließlich bis acht Stunden Sport wöchentlich im Schuljahr 2001/2002 und drei Stunden Sport wöchentlich im dem Schuljahr 2002/2003. Ab dem Schuljahr 2003/2004 unterrichtete er keinen Sport mehr. Ab Juni 2005 befand er sich in Altersteilzeit, seit dem 01. September 2007 bezieht er Altersrente.

Er erlitt im Verlaufe der Zeit zahlreiche Unfälle. Bereits im Jahr 1964 zog er sich beim Basketballspiel eine Distorsion des rechten Kniegelenks zu. Aktenkundig sind weitere Unfälle am 08. November 1977 (Distorsion linkes Kniegelenk), 13. Januar 1979 (Trauma rechte Ferse), 15. Mai 1979 (Prellung/Abschürfung linkes Kniegelenk), 16. April 1981 (Sturz auf den Rücken beim Fußballspiel) und August 2003 (Distorsion linkes Kniegelenk).

Im Hinblick auf den Unfall vom 13. Januar 1979 wurde ein Verwaltungs- und gerichtliches Verfahren (Aktenzeichen des Sozialgerichts Potsdam: S [2 U 22/97](#)) durchgeführt, in dessen Rahmen der Kläger geltend machte, dieser Unfall habe bei ihm im Bereich des rechten Kniegelenks Gesundheitsschäden (Meniskusschaden und Gon-arthrose) hinterlassen. Im Verwaltungsverfahren (Az.) hatte die zuständige Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel (BG Einzelhandel; jetzt: BG Handel und Warendistribution (BGHW)) u. a. die Krankenunterlagen der A-Klinik B (laterale Meniskektomie rechts am 23. April 1980), das Krankenblatt des O P (Bridenlösung, Knorpelglättung und Meniskusnachresektion rechtes Kniegelenk am 13. Juli 1992) beigezogen. Darüber hinaus hatte der Kläger eine Kopie des Krankenblattes der Orthopädischen Klinik der A-Klinik B betreffend den ambulanten Behandlungszeitraum vom 08. November 1977 bis 1981 vorgelegt. Des Weiteren war im Verwaltungsverfahren am 26. August 1996 ein orthopädisches Zusammenhangsgutachten von Dr. Z erstellt worden. Im gerichtlichen Verfahren wurden weitere orthopädische Gutachten eingeholt und zwar unter dem 10. Dezember 1997 von Dr. S sowie unter dem 29. Oktober 1998 von Dr. S, in welchen übereinstimmend keine auf den Unfall vom 13. Januar 1979 zurückzuführenden Schäden im Bereich des rechten Kniegelenks festgestellt wurden. Die Klage wurde schließlich durch Urteil des Sozialgerichts Potsdam (SG) vom 01. Juni 1999 abgewiesen, die Berufung wurde durch Urteil des Landessozialgerichts Brandenburg vom 17. Dezember 2001 zurückgewiesen (Az. L 7 U 43/99).

Mit Schreiben vom 13. Juli 2002 beantragte der Kläger die Feststellung eines Schadens am rechten Kniegelenk als BK und legte u. a. einen Magnetresonanztomografie (MRT)-Befund des rechten Kniegelenks vom 25. Februar 2002 (u. a. schwerste deformierende Gonarthrosis in

allen Kompartimenten, Tibiofubulararthrosis, freie Gelenkkörper, größeres ossifiziertes Kapselosteochochondrom lateral mit zystoider Degeneration in Höhe des Tibiofubulargelenks, Gelenkerguss, Knorpelglatze im lateralen Kompartiment, noch diskrete Fragmente vom Hinterhorn (HH) nachweisbar, Vorderhorn (VH) ebenfalls nicht mehr abgrenzbar, ältere vordere Kreuzbandläsionen mit deutlicher Auffassung, verstärkte Angulation des hinteren Kreuzbandes, narbige Induration im Hoffa-Fettkörper, Chondropathia patellae Grad I bis II, Morphologie des Innenmeniskus (IM) regelrecht). Nach Einholung einer Stellungnahme des Gewerbeärztes Dr. J vom 31. Januar 2003 lehnte die Beklagte die Anerkennung der Kniegelenkserkrankung als BK 2102 ab, da es sich bei der Kniegelenkserkrankung um Folgen mehrerer Unfälle handele, welche bereits vor Beginn der Tätigkeit als Sportlehrer vorgelegen hätten. Die histologische Untersuchung der anlässlich der Operation vom 23. April 1980 entfernten Meniskusanteile habe keine sicheren Hinweise auf ein primär degeneratives Schadensbild erbracht (Bescheid vom 25. März 2003). Im Widerspruchsverfahren veranlasste die Beklagte eine Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes (TAD) vom 06. Januar 2004 sowie eine weitere gewerbeärztliche Stellungnahme vom 20. Januar 2004. Schließlich wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16. März 2004 zurück. Hinsichtlich des anlässlich der Arthroskopie vom 23. April 1980 festgestellten Außenmeniskus(AM)schadens kämen allein die Voraussetzungen einer BK nach der Berufskrankheitenverordnung der DDR in der vor dem 26. Februar 1981 geltenden Fassung zur Anwendung. Lediglich im Hinblick darauf, dass Ansprüche wegen der Kniegelenksbeschwerden erstmals nach dem 31. Dezember 1993 bei einem für das Beitrittsgebiet zuständigen Unfallversicherungsträger geltend gemacht worden seien - wobei hier zugunsten des Klägers von dem bei der BG Einzelhandel geführten und am 31. Januar 1994 eröffneten Feststellungsverfahren wegen Folgen von Arbeitsunfällen betreffend das rechte Kniegelenk ausgegangen werde -, müsse zugleich aufgrund der Vorschrift des § 1150 Abs. 2 Nr. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) die Vergleichbarkeit mit der Regelung des Berufskrankheitenrechtes der Bundesrepublik, insbesondere der Nr. 2102 der BKV, gegeben sein. Hier fehle es jedoch an einer für die Anerkennung eienr BK 2102 erforderlichen primären Meniskopathie. Darüber hinaus fehle es für eine allein anerkennungsfähige BK nach DDR-Recht jedenfalls an der für die BK 71 gemäß der Verordnung vom 26. Februar 1981 bzw. der für die BK 22 gemäß der Zweiten Durchführungsbestimmung vom 18. September 1968 zur Verordnung weiteren Voraussetzung der Aufgabe der schädigenden Tätigkeit.

Hiergegen hat der Kläger Klage vor dem SG Potsdam erhoben mit dem Vorbringen, bis zur Arthroskopie am 23. April 1980 habe sich kein Unfall mit Einbeziehung des rechten Kniegelenks ereignet gehabt. Er hat u. a. einen MRT-Befund des linken Kniegelenks vom 04. September 2003 (Degeneration Grad III des HH des IM, Grad II bis III des HH des AM. Geringer Reizerguss. Kein Knochenmarksödem. Periligamentärer Reizzustand medial. Patella Baya. Weichteilödem ventral, Verdacht auf zarte Einrisse im Hoffa-Fettkörper, keine Bandrupturen. Angedeutete Bakerzyste. Intakte Sehnen.) eingereicht.

Im Hinblick auf letzteren Befund eröffnete die Beklagte ein weiteres Feststellungsverfahren, in dessen Rahmen der Kläger angab, seit 1977 an Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks zu leiden. 1978 habe er fünf Injektionen mit Arterparon erhalten. Die Beklagte holte Behandlungsberichte von der Orthopädin Dipl.-Med. Gvom 05. November 2004, dem Orthopäden Dr. N vom November 2004, von Frau Dr. B-K vom November 2004 sowie dem Chirurgen Dr. M vom 24 November 2004 (Arthroskopie rechtes Kniegelenk am 03. März 2004 mit IM- und AM-Teilentfernung) ein. Des Weiteren erstellte der TAD - Dipl.-Ing. R - am 12. Juli 2005 eine Stellungnahme, wonach unter Rückgriff auf den Lehrplan Sport - Abiturstufe und Berufsausbildung - des Ministeriums für Volksbildung der DDR (Ausgabe 1980), des Rahmenlehrplans Sport - Sekundarstufe I - des Landes Brandenburg (August 2002) und des Rahmenlehrplans Sport - Sekundarstufe II - des Landes Brandenburg vom 01. August 1993 von wöchentlich ein bis zwei Stunden Einwirkungszeit "kniebelastender" Tätigkeiten i. S. d. BK 2102 ausgegangen werden könne. Aufgrund der Aussage des Klägers, an der Ingenieurschule überwiegend Ballspiele im Sportunterricht unterrichtet zu haben, sei hier der Anteil ggf. höher, nach 1992 aufgrund der zunehmenden gesundheitlichen Beschwerden jedoch geringer gewesen. Nach Einholung einer gewerbeärztlichen Stellungnahme von Dr. S vom 09. November 2005 beauftragte die Beklagte den Chefarzt der Orthopädie des Reha-Zentrums S, Dr. I, mit der Erstellung eines freien Gutachtens. In seinem am 18. Oktober 2006 nach einer Untersuchung des Klägers am selben Tag erstellten Gutachten kam dieser zu dem Ergebnis, bei dem Kläger bestünden folgende Erkrankungen: 1. im Bereich des linken Kniegelenks: laut MRT-Befund vom 02. September 2003 Degeneration III. Grades des HH des IM und II.-III. Grades des HH des AM mit einer schon älteren schräg verlaufenden Rissbildung im Bereich des IM sowie degenerative Rissbildung im Bereich des HH des lateralen Meniskus; laut Arthroskopie vom 26. Januar 2005: IM- und AM-Läsion, Hoffa-Fibrose und Chondropathie II Grades; deutliche Funktionseinschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit 2. im Bereich des rechten Kniegelenks: ausgeprägte Gonarthrose (Valgusgon-arthrose II.-III. Grades sowie Retropatellararthrose, Pangonarthrose), Zustand nach Menishektomie lateral 1980, deutliche periartikuläre Schwellung, eingeschränkte, endradig schmerzhaft Kniegelenksbeweglichkeit. Bei Beachtung des MRT- und Arthroskopiebefundes des linken Kniegelenks lägen im gesamten Kniegelenksbereich leichte bis mäßige degenerative Veränderungen vor. Inwieweit bzgl. des linken Kniegelenks primär Meniskusverletzungen vorgelegen hätten, sei retrospektiv nicht mehr beurteilbar. Die 1980 notwendige Menishektomie rechts lateral habe mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Ausbildung der jetzt bestehenden ausgeprägten Gonarthrose begünstigt. Aufgrund der Veränderungen im Bereich der Menisken und der übrigen Knorpelanteile beider Kniegelenke dürfte es sich aber vordergründig um generelle degenerative Veränderungen handeln. Starke außerberufliche Belastungen wie z. B. das Ausüben außerberuflicher Sportarten oder eine Tätigkeit als Trainer einer Handballmannschaft mit Teilnahme am aktiven Wettkampfgeschehen könnten aufgrund der daraus resultierenden Kniebelastungen möglicherweise die Entstehung der Erkrankungen im Bereich der Kniegelenke begünstigt haben. Da im übrigen Haltungs- und Bewegungsapparat sich zum Teil massive strukturelle Veränderungen und funktionelle Einschränkungen gefunden hätten, sei davon auszugehen, dass dispositionelle Faktoren die Entstehung der degenerativen Veränderungen im Bereich der Kniegelenke begünstigt hätten. Es spreche anhand der Aktenlage mehr dafür als dagegen, dass es sich links nicht um eine isolierte Meniskuserkrankung, sondern um degenerative Veränderungen im gesamten Kniegelenksbereich handele, die die Menisken mit einbeziehe. In den Befunden aus den 70er Jahren seien keine positiven Meniskuszeichen dokumentiert. Darauf fußend lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 04. Januar 2007 die Anerkennung der linksseitigen Kniegelenksbeschwerden als BK 2102 ab. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 24. Januar 2008).

Das hiergegen anhängig gemachte Verfahren vor dem SG Potsdam zum Aktenzeichen S [12 U 23/08](#) ist durch Beschluss des SG vom 04. Juni 2009 mit dem hiesigen Verfahren verbunden worden.

Das SG hat einen Befundbericht von Dr. M vom 09. Juni 2009, dem u. a. der Arthroskopiebogen des linken Kniegelenks vom 26. Januar 2005 sowie der pathologisch-anatomische Befund betreffend das linke Kniegelenk vom 28. Januar 2005 beigelegt waren, eingeholt.

Anschließend hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens von Dr. R. In seinem am 10. Februar 2010 nach einer Untersuchung des Klägers am 18. Januar 2010 fertig gestellten Gutachten ist dieser zu dem Schluss gelangt, bei dem Kläger bestünden folgende Gesundheitsstörungen am Haltungs- und Bewegungsapparat: 1. Ausgeprägte Kniearthrose rechts (Grad IV) in allen

Gelenkanteilen mit Kniekehlenzyste 2. Fortgeschrittene Kniearthrose links (Grad III) in allen Gelenkanteilen 3. Degenerative Wirbelsäulenveränderungen bei Bandscheibenvorfall L5/S1, fortgeschrittener Segmentabnutzung L3 bis L5, statisch muskulärer Fehlhaltung und degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen mit Blockaden 4. Rotatorenmanschettendegeneration mit funktionellem Oberarmkopfhochstand (rechte) linke Schulter) 5. Hüftarthrose Grad I bei flach angelegter Pfanne beidseits 6. Fußdeformität mit Senk-Spreizfuß und beginnender oberer Sprunggelenksarthrose rechts sowie Fersensporn rechts 7. Verlust des Endgliedes des 2. Fingers rechts 8. Ausgeprägte Ellenbogengelenksarthrose mit Streck- und Beugehemmung rechts. Hinsichtlich des linken Kniegelenks seien das anhand der Arthroskopien und MRT-Untersuchungen ersichtliche Schädigungsmuster der Menisken sowie das Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung eher hinweisend für Folgeentwicklungen aufgrund diverser kleinerer Verletzungen und Verdrehungen des linken Kniegelenks und nicht hinweisend für eine ausschließlich oder überwiegend aufgrund von Fehlhaltungen und bestimmter Bewegungsmuster verursachte Meniskuserkrankung. Als konkurrierende Ursache sei zudem die bereits im Kindes- und Jugendalter erhebliche sportliche Betätigung mit anamnestisch diversen Verletzungen zu berücksichtigen. Weder bei der ausführlichen Befragung am Untersuchungstag noch im Aktenmaterial sei eine Differenzierung möglich, welchen prozentualen Anteil außerberufliche Verletzungen und Schädigungen hätten. Des Weiteren seien mögliche prädisponierende Faktoren zu beachten, denn es falle auf, dass der Kläger nicht nur im Kniegelenksbereich, sondern in fast allen Gelenken erhebliche degenerative Veränderungen aufweise. Hinsichtlich des rechten Kniegelenks hätten ab 1979 zunehmende Beschwerden bestanden. Die histologische Aufarbeitung der entfernten Meniskusanteile vom 07. Mai 1980 zeige geringe regressive Meniskusveränderungen wie nach einem Unfall. In der Grundsubstanz hätten sich geringgradige mukoide Regressionen mit gelegentlichen Knorpelzellen gering feintropfig verfettet. Dieser Befund belege histologisch nicht das typische Bild einer Meniskopathie i. S. d. BK 2102, da nur geringfügige degenerative Veränderungen nachweisbar gewesen seien. Die weiteren vorliegenden degenerativen Veränderungen der Knorpelstrukturen schlossen zwar eine Meniskopathie i. S. d. BK 2102 nicht prinzipiell aus, seien aber hinweisend dafür, dass insgesamt frühzeitige degenerative Veränderungen aufgetreten seien, welche neben der starken Belastung im Kniegelenksbereich aufgrund sportlicher Aktivitäten auch auf die diversen kleineren und größeren Unfälle zurückzuführen seien und möglicherweise auch auf eine degenerative Schadensanlage schließen ließen. So habe bereits im Kindesalter nachweislich eine Senk-Spreizfußbildung mit möglicher ungünstiger Auswirkung auf die Beinachse und damit die Gelenkstellung und Veränderungen der Gelenkmechanik bestanden. Die Tatsache, dass im MRT des linken Kniegelenks vom 02. September 2003 und des rechten Kniegelenks vom 21. Februar 2002 erhebliche Meniskusschädigungen nachweisbar seien, sei darauf zurückzuführen, dass sich über die vielen Jahre eine Degeneration der gesamten Gelenkstrukturen ausgebildet habe.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2010 hat der Sachverständige seine Einschätzung bekräftigt. Bereits 1978 seien Arterparon-Injektionen in das linke Kniegelenk erfolgt. Derartige Injektionen würden nur bei Knorpelveränderungen und beginnender Arthrose eingesetzt. Eine Therapie von Meniskusveränderungen sei mit diesem Medikament nicht durchgeführt worden. Diese Therapie sei 1979 auch am rechten Kniegelenk erfolgt. Es seien also zum damaligen Zeitpunkt Beschwerden vorhanden gewesen, welche auf Knorpelschäden als Hauptursache hätten schließen lassen. Insofern könne nicht von einer primären Meniskuserkrankung ausgegangen werden. Im Rahmen der Operation am 23. April 1980 sei dann auch eine Knorpelschädigung im Gleitlager festgestellt worden. Entscheidend sei ferner, dass die histologische Aufarbeitung am Meniskus nach erfolgter Teilentfernung am 23. April 1980 keine das altersentsprechende Maß überschreitenden degenerativen Veränderungen aufgewiesen habe. Die sei nach allgemeiner Lehrmeinung Voraussetzung zur Anerkennung einer BK 2102. Histologisch ließen sich bei Vorliegen einer BK 2102 regelmäßig neben zu erwartenden degenerativen Veränderungen ausgeprägte bindegewebige Zellverbände oder bindegewebige Abrundungen der Lösungsstellen nachweisen. Dies sei hier nicht beschrieben worden. Insgesamt bestehe beim Kläger mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sekundäre Meniskusschädigung in beiden Kniegelenken, jedoch keine primäre.

Der Kläger hat ein pathologisch-anatomisches Zusammenhangsgutachten gemäß Aktenlage des Dr. D vom 20. August 2010 vorgelegt, in welchem dieser ausführt, der Operationsbericht vom 23. April 1980 beschreibe einen großen Korbhenkelriss. Hierbei handle es sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit um eine traumatische Läsion. Da der histologische Befund keine stärkergradige mukoide Degeneration des Meniskus, Knorpelproliferate oder Narbengewebe beschreibe, müsse es sich um ein jüngeres Trauma gehandelt haben. Eine traumatische Ursache sei nach allem Ermessen nahezu sicher. Die im histologischen Bericht beschriebenen, geringen regressiven Meniskusveränderungen sprächen gegen eine relevante Vorschädigung. Der Korbhenkelriss müsse auch als Ursache für die Arthrose angenommen werden.

Darüber hinaus hat das SG auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein weiteres orthopädisches Gutachten von Dr. R eingeholt, das dieser am 28. September 2010 aufgrund einer Untersuchung des Klägers am selben Tag fertig gestellt hat. Darin ist dieser zu dem Schluss gelangt, dass weder im Bereich des linken noch im Bereich des rechten Kniegelenks eine BK 2102 vorliege. Im Bereich des rechten Kniegelenks sei der AM durch ein einmaliges Trauma verletzt worden, wodurch eine Kette in Gang gesetzt worden sei, die die spätere Pangonarthrose zur Folge gehabt habe. Hinsichtlich des linken Kniegelenks sei entscheidend, dass der histologische Befund der Menisken am linken Kniegelenk nicht dem typischen Bild einer primären Meniskopathie entspreche, weil darin keine wesentlichen degenerativen Veränderungen festgestellt worden seien

Das SG hat die Klagen durch Urteil vom 08. April 2011 abgewiesen und sich zur Begründung insbesondere den Ausführungen des Sachverständigen Dr. R angeschlossen.

Gegen das am 05. Mai 2011 zugestellte Urteil richtet sich die am 31. Mai 2011 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung des Klägers, mit welcher dieser sein erstinstanzliches Vorbringen fortführt und vertieft.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 08. April 2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 25. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. März 2004 und den Bescheid vom 04. Januar 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Januar 2008 aufzuheben und die Erkrankung des rechten Kniegelenks sowie die Erkrankung des linken Kniegelenks jeweils als Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen und entsprechende Leistungen zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Mit Schreiben vom 12. Dezember 2011 ist den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme zur beabsichtigten Entscheidung des Senats durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) gegeben worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten (Gz.), der BGHW (Gz.) sowie der Gerichtsakten des SG Potsdam zu den Az. S [12 U 23/08](#), S [2 U 90/95](#) und S [2 U 22/97](#) verwiesen.

II.

Der Senat konnte nach Anhörung der Beteiligten durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) entscheiden, denn er hält die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich.

Die Berufung des Klägers ist insoweit unzulässig, als der Kläger mit der Berufung die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung begehrt, denn die Gewährung von Leistungen war nicht Streitgegenstand der Klage ([§ 95 SGG](#)). Die Beklagte hat mit den angefochtenen Bescheiden lediglich über die Frage entschieden, ob bei dem Kläger eine BK vorliegt. Sie hat jedoch nicht über konkrete, dem Kläger zu gewährende Leistungen entschieden.

Darüber hinaus ist die Berufung zulässig, aber unbegründet. Das erstinstanzliche Urteil des SG Potsdam vom 08. April 2011 sowie der Bescheid der Beklagten vom 25. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. März 2004 und der Bescheid vom 04. Januar 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Januar 2008 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Weder die rechtsseitigen noch die linksseitigen Kniegelenkserkrankungen bzw. -beschwerden stellen eine BK dar.

Soweit es das rechte Kniegelenk betrifft, bei dem bereits am 23. April 1980 eine Arthroskopie mit lateraler Meniskektomie stattgefunden hat, sind Rechtsgrundlage nach [§ 215 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) i. V. m. § 1150 Abs. 2 Satz 1 RVO die Vorschriften der RVO (d. h. § 551 Abs. 1 RVO i. V. m. § 1 BKV und Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV) sowie die Vorschriften der ehemaligen DDR (d. h. § 221 Abs. 1 des Arbeitsgesetzbuchs der DDR (AGB-DDR) vom 16. Juni 1977 (GBl. I Nr. 18 S. 185 ff) i. V. m. § 1 Nr. 22 der Zweiten Durchführungsbestimmung zur Verordnung über Melde- und Entschädigungspflicht bei BKen vom 18. September 1968 (GBl. II Nr. 102 S. 821 f) bzw. Nr. 71 der Anlage zur Ersten Durchführungsbestimmung zur Verordnung über die Verhütung, Meldung und Begutachtung von BKen – Liste der BKen – vom 21. April 1981 (GBl. I Nr. 12 S. 139 ff).

Soweit es die Vorschriften der DDR anbelangt, fehlt es bis zum 31. Dezember 1991 bereits an der für die Feststellung einer entsprechenden BK notwendigen Aufgabe der schädigenden Tätigkeit (Nr. 22: "Erkrankungen der Schleimbeutel, der Sehnenscheiden, der Sehnen- und Muskelsprünge und -ansätze, der Bandscheiben und Menisken, die zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit zwingen", Nr. 71: "Verschleißkrankheiten von Gliedmaßengelenken einschließlich der Zwischengelenkscheiben durch langjährige mechanische Überlastungen – Voraussetzungen: erhebliche Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates mit Aufgabe der schädigenden Tätigkeit").

Darüber hinaus fehlt es hinsichtlich des rechten Kniegelenks auch an den Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK gemäß § 551 Abs. 1 RVO i. V. m. Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV. Bezüglich des linken Kniegelenks sind Rechtsgrundlage die Vorschriften des SGB VII (§§ 7 Abs. 1, 9 Abs. 1 i. V. m. Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV).

Als Versicherungsfall gilt nach § 551 Abs. 1 Satz 1 RVO bzw. 7 Abs. 1 SGB VII auch eine BK. BKen sind die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer versicherten Tätigkeit nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) erleidet (§ 551 Abs. 1 Satz 2 RVO bzw. § 9 Abs. 1 SGB VII). Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als BKen zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann BKen auf bestimmte Gefährdungsbereiche beschränken oder mit dem Zwang zur Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten versehen.

Gemäß diesen Vorgaben lassen sich bei einer Listen-BK im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten, die ggf. bei einzelnen Listen-BKen einer Modifikation bedürfen: Die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung", "Einwirkungen" und "Krankheit" müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. Bundessozialgericht (BSG) in [SozR 4-2700 § 9 Nr. 7](#) und [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)) Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a. a. O.).

Von Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV werden "Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten" erfasst.

Nach dem Tatbestand der BK 2102 muss also der Versicherte aufgrund einer versicherten Tätigkeit mehrjährig andauernd oder häufig wiederkehrend, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastende Tätigkeiten ausgeführt haben. Durch die spezifischen, der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden besonderen Einwirkungen müssen Meniskusschäden entstanden sein und noch bestehen. Zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen muss ein sachlicher Zusammenhang und zwischen diesen Einwirkungen und der Erkrankung muss ein (wesentlicher) Ursachenzusammenhang bestehen. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit

grenzender Wahrscheinlichkeit - nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung für die Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (ständige Rechtsprechung, vgl. Urteile des BSG vom 02. Mai 2001 - [B 2 U 16/00](#) -, in SoRz 3-2200 § 551 RVO Nr. 16, Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 7/98 R](#) -, zitiert nach Juris). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass die richterliche Überzeugung hierauf gestützt werden kann (Urteile des BSG vom 06. April 1989 - [2 RU 69/87](#) -, zitiert nach Juris; vom 02. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) -, in [BSGE 45, 285](#), 286).

Vorliegend geht die Beklagte aufgrund der Stellungnahme ihres TAD vom 12. Juli 2005 offenbar davon aus, dass die so genannten arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2102 gegeben sein sollen. Nach dem einschlägigen Merkblatt (Bekanntmachung des BMA vom 11. Oktober 1989, BABl. 2/1990, zitiert nach Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, M 2102, Seite 1) ist die von der BK 2102 geforderte überdurchschnittliche Belastung der Kniegelenke biomechanisch gebunden an eine Dauerzwangshaltung, insbesondere bei Belastungen durch Hocken oder Knien bei gleichzeitiger Kraftaufwendung, oder eine häufig wiederkehrende erhebliche Bewegungsbeanspruchung, insbesondere beim Laufen oder Springen mit häufigen Knick-, Scher- oder Drehbewegungen auf grob unebener Unterlage. Beispielhaft genannt für überdurchschnittliche Belastungen in diesem Sinne sind Arbeiten im Bergbau unter Tage, Arbeiten bei Ofenmaurern, Fliesen- oder Parkettlegern, bei Rangierarbeitern, Berufssportlern und Tätigkeiten unter besonders beengten Raumverhältnissen. Zwar bleibt unklar, auf welcher Grundlage der TAD zu einer positiven Beurteilung der arbeitstechnischen Voraussetzungen bei einem Sportlehrer kommt, der üblicherweise nicht - und schon gar nicht ganzjährig - auf grob unebener Unterlage reflektorisch unkoordinierte Bewegungsabläufe ausführt, sondern seine Tätigkeit zumindest zu einem großen Anteil in Sporthallen mit ebenem und glattem Boden ausführt. Dennoch soll die Frage hier dahin gestellt bleiben.

Denn abgesehen davon sind auch die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2102 weder bezüglich des rechten noch bzgl. des linken Kniegelenks gegeben. Zu diesem Schluss kommen übereinstimmend die orthopädischen Gutachter Dr. I (Gutachten vom 18. Oktober 2008), Dr. R (Gutachten vom 10. Februar 2010 und ergänzende Stellungnahme vom 12. April 2010) und Dr. R (Gutachten vom 28. September 2010) - wenn auch mit zum Teil unterschiedlichen Begründungen bzgl. des rechten Kniegelenks. Letztlich gelangen sämtliche Gutachter zu dem überzeugenden Ergebnis, dass bei beiden Kniegelenken keine primäre Meniskopathie beim Kläger vorliegt. Die Unterscheidung in primäre und sekundäre Meniskopathie entspricht den Ausführungen in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur. So ist beispielsweise auch bei Mehrtens/Brandenburg ausgeführt, dass es sich bei der primären Meniskopathie um - durch besondere berufliche Umstände verursachte - Aufbrauch- und Degenerationserscheinungen mit einer Einbuße an Elastizität und Gleitfähigkeit des gesamten Meniskussystems handelt, während bei der sekundären Meniskopathie zunächst ausgedehnte Knorpelschäden erscheinen. Ursächlich hierfür seien die Minderwertigkeit des Gelenkknorpels, 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 folge dann der Meniskusschaden. Dabei handele es sich dann nicht um eine Berufskrankheit, weil die versicherte Tätigkeit keine rechtlich-wesentliche Ursache für diesen sekundären Meniskusschaden ist (Mehrtens/Brandenburg, M 2102, S. 4, m. w. N., ebenso Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 632 ff). Der "belastungskonforme" Meniskusschaden der BK 2102 ist die Degeneration des HH des IM, häufig ausgewalzt und aufgefasert. Risse in der Übergangszone des Meniskuszwischenstücks (Pars intermedia) zum HH sind typisch, auch mit großem Defekt in Form eines Korbhenkelrisses. Schäden am AM sind aus biomechanischen Gründen selten (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 632; Ludolph und Blome in Ludolph/Schürmann/Gaidzik, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Loseblattsammlung, Stand 12/2010, Kap. III-2.13.2102 S. 15). Zum Krankheitsbild der Meniskopathie gehören degenerative Veränderungen mit Zerstörung der Grundsubstanz und Knorpelzellzusammenschlüsse sowie reparative bindegewebige Vernarbungen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 616). Der Vollbeweis der Meniskopathie setzt in aller Regel den positiven klinischen, makroskopischen und mikroskopischen Befund voraus (vgl. Ludolph und Blome in Ludolph/Schürmann/Gaidzik, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Loseblattsammlung, Stand 12/2010, Kap. III-2.13.2102 S. 9). Ein danach für die Anerkennung als BK zu fordernder primärer Meniskusschaden (vgl. hierzu auch Urteile des Bayer. LSG vom 24. Oktober 2011 - [L 537/09](#) - und des LSG Berlin-Brandenburg vom 17. Dezember 2009 - [L 2 U 621/08](#) - sowie vom 21. Januar 2010 - [L 2 U 272/07](#) -, alle zitiert nach Juris), der als berufsbedingt anerkannt werden könnte, liegt nach den Ausführungen der Sachverständigen Dr. I und Dr. R nicht vor. Zum selben Ergebnis ist auch Dr. R gekommen.

Festzuhalten bleibt, dass weder der histologische Befund vom 07. Mai 1980 noch der histologische Befund vom 28. Januar 2005 gravierende degenerative Veränderungen der Menisken zeigen, sondern vielmehr das Bild von durch ältere Risse (Traumen) geschädigten Menisken. Es sind hier auch keine Gründe ersichtlich, die dazu Anlass geben könnten, einen anderen Maßstab für den Vollbeweis der primären Meniskopathie anzusetzen, d. h. insbesondere nur auf die MRT-Befunde abzustellen. Es verwundert im Ergebnis angesichts der anamnestischen Angaben des Klägers, so wie sie Dr. R dokumentiert hat, auch nicht, dass die Menisken im Wesentlichen durch zahlreiche (kleinere) traumatische Risse geschädigt sein sollen. Schließlich sind sowohl in den Akten als auch nach den Erzählungen des Klägers zahlreiche traumatische Ereignisse, die die Kniegelenke betrafen, in der Vergangenheit bekannt. Die Tatsache, dass in dem Rechtsstreit [S 2 U 22/97](#) ein rechtsseitiger Meniskusschaden nicht als Folge eines Arbeitsunfalls vom 13. Januar 1979 festgestellt werden konnte, spricht nicht dagegen, dass der im April 1980 in der Operation nachgewiesene Befund traumatisch war. Denn der Rechtsstreit hat sich nur mit der Frage eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 13. Januar 1979 und einem Meniskusschaden auseinandergesetzt, aber kein eventuelles anderes Trauma als Genese letztlich ausgeschlossen.

Davon unabhängig bestehen nach den Ausführungen des Dr. R aber gemäß Aktenlage deutliche Hinweise dafür, dass der Kläger bereits frühzeitig - vor 1980 - unter degenerativen Erscheinungen der weiteren Strukturen des Kniegelenks litt. So war laut der Krankenakte der A-Klinik Bi schon im November 1977 ein Streckdefizit beider Kniegelenke zu finden, am 11. April 1978 nur links, und ab November 1979 nur rechts. Im Röntgenbefund vom 08. November 1977 fanden sich eine Verdichtung im Kniescheibengleitleiter (links etwas stärker als rechts) sowie Ausziehungen der Kreuzbandhöcker. Ab Mai 1979 erfolgte eine Serie von Arterparon-Injektionen ins linke Kniegelenk, ab Dezember 1979 auch ins rechte Kniegelenk. Dieses Medikament ist inzwischen nicht mehr auf dem deutschen Markt und wurde zur Behandlung von Arthrosen eingesetzt (vgl. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/95776>). Die Meniskuszeichen waren laut der Akte der A-Klinik B durchgehend negativ. Auch die Röntgenuntersuchung im Rahmen des stationären Aufenthaltes in B vom 21. April bis zum 09. Mai 1980 zeigte eine vermehrte Sklerose der Patellarrückfläche beidseits. All dies sind Anzeichen dafür, dass bei dem Kläger keine primäre Meniskopathie, sondern eine sekundäre Meniskopathie beidseits vorliegt.

Letztlich stützt auch das vom Kläger eingereichte pathologisch-anatomische Gutachten des Dr. D das klägerische Begehren gerade nicht.

Nach alldem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-05-21