

L 9 U 2115/06

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 2 U 1999/04

Datum

21.03.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 9 U 2115/06

Datum

16.12.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21. März 2006 insoweit aufgehoben, als die Beklagte verurteilt wurde, dem Kläger wegen der Folgen der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur BKV für die Zeit vom 1. Mai 1998 bis zum 31. Juli 2000 Verletztenrente zu gewähren.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat 2/3 der außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob beim Kläger eine Berufskrankheit (BK) Nr. 2102 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten) vorliegt und ob ihm wegen deren Folgen eine Verletztenrente zusteht.

Der 1942 geborene Kläger hat von 1956 bis 1959 den Beruf eines Fliesenlegers erlernt und war in diesem Beruf, unterbrochen durch die Zeit bei der Bundeswehr vom 1. Januar 1965 bis zum 30. Juni 1966, bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 2. November 1999 und nachfolgender Gewährung von Rente wegen Berufsunfähigkeit seit 1. April 2000 tätig.

Er beantragte am 2. Januar 2002 bei der Beklagten die Anerkennung seiner Kniebeschwerden als BK.

Der Technische Aufsichtsbeamte (TAB) der Beklagten Dipl.-Ing (FH) Wild gelangte in der Stellungnahme vom 25. November 2002 zu der Auffassung, dass ein Fliesenleger, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit, einen Anteil zwischen 35 und 45 % meniskusbelastende Tätigkeit ausführe. Der Kläger sei während seiner Berufstätigkeit als Fliesenleger ca. 40 % der Gesamtarbeitszeit einer Meniskusbelastung im Sinne der BK Nr. 2102 ausgesetzt gewesen.

Im Rahmen der medizinischen Ermittlungen gab der Kläger an, die Erkrankung habe sich am rechten Kniegelenk bereits 1960 bzw. 1980 und am linken Kniegelenk 1985 bemerkbar gemacht. Wegen des Knorpelschadens im rechten Knie habe er beim Knien und bei seiner körperlichen Tätigkeit auf den Baustellen immer das linke Knie belastet (Sozialmedizinisches Gutachten des MDK vom 4. Mai 2000).

Zu den Akten gelangte ein D-Arzt-Bericht des Chirurgen Dr. R. vom 11. September 1978 mit der Diagnose Bursitis Patella links. Der Arbeitgeber teilte in diesem Zusammenhang der Beklagten am 11. Oktober 1978 mit, es bestehe die Möglichkeit, dass die Schleimbeutelentzündung am linken Knie durch die berufliche Tätigkeit als Fliesenleger hervorgerufen worden sei.

Im Ärztlichen Entlassungsbericht über eine Heilbehandlung des Klägers in der Federseeklinik in B. B. im April 1992 wegen eines Lumbalsyndroms bei praesacraler Diskusdegeneration wurde im Aufnahmebefund am 1. April 1992 bezüglich des linken Knies festgehalten: praepatellare Bursa verdickt mit Schwielenbildung, retropatellares Reiben, sonst unauffällig.

Bei arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen wurden u.a. am 11. September 1990 eine Bursitis des linken Knies, am 6. Februar 1995 eine kontrollbedürftige Neigung zu Gonarthrose beidseits und am 4. Juni 1997 ein kontrollbedürftiger Verdacht auf eine beginnende Gonarthrose links mehr als rechts festgestellt.

Das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK H. weist für die Zeit vom 11. bis 18. September 1978 und vom 24. Januar bis 14. Februar 1978 Arbeitsunfähigkeit wegen Bursitis praepatellaris links und sodann wieder erstmals am 8. Juli 1999 eine die Knie betreffende Eintragung (Meniskudegeneration) aus.

Der Orthopäde Dr. H. berichtete unter dem 9. August 1999, die Untersuchung des Klägers, der seit einigen Wochen über ein Instabilitätsgefühl der Kniegelenke links mehr als rechts klagt, habe keinen eindeutigen Befund ergeben. Er veranlasste eine Kernspintomographie des linken Kniegelenks durch Dr. R. (Befundbericht vom 3. August 1999) und diagnostizierte ein Patellaspitzensyndrom links und eine Innenmeniskushinterhornläsion.

Vom 2. bis 29. November 1999 befand der Kläger in stationärer Behandlung in der orthopädischen Abteilung des Universitätsklinikums U., wo am 4. November 1999 bei den Diagnosen Innenmeniskusriss linkes Kniegelenk, Synovitis, Knorpelschaden 2.-3. Grades an der Patella und 3.-4. Grades am medialen Kompartiment eine diagnostische Arthroskopie und transarthroskopische Innenmeniskussubtotalresektion, eine Synovektomie und eine Knorpelglättung vorgenommen wurde (OP-Bericht vom 8. November 1999). Wegen eines postoperativen Infekts wurde am 9. November 1999 eine arthroskopische Revision durchgeführt (Bericht vom 13. Dezember 1999).

Gegenüber Prof. Dr. S., der für die Beklagte das Gutachten vom 1. Juli 2003 mit ergänzender Stellungnahme vom 11. August 2003 erstattete, gab der Kläger an, er habe schon während der Lehrzeit plötzlich auftretende Schmerzen im rechten Knie gehabt, als ob das Knie herausgesprungen wäre. Die Schmerzen seien aber weggegangen, wenn er das Knie völlig gestreckt habe. Er habe daher mit dem rechten Knie nicht mehr hinknien können, weshalb er das linke Knie vermehrt belastet habe. Am linken Knie sei er auch wegen Schleimbeutelveränderungen in den 70er Jahren zweimal operiert worden.

Prof. Dr. S. führte aus, er habe keine krankhaften Veränderungen feststellen können, die zu einer vorzeitigen Kniearthrose prädestinierten, wie anlagebedingte Achsenfehlstellungen, in Fehlstellung verheilte Frakturen o.ä. ... Das MRT vom 2. August 1999 zeige einen weitgehenden Aufbrauch des Innenmeniskus links, wobei medial nur eine mäßige Kniearthrose bestanden habe. Er komme daher zur Überzeugung, dass der ältere Meniskusschaden links innen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Berufstätigkeit als Fliesenleger zurückzuführen sei. Da der Kläger das rechte Knie geschont habe, habe sich der Meniskusschaden dort nicht funktionell wirksam ausbilden können. Bei der Arthroskopie am 4. November 1999 sei allerdings eine hochgradige Knorpelerweichung hinter der Kniescheibe und eine noch stärkere Knorpelerweichung am inneren Gelenkspalt festgestellt worden. Es sei nicht mehr möglich, einwandfrei zu trennen, ob der Knorpelschaden primär vorlag oder der Innenmeniskusschaden. Da die haftungsbegründende Kausalität vom TAB bejaht worden sei, sehe er den Meniskusschaden als BK Nr. 2102 an. Als Folgen der BK bestünden eine Arthrose am inneren Kniegelenkspalt, eine endgradige Beugebehinderung am linken Knie, eine mäßige Standbehinderung mit dem linken Bein und eine Muskelverschmächtigung am linken Oberschenkel, welche auf eine Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenks hinweise. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze er auf 10 v.H. ein.

Die Beklagte veranlasste sodann ein Gutachten nach Aktenlage durch Prof. Dr. W. vom 14. Januar 2004. Dieser führte aus, es stelle sich die Frage, ob sich beim Kläger primär eine Arthrose des linken Kniegelenks entwickelt habe und ob es infolge der Arthrose sekundär zu einem Meniskusschaden gekommen sei, oder ob umgekehrt die Arthrose Folge der primären Meniskopathie sei. Vergleiche man das Ausmaß der degenerativen Schäden an den Gelenkflächen und am Innenmeniskus, wie sie im Operationsbericht makroskopisch beschrieben seien, sei festzustellen, dass die Veränderungen an den Gelenkflächen erheblich stärker seien als die am Meniskus. Dieser Umstand spreche für die Annahme einer sekundären Meniskopathie bzw. einer primären Arthrose. Eine feingewebliche Untersuchung des entnommenen Materials sei unterblieben. Nach der kernspintomographischen Symptomatologie - die einen weitgehenden Ersatz für die pathologisch-anatomische Untersuchung darstelle - seien die Knorpelschäden ebenfalls stärkergradig als die am Meniskus. Auch der Umstand, dass am rechten Kniegelenk keine Meniskuszeichen vorhanden seien, spreche dafür, dass die mediale Arthrose der führende pathologische Prozess sei. Dies gelte insbesondere für das rechte Kniegelenk, wo die Symptomatologie schon 1960 eingesetzt habe, also zu einem Zeitpunkt, als der Kläger erst vier Jahre lang als Fliesenleger tätig gewesen und die Expositionszeit daher nicht ausreichend gewesen sei. Eine BK Nr. 2102 bestehe beim Kläger nicht.

Mit Bescheid vom 26. Februar 2004 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK Nr. 2102 ab. Leistungen seien nicht zu gewähren. Den Widerspruch des Klägers wies sie durch Widerspruchbescheid vom 18. Juni 2004 zurück. Der Stellungnahme von Prof. Dr. W. habe sich die staatliche Gewerbeärztin angeschlossen.

Hiergegen erhob der Kläger am 14. Juli 2004 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) und beantragte, den Bescheid vom 26. Februar 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 2004 aufzuheben und die beim Kläger bestehende Erkrankung des linken Kniegelenkes als BK nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV anzuerkennen.

Das SG befragte den behandelnden Chirurgen Dr. P. und Dr. E. von den Waldburg-Zeil Kliniken als sachverständige Zeugen und holte das Gutachten des Orthopäden Dr. H. vom 18. Mai 2005 mit ergänzenden Stellungnahmen vom 11. August 2005 und 30. Dezember 2005 ein.

Dr. P. teilte unter dem 21. Dezember 2004 mit, er habe den Kläger im Januar/Februar 1998 wegen eines ausgeprägten Carpaltunnelsyndroms auf der rechten Seite behandelt. Im September 2000 sei ein Impingementsyndrom des linken Schultergelenks diagnostiziert worden. Am 18. April 2001 habe sich der Kläger erstmals wegen der fortgesetzten Beschwerden am linken Kniegelenk vorgestellt. Er habe eine aktivierte mediale Gonarthrose links mit deutlichen Knorpelschäden der Gelenkfläche und einer Bewegungseinschränkung von ca. 1/3 zur gesunden Seite festgestellt. Die Zusammenhangsfrage könne von ihm mangels ausreichender Unterlagen nicht hinreichend diskutiert werden.

Dr. E., die den Kläger während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme vom 8. bis 20. März 2000 behandelt hatte, führte aus, sie führe die Kniegelenkserkrankungen des Klägers mit Wahrscheinlichkeit auf seine berufliche Tätigkeit zurück.

Dr. H. führte aus, konkurrierende Ursachen, die für den Meniskusschaden im linken Knie verantwortlich gemacht werden könnten, hätten sich nicht gefunden. Er gehe davon aus, dass der Meniskusschaden den Knorpelschaden verursacht habe. Der Kläger habe auf der rechten Seite keine klinischen oder radiologischen Verschleißerscheinungen, was sich auch daraus erkläre, dass der Kläger nach eigenen Angaben

das rechte Bein während der ganzen beruflichen Tätigkeit geschont habe. Eine einseitige (primäre) Arthrose sei aber relativ selten (ca. 15 %). Nach Abwägung aller Fakten erscheine ihm die Wahrscheinlichkeit, dass der Kläger tatsächlich berufsbedingt eine Innenmeniskusschädigung mit nachfolgender innenseitiger Arthrose entwickelt habe, deutlich höher, als die Wahrscheinlichkeit, dass der Kläger eine einseitige Kniearthrose mit nachfolgender Innenmeniskusschädigung entwickelt habe. Die Folgen der BK bedingten eine MdE von 20 vH von Mai 1998 bis November 1999, von 100 vH von November 1999 bis Januar 2000, von 50 vH von Februar 2000 bis April 2000, von 30 vH von Mai bis Juli 2000 und von 10 vH seit August 2000.

Dem trat die Beklagte unter Vorlage eines Gutachtens nach Aktenlage von Dr. K. vom 16. Juni 2005 entgegen. Es lägen zahlreiche ätiopathogenetische Faktoren für das Entstehen einer medialen retropatellaren Arthrosis deformans vor (Stoffwechselerkrankungen in Form einer Hyperurikämie, Übergewicht, Achsfehlstellung des Kniegelenks). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bereits im Jahr 1960 Symptome im rechten Kniegelenk vorhanden gewesen seien, sei das Auftreten einer primären Meniskopathie nicht wahrscheinlich. Die temporäre Priorität liege bei den degenerativen Knorpelschäden des Kniegelenks, welche sich im Bereich des medialen Kompartiments in ausgeprägtem Umfang manifestiert hätten und durch die arthroskopische Operation gesichert seien. Die Knorpelschäden beschränkten sich auch nicht ausschließlich auf das mediale Kompartiment, wie dies der Fall wäre, wenn eine primäre Meniskopathie zu einem sekundären Knorpelschaden führen würde, sondern es fänden sich ebenfalls eindeutige Knorpelschäden hinter der Kniescheibenrückfläche. Außerdem seien degenerative Veränderungen bei einem im Zeitpunkt der Operation bereits 57-jährigen allein aufgrund des Lebensalters nicht unwahrscheinlich. Daher liege keine BK Nr. 2102 vor.

Nachdem Dr. H. in seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 11. August 2005 und 30. Dezember 2005 an seiner Beurteilung und Einschätzung der MdE festgehalten hatte, hob das SG durch Urteil vom 21. März 2006 den Bescheid der Beklagten vom 26. Februar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 2004 auf und verurteilte die Beklagte, beim Kläger eine BK Nr. 2102 anzuerkennen und ihm Verletztenrente entsprechend den von Dr. H. eingeschätzten MdE-Werten für die Zeit von Mai 1998 bis Juli 2000 zu gewähren. Das Gutachten von Dr. H. überzeuge deshalb, weil beim Kläger am rechten Kniegelenk ein anderes (weitaus geringeres) Schadensbild vorliege wie am linken Kniegelenk. Nach seinen durchgehenden Angaben sei der Kläger berufsbedingt alsbald zu einer Schonung des rechten Kniegelenks übergegangen und habe vorrangig sein linkes Kniegelenk belastet. Weder das Alter des Klägers noch die von Dr. K. angeführten Faktoren für das Entstehen einer Gonarthrose erklärten das unterschiedliche Schadensbild an beiden Kniegelenken, zumal einseitige Arthrosen nur bei etwa 15 % aller Kniearthrosen aufträten.

Gegen das am 28. März 2006 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten, die am 24. April 2006 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingegangen ist. Es müsse nach allen am linken Knie des Klägers erhobenen Befunden eindeutig von einem durch die Kniegelenksarthrose bedingten Meniskusschaden ausgegangen werden. Die beruflichen Belastungen hätten damit zu keinem Meniskusschaden geführt. Demnach liege eine BK Nr. 2102 nicht vor. Selbst wenn man eine BK Nr. 2102 bejahen wollte, könnte keinesfalls die im Tenor des Urteils festgestellte Rente gewährt werden. Für eine Rente nach einer MdE um 20 vH ab 1. Mai 1998 ergäben sich aus den Akten keinerlei Befunde. Wegen des Meniskusleidens habe ausweislich des Vorerkrankungsregisters der AOK Heidenheim vom 2. November 1999 bis 30. April 2001 Arbeitsunfähigkeit bestanden. In dieser Zeit habe der Kläger Entgeltfortzahlung und Krankengeld erhalten, welches von der Beklagten im Falle einer Berufskrankheit zu erstatten wäre. Ferner müsste während des Krankengeldbezugszeitraums Verletzengeld nachgezahlt werden. Bei einem Beginn der Erkrankung ab 2. November 1999 käme damit nach [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) die Rente frühestens ab 1. Mai 2001 in Betracht. Zu diesem Zeitpunkt habe aber keine rentenberechtigende MdE mehr vorgelegen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21. März 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, die im Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21. März 2006 ausgesprochene Verurteilung zur Gewährung einer Rente aufzuheben.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat das Gutachten von Prof. Dr. C. vom 20. März 2007 mit ergänzenden Stellungnahmen vom 21. Juli 2007 und 4. September 2007 eingeholt. Prof. Dr. C. hat im Bereich des linken Kniegelenks eine Muskelminderung im Bereich des linken Oberschenkels, eine reizlose Narbe nach Kniegelenkspiegelung und nachfolgendem Kniegelenksinfekt, eine Kapselschwellung, ein Knorpelreiben an der Kniescheibenrückfläche und eine Beugebehinderung festgestellt. Diesen klinischen Befunde entspreche der röntgenologische Befund einer deutlichen Verschmälerung des inneren Kniegelenkspaltes sowie einer deutlichen Verschmälerung des Kniescheibengleitlagers. Rechts hat er eine freie Beweglichkeit des Knies mit angedeutetem Knorpelreiben an der Kniescheibenrückfläche gefunden. Dem entspreche der röntgenologische Befund einer allenfalls diskreten Minderung des inneren Kniegelenkspaltes.

Auffällig sei die Diskrepanz zwischen klinischen und radiologischen Befunden im Bereich des linken Kniegelenks im Vergleich zu denen des rechten Kniegelenks, wobei es wenig plausibel sei, dass der Kläger das rechte Knie während der beruflichen Tätigkeit als Fliesenleger habe gestreckt halten können. Auch im Bereich des rechten Kniegelenks müsse daher von einer meniskusbelastenden Tätigkeit über die Jahre hinweg ausgegangen werden. Einen konkurrierenden Faktor im Sinne einer O-förmigen Verbiegung der Beinachse könne er bei einem Kniebinnenabstand von 1 cm nicht erkennen. Als konkurrierende Ursache finde er lediglich eine Knorpelerkrankung an der Kniescheibenrückfläche (retropatellare Chondromalazie), die links deutlich stärker ausgeprägt sei als rechts. Wenn man, wie Prof. Dr. W. und Dr. K., unterstelle, dass eine sekundäre Meniskopathie vorliege und zunächst ausgedehnte Knorpelschäden im Gelenk entstanden seien, müsse die Frage gestellt werden, worauf diese primären Knorpelschäden zurückzuführen seien. Keine der von Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 707, hierfür aufgeführten Ursachen seien beim Kläger vorhanden. Auch nach Einsichtnahme in die Kernspintomographieaufnahmen vom 2. August 1999 gehe er davon aus, dass im Bereich des linken Kniegelenks eine primäre Meniskopathie vorgelegen habe. Der Innenmeniskus sei in weiten Teilen so ausgedünnt und stark degenerativ verändert, dass es für ihn keinen Zweifel daran gebe, dass es als Folge dieser degenerativ bedingten Verschmächigung und Rissbildung zu einer sekundären Überlastung des inneren Kniegelenkabschnitts mit hieraus resultierendem Knorpelschaden gekommen sei.

Es wäre schließlich ein merkwürdiger Zufall, dass ausgerechnet an der Stelle, an der eine außerordentlich starke Meniskusdegeneration vorliege, der einzige primäre Knorpelschaden im Körper des Klägers zu finden sei. Hinsichtlich der Einschätzung der MdE schließe er sich der Beurteilung von Prof. Dr. S. an. Nach Beendigung der Operation etwa ab Januar 2000 bestehe eine MdE um 10 vH.

Dem ist die Beklagte unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. L. vom 3. Februar 2008 entgegengetreten. Wenn Prof. Dr. C. bei den MRT-Aufnahmen vom 2. August 1999 einen "nahezu vollständigen Aufbrauch des Innenmeniskus in seinem mittleren Teil zwischen Hinterhorn und Vorderhorn" befunde, stehe dies in Widerspruch zum Befundbericht von Dr. R., wonach der Innenmeniskus "verkleinert", also nicht degenerativ verändert zur Darstellung gelangt sei. Insoweit sei nicht erkennbar, woher Prof. Dr. C. die für die Interpretation kernspintomografischer Aufnahmen erforderliche Sachkunde nehme. Auch wenn man die Befundung von Prof. Dr. C. zugrunde lege, sei das Schadensbild nicht belastungskonform, da sich der Schwerpunkt des Schadensbildes im mittleren Anteil befände, während die Hauptbelastungszone aber im Bereich des Hinterhorns liege. Auch Prof. Dr. C. beantworte die Frage nicht, warum Meniskus- und Knorpelschäden beim Kläger auf das linke Kniehauptkompartiment beschränkt seien und bei 15% der Betroffenen beschränkt bleibe. Hierbei handele es sich um einen schicksalhaften Verlauf. Außerdem hätten beim Kläger intraoperativ schwerste Knorpelschäden vorgelegen beschränkt auf den Bereich des Kniescheiben-Oberschenkelgelenks und des inneren Kniehauptkompartiments mit Schwerpunkt im Kniehauptgelenk, welche ein Schadensbild im Bereich des Meniskus ohne weiteres sekundär erklärten.

Auf Veranlassung des Senats hat der Radiologe Dr. R. gutachterlich unter dem 6. August 2008 ausgeführt, es habe sich auf dem MRT vom 2. August 1999 sowohl ein chronischer Innenmeniskusschaden als auch eine chronische Gelenkflächenschädigung gezeigt. Ein direkter Vergleich bezüglich der Läsion sei bei der unterschiedlichen Art der Läsion nicht wirklich möglich. Es könne daher nicht entschieden werden, ob der Knorpel-/Gelenkflächenschaden oder der Meniskusschaden nun schwerer einzustufen sei. Bei erstmalig erhobenen Befunden, die - wie im Falle des Klägers - parallel bestünden, sei auch naturgemäß nicht wirklich sicher zu entscheiden, ob der eine oder der andere Befund zuerst aufgetreten sei oder der andere als Folge des einen entstanden sei. Es sei genauso gut möglich, dass beide Befunde parallel entstanden seien. Nach aller Erfahrung entstünden bei erhöhter chronischer Druckbelastung des inneren/medialen Kniekompartiments sowohl chronische Meniskusschäden auf dem Boden einer chronischen Binnendegeneration des Meniskusknorpels, die dann früher oder später in einen Meniskusriss mündeten, als auch chronische Knorpelschäden parallel. Dabei begünstigten beide Schäden ihr Fortschreiten gegenseitig i.S. eines Circulus vitiosus. Die chronische Läsion beider Strukturen spreche für einen chronischen Überlastungsschaden. Durch die Bildgebung vom 2. August 1999 könne aber nicht bewiesen werden, ob hierfür eine chronische berufliche Überlastung ursächlich gewesen sei.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird Bezug genommen auf die Verwaltungsakte der Beklagten, die Akte des SG und die Senatsakte.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig. Berufungsschließungsgründe i.S.d. [§ 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegen nicht vor. Die Berufung ist auch im Sinne des Hilfsantrags teilweise sachlich begründet.

Keinen Erfolg hat die Berufung, soweit sie sich gegen die Anerkennung bzw. Feststellung einer BK Nr. 2102 richtet. Hingegen ist sie insoweit sachlich begründet, als dem Kläger wegen der Folgen der BK keine Verletztenrente zusteht, da das SG insoweit über den erstinstanzlich vom Kläger gestellten Antrag hinausging und unabhängig davon eine rentenberechtigende MdE nach dem Ende des Anspruchs auf Verletzengeld nicht erreicht wurde.

Anspruch auf Rente haben gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vH gemindert ist.

BKen sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte bei einer der in den [§§ 2, 3](#) und [6 SGB VII](#) (§§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO) genannten Tätigkeiten erleiden. Die Bundesregierung wurde ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Als BK bezeichnet sind in Nr. 2102 der Anlage zur BKV Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen neben der versicherten Tätigkeit die Dauer und Intensität der schädigenden Einwirkungen sowie die in der BKV bezeichnete Krankheit gehören, nachgewiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können. Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkungen und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. [BSGE 19, 52](#); [32, 203](#), 207 bis 209; [45, 285](#), 287). Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller - wesentlichen - Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt (vgl. [BSGE 45, 286](#)); eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht (vgl. Mehrrens/Brandenburg, Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, Stand November 2006, [E 9 SGB VII](#) Rdnr. 26). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. [BSG SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)). Lässt sich eine Tatsache nicht nachweisen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) zu Lasten dessen, der einen Anspruch aus der nicht erwiesenen Tatsache für sich herleitet ([BSGE 19, 52](#), 53; 30; 121, 123; 43, 110, 112). Das gleiche gilt, wenn der für die haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität erforderliche wahrscheinliche Zusammenhang nicht nachweisbar ist.

Der Senat stellt zunächst auf der Grundlage der Stellungnahme des TAB Wild vom 25. November 2002 fest, dass der Kläger während seiner über die Dauer von mehr als 40 Jahren verrichteten versicherten Tätigkeit als Fliesenleger zu ca. 40 % der Gesamtarbeitszeit einer

Meniskusbelastung im Sinne der BK Nr 2102 ausgesetzt war. Dies gilt insbesondere für das linke Kniegelenk, welches der Kläger nach seinen durchgehenden Angaben in den vorliegenden ärztlichen Unterlagen während seiner fast gesamten beruflichen Tätigkeit deutlich mehr belastet hat als das rechte Kniegelenk, weil sich bei diesem bereits seit dem Jahr 1960 eine schmerzhafte Störung bemerkbar machte ("als ob das Knie herausgesprungen wäre"), der der Kläger durch ein Durchstrecken des Beines und geringere Belastung begegnet ist. Mit der angegebenen vermehrten Belastung des linken Knies stimmt überein, dass der Kläger schon vor Beginn des Krankheitsgeschehens am 9. Juli 1999 im September 1978 und Januar/Februar 1979 wegen Bursitis praepatellaris an diesem Knie arbeitsunfähig erkrankt war und auch bei den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen 1990 (Bursitis linkes Knie) und 1997 (beginnende Gonarthrose links mehr als rechts) auffällige Befunde am linken Knie festgehalten wurden. Schließlich fand sich auch am 1. April 1992 bei der Aufnahme in das Heilverfahren in der Federseelklinik Bad Buchau am linken Knie die praepatellare Bursa verdickt mit Schwielenbildung.

Des weiteren stellt der Senat fest, dass beim Kläger bei der MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks durch Dr. R. am 2. August 1999 ein chronischer Innenmeniskusschaden festgestellt wurde. Dr. R. hat in seiner für den Senat erstatteten gutachterlichen Stellungnahme vom 6. August 2008 dargelegt, dass der seinerzeit von ihm erhobene Befund den Schluss auf einen chronischen Innenmeniskusschaden zulässt mit einem überwiegend horizontalen degenerativ bedingten Riss und chronischer Ausfransung/Ausfaserung des freien Meniskusrandes.

Damit sind die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit als Fliesenleger, die damit verbundenen, mehrjährigen, andauernden, die Kniegelenke zu 40 % der Arbeitszeit überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten (schädigende Einwirkungen) und das Vorliegen einer Meniskusschädigung im linken Knie (in der BKV bezeichnete Krankheit) nachgewiesen.

Der Senat ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ebenso wie das SG zu der Überzeugung gelangt, dass der Meniskusschaden im linken Kniegelenk des Klägers mit Wahrscheinlichkeit wesentlich durch die schädigenden Einwirkungen seiner beruflichen Tätigkeit als Fliesenleger verursacht wurde.

Der Senat folgt bei dieser Beurteilung den Ausführungen von Prof. Dr. C., der - insoweit in Übereinstimmung mit Prof. Dr. S. - dargelegt hat, dass beim Kläger keine Umstände gesichert werden können, die dafür sprechen, dass sich am linken Kniegelenk primär ein ausgedehnte Knorpelschaden gebildet hat, dem sekundär der Meniskusschaden gefolgt ist. Er hat eine Minderwertigkeit des Gelenkknorpels, arthrotische Veränderungen bei anlagebedingten oder posttraumatischen Achsenfehlstellungen, posttraumatische Stufenbildungen im Bereich der Gelenkkörper nach Frakturen und eine posttraumatische Instabilität des Gelenks nach Kapsel/Bandverletzungen (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 707, Mehrstens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), M 2102, 2.2) ausgeschlossen und überzeugend darauf hingewiesen, dass es ein merkwürdiger Zufall wäre, dass ausgerechnet an der Stelle, an der eine außerordentlich starke Meniskusdegeneration vorliege, der einzige primäre Knorpelschaden im Körper des Klägers zu finden wäre.

Die Einwendungen von Dr. L. gegen die Befundung der MRT-Aufnahme vom 2. August 1999 durch Prof. Dr. C., aus der dieser das Vorliegen einer primären Meniskopathie im linken Kniegelenk abgeleitet hat, sind durch die die gutachterliche Stellungnahme von Dr. R. widerlegt. Dr. R. hat bestätigt, dass beim Kläger u.a. ein chronischer Innenmeniskusschaden bildgebend dargestellt wurde. Auch hat er der Auffassung von Prof. Dr. W. widersprochen, dass man anhand des MRT feststellen könne, dass die Knorpelschäden stärkergradig seien als der Meniskusschaden, was für die Annahme einer primären Arthrose spreche. Die Argumentation von Dr. R., es könne bei den erstmals am 2. August 1999 parallel bildgebend dargestellten Schäden an Innenmeniskus und Gelenkflächen mangels unmittelbarer Vergleichbarkeit der Läsionen weder entschieden werden, welche der Schäden als schwerer einzustufen seien und noch welcher Schaden zuerst aufgetreten sei, überzeugt den Senat. Des weiteren hat Dr. R. auch darauf hingewiesen, dass bei erhöhter chronischer Druckbelastung des inneren/medialen Kniekompartiments eine parallele Entwicklung beider Schäden durchaus denkbar sei.

Unter diesen Umständen spricht auch angesichts der Dauer der schädigenden Einwirkungen mehr dafür als dagegen, dass es sich bei dem beim Kläger am 2. August 1999 erstmals festgestellten Meniskusschaden am linken Knie um einen durch die schädigenden beruflichen Einwirkungen verursachten Meniskusschaden handelt und dieser damit als BK anzuerkennen ist. Das Fehlen entsprechender Schäden am rechten Knie spricht angesichts der dargelegten unterschiedlichen Belastung beider Knie nicht gegen den ursächlichen Zusammenhang. Das SG hat daher zutreffend beim Kläger das Vorliegen eine BK Nr. 2102 bejaht.

Allerdings kann das Urteil insoweit keinen Bestand haben, als das SG die Beklagte zur Gewährung einer Verletztenrente in der Zeit vom 1. Mai 1998 bis zum 31. Juli 2000 in Höhe der von Dr. H. eingeschätzten MdE verurteilt hat. Das SG ist insoweit über den vom Kläger gestellten Antrag auf Anerkennung bzw. Feststellung seiner Knieerkrankung als BK hinausgegangen und hat damit gegen das Verbot des über [§ 202 SGG](#) auch für den Bereich der Sozialgerichtsbarkeit geltenden [§ 308 Abs. 1 Satz 1 ZPO](#) verstoßen, wonach das Gericht nicht befugt ist, einer Partei (einem Beteiligten) etwas zuzusprechen, was nicht beantragt ist.

Unabhängig davon hat die Beklagte zu Recht geltend gemacht, dass es für das Vorliegen einer MdE um 20 vH vor Eintritt der durchgehenden Arbeitsunfähigkeit ab 2. November 1999 keine hinreichenden Befunde gibt. Für die Zeit der durch die BK bedingten Arbeitsunfähigkeit ab 2. November 1999 bis 30. April 2001 steht dem Kläger anstelle des seinerzeit von der AOK Heidenheim gewährten Krankengelds Verletztengehalt zu. Eine Verletztenrente wird auch grundsätzlich erst von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletztengehalt endet ([§ 72 Abs. 1 Ziff 1 SGB VII](#)).

Im Übrigen haben Prof. Dr. S. und Prof. Dr. C. übereinstimmend das Vorliegen einer rentenberechtigenden MdE von 20 vH nach Abklingen der Folgen der am 4. November 1999 durchgeführten Operation am linken Knie verneint. Auch Dr. H. hat ab August 2000, also einem Zeitpunkt, als die Arbeitsunfähigkeit noch fortbestand, lediglich noch eine MdE von 10 vH eingeschätzt.

Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG insoweit aufzuheben, als die Beklagte verurteilt wurde, dem Kläger wegen der Folgen der BK für die Zeit vom 1. Mai 1998 bis zum 31. Juli 2000 Verletztenrente zu gewähren. Im Übrigen war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-01-21