

L 8 U 5362/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 1522/06
Datum
14.08.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 5362/09
Datum
25.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 14. August 2009 abgeändert. Die Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 6. Dezember 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. März 2006 verpflichtet, eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der BKV anzuerkennen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger 1/3 der außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung und Entschädigung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) streitig.

Im November 2004 ging bei der Beklagten eine ärztliche Anzeige bei Verdacht auf eine Berufskrankheit (Dr. B. , P.) ein. Darin ist ausgeführt, der am 06.01.1949 geborene Kläger habe erstmals Beschwerden 1996 und dann erneut 1998 am Kniegelenk gehabt. Jetzt seit 07.06.2004 stehe er wegen Beschwerden in beiden Kniegelenken in Behandlung. Beim Kläger sei eine diagnostische Arthroskopie durchgeführt worden am linken Kniegelenk. Es lägen eine Retropatellararthrose und eine medial betonte Gonarthrose vor. Im Oktober 2002 sei eine Innenmeniskusruptur sowie ein drittgradiger Knorpelschaden am linken Kniegelenk festgestellt worden. Der Chirurg Dr. B. fügte die Arztberichte vom 24.09.2004 und vom 14.10.2002 bei. Die Beklagte trat in Ermittlungen ein. Der Kläger gab zum Beschäftigungsverlauf an, von Februar 1965 bis jetzt (Januar 2005) sei er als Maurer, Treppenbauer, Fliesenlegerhelfer und Fliesenleger beschäftigt gewesen.

Der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten stellte am 28.04.2005 fest, unter Berücksichtigung der Zeiträume, in denen der Kläger die belastende Tätigkeit insgesamt zwei oder mehr Jahre ausgeübt habe und die Belastung im Sinne der BK 2102 30% der Arbeitsschicht und mehr betragen habe, seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen im Sinne der BK 2102 gegeben. Bei einer Dauer der Tätigkeit von 30,60 Jahren liege eine meniskusbelastende Tätigkeit in Höhe von 40% der Gesamtarbeitszeit vor.

Dr. A. - Arzt für Allgemeinmedizin - teilte der Beklagten am 13.05.2005 mit, der Kläger leide seit 1996 unter chronischen Knieschmerzen. Die chirurgische Diagnostik 1996 habe eine chronische Innenmeniskopathie links ergeben. In den Folgejahren hätten die Beschwerden unter der massiven Belastung als Fliesenleger kontinuierlich zugenommen. Inzwischen bestehe ein deutlicher Knorpelschaden. Kurmaßnahmen und physikalische Therapie hätten keine dauerhafte Besserung erbracht. Arbeitspausen hätten lediglich zu einer leichten Linderung geführt und nach Wiederaufnahme der Arbeit als Fliesenleger sei es regelmäßig zu deutlichen Verschlimmerungen mit Ergussbildung, Schmerzen und Bewegungseinschränkung gekommen. Die chirurgischen Berichte samt Histologie von 1996 füge er bei.

Im Entlassungsbericht der LVA Baden-Württemberg (Federseeklinik Bad B.) vom 14.05.2003 sind als Diagnosen u.a. "Gonarthrose beiderseits, links mehr als rechts, Zustand nach Arthroskopie rechts 1996 und 10/2002 mit Meniskusteilresektion" aufgeführt.

Die Beklagte zog von der AOK R. das Vorerkrankungsverzeichnis vom 13.05.2005 über den Kläger für die Zeit ab Februar 1979 bei.

Im Operationsbericht des Arztes für Chirurgie W. Ho. , R. , vom 09.07.1996 sind als postoperative Diagnosen gestellt worden: Innenmeniskushinterhornrisse, alter vorderer Kreuzbandschaden, Kontinuität und Stabilität erhalten, Plica infrapatellaris. Als Therapie wurde angegeben: Innenmeniskusreparation, Plicaabtragung.

Dr. V. - Arzt für Radiologie -, R. führte in seinem Bericht vom 07.07.2005 aus, der Kläger sei bei ihm zum ersten Mal am 27.06.1996 gewesen wegen Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes. Es sei eine Sonographie der linken Kniekehle und eine Kernspintomographie des linken Kniegelenkes gemacht worden. Hierbei habe sich eine pflaumengroße gekammerte Bakerzyste ergeben. Als Ursache hierfür habe sich in der Kernspintomographie ein verbaler Einriss des Innenmeniskushinterhorns gezeigt. Am 12.11.1996 sei ein Knochen-Dreiphasenzintigramm durchgeführt worden. Hierbei habe sich eine aktivierte Gonarthrose gezeigt. Am 08.04.2002 sei erneut ein Kernspintomogramm des linken Kniegelenkes gemacht worden. Hierbei hätten sich folgende Befunde ergeben: Zustand nach partieller Resektion des Innenmeniskus mit kräftigem horizontalem Ausriss im noch verbliebenen Innenmeniskushinterhorn und der Pars intermedia mit Ausstrahlung zur tibialen Oberfläche. Eine erneute Kernspintomographie des linken Kniegelenkes sei am 14.06.2004 durchgeführt worden.

Nach Beiziehung weiterer Arztberichte beauftragte die Beklagte Prof. Dr. He. - Chefarzt der Orthopädischen Abteilung der Fachkliniken H. - mit der Untersuchung des Klägers und der Erstattung eines Gutachtens. Dieser untersuchte den Kläger am 27.10.2005 und führte in seinem orthopädischen Gutachten vom 31.10.2005 aus, derzeit beziehe der Kläger Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und Arbeitslosengeld. Der Kläger befinde sich in gutem AZ und deutlich vermehrtem EZ (Größe 167 cm, Gewicht 109 kg). Im Bereich der Kniegelenke lägen folgende Erkrankungen vor: Initiale mediale Gonarthrose sowie ebenfalls beginnende Retropatellararthrose beiderseits bei Varusfehlstellung sowie Zustand nach zweimaliger arthroskopischer Innenmeniskushinterhornresektion links 1996 bzw. 2004, derzeit noch mit subjektiver Schmerzangabe, jedoch ohne Reizzustand im Sinne eines Gelenkergusses. Der Vollbeweis einer linksseitigen Meniskopathie sei durch die zweimalige arthroskopische Operation und die durchgeführte feingewebliche Untersuchung erbracht worden. Sowohl 1996 als auch 2002 hätten sich am ehesten degenerative Risse im Hinterhorn und der Pars intermedia des linken Innenmeniskus gefunden, das entnommene Material habe bei der histologischen Untersuchung typische Zeichen einer chronischen Degeneration gezeigt. Hinsichtlich der Frage, ob bei dem Kläger eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der BKV vorliege, sei zu berücksichtigen, dass im Falle des Klägers mehr Argumente gegen als für das Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 BKV sprächen. Für das Vorliegen einer Berufskrankheit sprächen: 1. Die mittels Operation und feingeweblicher Untersuchung eindeutig nachgewiesene Meniskopathie am linken Innenmeniskus und der dadurch erbrachte Vollbeweis. 2. Die positive Berufsanamnese mit mittlerweile fast 40 Jahren Tätigkeit als Fliesenleger mit entsprechend positivem TAD-Gutachten und auch erfülltem Kriterium der Langjährigkeit (Beschwerdebeginn 1996 nach fast 30-jähriger Berufstätigkeit). 3. Das Fehlen traumatischer Vorschädigungen oder besonders kniebelastenden außerberuflichen Tätigkeiten.

Gegen die Einschätzung der Meniskuserkrankung als Berufskrankheit sprächen folgende, insgesamt gewichtigere Argumente: 1. Die beschriebene anlagebedingte Fehlstellung im Sinne einer Varusdeformität am Hüft- und Kniegelenk. 2. Das streng einseitige und auf den Innenmeniskus links limitierte Geschehen. Auch bei der letzten diagnostischen Arthroskopie vom 24.09.2004 werde der Außenmeniskus als stabil ohne Rissbildung beschrieben. Eine langjährige berufliche Überlastung als Fliesenleger hätte aber mit großer Wahrscheinlichkeit eine beidseitige Schädigung wahrscheinlich der Innen- und Außenmenisken zur Folge gehabt. 3. Das deutliche Übergewicht mit Body-Maß-Index 39,20. 4. Ein Großteil der subjektiven Schmerzen an beiden Kniegelenken seien eindeutig retropatellarer Natur, radiologisch sei da auch eine diskrete Arthrose sichtbar, bei der Arthroskopie würden retropatellar sowie im femuropatellaren Gleitlager II- bis III-gradige, bzw. III- bis IV-gradige Veränderungen beschrieben. Diese äußerten sich klinisch überwiegend durch Schmerzen beim Berg- und Treppab-Gehen und würden das positive Zohlen-Zeichen verursachen, stünden jedoch ursächlich mit der Meniskopathie nicht in Verbindung. Aufgrund dieser Abwägung gelange er zu dem Ergebnis, dass die Schädigungen der Kniegelenke nicht Folge einer Berufskrankheit seien. Im Übrigen betrage die MdE bei erfolgreich durchgeführter zweimaliger Innenmeniskusteilresektion, aktuell ohne Reizerscheinungen im Kniegelenk, weniger als 10%.

Die Gewerbeärztin schlug in ihrer Stellungnahme vom 24.11.2005 die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der BKV vor und führte zur Begründung aus, hinsichtlich der Varusfehlstellung sowie der Adipositas beim Kläger sei zu berücksichtigen, dass der Kläger in diesem Zustand versichert sei. Ihres Erachtens liege ein primärer Meniskusschaden durch die berufliche, die Kniegelenke übermäßig belastende Tätigkeit vor. Infolge dieses Meniskusschadens könne es sekundär zur Arthrose im Kniegelenk kommen.

Mit Bescheid vom 06.12.2005 lehnte die Beklagte die Anerkennung des Meniskusschadens als Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, die am 27.10.2005 erfolgte Untersuchung und Begutachtung habe ergeben, dass beim Kläger keine beruflich verursachte Meniskuserkrankung vorliege. Es bestünden vorliegend gegenüber der beruflichen Tätigkeit konkurrierende Ursachen im Sinne der Varusfehlstellung der beiden Kniegelenke sowie auch im Hüftgelenksbereich. Diese anlagebedingten Fehlstellungen prädisponierten selbst ohne berufliche Mehrbelastung zu einer langfristigen Schädigung im Innenmeniskusbereich. Gleiches gelte für das deutliche Übergewicht, welches zu einer Überlastung des Meniskusgewebes geführt habe. In der Zusammenschau der Befunde spreche vorliegend mehr gegen als für das Vorliegen einer Berufskrankheit. Insbesondere auch gegen das Vorliegen einer Berufskrankheit spreche das streng auf den Innenmeniskus links begrenzte Geschehen. Bei einer beruflichen Verursachung wäre zu erwarten, dass auch der Außenmeniskus Schäden aufweise und dass auch das rechte Kniegelenk gewisse Zeichen einer Überlastung aufweisen müsste. Das sei aber vorliegend nicht der Fall. Da eine Berufskrankheit somit nicht vorliege, könnten Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht gewährt werden.

Der hiergegen erhobene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 24.03.2006 zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger am 24.04.2006 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren, ihm unter Anerkennung der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur BKV eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Auf Antrag des Klägers hörte das SG den behandelnden Orthopäden D. B. als sachverständigen Zeugen (Auskunft vom 09.01.2007). Anschließend holte das SG von Amts wegen das gerichtliche Sachverständigengutachten des Dr. H. , Stuttgart, vom 16.03.2009 ein. Darin führte der gerichtliche Sachverständige aus, der Kläger sei seit November 2008 nicht mehr erwerbstätig, sondern berentet. Im Bereich der Kniegelenke lägen beim Kläger eine diskrete schmerzhaft funktionelle Störung des linken Kniegelenkes nach dreifacher Knie Spiegelung mit Teilentfernung des Innenmeniskus im Hinterhornbereich bei kernspintomographisch und arthroskopisch nachgewiesenen mäßiggradigen bis fortgeschrittenen Gelenkknorpelschäden in allen Abschnitten vor. Nach seiner Auffassung liege zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine funktionell bedeutsame Meniskusschädigung vor. Ein vorbestehender Meniskusschaden links sei durch zweimalige Teilentfernung des Innenmeniskushinterhorns kausal therapiert worden. Die aktuell angegebenen belastungsabhängigen Beschwerden ließen sich problemlos

auf mäßiggradige bis fortgeschrittene Gelenkknorpelschäden im Sinne einer beginnenden bis mäßiggradigen Kniearthrose erklären. Eine eigenständige Meniskussymptomatik könne er klinisch und radiologisch nicht erkennen. Aus gutachterlicher Sicht bestünden keine Zweifel daran, dass der Kläger 1996 und 2002 jeweils Meniskusrisse im linken Innenmeniskushinterhorn erlitten habe. Die Besserung der subjektiven Beschwerden nach Innenmeniskusteilentfernung belegten seines Erachtens eindeutig, dass diese strukturellen Schäden im Bereich des Innenmeniskushinterhorns die damaligen Beschwerden ausschließlich oder überwiegend verursacht hätten. Zu diesem Zeitpunkt hätte man also von einer Meniskopathie sprechen können. Eine klinisch relevante "Meniskopathie" habe seiner Auffassung nach vorübergehend lediglich im Sommer 1996 und im Herbst 2002 vorgelegen. Die Meniskopathien seien durch einen operativen Eingriff kausal erfolgreich behandelt worden. Die nachfolgenden Beschwerden, die letztlich zu einem dritten Eingriff im Herbst 2004 geführt hätten, ließen sich aus seiner Sicht nicht als "Meniskopathie" einstufen, sondern seien Ausdruck einer symptomatischen fortschreitenden Kniearthrose. Einen Zusammenhang zwischen der vorbestehenden Meniskopathie und der nachfolgenden Kniearthrose sei aus orthopädischer Sicht vorstellbar. Die Tatsache, dass die nachfolgenden Gelenkknorpelschäden sich aber mehr oder minder gleichförmig in allen drei Gelenkabschnitten (innerer Knieabschnitt, äußerer Knieabschnitt, hinter der Kniescheibe) entwickelt hätten, spreche nach seiner Auffassung jedoch gegen einen kausalen Zusammenhang zwischen der Meniskopathie bei nachgewiesenem Innenmeniskusschaden und diesen Gelenkknorpelschäden. Im Bereich des Außenmeniskus z.B. sei arthroskopisch zu keinem Zeitpunkt ein relevanter Meniskusschaden nachgewiesen worden, trotzdem habe der Kläger auch außenseitig Gelenkknorpelschäden entwickelt. Was die Ursächlichkeit der Meniskopathie anbelange, so könne er aus gutachterlicher Sicht nur darauf hinweisen, dass die entsprechenden Meniskusschäden in einem Alter entstünden, in dem degenerative Meniskusschäden ohne besondere äußere Belastungen - beispielsweise durch einen entsprechenden Beruf - immer wieder beobachtet werden könnten. Das Übergewicht des Klägers halte sich seiner Auffassung nach in Grenzen. Eine kausale Verknüpfung zwischen diesem Übergewicht und dem nachgewiesenen Innenmeniskusschaden lasse sich aus seiner Sicht daher nicht überzeugend herstellen. Die O-Bein-Deformitäten des Klägers seien so diskret, dass sich auch hieraus keine kausale Verknüpfung ergebe. Aufgrund der vorgelegten Untersuchungsbefunde und im Zusammenhang mit dem aktuellen körperlichen Untersuchungsbefund im Rahmen der Begutachtung könne er keinen Zusammenhang zwischen einer, in der Vergangenheit diagnostizierten, rheumatischen Erkrankung und den Meniskusschäden links erkennen. Der medizinische Kenntnisstand bezüglich berufsbedingter Ursachen von Meniskopathien sei nach seiner Auffassung so gering, dass er selbst nicht in der Lage sei, diese Frage befriedigend zu beantworten. Aus gutachterlicher Sicht könne er lediglich feststellen, dass ein symptomatischer Meniskusschaden im Alter von 47 Jahren bei Menschen, die keinen besonderen beruflichen Belastungen unterworfen seien, nicht ungewöhnlich sei. Aus medizinischer Sicht lasse sich ein Zusammenhang mit der beruflichen Belastung weder mit Sicherheit ausschließen noch mit überzeugender Wahrscheinlichkeit bescheinigen, selbst wenn nachweislich im Vorfeld eine langjährige geeignete Belastung vorgelegen habe. Ein vergleichbarer Meniskusschaden wäre auch ohne berufliche Belastung vorstellbar. Eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV sei aus orthopädisch-gutachterlicher Sicht möglich, er selbst gehe eher nicht vom Vorliegen einer Berufskrankheit aus, da nach seiner Auffassung eine kausale Verknüpfung zwischen Beruf und Meniskusschaden nicht überzeugend habe hergestellt werden können. Überzeugend wäre nach seiner Auffassung ein solcher Zusammenhang lediglich, wenn sich ein entsprechender Meniskusschaden in einem sehr frühen Alter bemerkbar gemacht hätte (z.B. mit 30 oder 35 Jahren) bei gleichzeitigem Ausschluss konkurrierender Ursachen. Wenn davon ausgegangen werde, dass beim Kläger tatsächlich eine Berufskrankheit im Sinne einer symptomatischen Meniskopathie nach Ziff. 2102 der BKV vorliege, so sei davon auszugehen, dass diese Meniskopathie lediglich zu vorübergehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten im Sommer 1996 und im Herbst 2002 geführt habe. Zu einer anhaltenden Minderung der Erwerbsfähigkeit hätten diese Meniskusschäden seines Erachtens nicht geführt.

Zu dem Gutachten von Dr. H. wandte der Kläger ein, dieser habe keine individualisierende und konkretisierende Kausalbetrachtung vorgenommen. Die These, dass der Meniskusschaden altersbedingt hervorgerufen worden sei, könne nicht gestützt werden, da nach der Unfallliteratur bis zum 50. Lebensalter die Reißfestigkeit des Meniskus sogar zunehme und zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr generell leichtgradige degenerative Veränderungen vorzufinden seien.

Hierzu nahm Dr. H. am 20.06.2009 Stellung. Im Falle des Klägers lasse sich aus medizinisch-gutachterlicher Sicht nicht mit überzeugender Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass die Meniskopathie mit Wahrscheinlichkeit ursächlich im Sinne der Entstehung oder einer vorübergehenden Verschlimmerung auf die berufliche Tätigkeit des Klägers zurückzuführen sei. Mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden könne ein solcher Zusammenhang natürlich auch nicht. Die nachvollziehbaren Beschwerden des Klägers seien nicht auf einen symptomatischen Meniskusschaden zurückzuführen, sondern auf eine fortgeschrittene diffuse Kniearthrose. Diese diffuse Kniearthrose entspreche aber nicht der Berufskrankheit Nr. 2102.

Mit Urteil vom 14.08.2009 wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen ist ausgeführt, zunächst sei darauf hinzuweisen, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur BKV gegeben seien. Die erkennende Kammer habe allerdings nicht zu dem Schluss gelangen können, dass die medizinischen Voraussetzungen für das Vorliegen der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur BKV gegeben seien. Beim Kläger habe eine Meniskuserkrankung am Kniegelenk bestanden. Diese könne aber zur Überzeugung des Gerichts nicht mit Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf die berufliche Tätigkeit zurückgeführt werden. Gegen einen Kausalzusammenhang spreche das deutliche Übergewicht des Klägers bei einem Body-Maß-Index von 39,2, wie dies Prof. Dr. He. ausgeführt habe, und ferner seien den überzeugenden Ausführungen des Dr. H. in seinem Gutachten die Meniskusschäden in einem Alter entstanden, in dem degenerative Meniskusschäden ohne besondere äußere Belastungen (durch einen entsprechenden Beruf) immer wieder beobachtet werden könnten. Ein symptomatischer Meniskusschaden im Alter von 47 Jahren sei auch bei Menschen, die keinen besonderen beruflichen Belastungen unterworfen seien, nicht ungewöhnlich. Insgesamt lasse sich ein Zusammenhang mit der beruflichen Belastung und der vorübergehenden Meniskusschädigung nach alledem weder mit Sicherheit ausschließen noch mit überzeugender Wahrscheinlichkeit bejahen. Ferner sei zu berücksichtigen, dass nach den insoweit übereinstimmenden Ausführungen des Prof. Dr. He. und des Dr. H. sowie des Beratungsarztes der Beklagten Dr. K. zufolge die Kniegelenksbeschwerden des Klägers durch die Retropatellararthrose bedingt seien, welche in keinem Zusammenhang mit der festgestellten Meniskuserkrankung stünden. Ein Zusammenhang zwischen der vorbestehenden Meniskopathie und der nachfolgenden Kniearthrose sei zwar aus orthopädischer Sicht vorstellbar, allerdings spreche die Tatsache, dass sich die nachfolgenden Gelenkknorpelschäden mehr oder minder gleichförmig in allen drei Gelenkabschnitten entwickelt hätten und bei dem Kläger auch außenseitig Gelenkknorpelschäden vorlägen, obwohl im Bereich des Außenmeniskus zu keinem Zeitpunkt ein relevanter Meniskusschaden nachgewiesen sei, gegen einen kausalen Zusammenhang zwischen der Meniskopathie und den Gelenkknorpelschäden. Da somit eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV nicht vorliege, entfalle auch ein Anspruch auf Rente wegen dieser Berufskrankheit.

Gegen das dem Bevollmächtigten des Klägers gegen Empfangsbekanntnis am 22.10.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 18.11.2009

Berufung eingelegt. Er verfolgt sein Begehren weiter und trägt ergänzend vor, der Gutachter Dr. H. habe nicht überzeugend dargelegt, warum er entgegen der Ansicht aller anderen Ärzte der Ansicht sei, beim Kläger liege keine Meniskopathie vor. Im Übrigen sei zu diesen Ausführungen gesagt, dass sich ein zufriedenstellender Therapieerfolg bei ihm gerade nicht eingestellt habe, da er auch nach den operativen Eingriffen stets wieder mit Kniebeschwerden zu kämpfen gehabt habe. Darüber hinaus sei auch die Annahme des Gutachters, allein sein Alter genüge für die Verneinung eines kausalen Zusammenhangs zwischen Meniskusschaden und beruflicher Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Würde man diese Annahme des Gutachters abstrakt gesehen für richtig erachten, so wäre die Feststellung der Berufskrankheit Nr. 2102 bei keinem 47-jährigen möglich, auch wenn alle anderen Voraussetzungen hierfür vorlägen. In diesem Fall wäre nämlich alleine das Alter und die damit vermeintlich einhergehende erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Meniskusschadenanspruch ausschließend. Ein solches Ausschlusskriterium sehe das Gesetz aber nicht vor. Es sei auch nicht ersichtlich, warum der Gutachter eine MdE von 20 v.H. für zu großzügig erachte.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 14. August 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 6. Dezember 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. März 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Anerkennung der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist das gerichtliche Sachverständigengutachten des Dr. Heb. vom 18.08.2011 eingeholt worden, der den Kläger am 10.08.2011 ambulant untersucht hat. Dr. Heb. kommt zu dem Ergebnis, beim Kläger liege eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV vor und die hierdurch verursachte MdE am linken Kniegelenk betrage 20%. Zur Begründung führt er aus, an beiden Kniegelenken lägen beim Kläger mittelschwere seitengleich ausgeprägte Arthrosen aller Gelenkabschnitte vor, links schmerzhaft aktiviert, rechts kompensiert. Außerdem bestehe beim Kläger ein mäßiges Übergewicht (168 cm, 102 kg). Die jetzt zur Begutachtung anstehende Kniesymptomatik links habe ihren Anfang nach 30 Jahren Berufsausübung, also 1996, ihren Anfang genommen. Bei der ersten Arthroskopie im Jahr 1996 hätten sich mehrere Innenmeniskusrisse bei sonst wohl intakten Gelenkknorpelverhältnissen gezeigt. Diese Innenmeniskusrisse seien operativ ausgeschnitten worden und hätten zu ca. sechs-jähriger Beschwerdefreiheit geführt und könnten somit eindeutig als seinerzeitige Beschwerdeursache benannt werden. Bei der folgenden Arthroskopie im Jahre 2002 hätten sich als Hauptschaden im linken Kniegelenk wiederum ein erheblicher degenerativer Kompressionsschaden des Innenmeniskus ergeben, zwischenzeitlich jedoch auch eine arthrotische Schädigung des Gelenkknorpels selbst (II.- bis III-gradige Chronodromalazie). Bei der dritten und letzten Arthroskopie des linken Kniegelenks 2004 hätte schließlich neben dem Restinnenmeniskus eine fortschreitende Arthroseentwicklung dominiert. Aus dieser Chronologie heraus sei geradlinig abzuleiten, dass der berufsbedingte Innenmeniskus-Mehrfachriss aus dem Jahre 1996 am Anfang des Krankheitsprozesses des linken Kniegelenks des Klägers gestanden habe. Die Arthroseentwicklung habe erst in zweiter Linie gefolgt. Im vorliegenden Falle sei also von einer primären Meniskopathie mit konsekutivem arthrotischem Gelenkaufbrauch auszugehen. Unter diesen Umständen sehe er auch im Hinblick auf die absolut adäquate jahrzehntelange berufliche Belastungsexposition die Voraussetzungen zur Anerkennung der BK 2102 als gegeben an. Abzulehnen wäre die Kausalität in dem umgekehrten Falle, wenn also am Anfang eine bereits deutliche Kniegelenksarthrose mit konsekutiver Meniskopathie gestanden hätte. Beim Kläger könne anhand der Aktenlage schlüssig dargelegt werden, dass die äußeren Einwirkungen (30-jährige unphysiologische Kompression des bradytrophen, also nicht durchbluteten Meniskusgewebes durch Hockarbeit) zu mehreren Rissen des Innenmeniskus geführt hätten. Diese Innenmeniskusrisse seien der (wie der Seitenvergleich zeige) ohnehin fälligen Arthroseentwicklung als innere Ursache vorausgeeilt, hätten diese wesentlich beschleunigt und seien deshalb als wesentlicher ursächlicher Faktor anzusehen. Die dokumentierte Arthrose des rechten Kniegelenks sei weitgehend stumm, während diejenige des jetzt zur Debatte stehenden linken Kniegelenks schmerzhaft aktiviert sei. Die MdE für den BK-Schaden am linken Kniegelenk veranschlage er auf 20 %.

Die Beklagte hat eingewandt, der Auffassung des Dr. Heb. , beim Kläger liege eine vorauseilende Meniskopathie vor, müsse widersprochen werden. Hier verweise sie auf Dr. H. , der in seinem Gutachten schlüssig dargelegt habe, dass eine klinisch relevante Meniskopathie lediglich vorübergehend im Sommer 1996 und im Herbst 2002 vorhanden gewesen seien. Die jetzigen Beschwerden seien von Dr. H. auf eine Kniearthrose links zurückgeführt worden, demgegenüber habe Dr. Heb. unzutreffend die Beschwerden des Klägers als meniskusbedingt beurteilt. Auch hinsichtlich der MdE-Einschätzung durch Dr. Heb. könne nicht gefolgt werden. Eine von Dr. Heb. selbst festgestellte Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes für Streckung/Beugung von 0-0-130 ° bedinge nicht einmal eine MdE von 10 v.H.; insoweit verweise sie auf Schönberger-Mehrtens-Valentin, "Arbeitsunfall und Berufskrankheit", 8. Aufl., S. 654.

Zu den Einwendungen der Beklagten hat Dr. Heb. am 15.02.2012 Stellung genommen. Ein Zusammenhang zwischen Erwerbsminderung und Beweglichkeit eines Kniegelenkes habe mit der Realität wenig zu tun. Im klinischen Alltag würden ihm häufig kaum bewegungseingeschränkte, aber dennoch hochgradig arthrotische Kniegelenke begegnen, die endoprothesenpflichtig seien. Auch beim Kläger bestehe erwiesenermaßen eine entzündlich aktivierte, funktionsschmerzhafte, stark beeinträchtigende Arthrose, die einer mit einer 20%igen Erwerbsminderung zu veranschlagenden Bewegungseinschränkung gleichzustellen sei. Gerade bei ehemaligen Fliesen-Estrichlegern und ähnlichen Berufsgruppen falle ihm immer wieder auf, dass aufgrund der lebenslangen Hockbelastung die Kniebeugefähigkeit trotz fortgeschrittener Arthrose kaum eingeschränkt sei.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Akten des SG Reutlingen und der Senatsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist statthaft. Berufungsausschlussgründe gemäß §§ 143, 144 SGG liegen nicht vor. Die form- und fristgerecht

erhobene Berufung ist auch im Übrigen zulässig ([§ 151 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch nur teilweise begründet. Sie ist begründet, soweit mit der Verpflichtungsklage die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 verfolgt wird. Insoweit waren die angefochtenen Bescheide der Beklagten und das Urteil abzuändern. Das Sozialgericht hat dagegen die darüber hinausgehende Klage auf Gewährung einer Verletztenrente zu Recht abgewiesen. Die hierauf gerichtete Berufung ist unbegründet, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Verletztenrente.

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, S. 2623](#)) erlassen, in der die derzeit als Berufskrankheiten anerkannten Krankheiten aufgeführt sind.

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). Die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung", "Einwirkungen" und "Krankheit" müssen im Sinne des Vollbeweis, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen (vgl. BSG Urteil vom 02.04.2009 - [B 2 U 9/08 R](#) - , veröffentlicht in juris). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit. Ebenso wie die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheits(-erst)schaden und Unfallfolge beim Arbeitsunfall ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen der berufsbedingten Erkrankung und den Berufskrankheitenfolgen, die dann gegebenenfalls zu bestimmten Versicherungsansprüchen führen, bei der Berufskrankheit keine Voraussetzung des Versicherungsfalles (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009 [a.a.O.](#)).

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 herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht ([BSGE 60, 58](#) m.w.N.; vgl. auch Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, E § 9 RdNr. 26.2). Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Lässt sich eine Tatsache nicht nachweisen oder ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich machen, 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 bzw. dem nicht wahrscheinlich gemachten Kausalzusammenhang für sich herleitet ([BSGE 19,52, 53](#); [30,121, 123](#); [43, 110, 112](#)).

Der Tatbestand der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV lautet: Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten.

In Anwendung dieser Grundsätze hat der Kläger einen Anspruch auf Feststellung der begehrten Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV.

Der Senat gelangt aufgrund der insoweit überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. H. gemäß seinem Gutachten vom 16.03.2009 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20.06.2009 zu dem Ergebnis, dass eine haftungsausfüllende Kausalität zur Anerkennung der Meniskusschäden hinreichend wahrscheinlich ist. Wie der gerichtliche Sachverständige Dr. H. bei seiner Untersuchung des Klägers festgestellt hat, liegt beim Kläger im Bereich der Kniegelenke eine diskrete schmerzhaft funktionelle Störung des linken Kniegelenkes nach dreifacher Kniepiegelung mit Teilentfernung des Innenmeniskus im Hinterhornbereich bei kernspintomographisch und arthroskopisch nachgewiesenen mäßiggradigen bis fortgeschrittenen Gelenkkorpelschäden in allen Abschnitten vor. Der Sachverständige hatte anhand der Vorbefunde jedoch keine Zweifel, dass beim Kläger 1996 und 2002 jeweils Meniskusrisse im linken Innenmeniskushinterhorn vorlagen, die aufgrund der aufgetretenen Beschwerden eine Innenmeniskusteilresektion indizierten. Eine klinisch relevante "Meniskopathie" lag nach seiner überzeugenden Auffassung 1996 und 2002 vorübergehend vor. Der Tatbestand der Berufskrankheit Nr. 2102 erfordert aber - anders als etwa die Berufskrankheit Nr. 2108, die neben einem Bandscheibenschaden ausdrücklich eine Bandscheibenerkrankung voraussetzt (vgl. auch BSG Urteil vom 31.05.2005 - [B 2 U 12/04 R](#), SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2) - nur einen Meniskusschaden. Dass dieser Meniskusschaden fortbestehende Beschwerden verursacht und eine klinische Symptomatik eine "Erkrankung" verursacht, ist nicht erforderlich. Ein symptomloser Meniskusschaden des Klägers ist nach Teilentfernung des Innenmeniskus auch noch vorhanden.

Dr. H. hat für den Senat überzeugend dargelegt, dass die von Dr. H. genannten Konkurrenzursachen zur knieschädigenden Arbeitshaltung, nämlich Übergewicht und Fehlstellung, aus seiner fachlichen Sicht nicht in Betracht kommen. Er legt dar, dass sich das Übergewicht des Klägers in Grenzen hält und die O-Bein-Deformität so diskret ist, dass sich eine kausale Verknüpfung zum Meniskusschaden hieraus nicht ergibt. Wenn aber nach Dr. H. eine Abgrenzung des Krankheitsbildes eines durch berufliche Belastung erworbenen Meniskusschadens von dem eines anlagebedingten degenerativen Meniskusschadens nicht möglich ist, weshalb er aus gutachterlicher Sicht einen Zusammenhang der beruflichen Belastung weder mit Sicherheit ausschließen noch mit überzeugender Wahrscheinlichkeit bescheinigen könne, ist zur Überzeugung des Senats dagegen der berufliche Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Dass ein symptomatischer Meniskusschaden bei Menschen im Alter von 47 Jahren auch ohne berufliche Belastung gehäuft auftritt, ist kein zwingendes Ausschlusskriterium, denn der Versicherungsfall der Berufskrankheit Nr. 2102 in dieser Altersgruppe kann nach langjähriger beruflicher Belastung trotzdem eintreten, möglicherweise unter Zusammenwirken von anlagebedingten Faktoren und beruflicher Belastung oder allein durch die berufliche Belastung. Anhaltspunkte für eine degenerative Meniskopathie sind vorliegend nicht nachgewiesen, außer der theoretischen Möglichkeit eines erhöhten Krankheitsaufkommens in der Altersgruppe ab 47 Jahren. Das Lebensalter ist damit kein hinreichender Anhaltspunkt für eine Konkurrenzursache, weshalb nach [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#) zu vermuten ist, dass die Erkrankung infolge der versicherten Tätigkeit verursacht worden ist. Hierfür spricht letztlich auch die im Gutachten von Dr. H. dargelegte Beschwerdeentwicklung. Bei der ersten Arthroskopie im Jahr 1996 zeigten sich mehrere Innenmeniskusrisse bei noch intakten

Gelenkknorpelverhältnissen. Erst in der Folge hatten sich arthrotische Veränderungen entwickelt. Eine primäre Meniskopathie deutet auf eine belastungsspezifische Entstehungsursache hin, da sonstige degenerative Prozesse neben den Gewebeschädigungen des Innenmeniskus in diesem frühen Stadium nicht zu erkennen waren.

Dagegen hat der Kläger keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente, denn eine rentenberechtigende MdE um mindestens 20 v.H. wird durch die Berufskrankheit nicht verursacht. Eine funktionell bedeutsame Meniskusschädigung liegt nicht vor. Der frühere Meniskusschaden links ist durch zweimalige Teilentfernung des Innenmeniskushinterhorns kausal therapiert worden. Die vom Kläger bei der Untersuchung angegebenen belastungsabhängigen Beschwerden lassen sich nach Dr. H. problemlos auf mäßiggradige bis fortgeschrittene Gelenkknorpelschäden im Sinne einer beginnenden bis mäßiggradigen Kniearthrose erklären. Eine eigenständige Meniskussymptomatik war bei der klinischen und radiologischen Untersuchung nicht erkennbar. Die für die vorliegende BK Nr. 2102 MdE-relevante Erkrankung einer "Meniskopathie" hat nach den überzeugenden Ausführungen des Dr. H. lediglich im Sommer 1996 und im Herbst 2002 vorübergehend vorgelegen und diese Meniskopathien sind durch operative Eingriffe erfolgreich behandelt worden. Die nachfolgenden Beschwerden, die letztlich beim Kläger zu einem dritten Eingriff im Herbst 2004 geführt haben, sind nach den Ausführungen von Dr. H. , denen sich der Senat anschließt, nicht als "Meniskopathie" einzustufen, sondern sie sind vielmehr Ausdruck einer symptomatischen fortschreitenden Kniearthrose. Ein Zusammenhang zwischen der vorbestehenden Meniskopathie und der nachfolgenden Kniearthrose besteht jedoch nicht. Denn die Tatsache, dass die nachfolgenden Gelenkknorpelschäden sich mehr oder minder gleichförmig in allen drei Gelenkabschnitten, dem inneren Knieabschnitt, dem äußeren Knieabschnitt und hinter der Kniescheibe entwickelt haben, spricht vielmehr gegen einen kausalen Zusammenhang zwischen der Meniskopathie bei nachgewiesenem Innenmeniskusschaden und diesen Gelenkknorpelschäden. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass im Bereich des Außenmeniskus arthrotisch zu keinem Zeitpunkt ein relevanter Meniskusschaden nachgewiesen worden ist, der Kläger aber dennoch auch außenseitig Gelenkknorpelschäden entwickelt hat. Auch dieser Gesichtspunkt spricht gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der vorbestehenden Meniskopathie und der nachfolgenden Kniearthrose. Die Beschwerden des Klägers sind vielmehr auf eine fortgeschrittene diffuse Kniearthrose zurückzuführen.

Soweit Dr. Heb. in seinem auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten zu dem Ergebnis gelangt ist, beim Kläger liege eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 mit einer MdE um 20 v.H. vor, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. H. ist der Meniskusschaden durch die Arthroskopie kausal therapiert worden, wofür auch die langjährige Beschwerdefreiheit nach den Operationen spricht. Außerdem hat Dr. Heb. die Beurteilung, warum die nachvollziehbaren Beschwerden des Klägers durch beide Kniegelenke nicht auf die fortgeschrittene diffuse Kniearthrose zurückzuführen sind, nicht schlüssig widerlegen können. Unabhängig davon teilt der Senat auch nicht die Einschätzung der MdE, wie sie Dr. Heb. vorgenommen hat. Der von ihm selbst festgestellte funktionelle Befund am linken Kniegelenk (Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes für Streckung/Beugung von 0-0-130°) kann nach Auffassung des Senats nicht mit einer MdE von 20 bewertet werden, da der (schlechtere) Befund von 0-0-120° erst mit einer MdE von 10 bewertet wird (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, S. 654). Eine etwaige rezidivierende Synovialitis (Reizknie), die nach der unfallmedizinischen Literatur eine MdE um 20 v.H. begründen könnte, wäre nach den Darlegungen von Dr. H. auf die Arthrose/Arthritis zurückzuführen und nicht Folge der anerkannten Berufskrankheit.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt den Teilerfolg der Berufung des Klägers.

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-06-13