

## L 8 U 384/09

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 7 U 3601/07  
Datum  
16.12.2008  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 U 384/09  
Datum  
29.06.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Der Versicherungsfall der Berufskrankheit Nr. 2102 erfordert nur einen Meniskusschaden als wesentliche Folge der versicherten belastenden Tätigkeit; eine (Meniskus-)Erkrankung i. S. einer bestehenden klinischen Symptomatik ist nicht Voraussetzung für die Feststellung der Berufskrankheit.

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 16. Dezember 2008 abgeändert. Die Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 24. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchs-bescheides vom 7. September 2007 verpflichtet, eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der BKV festzustellen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte hat dem Kläger 1/3 der außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung und Entschädigung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Der 1946 geborene Kläger ist von Beruf Fliesenleger. In diesem Beruf war der Kläger seit April 1961, unterbrochen durch den Wehrdienst von 18 Monaten, bei der Firma M. L. in H. tätig. Seit Herbst 2009 bezieht der Kläger in Rente.

Mit Bescheid vom 17.03.1998 anerkannte die Württembergische Bau-Berufsgenossenschaft, eine Rechtsvorgängerin der Beklagten (künftig Beklagte) eine chronische Schleimbeutelkrankung des Klägers als BK Nummer 2105 der BKV ohne Rentenanspruch an. Als Folgen der Berufskrankheit wurden anerkannt die operative Schleimbeutelentfernung am linken Kniegelenk nach chronisch rezidivierender Bursitis praepatellaris, die ohne Funktionseinschränkungen ausgeheilt sei.

Auf Antrag des Klägers vom 16.04.1998, mit dem der Kläger (u.a.) die Feststellung einer Meniskuserkrankung als BK geltend machte, zog die Beklagte ärztliche Berichte sowie den Operationsbericht des Städtischen Krankenhauses H. über eine Arthroskopie des linken Knies vom 07.01.1998 bei, in dem eine altersentsprechend normale Knorpelsituation im Kniegelenk sowie des unverletzten Innen- und Außenmeniskus beschrieben wird. Mit Bescheid vom 12.11.1998 teilte die Beklagte dem Kläger mit, es läge keine BK Nr. 2102 der BKV vor. Ein hiergegen eingeleiteter Widerspruch nahm der Kläger zurück.

Im Mai 2006 zeigte die AOK - die Gesundheitskasse H. bei der Beklagten eine BK an. Die Beklagte leitete ein Feststellungsverfahren zur Prüfung einer BK Nr. 2102 der BKV ein. Beklagte zog einen Auszug aus der Leistungskartei der AOK sowie medizinische Befundunterlagen (insbesondere Berichte Dr. Ha. vom 30.05.2006 über ein MRT des rechten Knies - Beurteilung: Gonarthrose, degenerative Meniskopathie ohne umschriebene Läsion sowie Kniegelenksergusses -, Dr. Lei. vom 29.06.2006 - Diagnose: Retropatellare Arthrosis rechtes Knie - und vom 26.11.2006 - Befund: Synovitis und leichter Erguss ohne sichere Meniskuszeichen, Kniescheibenverschiebeschmerzen und Reibegeräusche - sowie den Entlassungsbericht der Klinik für Rehabilitation "A. K. Bad K. " vom 05.11.2002 - Diagnosen: Wirbelsäulensyndrom und Gonarthrose beidseits -) bei. Weiter holte die Beklagte die Stellungnahme des Präventionsdienstes - Herr V. - vom 28.08.2006 ein, in der mitgeteilt wurde, der Kläger sei zwischen 1961 und 1981 überwiegend im Wohnungsneubau und Industriebau als Fliesenleger und nach 1981 überwiegend bei der Wohnraumsanierung als Fliesenleger tätig gewesen. Es ergebe sich eine durchschnittliche meniskusbelastende Tätigkeit von 45 % der Gesamtarbeitszeit.

Mit Bescheid vom 24.05.2007 entschied die Beklagte, eine Berufskrankheit Nr. 2102 der BKV liege nicht vor. Zur Begründung wurde ausgeführt, aus den medizinischen Unterlagen ergebe sich, dass weiterhin keine Meniskusschädigung der Kniegelenke vorliege. Nachdem

eine BK nicht vorliege, könnten Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht erbracht werden.

Gegen den Bescheid vom 24.05.2007 legte der Kläger Widerspruch ein. Er machte zur Begründung geltend, die Begründung, eine Erkrankung der Menisken liege nicht vor, könne nicht nachvollzogen werden. Im MRT-Befund vom 30.05.2006 werde ausdrücklich beschrieben, dass die Menisken flächenmäßig reduziert seien. Er beantragte, Verletztenrente bzw. gestützte Rente zu bezahlen. Mit Widerspruchsbescheid vom 07.09.2007 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 02.10.2007 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG), mit der er sein Begehren weiter verfolgte. Hinsichtlich der Anerkennung einer berufsbedingten Gonarthrose sei ein Verwaltungsverfahren anhängig. Der Kläger legte medizinische Unterlagen vor.

Das SG holte (von Amts wegen) das unfallchirurgisch-orthopädische Gutachten von Dr. L. vom 22.05.2008 ein. Dr. L. führte in seinem Gutachten aus, nach über 30-jähriger Kniegelenksexpositionsbedingter Berufsbelastung habe beim Kläger bis zum Jahre 1998 ein von den Menisken ausgehender Schaden nicht festgestellt werden können. Die Bilddokumente kernspintomographischer Untersuchungen beider Kniegelenke zeigten keinen über das Alter hinausreichenden pathologischen Befundstatus der Kniegelenke beidseits. Die befundeten Veränderungen entsprächen einem für das Alter normgerechten Befund mit diskreten, alle Kniegelenksabschnitte betreffende alterskonforme Aufbraucherscheinungen mit Betonung des inneren und retropatellaren Hauptgelenks, die für sich noch keinen Hinweis für krankhafte Veränderungen der beiden Kniegelenke ergäben. Entsprechendes gelte für das Ergebnis der im Rahmen der Begutachtung durchgeführten Röntgenuntersuchung beider Kniegelenke des Klägers. Von den Hinterhörnern der Menisken ausgehende und verursachte Veränderungen der hinteren Kniegelenksabschnitte kämen nicht zur Darstellung. Der histologische Befund (Dr. Schu. vom 18.12.2007) bezüglich einer Innenmeniskusdegeneration sei in seiner Aussagefähigkeit für das Vorliegen einer BK Nr. 2102 als einziges Indiz nicht richtungswesend verwertbar. Im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung hätten sich keine als wesentlich zu bezeichnende funktionelle Beeinträchtigungen feststellen lassen. Meniskuszeichen seien beidseits nicht provozierbar gewesen. Der klinische Befund und die Beschwerdesymptomatik an den Kniegelenken seien nicht auf eine primäre Erkrankung der Menisken aufgrund beruflicher Expositionen zurückzuführen, da eine medizinisch nachvollziehbare von den Menisken ausgehende Kniegelenksschädigung beidseits fehle. Das an beiden Kniegelenken zur Darstellung kommende Schadensbild sei für das Vorliegen einer BK Nr. 2102 der BKV nicht belastungskonform. Unter medizinisch-ergonomischer Sicht könne der Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 28.08.2006 nicht gefolgt werden. Aussagen zur zwangsbedingten Haltung der Kniegelenke in meniskusbelastender Stellung fänden sich in der Stellungnahme nicht. Ein isolierter belastungsbedingter Meniskusschaden im Sinne einer primären Meniskopathie liege nicht vor. Im Vordergrund stehe die Beschwerdesymptomatik, die ursächlich auf Veränderungen im Kniescheibengleitlager und retropatellar zurückzuführen seien, in einem Gelenksabschnitt, der am weitesten von den Menisken entfernt liege. Zusammenfassend sei festzustellen, dass der klinische Befund und die Beschwerdesymptomatik an den Kniegelenken beidseits seit dem Jahr 1998 nicht auf eine primäre Erkrankung der Menisken aufgrund beruflicher Exposition zurückzuführen seien, da die Brückensymptomatik zur angeschuldigten Exposition eine medizinisch nachvollziehbare von den Menisken ausgehende Kniegelenksschädigung beidseits fehle. Die Beschwerdesymptomatik sei nicht meniskusbezogen und meniskusbedingt. Sie betreffe das am weitesten vom Meniskus entfernt liegende dritte Kniegelenkskompartiment und dies vor allem klinisch. Eine BK Nr. 2102 der BKV liege nicht vor.

Gegen das Gutachten von Dr. L. erhob der Kläger Einwendungen (Schriftsatz vom 26.06.2008). Das von Dr. L. geforderte typische Schadensbild liege vor. Der Kläger berief sich auf eine durch Arthroskopie erfolgte Entfernung eines Innenmeniskushinterhornrisses (Berichte Dr. Pa. vom 19.06.2006 sowie den Untersuchungsbericht der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken B. H. vom 28.04.2008). Hierzu holte das SG die ergänzende gutachtliche Stellungnahme von Dr. L. vom 11.07.2008 ein, in der er zu den Einwendungen des Klägers Stellung nahm und an seinen Bewertungen im Gutachten vom 22.05.2008 festhielt.

Der Kläger hat an seinen Einwendungen festgehalten und ergänzend eingewandt, eine primäre Meniskopathie werde durch den Verordnungsgeber nicht gefordert. (Schriftsätze vom 08.08.2008 und 14.10.2008). Der Kläger reichte den Bericht einer von Dr. So. durchgeführten Kernspintomographie seines linken Kniegelenks vom 11.11.2008 (Verdacht auf Ruptur des Hinterhornabschnittes) nach.

Die Beklagte hielt die gutachtlichen Bewertungen von Dr. L. für zutreffend (Schriftsätze vom 16.09.2008 und 04.11.2008). Entscheidend sei, dass beim Kläger kein isolierter belastungsbedingter Meniskusschaden im Sinne einer primären Meniskopathie vorliege, die zur Anerkennung einer BK Nr. 2102 der BKV erforderlich sei.

Mit Urteil vom 16.12.2008 wies das SG die Klage gestützt auf das Gutachten von Dr. L. ab.

Gegen das den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 23.12.2008 zugestellte Urteil hat der Kläger durch seine Prozessbevollmächtigten am 22.01.2009 Berufung eingelegt. Der Kläger hat zur Begründung unter Bezug auf sein bisheriges Vorbringen und auf die zu den Akten gelangten medizinische Befundunterlagen geltend gemacht, eine Erkrankung der Menisken bestehe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 16. Dezember 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 24. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 7. September 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, bei ihm eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung festzustellen sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 v.H., hilfsweise als gestützte Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 10 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise bei Dr. L. eine weitere ergänzende gutachterliche Stellungnahme zu dem Gutachten des Herrn Dr. Pa. vom 10.04.2012 einzuholen.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat Dr. Pa. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dr. Pa. hat in seiner Stellungnahme vom 05.11.2009 unter Vorlage von

Befundberichten als Diagnosen eine chronische Bursitis praepatellaris beidseits sowie eine Gonarthrose beidseits mitgeteilt. Bei einer Kernspintomographie des rechten Kniegelenks am 14.01.2009 sei eine drittgradige Knorpelschädigung am medialen Kompartiment festgestellt worden. Die klinische Untersuchung zeige weiterhin anhaltend die Verdickung der Schleimbeutel über der Streckseite der Kniegelenke, welche im Vordergrund der Symptomatik stehe. Die Arthrose in den Kniegelenken sei klinisch nicht führend.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten von Dr. Le. vom 11.07.2010 eingeholt. Dr. Le. führte in seinem Gutachten aus, röntgenologisch zeigten sich in beiden Kniegelenken altersabhängig normale Abnutzungserscheinungen. Er gelangte zusammenfassend zu der Bewertung, auf orthopädischem Gebiet bestünden beim Kläger an Gesundheitsstörungen ein Innenmeniskusschaden beider Kniegelenke, degenerative Veränderung des Knorpels beider Kniegelenke sowie ein Zustand nach chronischer Bursaerkrankung des linken Kniegelenks mit operativer Entfernung der Bursa. Für die Meniskusschäden sei mit Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die berufliche Tätigkeit ein deutliches Übergewicht im Vergleich zu der normalen altersabhängigen Veränderungen ausgeübt habe. Es sei mit Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die berufliche Tätigkeit ein deutliches Übergewicht im Vergleich zu den normalen altersabhängigen Veränderungen ausgeübt habe. Eine BK Nummer 2102 der BKV liege vor. Die BK bedingte eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H. ...

Die Beklagte hat gegen das Gutachten von Dr. Le. Einwendungen erhoben (Schriftsatz vom 20.08.2010). Der Kläger hält das Gutachten von Dr. Le. für überzeugend (Schriftsätze vom 20.10.2010 und 25.01.2011).

Der Senat hat anschließend (von Amts wegen) das unfallchirurgisch-orthopädische Gutachten von Professor Dr. B. vom 15.06.2011 eingeholt. Professor Dr. B. führte in seinem Gutachten aus, eine Röntgenuntersuchung beider Kniegelenke habe beim Kläger altersabhängig normale Abnutzungserscheinungen gezeigt. Auf orthopädisch-unfallchirurgischem Gebiet lägen beim Kläger an Gesundheitsstörungen ein Innenmeniskusschaden beider Kniegelenke, respektive Zustand nach Innenmeniskusteilresektion beider Kniegelenke, eine Außenmeniskusdegeneration, degenerative Veränderungen des Knorpels beider Kniegelenke, Retropatellararthrose, und ein Zustand nach chronischer Bursaerkrankung des linken Kniegelenkes und operativer Entfernung der Bursa sowie wohl konsekutiver Infektion vor. Professor Dr. B. gelangte zu der Bewertung, für die Meniskusschäden komme mit hoher Wahrscheinlichkeit den schädigenden Einwirkungen der beruflichen Tätigkeit des Klägers eine deutliche Bedeutung zu. Eine BK Nr. 2102 der BKV liege vor. Davon unabhängig seien eine Retropatellararthrose sowie eine beginnende Chondromalazie im Bereich der tragenden Kompartimente zu sehen. Die MdE betrage 20 v.H. ...

Die Beklagte hat gegen das Gutachten von Professor Dr. B. Einwendungen erhoben (Schriftsatz vom 13.09.2011). Der Senat hat hierzu die ergänzende gutachtliche Stellungnahme von Professor Dr. B. vom 18.11.2011 eingeholt, in der er zu den Einwendungen der Beklagten Stellung nahm. Er hielt an seiner Bewertung des Vorliegens einer BK Nr. 2102 der BKV fest und schätzte - unter Korrektur der Bewegungsfähigkeit des Kniegelenks rechts - nunmehr die MdE auf 10 v.H. ein.

Die Beklagte hielt an ihren Einwendungen gegen das Gutachten von Professor Dr. B. fest (Schriftsatz vom 20.01.2012).

Der Senat hat - auf Antrag der Beklagten - eine weitere ergänzende gutachtliche Stellungnahme von Dr. L. zu seinem Gutachten vom 22.05.2008 eingeholt. Dr. L. gelangte in der Stellungnahme vom 13.02.2012 - unter Berücksichtigung von nach seiner Begutachtung angefallenen medizinischen Befundunterlagen - zusammenfassend zu der Bewertung, dass es bei den Ausführungen und Darstellungen seines Gutachtens vom 22.05.2008 bleibe. Die nach diesem Gutachten erhobenen Untersuchungsbefunde, diagnostischen Untersuchungsergebnisse und eingeholten Gutachten führten zu keiner Änderung in der Beurteilung der Sachlage auf medizinischem Gebiet.

Der Kläger hat das Ärztliche Gutachten von Dr. Pa. vom 10.04.2012 vorgelegt. Dr. Pa. gelangte in seinem Ärztlichen Gutachten zu der Bewertung, beim Kläger liege eine primäre Meniskusschädigung im Sinne der BK Nr. 2102 der BKV vor. Eine MdE von 20 v.H. sei zu gewähren.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, sowie ein Band Verwaltungsakten der Beklagten 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 Feststellungsklage ist nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) zulässig, denn es besteht ein berechtigtes Interesse an der Feststellung der geltend gemachten Erkrankung als Berufskrankheit. Auf die Feststellung dieses Rechtsverhältnisses zwischen Versichertem und Unfallversicherungsträger können Entschädigungsleistungen gestützt werden.

Die Berufung ist jedoch nur teilweise begründet. Sie ist begründet, soweit die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der BKV verfolgt wird. Insoweit waren die angefochtenen Bescheide der Beklagten und das Urteil abzuändern (1.). Die Berufung ist jedoch unbegründet, soweit der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Verletztenrente begehrt (2.).

1. 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. Abweichend von der früheren Verwendung des Begriffs der haftungsbegründenden Kausalität folgt der Senat der überzeugenden neueren Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil 02.04.2009 [a.a.O.](#)), dass auch im Berufskrankheiten-Recht der ursächliche Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und den Einwirkungen nicht als haftungsbegründende Kausalität bezeichnet werden kann. Durch diesen Zusammenhang wird keine Haftung begründet, weil Einwirkungen durch die versicherte Tätigkeit angesichts ihrer zahlreichen möglichen Erscheinungsformen und ihres unterschiedlichen Ausmaßes nicht zwangsläufig schädigend sind. Denn Arbeit - auch körperliche Arbeit - und die damit verbundenen Einwirkungen machen nicht grundsätzlich krank. Erst die Verursachung einer Erkrankung oder ihre wesentliche Verschlimmerung durch die der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden Einwirkungen - in nachgewiesener Dauer und Intensität - begründet eine "Haftung". 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.

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 BK Nr. 2102 der 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 BKV.

Der Senat gelangt aufgrund der eingeholten Gutachten von Dr. L., Dr. Le. und Prof. Dr. B. und deren ergänzenden Stellungnahmen sowie der zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen zu dem Ergebnis, dass eine haftungsausfüllende Kausalität zur Anerkennung der Meniskusschäden hinreichend wahrscheinlich ist.

Nach dem Gutachten von Professor Dr. B. vom 15.06.2011 bestehen beim Kläger ein Innenmeniskusschaden beider Kniegelenke sowie eine Außenmeniskusdegeneration. Dies ergibt sich aus der für den Senat nachvollziehbar erfolgten Auswertungen von MRT-Untersuchungsergebnissen sowie erstellter Arthroskopieberichte. Eine MRT des rechten Kniegelenks am 15.11.2007 zeigte eine lateral betonte Gonarthrose sowie eine Grad III-Läsion (Rissbildung) im Innenmeniskushinterhorn an der Unterfläche ohne Stufenbildung. Weiter erbrachte ein MRT des linken Knies vom 16.11.2007 eine Grad III-Läsion des Innenmeniskushinterhorns entsprechend einer Rissbildung mit ausgeprägter Stufenbildung zur Unterfläche hin (Berichte Dr. Kr. vom 15.11.2007 und 16.11.2007). Bei einer am 12.12.2007 von Dr. Pa. arthroskopisch durchgeführten Innenmeniskusteilresektion im linken Kniegelenk zeigte sich eine ausgeprägte, teils froschmaulähnliche Rissbildung am Innenmeniskushinterhorn bis zur Pars intermedia reichend (Operationsberichts vom 12.12.2007), wobei eine von Dr. Schu. durchgeführte histologische Untersuchung stark degenerativ veränderte Anteile des Innenmeniskus mit Risskante (vor max. 3 bis 5 Wochen) erbrachte. Entsprechende Befunde zeigte ein MRT des rechten Kniegelenks vom 14.01.2009 mit zusätzlich begleitenden Knorpelschäden sowie vom 03.12.2010 mit zusätzlichen Chondromalaziezeichen im lateralen und im medialen Kniekompartiment sowie Meniskopathiezichen im Hinterhorn des Innenmeniskus Grad II bis III ohne Hinweis für einen frischen oder degenerativen Riss (Berichte Dr. So. vom 14.01.2009 und 03.12.2010). Weiter zeigte eine am 05.12.2010 durch Dr. Pa. arthroskopisch durchgeführte Innen- und Außenmeniskusteilresektion im rechten Knie eine komplexe Rissbildung am Innenmeniskushinterhorn bis zur Pars intermedia reichend, teilweise mit umgeschlagener Lappenbildungen bei intaktem Knorpel (Operationsberichts vom 15.12.2010). Hiervon geht auch Dr. Le. in seinem Gutachten vom 11.07.2010 aus. Auch Dr. L. bestätigt in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13.02.2012 - nach eigener Auswertung der medizinischen Befundunterlagen - eine Degeneration/Meniskopathiezichen Grad II-III im Hinterhorn des Innenmeniskus an der Basis auslaufend in Richtung Pars intermedia sowie durch das MRT vom 03.12.2010 nachgewiesene Chondromalaziezeichen im rechten Kniegelenk des Klägers.

Damit steht zur Überzeugung des Senats fest, dass beim Kläger aufgrund der nachgewiesenen Rissbildungen in Innenmeniskushinterhornbereich beider Kniegelenke und der inzierten Behandlung durch arthroskopisch erfolgte Teilresektionen - jedenfalls vorübergehend - eine klinisch relevante "Meniskopathie" beider Kniegelenke als Erkrankung vorlag, die dem Schadensbild der BK Nr. 2102 der BKV entspricht. Nach den Ausführungen von Dr. L. kommt es aufgrund einer langfristigen immer wiederkehrenden Meniskuseinklemmung in der Knorrenzange durch erzwungene Zwangshaltung über Jahre zum Verlust der Faserstruktur mit Auflockerung und feingeweblich nachweisbarer Zerstörung der Ringfaserknorpelstruktur in Form der Zerrüttung mit typischen degenerativen Veränderungen. Als Folge treten dann Rissbildungen und makroskopische Strukturveränderungen im Hinterhornbereich der Menisken auf, die zu Schäden des benachbarten Knorpels führen. Diesem Schadensbild entsprechen die beim Kläger nachgewiesenen Innenmeniskusschäden. Nach der Rechtsprechung des Senates erfordert der Tatbestand der BK Nr. 2102 der BKV - anders als etwa die Berufskrankheit Nr. 2108 der BKV, die neben einem Bandscheibenschaden ausdrücklich eine Bandscheibenerkrankung voraussetzt (vergleiche 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. Nicht erforderlich ist, dass der Meniskusschaden fortbestehende Beschwerden und eine klinische Symptomatik, eine "Erkrankung", verursacht (Urteil des Senats vom 25.05.2012 - [L 8 U 5362/09](#) -). Ein Meniskusschaden des Klägers ist nach Teilentfernung des Innenmeniskus beidseits auch noch vorhanden. Hiervon gehen auch Dr. Le. und Professor Dr. B. in ihren Gutachten aus, denen sich der Senat anschließt.

Eine nicht als BK Nr. 2102 der BKV anzuerkennende sekundäre Meniskopathie (primäre Arthrose) liegt beim Kläger nicht vor, die nach den Ausführungen von Dr. L. ihren Ausgang primär vom Verschleiß des Knorpels nimmt und im weiteren Verlauf der Knorpelschädigung die

Menisken durch Gelenkspaltverschmälerung und Rauigkeiten, Knorpelaufbrüche und -defekte sekundär in Mitleidenschaft zieht. Dies trifft beim Kläger zur Überzeugung des Senats nicht zu. Dr. L. beschreibt in seinem Gutachten und seinen ergänzenden Stellungnahmen im Bereich der Kniegelenke beidseits des Klägers eine radiologisch im Wesentlichen unauffällige Darstellung der Kniegelenke beidseits mit diskreten Zeichen einer beginnenden Aufbraucherscheinung im Kniescheibengleitlager und im inneren Hauptkompartiment im Sinne einer retropatellarer und medial betonten Arthrose, die jedoch nach seiner überzeugenden Einschätzung das altersentsprechende Maß nicht überschreiten. Dem entsprechen auch die von Professor Dr. B. und Dr. Le. in ihren Gutachten beschriebenen Kniegelenksbefunde, die beide Gutachter übereinstimmend ebenfalls als altersabhängig normale Abnutzungserscheinungen werten. Damit sind beim Kläger vorauseilende Verschleißerscheinungen im Hinterhornbereich der Menisken und damit der Befund einer primären Meniskopathie nachgewiesen. Dass die mediale und retropatellar betonte Gonarthrose (im Bereich des Kniescheibengleitlagers und der Kniescheibe) sekundär die Meniskopathie ausgelöst hat, ist für den Senat wenig wahrscheinlich, da nach den Darstellungen von Dr. L. anatomisch ein Kontakt zum Hinterhornbereich des Meniskus nicht besteht. Dem entspricht die Bewertung von Professor Dr. B. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18.11.2011, der aufgrund der vorliegenden Arthroskopieunterlagen sowie der MRT-Bilder eine primäre Arthrose für den Senat nachvollziehbar und überzeugend verneint hat.

Entgegen der Ansicht von Dr. Le. und Professor Dr. B. kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass beim Kläger eine primäre Meniskopathie bereits weit vor den Operationsterminen (im Jahr 1998) bestanden hat. Die Anerkennung einer BK erfordert nach dem oben Ausgeführten, dass die Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Ein solcher Nachweis wurde erstmals durch die MRT-Untersuchungen vom 15.11.2007 (rechtes Knie) und 16.11.2007 (linkes Knie), bestätigt im Rahmen der von Dr. Pa. am 12.12.2007 arthroskopisch durchgeführten Innenmeniskusteilresektion am linken Knie, erbracht, die erstmals eine Rissbildung und damit einen Meniskusschaden belegen. Dr. Le. und Professor Dr. B. zeigen hinsichtlich eines früheren Zeitpunkts des Bestehens einer Meniskopathie mit ihren hierzu gemachten Ausführungen lediglich die Möglichkeit des Bestehens auf, die für die Anerkennung einer BK Nr. 2102 der BKV aber noch nicht ausreicht.

Für den Senat steht den Gutachten von Dr. Le. und Professor Dr. B. folgend weiter fest, dass die Meniskopathie beider Kniegelenke des Klägers rechtlich wesentlich durch seine kniebelastende Tätigkeit als Fliesenleger verursacht ist. Nach der von der Beklagten eingeholten Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 28.08.2006 übte der Kläger - mit Ausnahme des Grundwehrdienstes zwischen 1967 und 1968 - seit 1961 eine durchschnittliche meniskusbelastende Tätigkeit von 45 % der Gesamtarbeitszeit aus. Diese langjährige meniskusbelastende Tätigkeit deutet auf einen beruflichen Zusammenhang der Meniskopathie hin. Die zu verrichtenden Arbeiten des Fliesenlegers sind eine für die Entstehung einer BK Nr. 2102 der BKV typische Tätigkeit (vgl. Schönberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 635). Wesentliche konkurrierende Ursachen (insbesondere außerberufliche kniebelastenden Tätigkeiten oder Sportarten, ein Fehlstellung oder sonstige relevante körperliche Auffälligkeiten) liegen nach den übereinstimmenden überzeugenden Ausführungen von Dr. L., Dr. Le. und Professor Dr. B. beim Kläger nicht vor. Anhaltspunkte für eine degenerative Meniskopathie sind vorliegend nicht nachgewiesen, außer der theoretischen Möglichkeit eines erhöhten Krankheitsaufkommens in der Altersgruppe des Klägers. Nach der Rechtsprechung des Senates (Urteil vom 25.05.2012, [a.a.O.](#)) bietet das Lebensalter des Klägers jedoch keinen hinreichenden Anhaltspunkt für eine Konkurrenzursache. Dass ein symptomatischer Meniskusschaden bei Menschen im Alter des Klägers auch ohne berufliche Belastung gehäuft auftritt, ist kein zwingendes Ausschlusskriterium. Denn der Versicherungsfall der BK Nr. 2102 der BKV kann auch in dieser Altersgruppe nach langjähriger meniskusbelastender beruflicher Belastung, wie sie beim Kläger nach der Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 28.08.2006 vorliegt, trotzdem eintreten, mit beruflicher Belastung als Alleinursache oder zumindest als wesentlich kausale Mitursache. Das Lebensalter ist damit kein hinreichender Anhaltspunkt für eine konkurrierende Ursache. Entsprechendes gilt für Ausführungen von Dr. L. in seinem Gutachten, das belastungsunabhängig bei 42,5 % der Männer und 52 % der Frauen das Krankheitsbild einer Meniskopathie auftritt. Vielmehr spricht die Jahrzehnte lang ausgeübte meniskusbelastende Arbeit des Klägers bei sonst fehlenden wesentlichen konkurrierenden Ursachen nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände deutlich mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang, wovon Dr. Le. und Prof. Dr. B. übereinstimmend ausgehen, denen sich der Senat anschließt. Die im November und Dezember 2007 sowie im Januar 2009 beim Kläger diagnostizierten Meniskusschäden an beiden Kniegelenken traten noch während der Berufstätigkeit des Klägers, der seit Oktober 2009 Rente bezieht, auf. Eine eingeschränkte Ausübung seiner Berufstätigkeit als Fliesenleger, die zu keinen meniskusschädigenden Arbeitshaltungen mehr geführt hat, seit dem vermehrten Auftreten von Kniebeschwerden im Jahr 1998 ist weder vom Präventionsdienst der Beklagten ermittelt worden noch ergibt sich dies aus den aktenkundigen Gutachten. Selbst nach der erstmals gestellten Diagnose eines Meniskusschadens im November/Dezember 2007 war der Kläger ab 21.01.2008 weiter vollschichtig als Fliesenleger tätig, wie sich aus dem Gutachten von Dr. L. vom 22.05.2008 ergibt. Der Sachverständige hat auch auf Befragung des Klägers zu den jetzigen Beschwerden keine knieschonende Arbeitshaltungen in seinem Gutachten wiedergegeben, weshalb auch die weitere Meniskusschädigung im Januar 2009 noch unter der beschriebenen meniskusbelastenden Arbeitstätigkeit des Klägers auftrat.

In Anwendung der Vermutungsregelung nach [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#) geht der Senat davon aus, dass die Meniskusschädigung durch die versicherte berufliche Tätigkeit verursacht ist. Nach [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#) wird bei der Erkrankung von Versicherten, die infolge der besonderen Bedingungen ihrer versicherten Tätigkeit in erhöhtem Maße der Gefahr der Erkrankung an einer in der Rechtsverordnung nach [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) genannten Berufskrankheit ausgesetzt waren, an einer solchen Krankheit und können Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der versicherten Tätigkeit nicht festgestellt werden, vermutet, dass dieses infolge der versicherten Tätigkeit verursacht worden ist. Hierbei lässt der Senat dahinstehen, ob das in der Vorschrift genannte erhöhte Maß der Gefährdung lediglich die gesetzlich positivierte Umschreibung des Anscheinsbeweises ist, der mit Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen der jeweiligen gefährdenden versicherten Tätigkeit bei fehlenden Alternativursachen vorliegt (vgl. zum Anscheinsbeweis u.a. [BSGE 63,270](#)), oder die Vorschrift eine über die Berufskrankheiten-Tatbestände hinausgehende besondere Einwirkung verlangt, die eine gravierende Steigerung der Art, Dauer und Intensität der tatbestandsmäßigen Einwirkung voraussetzt (so Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung Handkommentar, § 9 Rn. 12.1 und 12.2, m. w. Nachw. zum Streitstand). Zur Überzeugung des Senats liegen auch die Voraussetzungen für die einschränkende Auslegung der Vermutungsregelung des [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#) vor, denn der Kläger war nach den überzeugenden Ermittlungen des Präventionsdienstes der Beklagten beim gleichen Arbeitgeber durchschnittlich fast die Hälfte seiner täglichen Arbeitsschicht über einen mehr als 40-jährigen Zeitraum hinaus meniskusbelastenden Tätigkeiten ausgesetzt, was die nach sozialmedizinischer Erfahrung zu fordernde Meniskus-Mindestbelastung von 2 Jahren deutlich übersteigt.

Durch die von Dr. L. in seinem Gutachten zur Stellungnahme des Präventionsdienstes erhobenen Einwendungen sieht sich der Senat nicht veranlasst, zum Ausmaß der kniebelastenden Tätigkeit des Klägers weitere Ermittlungen anzustellen. Dass der Präventionsdienst bei seiner Bewertung von unzutreffenden arbeitsmedizinischen Tatsachen ausgegangen ist, wie Dr. L. unterstellt, ist nicht erkennbar und im Hinblick

auf die Sachkunde des Präventionsdienstes auch unwahrscheinlich, zumal in der Anforderung des Prüfberichts vom 09.08.2006 der Sachbearbeiter der Beklagten auf die meniskusschädigende Zwangshaltungen "Hocke, Fersensitz bei gleichzeitiger Kraftaufwendung" ausdrücklich hingewiesen hatte. Vielmehr steht für den Senat aufgrund der Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 28.08.2006 fest, dass der Kläger langjährig in erheblichem Umfang einer meniskusbelastenden Tätigkeit als Fliesenleger ausgesetzt war, die bei Weitem ausreicht, berufsbedingt eine primäre Meniskopathie zu verursachen. Dies hat die Beklagten auch nicht in Abrede gestellt.

Damit liegen zur Überzeugung des Senates die Voraussetzungen der BK Nr. 2102 der BKV beim Kläger vor.

Der abweichenden Ansicht von Dr. L. schließt sich der Senat nicht an. Dr. L. hat nach eigener Auswertung kernspintomographischer Untersuchungsunterlagen (insbesondere MRT rechtes Kniegelenk vom 14.01.2009 und MRT rechtes Kniegelenk vom 03.12.2010) eine Grad-III Degeneration bzw. Meniskopathiezeichen im Hinterhorn des Meniskus des rechten Knies des Klägers und damit einen rechtlich relevanten Meniskusschaden bestätigt. Bei seiner Bewertung, dass beim Kläger eine BK Nr. 2102 der BKV gleichwohl nicht vorliege, geht Dr. L. ersichtlich von der rechtlich nicht zulässigen Annahme aus, dass eine meniskusbezogene Beschwerdesymptomatik vorliegen müsse, die Dr. L. verneint, weshalb er eine BK Nr. 2102 der BKV als nicht wahrscheinlich zu machen ansieht, wie seine Ausführungen, insbesondere seine zusammenfassende Bewertung auf Seite 29 seines Gutachtens vom 22.05.2008, zeigen. Hieran knüpft Dr. L. auch in seiner ergänzenden Stellungnahme 13.02.2012 an. Nach dem oben Ausgeführten erfordert der Tatbestand der BK Nr. 2102 der BKV zusätzlich zu einem Meniskusschaden eine Kniegelenkserkrankung bzw. eine bestehende Beschwerdesymptomatik jedoch nicht, weshalb der Bewertung von Dr. L. nicht gefolgt werden kann.

2. Die außerdem erhobene Leistungsklage auf Gewährung einer Verletztenrente ist unzulässig, da die Beklagte mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 24.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.09.2007 eine Verwaltungsentscheidung über die Gewährung von Verletztenrente nicht getroffen hat. Mit dem streitgegenständlichen Bescheid wurde im Verfügungssatz ausschließlich die Anerkennung der allein streitigen BK Nr. 2102 der BKV abgelehnt. Die Anerkennung einer BK hat der Kläger nicht beantragt. Vielmehr hat die Beklagte ein Feststellungsverfahren auf Anzeige der AOK eingeleitet. Feststellungen zur Höhe der MdE hat die Beklagte im Verwaltungsverfahren nicht getroffen. Im Verwaltungsverfahren hat der Kläger die Gewährung von Verletztenrente zunächst auch nicht beantragt. Objektiver Sinngehalt des Verfügungssatzes im streitgegenständlichen Bescheid ist damit allein die Ablehnung der Anerkennung einer BK Nr. 2102 der BKV. Soweit die Beklagte im Begründungsteil des streitgegenständlichen Bescheides dem Kläger - allgemein - mitgeteilt hat, Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung könnten nicht erbracht werden, liegt hierin nach objektiver Sicht des Empfängerhorizonts eine gerichtlich überprüfbare Entscheidung durch die Beklagte nicht vor (vgl. BSG mit Urteil vom 16.11.2005 - [B 2 U 28/04 R](#) -). Zwar hat der Kläger im Widerspruchsverfahren neben der Anerkennung der BK Nr. 2102 der BKV dann auch die Gewährung von Verletztenrente erstmals beantragt. Dieser Antrag war mangels einer insoweit nicht anfechtbaren Verwaltungsentscheidung im Rahmen des Widerspruchsverfahrens unzulässig. Hierüber musste die Beklagte im Widerspruchsbescheid deshalb sachlich nicht entscheiden. Im Widerspruchsbescheid vom 07.09.2007 hat die Beklagte auch keine, die Klagemöglichkeit eröffnende Sachentscheidung wegen der Gewährung von Verletztenrente getroffen. Die Berufung war deshalb schon aus diesem Grund insoweit zurückzuweisen.

Unabhängig davon steht dem Kläger ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente oder einer Stützrente, wie er hilfsweise beantragt hat, gegen die Beklagte nicht zu.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert mindern (§ 56 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII ).

Hiervon ausgehend ruft die BK beim Kläger keine Gesundheitsstörungen vor, die mit einer MdE von wenigstens 10 v. H. zu bewerten sind. Dr. L. hat in seinem Gutachten und seinen ergänzenden Stellungnahmen nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die Beschwerdesymptomatik des Klägers nicht auf Schäden der Menisken, sondern auf (noch altersentsprechende) Veränderungen an den Kniegelenken beidseits mit klinischer Manifestation von der medialen und vor allen Dingen retropatellar betonten Gonarthrose (im Bereich des Kniescheibengleitlagers und der Kniescheibe) zurückzuführen sind. Diese Gonarthrose besteht, wie eine beginnende Chondromalazie im Bereich des tragenden Kompartiments, unabhängig von der BK, wie Dr. L. und Professor Dr. B. überzeugend dargelegt haben. Auch Dr. Le. und Dr. Pa. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an den Senat haben einen Zusammenhang dieser Veränderungen und der Beschwerdesymptomatik mit der BK nicht angenommen. Gegen einen solchen Zusammenhang spricht, dass der Bereich des Kniescheibengleitlagers und der Kniescheibe am weitesten von den Menisken entfernt liegt und es deswegen wenig wahrscheinlich erscheint, dass diese Veränderungen durch die BK hervorgerufen werden. Gegen einen Zusammenhang spricht weiter, dass die Sanierung der Meniskusveränderungen an beiden Kniegelenken, zuletzt am rechten Kniegelenk am 15.12.2010, beidseits keine Änderung oder Verbesserung der Beschwerdesymptomatik und des Leidensdrucks des Klägers bezüglich seiner Kniegelenksbeschwerden erbracht haben, wie Dr. L. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13.02.2012 nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt hat. Die genannten Veränderungen führen nach den weiteren überzeugenden Ausführungen von Dr. L. zu einer schmerzbedingten Einschränkung der Beugefähigkeit der Kniegelenke, die der vom Kläger geschilderten Beschwerdesymptomatik entsprechen. Eine (verbliebene) durch die Meniskopathie hervorgerufene Beschwerdesymptomatik besteht beim Kläger dagegen nicht. Einklemmungserscheinungen, Blockierungen oder einschließende Schmerzen bei bestimmten Bewegungen, vor allen Dingen mit Drehkomponente, wird in keinem der gutachterlichen Untersuchungsbefunde beschrieben und war auch anamnestisch nicht zu erheben, wie Dr. L. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13.02.2012 nachvollziehbar und überzeugend dargelegt. Dass die Meniskopathie des Klägers MdE-relevante Funktionsausfälle hervorruft, ist danach zur Überzeugung des Senates nicht der Fall. Dem entspricht auch die unfallversicherungsrechtliche Literatur. Danach bedingt ein Meniskus(teil-)Verlust bei komplikationslosem Verlauf keine wesentliche MdE. Erst bei sekundären Knorpelschäden, kann sich eine relevante MdE ergeben, die dann nach dem Ausmaß der Funktionseinschränkungen einzuschätzen ist (vgl. Schönberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 640). Dass es bei den arthroskopisch durchgeführten Meniskusresektionen zu Komplikationen gekommen ist, ist nicht ersichtlich. Sekundäre Knorpelschäden, die das altersentsprechende Maß überschreiten, liegen beim Kläger nach den übereinstimmenden Bewertungen von Dr. L. , Dr. Le. und Professor Dr. B. nicht vor. Die nicht näher begründete abweichende Ansicht von Dr. Le. in seinem Gutachten vom 30.03.2010, der Schmerzen und eine daraus resultierende verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit beider Kniegelenke der Meniskopathie zuordnet, ist für den Senat nach dem Ausgeführten nicht

nachvollziehbar, weshalb ihr nicht gefolgt werden kann.

Dies gilt auch für die Bewertung der MdE durch Le. (20 v.H.), Professor Dr. B. (10 v.H.) und von Dr. Pa. in dem vom Kläger vorgelegten ärztlichen Gutachten vom 10.04.2012 (20 v.H.). Sie beziehen in ihre Einschätzung der MdE die nicht im Zusammenhang mit der BK stehende Beschwerdesymptomatik ein, weshalb Ihre MdE-Bewertungen nicht überzeugend sind.

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

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht. Der Senat misst den entschiedenen Rechtsfragen, insbesondere zu den Voraussetzungen des Vorliegens einer BK 2102 der BKV im Hinblick auf den klaren Wortlaut des Tatbestandes der BK Nr. 2102 "Meniskusschäden" keine grundsätzliche Bedeutung bei.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-07-13