

L 8 U 4491/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 3 U 176/13

Datum

26.09.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 4491/13

Datum

08.04.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.09.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob beim Kläger eine Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2112 (Gonarthrose) der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) vorliegt und ihm deswegen auch Verletztenrente zusteht.

Für den 1956 geborenen und von 1971 bis 2010 (ausgenommen 1987-1988) als Fliesenleger tätig gewesenen Kläger zeigten sein Arbeitgeber (Anzeige des Unternehmers vom 11.01.2010) und die behandelnde Allgemeinärztin Dr. Wi. (Ärztliche Anzeige bei Verdacht auf eine BK vom 18.01.2010) wegen anhaltender Kniebeschwerden bzw. rezidivierender, mehrfach operativ versorgter Knieschmerzen den Verdacht auf Vorliegen einer BK an.

Vorgelegt wurden u.a. der Operationsbericht der A.-Sportklinik, P., vom 11.11.1997 über die arthroskopische Implantation einer vorderen Kreuzband-Plastik am linken Kniegelenk des Klägers und der Arztbrief des Orthopäden Dr. So. vom 03.11.2008, in dem als Diagnose eine posttraumatische Gonarthrose rechts, eine alte vordere Kreuzband(VKB)-Ruptur rechts, eine alte hintere Kreuzband(HKB)-Ruptur rechts und der Verdacht auf eine VKB-Reruptur links angegeben war. In der Folge war beim Kläger während der stationären Behandlung vom 23.02.2009 bis 25.02.2009 am 23.02.2009 eine Arthrolyse mit Notchplastik am linken Knie und Microfracture-Anfrischung am linken Knie unter der Diagnose einer HKB-Insuffizienz links durchgeführt worden (Entlassungsbericht der A.-Klinik, P., vom 25.02.2009). Der Entlassungsbericht vom 25.02.2009 enthält unter dem Abschnitt Befund/Beurteilung u.a. die Beschreibung einer medial betonten Pangonarthrose mit zarten Kantenödemen mediallyseitig tibial. Am 03.03.2010 erfolgte unter der Diagnose Pangonarthrose rechts und Z. n. VKB-Ruptur rechts sowie HKB-Insuffizienz rechts die Implantation einer bicondylären zementierten Kniegelenkprothese rechts (Entlassungsbericht der A.-Klinik, P. vom 10.03.2010).

In dem von der Beklagten übersandten Vordruck gab der Kläger unter dem 01.02.2010 an, Kniebeschwerden habe er erstmals seit 2007 rechts und seit 2006 links gehabt. Von 1968 bis 1982 habe er Fußball gespielt. Im Rahmen der von der Beklagten durchgeführten Ermittlungen holte sie auch den Verlaufsbericht der behandelnden Orthopädischen Gemeinschaftspraxis Prof. Ri., Dr. B. und Kollegen vom 09.02.2010 ein. Darin ist unter dem Vorstellungsdatum 24.10.1997 als Anamnese angegeben, der Kläger habe sich beim Fußball das linke Knie verdreht, bereits vor 15 Jahren sei eine Gipschiene verordnet worden und es sei lange Zeit gut gewesen. Am rechten Knie bestehe eine Bakerzyste, welche mehrmals punktiert worden sei.

In der von der Beklagten veranlassten beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Sche. vom 24.04.2010 ging dieser davon aus, dass die Gonarthrose überwiegend nicht auf die berufliche Tätigkeit zurückzuführen sei. An beiden Kniegelenken bestünden VKB-Verletzungen mit nachfolgender Plastik. Diese Kniegelenksverletzungen führten im weiteren Verlauf zu einer Instabilität, was die Verschleißentwicklung begünstige. Dies sei wesentliche Ursache der Gonarthrose. Weitere konkurrierende Ursachen seien eine Achsenfehlstellung und Gicht.

Mit Bescheid vom 11.08.2010 lehnte die Beklagte die Feststellung einer BK Nr. 2112 ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch des Klägers unter Hinweis auf das vorgelegte ärztliche Attest der Orthopädin Dr. Si. vom 11.10.2010, wonach die 40-jährige Tätigkeit als Fliesenleger mit überwiegender kniender Tätigkeit geeignet sei, eine Retropatellararthrose mit Chondromalazie hervorzurufen und eine Arthropathie mit Gichtanfall ihr während der Behandlung seit 1994 nicht bekannt geworden sei, wurde mit Widerspruchsbescheid vom

16.12.2010 zurückgewiesen. Im nachfolgenden Klageverfahren S 15 U 237/11 vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) verpflichtete sich die Beklagte im gerichtlichen Vergleich vom 12.05.2011, die arbeitstechnischen Voraussetzungen zu ermitteln und ein Zusammenhangsgutachten einzuholen und den Kläger neu zu bescheiden.

In der Stellungnahme vom 22.07.2011 zur Arbeitsplatzexposition kam der Präventionsdienst der Beklagten zum Ergebnis, der seit 03.03.2010 bis heute arbeitsunfähige Kläger habe beide Kniegelenke gleich stark belastet. Die kumulative Einwirkungsdauer während der Berufstätigkeit bis März 2010 habe 32.862 Stunden betragen. 13.000 Stunden seien im Jahr 1985 erreicht worden.

Im eingeholten Gutachten vom 25.10.2011 kam Prof. Dr. Schi. zu dem Ergebnis, dass die berufliche Gesamtbelastung mit 32.862 Stunden als wesentliche Teilursache zur Entstehung einer Gonarthrosen nicht vernachlässigt werden könne. Die Röntgenbilder der Kniegelenke von 2008 zeigten eine Gonarthrose im Stadium Kellgren III rechts und im Stadium Kellgren II links, was kein wesentliches seitendifferentes Schädigungsbild aufgrund einer beidseitigen kniebelastenden Tätigkeit ergebe. Ein typisches belastungskonformes Schadensbild einer Gonarthrose als Berufskrankheit sei derzeit nicht abgrenzbar. Als konkurrierende Ursache komme das Übergewicht des Klägers sowie die Verletzung des vorderen Kreuzbandes links 1997 in Betracht. Die Insuffizienz des rechten hinteren Kreuzbandes werde im Operationsbericht vom 03.03.2010 bestätigt. Gicht könne als konkurrierende Ursache wegen der einmaligen Manifestation im Sprunggelenk 1997 nicht in Betracht gezogen werden. Es bestehe eine Gesamt-MdE von 20 v. H. seit 03.11.2008.

Dieser Beurteilung widersprach Dr. Sche. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 04.12.2011. Am linken Kniegelenk sei 1997 eine alte VKB-Ruptur festgestellt worden, im Röntgenbild von 1997 habe sich eine Gonarthrose nach Kellgren I gefunden. Damit habe zu diesem Zeitpunkt keine BK-relevante Arthrose nach Kellgren II bestanden, obwohl die notwendige Kniestundenzahl bereits 1985 erreicht gewesen sei. Damit sei die Instabilität durch das fehlende VKB die wesentliche Ursache der Verschlechterung der Arthrose links gewesen, die 2008 diagnostiziert worden sei. Da keine wesentliche Seitendifferenz der Arthrose nach Kellgren festzustellen sei, könne man im Rückschluss annehmen, dass auch 1997 rechts ein Arthrosegrad nach Kellgren I vorgelegen habe. 2007 sei in einer Magnetresonanztomographie (MRT) eine alte VKB-Ruptur beschrieben worden, was sich später operativ bestätigt habe. Davon ausgehend habe auch am rechten Kniegelenk eine Instabilität durch Kreuzband-Verletzung bestanden, was die seitengleiche Arthroseentwicklung wesentlich verursacht habe. Auch für das rechte Knie sei der Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und der Gonarthroseentwicklung im Vollbeweis nicht zu erbringen. In der hierzu weiter eingeholten beratungsärztlichen Äußerung von Dr. Ko. vom 21.02.2012 stimmte dieser der Einschätzung von Dr. Sche. zu, denn etwa 50-70 % der Patienten mit Kreuzbandriss und verbliebener Instabilität zeigten nach 15-20 Jahren radiologische Veränderungen im Sinne einer Gonarthrose.

Mit Bescheid vom 11.07.2010 lehnte die Beklagte die Feststellung einer BK Nr. 2112 und die Gewährung von Leistungen ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14.11.2012 zurück. Der Widerspruchsbescheid wurde trotz Vertretungsanzeige eines Bevollmächtigten zuerst dem Kläger persönlich und wiederholend nochmals dem Klägerbevollmächtigten mit Zustellungsurkunde am 14.12.2012 zugestellt.

Am 11.01.2013 erhob der Kläger vor dem SG Klage mit dem Begehren, eine BK nach Nr. 2112 festzustellen und Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. zu gewähren. Er bezog sich zur Begründung auf das Gutachten von Prof. Dr. Schi ...

Das SG holte von Prof. Dr. Schi. die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 25.07.2013 ein. Darin schloss er sich der Auffassung von Dr. Sche. und Dr. Ko. an, dass die beidseitigen Kreuzbandverletzungen erhebliche konkurrierende Faktoren bei der Entstehung der beidseitigen Gonarthrosen seien. Eine kontinuierliche kniebelastende Tätigkeit von 1971 bis 2010 mit Erreichen der kumulativen Kniebelastungsdauer von 13.000 Stunden bereits 1985 hätte schon früher Verschleißerscheinungen aufzeigen müssen.

Mit Urteil vom 26.09.2013 wies das SG die Klage ab. Es stützt sich auf die gutachterlichen Äußerungen von Dr. Sche. , Dr. Ko. und Prof. Dr. Schi ...

Der Kläger hat gegen das Urteil am 16.10.2013 Berufung eingelegt und zur Begründung geltend gemacht, bereits in der Widerspruchsbegründung sei darauf hingewiesen worden, dass die Gonarthrose im rechten Kniegelenk rechtlich wesentlich der beruflichen Tätigkeit zugeordnet werden müsse. Im angefochtenen Urteil werde auf die Veränderungen an beiden Kniegelenken nicht getrennt eingegangen. Die im Jahr 1997 am linken Kniegelenk festgestellte Gonarthrose nach Kellgren I lasse sich nicht ohne weiteres auf das rechte Kniegelenk übertragen, da die Entwicklung des rechten Kniegelenkes nicht bildgebend dokumentiert sei. Insoweit sei auf die überzeugende Einschätzung der behandelnden Ärztin Dr. Si. und die Einschätzung von Prof. Dr. Schi. in seinem Gutachten vom 25.10.2011 zu verweisen. Das Alter der im Operationsbericht vom 03.03.2010 dokumentierten Ruptur des VKB rechts sei nicht beschrieben. Außerdem sei nach der Operation am linken Kniegelenk im November 1997 das rechte Knie bei der Arbeit stärker belastet worden, um das linke Knie zu schonen. In den 1990er Jahren seien der Erinnerung nach auch schon Röntgenaufnahmen vom rechten Kniegelenk in der A.-Klinik gefertigt worden. Entsprechend der Ankündigung des Klägers sind mit Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 25.03.2014 Röntgenbilder der A.-Klinik vom 24.10.1997 und 10.02.1998 und ein "Laufzettel" der A.-Klinik sowie eine persönliche Stellungnahme des Klägers an seinen Bevollmächtigten vom 20.03.2014 vorgelegt worden. Der nicht unterschriebene und datierte "Laufzettel" enthält den handschriftlichen Vermerk "vom rechten Knie war nichts vorhanden vor 2008".

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.09.2013 und den Bescheid der Beklagten vom 11.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.11.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, eine BK Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV festzustellen und Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihr bisheriges Vorbringen.

Der Senat hat von der A-Klinik mit Beweisanordnung vom 17.02.2014 sämtliches dort vorliegendes bildgebendes Material vom rechten Kniegelenk des Klägers, das vor 2008/2009 gefertigt worden ist, oder Befundberichte darüber, angefordert. Die Klinik hat daraufhin eine CD-ROM mit dem Vermerk " ...MRT + Rö 2008 + 2009" übersandt (Eingang am 26.02.2014).

Mit richterlicher Verfügung vom 14.01.2014 und wiederholend mit Verfügung vom 05.03.2014 sind die Beteiligten auf die Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hingewiesen worden und haben Gelegenheit zur Äußerung erhalten.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akte des Sozialgerichts beigezogen. Auf diese Unterlagen und auf die vor dem Senat angefallene Berufungsakte wird wegen weiterer Einzelheiten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) kann der Senat - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten sind mit richterlichen Verfügungen vom 14.01.2014 und wiederholend mit Verfügung vom 05.03.2014 auf die in Betracht kommende Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) sowie deren Voraussetzungen hingewiesen worden und haben Gelegenheit erhalten, zur Sache und zum beabsichtigen Verfahren Stellung zu nehmen. Die vom Kläger mit Schriftsatz vom 25.03.2014 vorgelegten Unterlagen (Röntgenbilder und "Laufzettel" sowie Stellungnahme des Klägers) hindern den Senat nicht, über die Berufung durch Beschluss zu entscheiden. Das den Beteiligten bereits mit richterlicher Verfügung vom 05.03.2014 mitgeteilte Ergebnis der gerichtlichen Beweisaufnahme ist mit dem Vorbringen im Schriftsatz vom 25.03.2014 nicht widerlegt, sondern vielmehr bestätigt worden, denn auch danach sind keine bislang nicht ausgewerteten Aufnahmen jetzt verfügbar geworden. Ein nochmaliger, wiederholender gerichtlicher Hinweis an die Beteiligten ist deshalb nicht erforderlich gewesen.

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten vom 11.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.11.2012 verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Feststellung einer BK nach Nr. 2112 und auf Gewährung einer Verletztenrente. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

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 in der Anlage 1 aufgeführt sind.

Unter Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV ist als Tatbestand der Berufskrankheit eine Gonarthrose aufgeführt, die durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbarer Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt 1 Stunde pro Schicht verursacht wurde.

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 Vollbeweises, 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.

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. stellvertretend BSG vom 12. April 2005 [B 2 U 27/04 R](#) [BSGE 94, 269](#) = SozR 4 2700 § 8 Nr. 15, jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72, 76](#)).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. zu den Unterschieden [BSGE 63, 277, 280](#) = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlich philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die

Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (ständige Rechtsprechung; vgl. stellvertretend zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006 [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#)., veröffentlicht in juris).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 [a.a.O.](#) m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3 5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Nach diesen Grundsätzen ist zur Überzeugung des Senats ein wesentlicher Zusammenhang zwischen der nachgewiesenen beidseitigen Gonarthrose des Klägers und seiner kniebelastenden beruflichen Tätigkeit als Fliesenleger nicht belegt. Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit im oben dargelegten Sinne ergibt sich ebenso wie für das SG auch für den Senat nicht aus den vorgelegten medizinischen Unterlagen und den gutachterlichen Äußerungen.

Hinsichtlich des linken Kniegelenks haben die Ärzte Dr. Sche. , Dr. Ko. und auch Prof. Dr. Schi. anhand des Krankheitsverlaufs auch zur Überzeugung des Senats nachvollziehbar dargelegt, dass die Entwicklung der arthrotischen Veränderungen im Kniegelenk mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf der 1997 diagnostizierten Kreuzbandverletzung beruht. Es spricht mehr dafür als dagegen, dass die kniebelastende Tätigkeit des Klägers, deren gesundheitsschädigende Wirkung mit der Mindestvoraussetzung von 13.000 Stunden faktisch bereits 1985 erreicht war, keine knieschädigende Auswirkung für den Kläger darstellte. Die 1997 erfolgte Implantation der VKB-Plastik am linken Kniegelenk beruhte auf der Diagnose einer bereits zu diesem Zeitpunkt als alt eingestuften VKB-Ruptur (Verlaufsbericht von Dr. B. , orthopädische Gemeinschaftspraxis Prof. Ri. , Dr. B. und Kollegen, P. , vom 09.02.2010). In Auswertung der Röntgenbilder von 1997 haben Prof. Dr. Schi. in Übereinstimmung mit Dr. Sche. und Dr. Ko. eine zu diesem Zeitpunkt noch nicht krankheitswertige Gonarthrose im Stadium Kellgren I diagnostiziert. Deshalb ist auch für den Senat die hieraus gezogene Schlussfolgerung der genannten Ärzte, Prof. Dr. Schi. hat sich jedenfalls in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24.07.2013 dieser Überzeugung angeschlossen, nachvollziehbar, dass für die Entwicklung zur Gonarthrose links im Stadium Kellgren II die verbliebene Instabilität infolge der Kreuzband-Verletzung maßgebend war. Der Senat stimmt insoweit auch den Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil zu. Es ist für den Senat nicht erkennbar, dass die Entwicklung zur Erkrankung einer Gonarthrose Grad II nach Kellgren in dem Zeitraum von 11 Jahren, nämlich von 1997 bis 2008, allein durch das Zusammenwirken der konkurrierenden Faktoren kniebelastende Berufstätigkeit und Kreuzbandverletzung hervorgerufen worden ist. Die übereinstimmende Beurteilung der begutachtenden Ärzte misst dem konkurrierenden Faktor der Kreuzbandverletzung eine überragende Bedeutung zu. Der Senat hat keine Anhaltspunkte dafür, dass diese auf dem besonderen Fachwissen der gehörten Ärzte zurückzuführende medizinische Beurteilung fehlerhaft ist. Jedenfalls ergibt sich keine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, dass die kniebelastende Tätigkeit zumindest annähernd gleichwertige Bedeutung wie die durch die Kreuzbandverletzung hervorgerufene Instabilität des Kniegelenks für die Ausbildung der Gonarthrose hat. Das medizinische Bild einer belastungsbedingten Gonarthrose ist nicht abgrenzbar von einer auf anderer Ursache beruhenden Gonarthrose, z.B. einer posttraumatischen Gonarthrose, wie Prof. Dr. Schi. ausgeführt hat. Nach Dr. Ko. ist empirisch belegt, dass Kreuzbandrupturen mit verbleibender Instabilität auch alleinige Ursache einer Gonarthrose sein können.

Die gleichen Überlegungen gelten aus Sicht des Senats - entgegen der Auffassung des Klägers - auch für die Gonarthrose des rechten Kniegelenks. Auch am rechten Kniegelenk hat die Beklagte zur beruflichen Tätigkeit des Klägers eine Konkurrenzursache für die Entwicklung einer Gonarthrose nachgewiesen. Dr. So. , Orthopädische Gemeinschaftspraxis Prof. Ri. , Dr. B. u. Koll., beschrieb am 03.11.2008 eine posttraumatische Gonarthrose rechts bei alter VKB- und HKB-Ruptur am rechten Knie (Arztbrief vom 03.11.2008). Diese Beurteilung war u.a. auf ein MRT des rechten Knies vom Dezember 2007 gestützt, aus dem sich eine fortgeschrittene Arthrose aller Kompartimente, ein fehlendes VKB, ein elongiertes HKB und eine Innenmeniskus- sowie Außenmeniskus-Läsion ergab. Diese Diagnose wiederholte er aufgrund der Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenks vom 30.12.2009 (Arztbrief vom 30.12.2009), wonach die Verkalkungen und die Osteophyten im Gesamtgelenk im Vergleich zur Voruntersuchung nach seiner Beurteilung nicht zugenommen hatten. Auch Prof. Dr. Schi. wertete das MRT des rechten Kniegelenks vom 17.12.2007 in Übereinstimmung mit Dr. So. hinsichtlich der beschriebenen Bandverletzungen aus und entnahm der Aufnahme darüber hinaus den Nachweis einer ca. 3 cm großen Baker-Zyste. Damit steht für den Senat fest, dass jedenfalls im Jahr 2007 bereits alte Bandverletzungen mit fortgeschrittener Arthrose Grad III nach Kellgren vorgelegen haben.

Zur Überzeugung des Senats bestand eine Bandverletzung rechts auch zu einem nicht näher bestimmbar, aber früheren Zeitpunkt vor 2007. Denn der Kläger hatte bei der Vorstellung in der Orthopädische Gemeinschaftspraxis Prof. Ri. u. Koll., P. , am 03.11.2008 beidseitige Kniebeschwerden geklagt (Verlaufsbericht von Dr. B. vom 09.02.2010). Die Beschwerden bestünden schon seit Jahren, eine Schmerzzunahme habe er seit dem vorherigen Jahr bemerkt. Demzufolge waren Beschwerden auch am rechten Kniegelenk bereits vor der Beschwerdesymptomatik, die zu der MRT-Aufnahme im Dezember 2007 geführt haben, vorhanden. Damit übereinstimmend ist am 24.10.1997 anamnestisch am rechten Knie eine Baker-Zyste dokumentiert worden, welche mehrmals punktiert worden ist (Verlaufsbericht von Dr. B. vom 09.02.2010). Die Angaben des Klägers vom 01.02.2010 im Vordruck der Beklagten, Kniebeschwerden seien erstmals seit 2007 (rechts) bzw. seit 2006 (links) aufgetreten, sind daher nicht glaubhaft.

Die Angaben des Klägers vom 01.02.2010 im Vordruck der Beklagten sind auch in einem weiteren Punkt nicht zutreffend, denn er spielte auch über den dort genannten Zeitpunkt von 1982 hinaus noch, wenn auch möglicherweise nur noch gelegentlich, Fußball, wie sich aus dem Verlaufsbericht von Dr. B. vom 09.02.2010 ergibt. Danach hatte sich der Kläger am 24.10.1997 in der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis vorgestellt, weil er sich beim Fußballspielen das linke Kniegelenk verdreht habe. Außerdem hatte der Kläger bei der Vorstellung am 30.03.2000 angegeben, seit der Implantation der VKB-Plastik im November 1997 keine Probleme mit dem linken Knie gehabt zu haben, er habe sogar danach noch ohne Probleme Freizeitfußball gespielt.

Nach diesen Befunden und den dokumentierten Beschwerdeangaben des Klägers ist es ebenso gut möglich, dass die zwar erst 2007 diagnostizierte Kreuzbandverletzung am rechten Knie jedoch bereits viel früher entstanden ist - als typische Verletzung eines

Fußballspielers - und ursächlich für die Gonarthrose rechts im Ausprägungsgrad III nach Kellgren wurde, ebenso wie die Kreuzbandverletzung am linken Kniegelenk für die dortige Entwicklung der Gonarthrose. Bei der gegebenen Sachlage ist die Möglichkeit, dass abweichend zum linken Kniegelenk die Entwicklung der Gonarthrose rechts wesentlich von der beruflichen Tätigkeit beeinflusst wurde, nur eine ebenso gut denkbare Variante, die aber keine überwiegende Wahrscheinlichkeit im oben genannten Sinne begründet. Da vor 2007 keine bildgebenden Befunde über einen etwaigen Ausprägungsgrad der zu einem früheren Zeitpunkt bereits vorhandenen Arthrose vorliegen, ist nach dem zeitlichen Verlauf eine erst später einsetzende arthrotische Entwicklung zwar denkbar. Diese kann aber mit der gleichen Wahrscheinlichkeit sowohl auf die kniebelastende berufliche Tätigkeit - gegebenenfalls auch in der Form, dass die berufliche Tätigkeit unverzichtbare Mitursache für die durch die Kreuzbandverletzung ausgelöste Entwicklung sein könnte - wie auch auf die Kreuzbandverletzung wesentlich zurückgeführt werden, wobei nach der gutachterlichen Beurteilung von Dr. Sche. , Dr. Ko. und Prof. Dr. Schi. auch einiges dafür spricht, dass der gleiche Verlauf wie am linken Knie zu unterstellen ist. Unabhängig davon sind aber mit der nachgewiesenen Konkurrenzursache Kreuzbandverletzung keine weiteren Umstände ersichtlich, die mehr für als gegen den beruflichen Zusammenhang sprechen. Nach Einschätzung des Senats sind beide Verlaufsformen, alleinige Verursachung oder wesentliche Mitwirkung der beruflichen Tätigkeit einerseits und überragende alleinige Verursachung durch die Kreuzbandverletzung andererseits, gleichermaßen denkbar und möglich, was aber keine überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen beruflichen Zusammenhang begründet.

Weitere Ermittlungen waren nicht zu veranlassen. Weitere erfolgversprechende Ermittlungsansätze sind für den Senat nicht ersichtlich geworden. Die vom Kläger mit Schriftsatz vom 25.03.2014 vorgelegten Röntgenaufnahmen der A.-Klinik vom 24.10.1997 und 10.02.1998 sind Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks jeweils in 2 Ebenen, die keine weiteren Erkenntnisse erbringen. Die Aufnahmen in 2 Ebenen vom 24.10.1997 wurden bereits von Prof. Dr. Schi. wie auch von Dr. B. in dessen Verlaufsbericht vom 09.02.2010 ausgewertet. In diesem Verlaufsbericht wird auch der Befund der Röntgenaufnahme vom 10.02.1998 beschrieben. Abweichungen zu den bisherigen medizinischen Befunden ergeben sich hieraus nicht. Auf Anforderung des Senats, vor 2008 gefertigte Aufnahmen des rechten Kniegelenks vorzulegen, konnte die A.-Klinik nur eine CD-Rom mit MRT und Röntgenaufnahmen von 2008 und 2009 übersenden, was zu dem handschriftlichen Vermerk auf dem vom Kläger vorgelegten "Laufzettel" der Klinik passt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-04-11