

L 9 U 847/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 5029/11
Datum
13.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 847/13
Datum
23.02.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufungen des Klägers gegen die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts Freiburg vom 13. Februar 2013 werden zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch in den Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 und Nr. 2112 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) streitig.

Der 1956 geborene Kläger ist gelernter Maurer und war von 1971 bis 1989 bei der Firma W. sowie ab September 1989 bei der K. GmbH in diesem Beruf beschäftigt gewesen. Seit dem 19.10.2009 ist durchgehend Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, eine Beschäftigung hat der Kläger seitdem nicht mehr aufgenommen.

Mit Schreiben vom 11.05.2010 zeigte der Bevollmächtigte des Klägers den Verdacht auf das Vorliegen einer BK 2102 und 2112 der Anlage 1 zu BKV an. Der Kläger gab an, linksseitige Kniebeschwerden im August 2009 bemerkt zu haben. Eine Operation sei bislang nicht erfolgt. Er sei mit Pflasterarbeiten, Estrichlegen, Mauern beschäftigt gewesen. Zusätzlich sei er bei der Firma K. GmbH mit Eisenbinden betraut gewesen.

Die Beklagte zog Befund- und Behandlungsberichte der den Kläger behandelnden Ärzte sowie ein Vorerkrankungsverzeichnis der I. bei.

Im Bericht der M.-Klinik vom 18.06.2010 wurden nach einem stationären Aufenthalt des Klägers vom 31.05.2010 bis 09.06.2010 folgende Diagnosen genannt: chronisch rezidivierendes zervikovertebragenes Syndrom, chronisches lumbovertebragenes Syndrom, mögliche Psoriasisarthritis (rezidivierende Kniegelenksergüsse, Psoriasis vulgaris seit 33 Jahren), Osteopenie, arterielle Hypertonie, positive antinukleäre Antikörper. Beim Kläger bestünden seit Oktober 2009 linksseitige Knieschmerzen, eine Punktion sei durchgeführt worden. Im Röntgenbefund beider Kniegelenke hieß es, dass eine symmetrische Weite des Kniegelenkspaltes, intakte ossäre Strukturen, keine Weichteilkalzifikationen und keine entzündlichen Veränderungen festzustellen waren.

Im Bericht der K.-Klinik H. (stationärer Aufenthalt vom 29.12.2009 bis 19.01.2010) wurden eine Psoriasis vulgaris corporis et capitis, eine Psoriasisarthropathie, eine Adipositas I. Grades, eine essenzielle Hypertonie und ein Knieerguss links bei Psoriasisarthritis angegeben. Im Bericht derselben Klinik vom 13.09.2010 über eine vorangegangene medizinische Rehabilitation wurde über eine Psoriasis seit ca. 30 Jahren berichtet und ein Zustand nach Arthritis im Kniegelenk links 2009 mit Ergussbildung und Punktion angegeben. Im Bereich des linken Kniegelenkes bestünden Belastungsschmerzen, ein diskreter, nicht punktionswürdiger Reizerguss, eine nur diskrete Überwärmung, keine Kapselschwellung, keine Rötung und keine Pulsation. Die Außenbänder und das vordere Kreuzband waren stabil, Meniskusläsionszeichen nicht auszulösen.

Die orthopädische Gemeinschaftspraxis Dres. L. berichtete (Schreiben vom 23.03.2010) in der Anamnese u. a. über eine seit 1977 bekannte Psoriasis, eine seit Jahren bekannte Psoriasisarthropathie und über seit November 2009 bestehende rezidivierende Kniegelenksergüsse links. Im Befund beider Kniegelenke wurde ausgeführt, dass gerade Beinachsen, ein flüssiges Gangbild, normale Gelenkskonturen, keine Überwärmung, keine Rötung, eine mittelgradige Kapselschwellung, ein leichter Druckschmerz- lat. Patellafacette, keine Meniskuszeichen, kein Dehnungsschmerz des Lig. Coll. mediale vorlagen. Der Kapselbandapparat sei stabil gewesen, es habe kein Funktionsschmerz bestanden, Extension und Flexion seien regelrecht gewesen, es habe ein leichtes retropatellares Reiben mit positivem Zohlen-Zeichen

bestanden.

In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 27.12.2010 führte der Arzt für Chirurgie Dr. S. aus, dass das klinische Bild einer Gonarthrose (Kellgren 0-I) nicht vorliege und auch eine BK 2102 nicht anzuerkennen sei, weil am wahrscheinlichsten eine Psoriasisarthritis beidseits vorliege.

Die staatliche Gewerbeärztin Dr. G. führte in ihrer gewerbeärztlichen Feststellung vom 27.01.2011 aus, dass eine BK 2102 nicht zur Anerkennung vorgeschlagen werde, weil ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tätigkeit und Erkrankung nicht wahrscheinlich gemacht werden könne. Aktenkundig gebe es keine Hinweise auf eine Meniskuserkrankung im Bereich des rechten oder linken Kniegelenks.

Mit Bescheid vom 23.03.2011 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK 2102 sowie eine BK nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV und Ansprüche auf Leistungen oder Maßnahmen, die geeignet seien, dem Entstehen einer Berufskrankheit entgegenzuwirken, ab. Zur Begründung führte sie aus, dass ein Meniskusschaden nach Auswertung der eingeholten Unterlagen nicht vorliege. Am rechten und linken Kniegelenk bestünde eine Gonarthrose, deren Ausprägung aber dem Stadium Kellgren 0-I entspreche. Damit liege das anspruchsbegründende Krankheitsbild in dem in der wissenschaftlichen Begründung zur BK 2112 geforderten Ausmaß (mindestens Stadium Kellgren II) nicht vor. Außerdem lägen außerberufliche, konkurrierende Ursachen (Psoriasisarthritis) vor.

In getrennten Schreiben erhob der Bevollmächtigte des Klägers gegen die Ablehnung der beiden Berufskrankheiten Widerspruch. Diese Widersprüche wies die Beklagte, nachdem eine weitere Begründung nicht eingegangen war, mit Widerspruchsbescheid vom 16.08.2011 zurück. Ergänzend führte sie aus, dass auf den Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke vom 01.06.2010 intakte ossäre Strukturen mit allenfalls minimalen Veränderungen festgestellt worden seien. Erforderlich sei aber ein bestimmtes Ausmaß an degenerativen Umgestaltungen. Es müsse im Röntgenbild ein Stadium mindestens entsprechend Kellgren II-IV sichtbar sein. Das Krankheitsbild einer Gonarthrose sei somit nicht gegeben.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid hat der Bevollmächtigte des Klägers am 19.09.2011 beim Sozialgericht Freiburg (SG) zwei Klagen (S 11 U 5028/11 und [S 11 U 5029/11](#)) erhoben. Er hat an den von ihm geltend gemachten Ansprüchen festgehalten und einen Bericht des Institutes für Radiologie und Nuklearmedizin Freiburg vom 05.12.2011 über eine MRT des linken Kniegelenkes vom 02.12.2011 vorgelegt (Beurteilung: beginnende Chondropathie am distalen Femur und am Tibiakopf, Chondromalazie patellae Stadium II, beginnende Retropatellararthrose, fortgeschrittene mucoide Degeneration des Innenmeniskus mit Bildung eines Ganglions am Hinterhorn und einem schräg verlaufenden Einriss an der Oberfläche des Hinterhorns dorsomedial, keine Bandläsionen, keine Arthritiszeichen).

Das SG hat in beiden Verfahren den Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. P., Chefarzt der S.klinik-Orthopädie, Bad K., mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 29.08.2012 beidseits reizlose Kniegelenke, derzeit ohne Arthritisschub im linken Kniegelenk, seitengleiche Konturen, beidseits kein palpabler Gelenkerguss, kein Druckschmerz über dem inneren und äußeren Kniegelenkspalt bds. und keine Entzündungszeichen und keine wesentliche Beschwerdeangabe festgestellt. Es bestünde eine schmerzfreie Beweglichkeit ohne Gelenkblockaden. Zudem bestünden beidseits keine pathologischen Meniskuszeichen, die Extension/Flexion habe beidseits 0-0-140° betragen. Seine Röntgenuntersuchung habe rechts einen altersentsprechenden Normalbefund ohne vorausseilende Arthrosezeichen des rechten Kniegelenkes ergeben. Links bestünden glatte Konturen des innenseitigen und außenseitigen Tibiaplateaus ohne sichtbare osteophytäre Ausziehungen. In der Seitensicht finde sich eine initial beginnende Retropatellararthrose, ansonsten ein altersentsprechender Normalbefund. In der Tunnelaufnahme nach Frik fänden sich geringe Ausziehungen an den Kreuzbandhöckern beidseits, sonst noch glatte Konturen im Bereich der Fossa glenoidalis, keine vorausseilenden Arthrosezeichen und noch keine typischen röntgenmorphologischen Veränderungen einer Psoriasisarthropathie des linken Kniegelenkes. Bezogen auf die BK 2102 führte der Sachverständige aus, dass der Ursachenzusammenhang unter Berücksichtigung der von ihm dargestellten arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht erfüllt sei. Die beruflichen Expositionszeiten mit Arbeiten in Zwangshaltung der Kniegelenke seien beim Kläger begrenzt gewesen auf zwei- bis dreimal pro Jahr auftretende Pflasterarbeiten mit jeweils acht- bis vierzehntägiger Arbeitsdauer. Somit seien die Voraussetzungen für eine beruflich bedingte Mehrbelastung der Menisken nicht erfüllt. Darüber hinaus sei der Befund der Kernspintomografie vom 02.12.2011 (gleichzeitiges Vorliegen einer beginnenden Chondropathie sowie einer Innenmeniskushinterhorndegeneration sowie ein schräg verlaufender Riss im Bereich des Innenmeniskushinterhorns dorsomedial ohne Ausdehnung zum Meniskuszwiseinstück) nicht vereinbar mit den zu fordernden diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer BK 2102. Denn es fehle am typischen Zeichen eines belastungskonformen Meniskusschadens im Sinne einer degenerativ ausgewalzten und aufgefaserten Innenmeniskushinterhorndegeneration bzw. Rissbildungen, insbesondere in der Pars intermedia. Ein Korbhenkelriss läge zudem nicht vor. Schließlich hat er darauf hingewiesen, dass degenerative Veränderungen im Bereich des Innenmeniskushinterhorns häufig seien und auch ohne berufliche Mehrbelastung insbesondere im Innenmeniskushinterhorn auftreten. Angesichts des Alters des Versicherten könne mit großer Wahrscheinlichkeit von einem alterstypischen verschleißbedingten Befund am Innenmeniskushinterhorn ausgegangen werden. Diese Annahme werde insbesondere durch das Fehlen von sich ausdehnenden Rissbildungen im Zwischenmeniskusstück (Pars intermedia) unterstützt. Es sprächen damit mehr diagnostische Kriterien gegen als für die Annahme einer beruflich bedingten Fehlbelastung des Innenmeniskus am linken Kniegelenk. Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2102 am linken Kniegelenk seien damit nicht erfüllt.

Zur BK 2112 hat der Sachverständige ausgeführt, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen mit dem Nachweis einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von geforderten mindestens 13000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde Zeitanteil pro Arbeitsschicht sicherlich nicht erfüllt seien. Die Kernspintomografie vom 02.12.2011 zeige primär eine innenseitig betonte Ausdünnung des Gelenkknorpels. Die Röntgendiagnostik zeige im Wesentlichen einen altersentsprechenden Normalbefund ohne sichtbare osteophytäre Ausziehungen im Bereich beider Kniegelenke. Bei nicht nachweisbaren osteophytären Ausziehungen (knöcherne Randzacken) am inneren und äußeren Kniegelenkspalt läge kein höhergradiger Arthrosegrad vor. Nachweisbar seien lediglich geringe knöcherne Ausziehungen am Kreuzbandhöcker sowie am unteren Kniescheibenpol links im Sinne einer initialen Arthrose beider Kniegelenke (Arthrosegrad 0-I für das rechte Kniegelenk und Arthrosegrad I nach Kellgren für das linke Kniegelenk). Die Kriterien für den Nachweis einer beidseitigen Gonarthrose im Röntgenbild des Schweregrades II nach Kellgren seien damit nicht erfüllt. Diese Befunde sprächen gegen das Vorliegen einer typischen belastungskonformen Lokalisation des Knorpelschadens. Ferner müsse man von konkurrierenden Ursachenfaktoren ausgehen, nachdem es wiederholt zu Ergussbildungen mit Kniereizsymptomatik und entzündlicher Kniereizsymptomatik mit morgendlichen Anlaufschwierigkeiten gekommen sei. Diese Beschwerden passten zum Verlauf der Psoriasis. Die

rezidivierend auftretenden Schwellungen und Kniereizzeichen in Form von Ergussbildungen seien mit großer Wahrscheinlichkeit (in Abwesenheit einer relevanten Arthrose) auf die zugrunde liegende langjährige Schuppenflechte zurückzuführen. Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2112 der BKV lägen ebenfalls nicht vor.

Mit den Gerichtsbescheiden vom 13.02.2013 hat das SG die Klagen abgewiesen und sich zur Begründung den Ausführungen des gehörten Sachverständigen angeschlossen.

Gegen die ihm am 16.02.2013 zugestellten Gerichtsbescheide hat der Bevollmächtigte des Klägers mit den am 26.02.2013 beim Landessozialgericht eingegangenen Schreiben jeweils Berufung eingelegt ([L 9 U 847/13](#) und [L 9 U 849/13](#)), welche der Senat mit Beschluss vom 19.04.2013 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden hat.

Zur Begründung führt der Kläger aus, dass die Gutachten des Dr. P. hinlänglich bekannt seien, regelmäßig negativ ausgingen und infolgedessen nicht überzeugen könnten und zur Rechtsfindung denkbar ungeeignet seien.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg (S 11 U 5028/11) vom 13. Februar 2013 sowie den Bescheid des Beklagten vom 23. März 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. August 2011 aufzuheben und festzustellen, dass Kniebeschwerden und Kniegelenksergüsse Folge einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung sind und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg ([S 11 U 5029/11](#)) vom 13. Februar 2013 sowie den Bescheid des Beklagten vom 23. März 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. August 2011 aufzuheben und festzustellen, dass Kniebeschwerden und Kniegelenksergüsse Folge einer Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufungen zurückzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung der Berufskrankheiten Nr. 2102 und 2112 der Anlage 1 zur BKV nicht gegeben sind.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogene Akte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten der ersten und zweiten Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässigen Berufungen, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden hat, sind unbegründet.

Die hier vorliegenden kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklagen sind zulässig. Mit den Anfechtungsklagen nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) begehrt der Kläger die Aufhebung der die Anerkennung der streitigen BK ablehnenden Verwaltungsentscheidungen, mit den gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) zulässigen Feststellungsklagen begehrt er die Feststellung des Kausalzusammenhangs zwischen einer Gesundheitsstörung und einer Berufskrankheit. Dies stellt einen gesetzlich zugelassenen Fall einer Elementenfeststellungsklage dar.

Sie sind aber unbegründet, da weder der Versicherungsfall einer BK 2102 noch einer BK 2112 vorliegt.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - 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 §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)).

Wie das BSG in seiner Entscheidung vom 02.04.2009 ([B 2 U 9/08 R = SGB 2009, 355](#)) ausgeführt hat, lassen sich aus der gesetzlichen Formulierung bei einer Berufskrankheit, die in der BKV aufgeführt ist (sog. Listen-Berufskrankheit), im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten:

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. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (unter Hinweis auf BSG vom 27.06.2006 - [B 2 U 20/04 R - BSGE 96, 291 = SozR 4-2700 § 9 Nr. 7](#), jeweils Rn. 15; BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R - BSGE 96, 196 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), jeweils Rn. 13 ff.). Ebenso wie die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheits(-erst-)schaden und Unfallfolge beim Arbeitsunfall (vgl. nur BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R - BSGE 96, 196 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), jeweils Rn. 10) ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen der berufsbedingten Erkrankung und den Berufskrankheitenfolgen, die dann ggf. zu bestimmten Versicherungsansprüchen führen, bei der Berufskrankheit keine Voraussetzung des Versicherungsfalles.

Danach ist zu klären, ob Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten vorliegen (so der Tatbestand der BK 2102, siehe hierzu unter 1.) oder eine Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbarer Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von

mindestens 13000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht (BK 2112, siehe hierzu unter 2.) nachgewiesen werden kann. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist zu prüfen, ob auch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen Folge einer (oder beider) Berufskrankheiten sind.

Unter Berücksichtigung oben gemachter Ausführungen steht zunächst fest, dass der Kläger von 1971 bis zur bescheinigten Arbeitsunfähigkeit am 19.10.2009 auch kniebelastende Tätigkeiten, nach seinen Angaben zwei- bis dreimal pro Jahr an acht bis vierzehn Tagen, im Pflasterbau und damit im Rahmen einer versicherten Tätigkeit ausgeübt hat.

1. Ferner steht nach den Feststellungen des Sachverständigen Dr. P. und unter Berücksichtigung des kernspintomografischen Befundes des linken Kniegelenkes vom 02.12.2011 fest, dass dort neben einer beginnenden Chondropathie (Knorpelschaden) eine Innenmeniskushinterhorndegeneration mit schräg verlaufendem Einriss an der Oberfläche des Innenmeniskushinterhorns dorsomedial zum Meniskuszwiseinstück (Pars intermedia) vorliegt.

Ein Meniskusschaden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten, wie es die BK 2102 der Anlage 1 zur BKV verlangt, liegt indes nicht vor. Denn es ist nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die vom Kläger in Ausübung seiner versicherten Tätigkeiten getätigten Verrichtungen und die damit einhergehenden Einwirkungen dessen Kniegelenkserkrankung (Meniskuserkrankung) wesentlich verursacht haben. Dem steht zur Überzeugung des Senats schon entgegen, dass beim Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen für das Vorliegen der BK 2102 der Anlage 1 zur BKV nicht gegeben sind. Mit dem Sachverständigen Dr. P. hält auch der Senat eine berufliche Mehrbelastung der Menisken unter Würdigung der vom Kläger angegebenen knieenden Tätigkeiten in einem Umfang von zwei- bis dreimal pro Jahr mit jeweils acht bis vierzehntätiger Arbeitsdauer nicht für ausreichend, eine schädigende Einwirkung auf den hier allein im linken Kniegelenk geschädigten Meniskus zu begründen.

Eine zu fordernde überdurchschnittliche Belastung der Kniegelenke ist biomechanisch gebunden an eine Dauerzwangshaltung, insbesondere bei Belastungen durch Hocken oder Knien bei gleichzeitiger Kraftaufwendung oder an eine häufig wiederkehrende erhebliche Bewegungsbeanspruchung, insbesondere durch Laufen oder Springen mit häufigen Knick-, Scher- oder Drehbewegungen auf grob unebener Unterlage (Merkblatt zu Nr. 2102 in der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 11.10.1989, BABl. 2/1990, II. Pathophysiologie, abgedruckt bei Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung [BKV], Stand Nov. 2015, M 2102). Beispielhaft genannt für überdurchschnittliche Belastungen in diesem Sinne sind Arbeiten im Bergbau unter Tage, bei Ofenmaurern, bei Fliesen- oder Parkettlegern, bei Rangierarbeitern und bei Berufssportlern sowie Tätigkeiten unter besonders beengten Raumverhältnissen (Merkblatt zu Nr. 2102, I. Gefahrenquellen).

Dabei ist die Frage, welcher Einwirkungen es mindestens bedarf, um eine BK zu verursachen bzw. unter Einbeziehung weiterer Kriterien die Anerkennung einer BK zu rechtfertigen, unter Zuhilfenahme medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu bewerten. Als aktueller Erkenntnisstand sind solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also Konsens besteht. Nach dem derzeit aktuellen Erkenntnisstand bestehen gesicherte Erfahrungswerte über eine notwendige Gesamteinwirkung auf den Meniskus, d.h. eine Mindestmenge an meniskusbelastenden Tätigkeiten, nicht. Ein wissenschaftlich definierter Dosis-Wirkung-Zusammenhang, welche Einwirkungen meniskusbelastender Berufstätigkeiten das Risiko einer Meniskuserkrankung in einem ausreichenden Maß gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhen, um eine BK 2102 BKV hervorzurufen, besteht derzeit nicht. Der Versicherte muss aber während eines wesentlichen Teils seiner täglichen Arbeitszeit in Zwangshaltungen gearbeitet haben, wobei davon auszugehen ist, dass ein Zeitanteil von etwa einem Drittel der Arbeitsschicht (neben der mehrjährigen Belastung) als "Orientierungswert" gilt, da die Menisken bei einem geringeren Zeitanteil belastender Tätigkeit Zeit haben, sich zu erholen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 636; ebenso Rompe/Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Auflage 2009, S. 565, LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23.10.2015 - [L 8 U 3782/14](#) - und 26.09.2013 - [L 6 U 5526/11](#) -, m.w.N.). Das Tatbestandsmerkmal "andauernd" sowie der Umstand, dass sich nach der genannten medizinischen Erkenntnis Menisken "erholen" können, erfordern für die Anerkennung einer BK 2102 daher, dass jedenfalls ein gewisser Zeitanteil mehrjährig kniebelastend gearbeitet wurde. Vorliegend lässt der Senat offen, ob das Verlegen von Pflastersteinen eine meniskusbelastende Tätigkeit darstellt, die in Dauerzwangshaltung bei Belastungen durch Hocken oder Knien bei gleichzeitiger Kraftaufwendung auszuführen war, da schon zweifelhaft ist, ob im Rahmen dieser Tätigkeit aus einer Dauerzwangshaltung heraus unter Einsatz der Kniegelenke Kraft aufgebracht werden musste (verneinend Ludolph in Der Unfallmann, 13. Aufl., Seite 547 f. für das Versetzen von Pflastersteinen bei einem vor den Knien liegenden Arbeitsfeld). Es kann auch dahingestellt bleiben, ob dieser Zeitanteil ca. ein Drittel betragen muss (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.09.2001 - [L 17 U 26/01](#), juris) oder ob auch ein geringerer Zeitanteil (generell oder bei besonderen Fallgestaltungen) ausreicht (vgl. hierzu LSG Baden-Württemberg Urteile vom 05.08.2008 - [L 1 U 3824/06](#) -, 30.07.2014 - [L 3 U 608/13](#) -, 26.09.2013 - [L 6 U 5526/11](#) -, m. w. Rechtsprechungsnachweisen, jeweils nicht veröffentlicht, und 01.07.2011 - [L 8 U 2252/09](#) -, juris und sozialgerichtsbarkeit.de). Denn der Kläger hat hier schon nicht in einem zeitlich wesentlichen Umfang kniebelastende Tätigkeiten ausgeführt, weshalb von einer ausreichenden Erholungszeit der Menisken ausgegangen wird und weshalb das Vorliegen einer BK 2102 beim Kläger unwahrscheinlich ist.

Schließlich ist der erhobene Befund im Bereich des Meniskus links nach den Ausführungen des gehörten Sachverständigen Dr. P., dem der Senat folgt, nicht mit der hierfür erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf eine - unterstellte - meniskusbelastende Tätigkeit zurückzuführen. Auch wenn es Zweifel an einem sogenannten belastungskonformen Schadensbild gibt (vgl. hierzu Ludolph, a.a.O. S. 547), spricht auch der vorliegende Befund nicht für eine durch eine meniskusschädigende Tätigkeit verursachte Meniskusdegeneration. Denn der kernspintomografisch nur einseitig feststellbare Einriss im Bereich der Oberfläche des Hinterhorns, ohne dass zugleich eine wesentliche Degeneration in diesem Bereich festzustellen war und ohne dass Rissbildungen auch im Bereich der Pars intermedia vorliegen, spricht eher für eine physiologische Alterung. Auch Ludolph (a.a.O., S. 548) führt hierzu aus, dass zu fordernde, dem Alter vorausseilende Texturstörungen durch schwere Entartungserscheinungen mit Zerstörung der Meniskussubstanz dominieren und makroskopische Zeichen derartiger Texturstörungen eine Verfärbung und Aufsplitterung sowie Auflösung der Gewebsstruktur sind. Entsprechend äußern sich Schönberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O., S. 633), wo als typisch für das Krankheitsbild einer BK 2102 eine als aufgewalzt und aufgefasert zu beschreibende Degeneration des Innenmeniskushinterhorns und Risse in der Übergangszone des Meniskuszwiseinstücks (Pars intermedia) zum Hinterhorn beschrieben werden. Eine solche Ausprägung der Degeneration war kernspintomografisch aber nicht nachweisbar, weswegen auch diesbezüglich eine Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs nicht begründet werden kann.

2. Für die Anerkennung einer BK 2112 fehlt es bereits am Nachweis einer entsprechenden Diagnose. Eine der BK 2112 entsprechende Diagnose hat folgende Voraussetzungen (Merkblatt zur BK 2112 in der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 30.12.2009, GMBI. 2010, 98, abgedruckt in Mehrten/Brandenburg, a.a.O., M 2112, S. 5, dem folgend die Begutachtungsempfehlungen des Spitzenverbandes der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung für die BK 2112 vom Juni 2014 - Begutachtungsempfehlungen -, S. 8):

- Chronische Kniegelenksbeschwerden,
- Funktionsstörungen bei der orthopädischen Untersuchung in Form einer eingeschränkten Streckung oder Beugung im Kniegelenk bzw. gleichgestellter Funktionsstörungen wie beispielsweise eine Krepitation bei der Gelenkbewegung (vgl. im Einzelnen die Begutachtungsempfehlungen S. 8),
- die röntgenologische Diagnose einer Gonarthrose entsprechend Grad 2 bis 4 der Klassifikation nach Kellgren et al.

Insoweit stellt der Senat fest, dass sich bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. P. schon keine bedeutsamen Funktionsstörungen nachweisen ließen. Er stellte beidseits reizlose Kniegelenke, ohne derzeitigen Arthritisschub des linken Kniegelenkes bei seitengleichen Konturen und ohne palpablen Gelenkserguss fest. Ferner bestand kein Druckschmerz über dem inneren und äußeren Kniegelenksspalt, keine Entzündungszeichen und "kaum" eine Beschwerdeangabe. Ferner fand er kein intraartikulierte Reiben, eine schmerzfreie, seitengleiche im Normbereich liegende Beweglichkeit bei der Kniegelenke ohne Kniegelenkblockaden. Die Funktionsprüfung der Seitenbänder ergab eine stabile Seitenbandführung und ebenso stabile Verhältnisse für das vordere und hintere Kreuzband. Beidseits waren keine pathologischen Meniskuszeichen zu erheben und eine seitengleiche Patella-Beweglichkeit festzustellen. Darüber hinaus fehlt es nach dem vorliegenden Gutachten bereits am Nachweis eines Knorpelschadens, der im Rahmen der BK 2112 gefordert wird. Denn durch die vorliegenden Röntgenuntersuchungen vom 01.06.2010 (M.-Klinik), die Röntgenbilder im Rahmen der Untersuchung durch Dr. P. und die MRT vom 02.11.2012 ist eine Gonarthrose wenigstens nach Grad 2 der Klassifikation nach Kellgren nicht nachgewiesen.

So wurde in der M.-Klinik der Befund beider Kniegelenke im Röntgenbild vom 01.06.2010 mit einer symmetrischen Weite des Kniegelenkspaltes, intakten ossären (=knöchernen) Strukturen, ohne Weichteilkalzifikationen (Verkalkungen) und ohne entzündliche Veränderungen beschrieben. Im Bericht des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin vom 05.12.2011 über die MRT des Kniegelenkes links vom 02.12.2011 wird lediglich über eine beginnende Chondropathie am distalen Femur und am Tibiakopf (eine innenseitig betonte Ausdünnung des Gelenkknorpels) berichtet, und die Röntgenbilder im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung ergaben glatte Konturen des innenseitigen und außenseitigen Tibiaplateaus ohne sichtbare osteophytäre Ausziehungen bzw. nur geringe Ausziehungen an den Kreuzbandhöckern beidseits bei ansonsten glatten Konturen im Bereich der Fossa glenoidalis ohne vorausseilende Arthrosezeichen. Unter Berücksichtigung dessen ist die Einschätzung des von der Beklagten hinzugezogenen Beratungsarztes Dr. S. vom 27.12.2010 und des gerichtlich gehörten Sachverständigen Dr. P., dass bei nicht nachweisbaren osteophytären Ausziehungen am inneren und äußeren Kniegelenksspalt und aufgrund der lediglich geringen knöchernen Ausziehungen im Kreuzbandhöcker sowie am unteren Kniescheibenpol links im Sinne einer initialen Arthrose beider Kniegelenke nur ein Arthrosegrad 0-I für das rechte und ein Arthrosegrad I nach Kellgren für das linke Kniegelenk erreicht wird, schlüssig und überzeugend.

Soweit in diesem Bericht über die MRT des linken Knies eine Chondromalazie patellae Stadium II (und insoweit korrespondierend das positive Zeichen nach Zohlen [Beurteilung der retropatellaren Knorpelsituation - also "hinter der Kniescheibe"] im Gutachten von Dr. P.) und eine beginnende Retropatellararthrose beschrieben werden, folgt hieraus nichts anderes. Denn weder eine Chondropathia patella noch eine Chondromalacia patella sind Erkrankungen, die von einer BK 2112 erfasst werden (Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., M 2112, S. 15).

Darüber hinaus ist als wesentliches Indiz gegen einen ursächlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit die nur einseitig vorliegende Gonarthrose zu werten (Seehausen in Medizinische Begutachtung der BK 2112, MED SACH 05/2010, S. 205 ff.;), nachdem auf der rechten Seite weder Beschwerden angegeben werden noch durch die gutachterliche Untersuchung funktionelle Einschränkungen belegt sind. Entsprechendes macht der Kläger auch nicht geltend.

Unabhängig vom medizinischen Sachverhalt ist darauf hinzuweisen, dass es auch am Nachweis einer nach dem Verordnungstext erforderlichen kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht fehlt. Der Senat berücksichtigt insoweit, dass der Kläger schon nicht zu den Merkblatt (I. Vorkommen und Gefahrenquellen, a.a.O. S. 2) genannten Berufsgruppen (Fliesenleger, Bodenleger, Teppichleger, Parkettleger, Natur- und Grundsteinlegung, Estrichleger, Pflasterer, Dachdecker, Installateure, Maler, Betonbauer, Bergleute im untertägigen Bergbau bei Tätigkeiten, die Arbeiten im Knien, Hocken, im Kriechen oder im Fersensitz erzwingen, Schweißer, Schiffbauer, Werftschlosser, Gärtner, Rangierer) gehört. Vielmehr hat der Kläger die typischen Arbeiten eines Maurers ausgeführt, wie dies der Präventionsdienst der Beklagten im parallel anhängigen Verfahren zur Feststellung einer beruflich bedingten Wirbelsäulenerkrankung festgestellt hat (vgl. Stellungnahme vom 28.02.2011, Bl. 32 im Verfahren [S 20 U 3698/10](#) vor dem SG). Der Kläger hat dabei allenfalls Teilbereiche der aufgeführten Berufe ausgeführt, ohne dass hierbei nach Überzeugung des Senats in Übereinstimmung mit der Wertung im Gutachten von Dr. P. eine kumulative Einwirkungsdauer von mindestens 13000 Stunden und eine Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht erreicht wurde. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass beide Grenzwerte voneinander unabhängig sind und die Mindestdauer pro Arbeitsschicht den unteren Grenzwert darstellt, bei dem die einzelne tägliche Belastung überhaupt geeignet ist, Kniegelenkschädigungen zu verursachen (vgl. Mertens/Brandenburg, a.a.O., M 2112, S. 16).

Darauf, dass der Sachverständige die vom Kläger angegebenen Beschwerden mit wiederholt auftretender Ergussbildung mit entzündlicher Kniereizsymptomatik und mit morgendlichen Anlaufschwierigkeiten in einem Zusammenhang mit der beim Kläger diagnostizierten Psoriasis-Erkrankung sieht, kommt es daher nicht an. Wobei der Senat keinen Zweifel hat, dass hierfür vieles spricht, weil die beim Kläger bestehende Schuppenflechte gleichzeitig mit einem Gelenkbefall auftreten kann, auch wenn radiologisch noch kein fortgeschrittenes Stadium einer Psoriasis-Arthropatie festgestellt werden konnte. Denn eine anderweitige Ursache als die langjährige Schuppenflechte ist für die rezidivierend auftretenden Schwellungen und Kniereizzeichen in Form von Ergussbildungen bei Fehlen einer relevanten Arthrose nicht ersichtlich und nach den Ausführungen des Sachverständigen ist ein solcher Zusammenhang mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Die Berufungen waren daher zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-26