

L 6 U 1518/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 9 U 583/10

Datum

19.11.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 1518/14

Datum

17.03.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der sachliche Anwendungsbereich für die Feststellung als Wie-Berufskrankheit ist grundsätzlich nicht mehr eröffnet, sobald die Anerkennung als Listen-Berufskrankheit möglich und nicht durch eine Stichtagsregelung ausgeschlossen ist.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 19. November 2013 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung einer Gonarthrose als Wie-Berufskrankheit streitig.

Der 1948 geborene Kläger wurde nach dem Hauptschulabschluss ab April 1963 im Betrieb seines Vaters zum Zimmerer und Dachdecker ausgebildet. Anschließend arbeitete er dort, unterbrochen von der Bundeswehrzeit von Juli 1968 bis Dezember 1969, bis November 1974 in abhängiger Beschäftigung. Ab Januar 1975 führte er, nachdem er zwischenzeitlich die Meisterprüfungen in beiden Berufen abgelegt hatte, den Betrieb in selbstständiger Tätigkeit bis Mitte August 2007 weiter; während dieser Zeit war er bei der Beklagten freiwillig versichert.

Der den Kläger behandelnde Hausarzt, der Internist Dr. B., zeigte der Beklagten im August 2007 den Verdacht einer Gonarthrose als Berufskrankheit an. Der Kläger teilte ihr Ende September 2007 mit, die Kniebeschwerden bestünden berufsbedingt. Sie seien erstmals 1995 aufgetreten und hätten seit einem Arbeitsunfall am 29. August 2005 zu dauernd starken Schmerzen geführt. Die Beschwerden würden bei knienden Tätigkeiten auf den Baustellen auftreten.

Der Mitarbeiter des Präventionsdienstes der Beklagten Sch. erstellte Ende Februar 2013 eine Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition, welcher ein von ihm erstelltes Gesprächsprotokoll vom 14. Februar 2013 nach einer persönlichen Unterredung mit dem Kläger an dessen Wohnort einen Tag zuvor zugrunde lag, das diesem übersandt und am 24. Februar 2013 von ihm unterschrieben worden war. Während der Ausbildung seien die Tätigkeiten als Zimmerer und Dachdecker vollzeitig und an ständig wechselnden Arbeitsplätzen ausgeübt worden. Von Anfang an seien während der kalten Jahreszeit keine Mitarbeitenden entlassen worden, vielmehr seien dann Arbeiten in Innenräumen ausgeführt worden. Hierbei habe es sich um die Parkettverlegung und den Dachgeschossausbau im Trockenbau gehandelt.

Der Bereich der Außenarbeiten habe die Zimmerei und Dachdeckerei umfasst. Reine Zimmererarbeiten, wie der Abbund und das ausschließliche Aufrichten von etwa Dachstühlen oder Gauben, seien anfangs nur ausnahmsweise ausgeführt worden. Hölzer seien überwiegend fertig abgebunden bezogen worden. Es habe praktisch immer eine Überschneidung zum Dachdeckerhandwerk bestanden. Es seien Dachstühle aufgerichtet, aber auch die Lattung und Dämmung angebracht worden. Anschließend sei die Eindeckung mit Dachpfannen und Biberschwanzziegeln (jeweils 50 %) erfolgt, bei größeren Gehöften, Scheunen oder Hallendächern seien Wellasbestzementplatten verwendet worden. Flachdächer seien nicht gedeckt worden. Es seien ausschließlich Steildächer bearbeitet worden. Zum Bereich der Innenarbeiten hätten die Parkettverlegung und der Innenausbau im Dachgeschoss gehört. Es seien Stab- und Mosaikparkette im Verhältnis 70 % zu 30 % verlegt worden, daneben Dielen, Ausgleichsschüttungen, Trittschalldämmungen und Estrichelemente. Das Verhältnis der beiden beschriebenen Bereiche, also von Außen- und Innenarbeiten, habe, bezogen auf die Arbeitsschichten, etwa 60 % zu 40 % betragen. Von Montag bis Freitag sei üblicherweise 10 Stunden täglich gearbeitet worden. Je nach Auftragsgröße habe teilweise auch an Samstagen gearbeitet werden müssen. Dies sei etwa an jedem zweiten Samstag der Fall gewesen. Der Kläger sei stets aktiv auf Baustellen tätig gewesen, habe also während der regulären Arbeitszeit keine administrativen Tätigkeiten oder Büroarbeiten ausgeführt. Diese seien an den Wochenenden und nach Feierabend erledigt worden. Der Mitarbeiter des Präventionsdienstes der Beklagten Sch. ging von 240

Arbeitsschichten pro Jahr aus, die zu Grunde zu legen seien. Der Kläger sei zu einer ähnlichen Einschätzung gekommen, wobei er etwa 32 Wochen für die Außen- und 16 Wochen für die Innenarbeiten angenommen habe, woraus sich ein Verhältnis von etwa 2/3 zu 1/3 ergebe. Im Wesentlichen seien die Tätigkeiten über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg vergleichbar gewesen, so dass die einzelnen Beschäftigungsabschnitte einheitlich bewertet werden könnten.

Für die Zeit von April 1963 bis Mitte August 2007 stelle sich die prozentuale Aufsplittung der Einzeltätigkeiten zusammenfassend wie folgt dar: Außenarbeiten, 60 % der Schichten: Steildach einlatten = 10 % der Schichten = 14 Schichten, Steildach dämmen = 50 % der Schichten = 72 Schichten, Steildach eindecken mit Dachpfannen = 10 % der Schichten = 15 Schichten, Steildach eindecken mit Biberschwanzziegeln = 10 % der Schichten = 15 Schichten, Wellplattenmontage = 10 % der Schichten = 14 Schichten und Zimmerei (Abbund und Aufrichten) = 10 % der Schichten = 14 Schichten sowie Innenarbeiten, 40 % der Schichten: Stabparkett verlegen = 21 % der Schichten = 20 Schichten, Mosaikparkett verlegen = 9 % der Schichten = 9 Schichten, schleifen und verkitten = 10 % der Schichten = 10 Schichten, Dielenboden verlegen = 10 % der Schichten = 10 Schichten und Trittschalldämmung verlegen, auch Schüttung, Holzfaserplatten und Estrichelemente = 50 % der Schichten = 47 Schichten.

Nach den Vorgaben der wissenschaftlichen Begründung zur Gonarthrose und aus Erfahrungen bei der Betrachtung der Tätigkeitsmerkmale an Vergleichsarbeitsplätzen ergebe sich, bezogen auf die Gonarthrose, eine Gesamtstundenzahl kniebelastender Tätigkeiten von 32.442 Stunden. Gestützt auf den Report des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (IFA-Report), Ausgabe 1/2010 habe sich eine die Knie betreffende Mindesteinwirkungsdauer von mehr als einer Stunde je Arbeitsschicht ergeben.

Der Beklagten lagen neben dem Vorerkrankungsverzeichnis der Innungskrankenkasse (IKK) Baden-Württemberg (heute: IKK classic), bei welcher der Kläger während seiner selbstständigen Tätigkeit gegen Krankheit freiwillig versichert war, verschiedene medizinische Befundunterlagen vor, insbesondere auch solche, die sich auf das Unfallereignis vom 29. August 2005 beziehen. Damals legte der Kläger den Weg zu einer Baustellenkontrolle bei einem Kunden mit dem Fahrrad zurück, wobei er vom Pedal abrutschte und auf das rechte Knie stürzte. Deswegen stellte die Beklagte mit Bescheid vom 26. September 2006 ein Recht des Klägers auf Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vom Hundert (v. H.) als Gesamtvergütung vom 4. Mai bis 31. Dezember 2006 fest. Als Folgen dieses Arbeitsunfalls wurden ein persistierender bewegungsabhängiger Schmerz im rechten Kniegelenk mit Schwellneigung und Teilriss des hinteren Kreuzbandes rechts bei vorbestehender Gonarthrose anerkannt. Demgegenüber seien in diesem Körperbereich eine viertgradige Knorpelläsion im medialen Kompartiment im Bereich des Schienbeines, eine drittgradige Chondromalazie des retropatellaren Gleitlagers, ein nahezu aufgebrauchter Außenmeniskus, zweitgradige Knorpelveränderungen im lateralen Kompartiment im Bereich der Tibia und Femurkondylen sowie darüber hinaus eine rheumatische Erkrankung mehrerer Gelenke nicht Folgen dieses Versicherungsfalles. Ein Recht des Klägers auf Rente nach dem 31. Dezember 2006 wurde abgelehnt (Bescheid vom 22. März 2007, Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 2007). Das Klageverfahren S 2 U 3160/07 beim Sozialgericht (SG) Konstanz, welches für den bei Klageerhebung noch in L. im Allgäu, Landkreis R., wohnenden Kläger zuständig war, verlief für ihn erfolglos.

Der Chefarzt der Rheumaambulanz der Rheumaklinik Bad W., Prof. Dr. J., äußerte nach einer klinischen Untersuchung des Klägers am 22. April 2004 zunächst den Verdacht auf eine seronegative rheumatoide Arthritis. Der Kläger habe über seit etwa einem halben Jahr bestehende rezidivierende Gelenkschmerzen in beiden Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- und Kniegelenken sowie Händen berichtet. Es habe eine endgradig leicht schmerzhaft Beugung im rechten Kniegelenk ohne Bewegungseinschränkung bestanden. Nach einer Untersuchung am 6. Mai 2004 diagnostizierte er eine seronegative rheumatoide Arthritis (ICD-10 M06.00). Im Vordergrund stünden noch die Beschwerden in den Händen und Knien.

Nach dem Unfallereignis am 29. August 2005 hatte der Kläger am 6. September 2005 den Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. L. aufgesucht, der eine Kniegelenkskontusion bei vorbestehender rheumatischer Erkrankung und eine diskrete Gonarthrose diagnostizierte. Es hätten ein deutlicher Kniegelenkserguss und eine endgradige Bewegungseinschränkung bei der Streckung bestanden. Radiologisch hätten eine deutliche Verkalkung der Menisken, eine leichte, medial betonte Gonarthrose und Zeichen einer Retropatellararthrose vorgelegen. Es sei eine Punktion einer 40 ml blutig tingierten Flüssigkeit vorgenommen worden, die eher alt gewesen sei. In seinem Ergänzungsbericht bei Verdacht auf einen Kniebinnenschaden vom 8. September 2005 erwähnte er, der Kläger, der zuvor gejoggt und Fahrrad gefahren sei, habe beruflich eine kniende Tätigkeit ausgeübt. Festgestellt worden seien eine Weichteilschwellung am medialen Bandapparat und in der Kniekehle sowie ein blutig-seröser Erguss.

Der Radiologe Dr. R. erstellte am 22. September 2005 ein Magnetresonanztomogramm (MRT) des rechten Kniegelenkes. Es seien eine Ruptur des hinteren Kreuzbandes, eine Ruptur des Innenmeniskushinterhorns mit Luxationsstellung nach medial, ein feiner Einriss des Außenmeniskushinterhorns basal, eine mediale Gonarthrose mit dritt- bis viertgradigem Knorpelschaden femoral und tibial, ein deutliches Knochenmarködem in den benachbarten Partien femoral und tibial, ein retropatellarer Knorpelschaden craniomedial sowie ein Status nach Dehnung des Retinaculum patellae mediale mit teils aufgefaserter Strukturen festgestellt worden.

Nach einer Arthroskopie des rechten Kniegelenkes am 27. September 2005 beschrieb der Chirurg Dr. B. eine Chondromalazie bis Stadium IV. Es sei eine Meniskusteilresektion vorgenommen und eine Abrasionsarthroplastik eingesetzt worden. Es hätten sich zwei kleine Knorpelglatten an der Pars media des medialen Tibiaplateaus, ein ausgefranster Lappenriss des Hinterhorns, eine Sklerosierung am medialen Kondylus, ein eingebluteter Synovialüberzug des hinteren Kreuzbandes mit erhaltener Kontinuität sowie retropatellar oberflächlich rasenartige und im Gleitlager pflastersteinartige Veränderungen gefunden.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr. B. nach einer ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 5. Dezember 2005 ein Gutachten. Der Kläger habe bei dem Unfall am 29. August 2005 ein Distorsionstrauma des rechten Kniegelenkes mit Teilruptur des hinteren Kreuzbandes erlitten. Diese Verletzung sei mit großer Wahrscheinlichkeit Folge des Unfallereignisses. Dieses sei geeignet gewesen, zu einer Verletzung des hinteren Kreuzbandes zu führen. Bei der ersten durchgangsarztlichen Untersuchung sei ein blutig-seröser Gelenkerguss punktiert worden, was auf eine frische Schädigung des Kniebinnenraumes hindeute. Bei der Arthroskopie des rechten Kniegelenkes habe sich eine frische Synovialeinblutung des Synovialschlauches des hinteren Kreuzbandes gezeigt. Unfallunabhängig bestünden beim Kläger eine fortgeschrittene Arthrose des medialen Gelenkspaltes mit einer Chondromalazie bis Stadium 4 sowie eine degenerative Innen- und Außenmeniskopathie. Somit sei es durch den Unfall zu einer Verschlimmerung einer bereits vorbestehenden Erkrankung des rechten Kniegelenkes gekommen.

Nach einer Untersuchung Mitte Februar 2006 berichtete Dr. L., beim Kläger bestehe noch immer eine deutliche Schmerzsymptomatik und eine deutliche Ergussneigung im rechten Knie. Dieser habe mehrfach versucht, als Zimmermann tätig zu werden, was fehlgeschlagen sei. Bei der heutigen Vorstellung hätten sich nach wie vor eine endgradige Streckhemmung von etwa 5° und eine Beugehemmung von etwa 15° gezeigt.

Über den stationären Aufenthalt des Klägers in der Berufsgenossenschaftlichen (BG-) Unfallklinik M. vom 24. bis 27. April 2006 berichtete der Ärztliche Direktor Prof. Dr. B. am 26. April 2006, diagnostiziert worden sei eine generalisierte Gonarthrose im Bereich des rechten Kniegelenkes. Am 25. April 2006 seien eine Arthroskopie und Kniegelenkspülung vorgenommen worden. Ein nahezu vollkommen aufgebrauchter Außenmeniskus und eine Pangonarthrose, bei unauffälligen Kreuzbändern, hätten dabei festgestellt werden können. Eine Knietotalendoprothese sei indiziert.

Dr. L. berichtete nach einer Untersuchung des Klägers Mitte Mai 2006, es bestehe eine Arthrose, die letztendlich einen Kniegelenkersatz erforderlich machen werde. Der Kläger habe berichtet, dass er zwischenzeitlich kurzzeitig beschwerdefrei gewesen sei. Mittlerweile habe sich jedoch erneut ein derzeit nicht punktionswürdiger Gelenkserguss entwickelt. Die Beweglichkeit sei endgradig eingeschränkt gewesen. Schmerzen bestünden ab und an. Der Kläger habe angegeben, am 4. Mai 2006 die Arbeit wieder vollschichtig aufgenommen zu haben.

Die Leitende Ärztin der Sektion Unfallchirurgie der Oberschwaben-Klinik gGmbH, Dr. St., erstattete im Auftrag der Beklagten ein so genanntes "Erstes Rentengutachten". Nach einer ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 1. August 2006 diagnostizierte sie eine Teiltraktur des hinteren Kreuzbandes rechts bei bereits zuvor vorhandener Gonarthrose. Vorbestehend seien eine viertgradige Knorpelläsion im medialen Kompartiment im Bereich der Tibia, eine drittgradige Chondromalazie des retropatellaren Gleitlagers, eine nahezu aufgebrauchter Außenmeniskus sowie eine zweitgradige Knorpelveränderung im lateralen Kompartiment im Bereich der Tibia und der Femurkondylen. Bei der klinischen Untersuchung sei das Gangbild flüssig und der Bandapparat des rechten Kniegelenkes stabil gewesen. Der Schneidersitz habe bei Schmerzhaftigkeit nicht eingenommen werden können. Radiologisch habe eine mediale Gonarthrose festgestellt werden können. Es sei ein persistierender, bewegungsabhängiger Schmerz des rechten Kniegelenkes mit Schwellneigung und teilweiser Ergussbildung verblieben. Vorbestehend sei eine rheumatische Erkrankung mehrerer Gelenke unklarer Genese.

Der Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie des Krankenhauses St. E. der Oberschwaben-Klinik gGmbH, Prof. Dr. M., erstellte für die Beklagte ein weiteres Rentengutachten und der Chefarzt der Abteilung Radiologie dieses Krankenhauses, Prof. Dr. St., hierzu ein radiologisches Zusatzgutachten, jeweils nach Untersuchungen des Klägers am 5. Februar 2007. Prof. Dr. M. führte aus, eine verheilte Teiltraktur des rechten hinteren Kreuzbandes mit verbliebener geringfügiger hinterer Instabilität sei Folge des Unfallereignisses vom 29. August 2005. Unfallunabhängig bestünde eine schwere Gonarthrose rechts mit schmerzbedingter Bewegungseinschränkung und Bakerzyste. Prof. Dr. St. ging von einer medial betonten Gonarthrose, Kniegelenksbinnenverkalkungen im Bereich des lateralen Gelenkspaltes sowie degenerativen Randkantenausziehungen im Bereich des medialen und lateralen Kniegelenkspaltes, retropatellar sowie im Bereich der Femurkondylen, aus.

Dr. L. teilte der Beklagten im Verwaltungsverfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit Anfang Dezember 2007 mit, der Kläger habe sich von Januar bis Juli 2004 in seiner Behandlung befunden, überwiegend wegen eines Karpaltunnelsyndroms, später wegen eines schnellenden Daumens und Fersenspornen. Lediglich bei der ersten Inanspruchnahme Mitte Januar 2004 habe er auch von Kniegelenkschmerzen berichtet. Eine weitere Diagnostik und Therapie der Kniegelenksymptomatik sei nicht erfolgt.

Im Verfahren S 2 U 3160/07 beim SG Konstanz ist Dr. K. mit der Erstattung eines orthopädischen Gutachtens beauftragt worden. Nach einer ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung des Klägers am 29. April 2008 führte dieser im Gutachten und in einer ergänzenden Stellungnahme Anfang September 2008 aus, Folge des Unfalls vom 29. August 2005 sei insbesondere eine leichte Instabilität des rechten Kniegelenkes nach hinten infolge einer verheilten Teiltraktur des rechten hinteren Kreuzbandes. Als unfallunabhängige Gesundheitsstörungen lägen eine aktivierte Arthrosis deformans des rechten und linken Kniegelenkes, eine Chondrokalzinose beider Kniegelenke, ein Teilverlust des Innen- und Außenmeniskus bei durchgeführten arthroskopischen Operationen und degenerativen Vorschäden des Faserknorpels (Meniskus), eine retropatellare Gelenkarthrose sowie offensichtlich bestehende Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, welche mit einem Basistherapeutikum (Methotrexat, MTX Hexal, 200 mg pro Woche) behandelt worden seien, vor. Unfallunabhängige Erkrankungen seien also eine drittgradige Gonarthrose rechts mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung bei Chondrokalzinose, eine beginnende Gonarthrose links mit Chondrokalzinose und eine Coxa profunda. Ausgeprägte zweit- bis viertgradige Knorpelschäden betrafen den medialen Femurkondylus und das mediale Tibiaplateau. Insbesondere die tibialen Knorpelschäden ("Knorpelglatten") entsprächen einem Knorpelschaden vierten und somit höchsten Grades, welcher unabhängig vom Unfallereignis vorliege. Wenn aber im Bereich des Tibiaplateaus bereits Knorpelschäden vierten Grades nachweisbar seien, also ein vollständiges Fehlen des hyalinen Knorpels, sei eine graduelle Verschlechterung dieses Befundes zumindest im tibialen Bereich nicht mehr möglich gewesen.

Nach zwei weiteren Arthroskopien des rechten Kniegelenkes am 10. Juni 2008 und 12. Februar 2009, mit zwischenzeitlicher Eröffnung des Kniegelenkes über einen medialen Zugang zum Innenmeniskus (sog. "Payr-Zugang") am 30. September 2008, diagnostizierte der Chirurg Dr. B. einen Zustand nach tibialer Umstellungsosteotomie Ende September 2008 mit kompletter Bioabrasion medial und retropatellar sowie der Trochlea femoris, mit jetzt ordentlichem Knorpelüberzug. Im Bereich des medialen Femurkondylus bestehe noch ein viertgradiger Knorpelschaden mit einer Größe von 2 x 2 cm. Ferner sei eine Reizsynovitis erkannt worden.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Dr. T. A. im Verfahren S 2 U 3160/07 beim SG Konstanz nach dessen ambulanter klinischer und radiologischer Untersuchung am 29. September 2008 ein orthopädisches Gutachten, welches er Ende November 2008 um eine Stellungnahme ergänzte. Es bestehe unter anderem eine fortgeschrittene Arthrose im Bereich des inneren Gelenkspaltes des rechten Kniegelenkes im Sinne einer unfallbedingten deutlichen Verschlimmerung eines vorbestehenden Knorpelschadens. Die zum Unfallzeitpunkt vorhandene dritt- bis viertgradige Knorpelschädigung am inneren Gelenkspalt sei nicht Folge des Unfalls. Bei der im Vergleich zur gesunden linken Seite bestehenden starken Arthrose sei eher von einem unfallbedingten Schaden als von einer schicksalhaften Arthrose auszugehen; insbesondere, weil am gegenseitigen linken Kniegelenk keinerlei Arthrosezeichen dieses Ausmaßes zu sehen gewesen seien. Werde ein verletzter Meniskus entfernt, trete oft eine Früharthrose des betroffenen Gelenkes ein, so dass es wahrscheinlicher sei, dass das Unfallereignis vom 29. August 2005 zuerst die Meniskusverletzung und nachfolgend die Arthrose

ausgelöst habe. Hinweise auf Vorerkrankungen der Menisken und Kreuzbänder lägen nicht vor.

Nach einem am 18. April 2009 erstellten MRT des rechten Kniegelenkes und einer röntgenologischen Untersuchung am 20. April 2009 berichtete der Radiologe Dr. H., es sei ein deutlich verschmälelter medialer Gelenkspalt bei ausgeprägter medialer Gonarthrose, welche entzündlich aktiviert gewesen sei, festgestellt worden. Zudem seien eine deutliche Femoropatellararthrose, eine degenerative dritt- bis viertgradige Meniskopathie medial und eine der Patellasehne an der Tuberosität tibiae zu erkennen gewesen. Es hätten deutliche Hinweise auf eine beginnende Pseudarthrose vorgelegen.

Die Radiologin Dr. F. führte nach einer Drei-Phasen-Sklettscintigraphie am 20. April 2009 aus, es habe eine Synovialitis im Bereich des rechten Kniegelenkes vorgelegen. Weiter sei eine Hyperfusion in diesem Körperbereich zu erkennen gewesen.

Nach einer stationären Aufenthalt des Klägers in der orthopädischen Klinik des O.-Hospitals des Klinikums S. vom 1. bis 17. Juni 2009 diagnostizierte der Ärztliche Direktor Prof. Dr. W. unter anderem einen Zustand nach valgisierender Tibiakopfeosteotomie mit Korrekturverlust und eine Pseudarthrosenentwicklung sowie eine rheumatoide Arthritis.

In der beratungsärztlichen Stellungnahme von Anfang September 2009 ging der Chirurg Dr. K. nicht vom Vorliegen einer Gonarthrose als Berufskrankheit aus. Wesentliche Ursachen seien eine Chondrokalzinose, eine rheumatoide Arthritis, eine Varusfehlstellung beidseits mit Umstellungsosteotomie rechts und eine Adipositas mit Metabolischem Syndrom. Es liege bei einer Körpergröße von 185 cm ein Körpergewicht von 115 kg vor. Außerdem fehle es an der Beidseitigkeit des Schadensbildes.

Das Regierungspräsidium Stuttgart teilte mit Schreiben von Ende September 2009 mit, von dem Berufskrankheitenfall Kenntnis genommen zu haben. Eine Bearbeitung durch eine Gewerbeärztin oder einen -arzt fände jedoch nicht statt.

Mit Bescheid vom 8. Oktober 2009 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Gonarthrose als Berufskrankheit ab. Diese Gesundheitsstörung sei seit 1. Juli 2009 als Nr. 2112 in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen worden. Da die Meldung der Erkrankung noch vor diesem Stichtag erfolgt sei, sei über das Vorliegen einer Berufskrankheit im Rahmen von [§ 9 Abs. 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII), also als Wie-Berufskrankheit, entschieden worden. Die Voraussetzungen hierfür lägen allerdings nicht vor. Im Falle des Klägers sei anhand der vorliegenden Röntgenaufnahmen und ärztlichen Befundberichte anlagebedingt eine Varusfehlstellung der Beine und eine rheumatische Arthritis, eine Chondrokalzinose sowie ein deutliches Übergewicht festgestellt worden. Diese Faktoren seien ursächlich für die Gonarthrose. Die berufliche Belastung trete demgegenüber in den Hintergrund. Außerdem wäre bei einer beruflichen Verursachung zu erwarten gewesen, dass beide Knie in gleichem Maße betroffen seien, was vorliegend nicht der Fall sei. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 5. Februar 2010 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 23. Februar 2010 beim SG Ulm Klage erhoben, mit der er die Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung einer Gonarthrose als Berufskrankheit verfolgt hat.

Das SG Ulm hat Dr. P. beauftragt, ein orthopädisch-chirurgisches Gutachten zu erstatten. Nach dessen Ausführungen nach einer ambulanten klinischen, röntgenologischen und optrimetrischen Untersuchung am 2. August 2010, welche um eine Stellungnahme von Ende Oktober 2010 ergänzt worden ist, liege ein ausgeprägter Knorpelschaden des rechten Kniegelenkes mit anhaltenden Reizerscheinungen, einem Belastungsdefizit und einer Bewegungseinschränkung vor. Diese Gonarthrose sei mit Wahrscheinlichkeit und in wesentlicher Weise durch die Berufstätigkeit als Zimmermann verursacht worden. Bei seiner gutachterlichen Untersuchung habe das Hauptproblem in der verminderten Patellamobilität und der sich daraus ergebenden Bewegungseinschränkung und verminderten Kraftentfaltung der Kniestrecker und Hüftbeuger bestanden. Radiologisch habe eine sehr deutliche Randosteozytenbildung am Ober- und Unterrand der Kniefläche sowie im patellaren Gleitlager vorgelegen. Hieraus habe sich das Bild einer deutlich vermehrten Belastung des patellofemorale Gelenkes ergeben, was den Beugebelastungen des Klägers im Berufsleben zuzuordnen sei. Das bedeute indes nicht, dass nicht auch das gesamte Kniegelenk mit einbezogen sei. Im Jahre 2004 habe sich bei diesem das typische Bild einer Polyarthritidis rheumatica gezeigt, weshalb eine Methotrexattherapie eingeleitet worden sei. In Bezug auf das rechte Kniegelenk habe sich nun eine lediglich endgradige, leicht schmerzhaft Beugung gezeigt, entsprechend einem Beugebelastungsproblem. Da in sämtlichen nach 2004 erhobenen Befunden eine Polyarthritidis, also der Befall vieler Gelenke, nicht mehr erwähnt und auch bei seiner Untersuchung nicht mehr vorhanden gewesen sei, habe sich die Autoaggression, wie sie für die rheumatoide Arthritis ursächlich sei, durch die Methotrexattherapie so zurückgebildet, dass sie keinen Krankheitswert im destruktiven Sinne mehr gehabt habe. Diese Erkrankung scheide somit als konkurrierende Ursache aus. Als Alternativursache komme die Chondrokalzinose, also eine sichtbare Ablagerung von Kalziumpyrophosphat-Dihydrat-Kristallen sowohl im Fasernknorpel als auch im hyalinen Knorpel in der Gelenkkapsel sowie in den periartikulären Weichteilstrukturen, ebenfalls nicht in Frage. Hierbei handele es sich um eine idiopathische Erkrankung, die als Präarthrose gewertet werde, allerdings über den Umweg einer ausgelösten Arthritis. Eine solche sei, werde von den Folgen des Unfallereignisses vom 29. August 2005 abgesehen, als nur auf das Kniegelenk bezogene Gonarthritidis nirgends beschrieben. Hinzu komme, das radiologisch in gleicher Weise Verkalkungen am linken, beschwerdefreien Kniegelenk zur Darstellung gekommen seien, ohne eine Arthrose hervorgerufen zu haben. Außer in der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. von Anfang September 2009 habe sich nach keinem der erhobenen Befunde ein Hinweis auf eine deutliche Varusfehlstellung des rechten oder linken Kniegelenkes gezeigt. Anlass für die valgisierende Umstellungsosteotomie sei die Feststellung einer medial betonten Gonarthrose gewesen. In solchen Fällen werde auch bei achsengerechter Stellung der Kniegelenke ein derartiger Eingriff diskutiert. Bei seiner Untersuchung habe er am beschwerdefreien linken Kniegelenk eine über das übliche Maß hinausgehende Varusstellung im Übrigen nicht feststellen können. Soweit sich nach erfolgter Umstellungsosteotomie der Hinweis auf eine Verschiebung der Beinachse um nur 2 cm in zwei Jahren finde, sei dies kein stichhaltiges Gegenargument. Insoweit handele es sich lediglich um eine Befundbeschreibung des Operationsergebnisses. Wenn ein Tatbestand sowohl die Merkmale eines Arbeitsunfalls als auch die einer Listen-Berufskrankheit erfülle, sei die Berufskrankheit vorrangig anzuwenden. Dr. K. habe in seinem Gutachten festgestellt, die degenerativen Veränderungen des rechten Kniegelenkes seien nicht in den ätiopathogenetischen Zusammenhang mit den Unfallfolgen zu stellen, auch nicht im Sinne einer Verschlimmerung. Letzterem stimme er nicht zu. Der Unfall vom 29. August 2005 habe bei dem bis dahin, bezogen auf das rechte Kniegelenk, beschwerdefreien sowie im Übrigen leistungsfähigen und sportlichen Kläger zu einer, wenn auch lang dauernden, aber vorübergehenden Verschlimmerung geführt, da jetzt ein Zustand vorliege, welcher der schicksalsmäßigen Weiterentwicklung des Leidens, also des berufsbedingten Schadens, entspreche. Dem Übergewicht komme zwar eine multiplikative Bedeutung zu, dieses sei vorliegend jedoch nicht als wesentliche Ursache der Gonarthrose anzusehen.

Nach der von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. von September 2010 hat diese eine weitere von ihm von Ende November 2010 übersandt. Wegen der biomechanischen Plausibilität sei bei einem belastungskonformen Schadensbild der vorliegend zu prüfenden Berufskrankheit zu erwarten, dass der Knorpelschaden im Patellofemoralgelenk beginne und sich von dort aus gegebenenfalls in das Kniehauptgelenk ausdehne. Der Knorpelschaden müsse danach in erster Linie und voraussetzend im Patellofemoralgelenk vorhanden sein. Bei einer bereits fortgeschrittenen Gonarthrose, wie vorliegend, müsse anhand früher erhobener Befunde nachgewiesen werden, dass sich der aktuelle Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit aus einem belastungskonformen Schadensbild heraus entwickelt habe. Dies sei durch das Gutachten von Dr. Pf. nicht belegt und auch nicht weiter diskutiert worden. Bei einem belastungskonformen Schadensbild seien in der R. auch beide Kniegelenke in vergleichbarem Ausmaß betroffen, was vorliegend nicht der Fall sei. Sowohl die rheumatoide Polyarthrititis als auch die Chondrokalzinose seien als konkurrierende Ursachen anzusehen, auch wenn sie angeblich aktuell keine Beschwerden verursachten. Die im medialen Gelenkbereich lokalisierte Gonarthrose weise auf eine deutliche Varusfehlbelastung des Kniegelenkes hin, die mitursächlich für die medial betonte Gonarthrose gewesen sei. Bei der Entstehung der Gonarthrose im rechten Kniegelenk komme somit den konkurrierenden Ursachen Polyarthrititis, Chondrokalzinose, Übergewicht und Varusfehlstellung die wesentliche Teilursache zu. Auch spreche der fehlende Nachweis, dass sich die jetzige Gonarthrose mit hinreichender Wahrscheinlichkeit aus einem belastungskonformen Schadensbild heraus entwickelt habe, und die fehlende Beidseitigkeit der Kniearthrose gegen das Vorliegen einer Berufskrankheit.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) ist Dr. M. mit der Erstattung eines orthopädisch-chirurgischen Gutachtens beauftragt worden. Nach seinen Ausführungen, die sich auf eine ambulante klinische Untersuchung des Klägers am 3. August 2011 sowie auf Röntgenuntersuchungen des rechten Kniegelenkes am 16. Dezember 2010 und des linken am 16. Februar 2011 stützen, bestünden eine rechtsbetonte beidseitige Femoropatellararthrose mit Funktionsstörungen beim Trepp- und Bergabgehen, Hinknien sowie in die Hocke gehen, eine mediale Gonarthrose nach Innenmeniskusresektion und hinterer Kreuzbandruptur mit einem Zustand nach valgisierender Umstellungsosteotomie, verzögerter Heilung und bleibender Bewegungseinschränkung, Schwellneigung, Muskel- und Kraftminderung sowie Belastungsinsuffizienz, degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit Muskelverhärtungen, Bewegungseinschränkung sowie Funktionsdefizit und Fehlstellung, eine rheumatoide Arthritis ohne aktuelle Krankheitsaktivität unter Methotrexattherapie sowie ein chronisches Schmerzsyndrom vom Typ III nach Gerbershagen mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Gonarthrose sei als Berufskrankheit anzusehen. Sowohl durch die klinische Untersuchung als auch die radiologische Dokumentation fänden sich beidseits deutliche femoropatellare Schädigungen als Ausdruck des belastungskonformen Schadensbildes. Die Tätigkeit als Zimmermann gehe anders als diejenige etwa eines Estrichlegers mit auch einseitig kniender Tätigkeit sowie schwerem Heben und Tragen und Stemmen von Lasten einher. Auch die Dauer der kniebelastenden Tätigkeiten erfüllten die Voraussetzungen für die zu prüfende Berufskrankheit. Da die rheumatoide Arthritis seit der Diagnosestellung im Jahre 2003 nach adäquater Behandlung weder weitere Gelenksbeschwerden oder -schwellungen hervorgerufen noch wiederholten Behandlungsbedarf erfordert habe, könne diese keinen Einfluss mehr auf die Entwicklung der Gonarthrose genommen haben. Aus empirischen und physiologischen Gründen scheide das Übergewicht des Klägers als wesentliche Ursache für die femoropatellare, aber auch die mediale Gonarthrose aus. Das Kniegelenk weise nahezu keine durch knöcherne Formgebung entstehende Stabilisierung auf, sondern werde durch die beiden Menisken, die Seiten- und Kreuzbänder sowie die Muskulatur stabilisiert. Im November 2010 sei beim Kläger im Rahmen der Rückentrainingtherapie eine Bioimpedanzanalyse durchgeführt worden, die mit 33 % einen hohen Muskelanteil am Gesamtgewicht ausgewiesen habe. Es sei anzunehmen, dass der Kläger zur Zeit seiner Berufstätigkeit noch mehr Muskelmasse aufgewiesen habe. Diese verstärkte Muskulatur bewirke einen Schutz auch der Gelenke. Der Varusfehlstellung komme vorliegend keine maßgebliche Bedeutung zu. Im Jahre 2008 sei beim Kläger eine valgisierende Umstellungsosteotomie zur Entlastung des medialen Gelenkspaltes durchgeführt worden. Im Operationsbericht sei eine Varusstellung von 10° im rechten Kniegelenk erwähnt. Ganzbeinaufnahmen seien nicht angefertigt worden. Auf einer Röntgenaufnahme von April 2008 sei sogar keine varische Beinachse zu erkennen. Eine Beinachsenstellung von 10° werde üblicherweise als leichtgradige Fehlstellung bezeichnet. In einer nach dem Unfallereignis Ende August 2005 durchgeführten Arthroskopie hätten sich bereits deutliche Verschleißerscheinungen femoropatellar sowie kleinflächig auch im inneren Kniegelenkspartiment gezeigt. Wegen der nachgewiesenen deutlichen Einblutung ins Gelenk und in die Gelenkinnenhaut sowie des kernspintomographisch nachgewiesenen so genannten "Bone bruise" (Knochenquetschung) müsse von einer erheblichen Krafteinwirkung ausgegangen werden. Das Unfallereignis sei somit auf einen bereits vorgealterten und durch schwere berufliche Belastungen in Mitleidenschaft gezogenen Innenmeniskus getroffen und habe diesen richtungsweisend verletzt. Im weiteren Verlauf sei es zu einem Kniegelenkstillstand mit erheblicher Verschlimmerung der Gonarthrose rechts gekommen, wie sie in den weiteren Arthroskopien dokumentiert sei. Auch das hintere Kreuzband habe für die weitere Entwicklung der Gonarthrose eine wichtige Rolle spielen können. In der ersten Arthroskopie sei eine synoviale Einblutung beschrieben worden. Sehr häufig würden Verletzungen des hinteren Kreuzbandes übersehen, da dieses anders als das vordere häufig in Elongation verheile und damit seine stabilisierende Funktion verliere, obwohl es vermeintlich als durchgängig nachweisbar sei. Der Innenmeniskus habe eine Puffer- und Stabilisierungsfunktion für den Gelenkknorpel. Auf diesen wirkten nach einer Verletzung und Teilentfernung höhere Belastungen ein. Die mediale Gonarthrose könne daher auch auf die Innenmeniskusschädigung zurückgeführt werden.

Nachdem die Beklagte von ihrem Mitarbeiter des Präventionsdienstes Sch. die Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition von Ende Februar 2013 hat erstellen lassen, ist Dr. Pf. durch das SG Ulm auch hierzu ergänzend befragt worden, woraufhin dieser ausgeführt hat, die mediale Gonarthrose rechts sei auf eine Innenmeniskusschädigung zurückzuführen. Wie im Falle des Knorpelschadens bestehe auch für diese Beeinträchtigung ein Zusammenhang mit der beruflichen Belastung. Ein belastungskonformes Schadensbild sei gelenkmechanisch vorhanden, da vorliegend auch die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt seien. Die Erhebungen hierzu seien entsprechend dem IFA-Report, Ausgabe 1/2010 durchgeführt worden und hätten eine Gesamtkniebelastung zwischen April 1963 und Mitte August 2007 von 32.442 Stunden ergeben. In der Stellungnahme des Präventionsdienstes der Beklagten sei beschrieben worden, das Dämmen von steilen Dächern habe 50 % der Arbeitsschichten eingenommen. Im Hinblick darauf sei zu beachten, dass dies entweder bei sehr steilen Dächern im Kniestand oder bei weniger steilen Dächern voll kniend durchgeführt werde. Da der Kläger Rechtshänder sei, sei eine vermehrte Belastung des rechten gegenüber dem linken Kniegelenk anzunehmen. Dies komme dadurch zustande, dass durch die linke Hand und den linken Arm diagonal zum rechten Kniegelenk eine Stabilisation erreicht werde sowie mit der rechten Hand und dem rechten Arm die eigentliche Tätigkeit erfolge. Daraus resultiere, dass arbeitstechnisch eindeutig eine vermehrte Belastung des rechten Kniegelenkes stattgefunden haben müsse. Somit habe bereits vor dem Unfall Ende August 2005 ein belastungskonformes Schadensbild am rechten Kniegelenk bestanden, welches durch das Trauma exazerbiert worden sei, infolge dessen sich eine Pangonarthrose entwickelt habe. Vier Wochen nach dem Unfallereignis seien kernspintomographisch eine Läsion des Innenmeniskus sowie degenerative Knorpelveränderungen an der Kniegelenkinnenfläche und dem Gleitlager des Oberschenkels festgestellt worden, wie sie durch den Unfall nicht hätten ausgelöst werden können. Sie seien vielmehr als vorbestehend im Sinne der vorliegend zu beurteilenden Berufskrankheit anzusehen. Durch den Sturz vom

Fahrrad sei es wegen der Gewalteinwirkung zu einer synovitisch-arthritischen Reaktion und damit zu einer Progression der Arthrose im Sinne einer Verschlimmerung eines vorbestehenden Zustandes gekommen.

In dem beim erstinstanzlichen Gericht anberaumten Termin zur mündlichen Verhandlung am 19. November 2013 hat der Kläger ausschließlich nur noch die Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung einer Gonarthrose als Wie-Berufskrankheit verfolgt. Das SG Ulm hat die Beklagte mit Urteil vom selben Tag verpflichtet, beim Kläger eine Gonarthrose rechts als Wie-Berufskrankheit anzuerkennen. Die Klage sei insbesondere nicht mangels Rechtsschutzbedürfnis unzulässig, weil die Gonarthrose mittlerweile seit Juli 2009 als Listen-Berufskrankheit aufgenommen worden sei. Hierdurch sei der Anspruch auf Anerkennung als Wie-Berufskrankheit nicht erloschen. Konstitutiv für die Feststellung einer Wie-Berufskrankheit sei nicht der Anerkennungsbescheid der Beklagten, sondern das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen für den Eintritt des Versicherungsfalls. Rechtsgrundlage für die Feststellung als Wie-Berufskrankheit sei [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#). Dessen Tatbestand sei erfüllt, insbesondere lägen beim Kläger die individuellen Voraussetzungen vor. Die Sachverständigen Dr. Pf. und Dr. M. hätten überzeugend dargelegt, dass die berufliche Tätigkeit des Klägers mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu der Gonarthrose rechts geführt habe. Aus der Listen-Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) ergebe sich eine tatsächliche Vermutung, die auch auf die Gonarthrose als Wie-Berufskrankheit zu übertragen sei. Hierbei handele es sich um keine unzulässige Vorwirkung eines materiellen Gesetzes, da diese nur bei Eingriffen zu Lasten der Versicherten, jedoch nicht zu ihren Gunsten gelte.

Gegen die der Beklagten am 17. März 2014 zugestellte Entscheidung hat diese am 2. April 2014 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg mit der Begründung Berufung eingelegt, eine einseitige berufliche Belastung der Knie sei nicht erwiesen, woraus sich indes einzig die unterschiedlichen Schadensbilder in beiden Kniegelenken erklären ließen. Der Herleitung des SG Ulm aus der Rechtshändigkeit liege kein gesicherter medizinischer Erfahrungssatz zugrunde.

Der Internist Dr. B., welcher den Kläger von 2004 bis 2008 hausärztlich behandelt hat, und die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. B., die diese Funktion nach dem Umzug des Klägers von L. im Allgäu nach B. übernommen hat, sind als sachverständige Personen schriftlich befragt worden.

Dr. B. hat mitgeteilt, er habe den Kläger erstmals am 20. Januar 2004 wegen Gelenkbeschwerden behandelt. Betroffen gewesen seien hauptsächlich die Handgelenke. Er habe ihn an den Rheumatologen Prof. Dr. J. überwiesen. Ob zum damaligen Zeitpunkt bereits eine Gonarthrose diagnostiziert worden sei, könne er im Nachhinein nicht mehr nachvollziehen. Von dort sei ihm lediglich die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis übermittelt worden, weshalb der Kläger entsprechend medikamentös behandelt worden sei. Aus seinen Unterlagen ergebe sich kein Hinweis für eine Pseudodochse. Ob eine Varusfehlstellung vorgelegen habe, könne er nicht sagen. Zwischen 2004 und 2008 habe beim Kläger eine mäßiggradige Adipositas bestanden. Er hat unter anderem einen Befundbericht des Facharztes für Radiologie Dr. G. nach einem am 14. Dezember 2009 erstellten Computertomogramm des rechten Knies vorgelegt, wonach der Kläger auch über zunehmende Gonalgien links berichtet habe.

Dr. B. hat ausgeführt, sie könne einzig zum Übergewicht des Klägers Angaben machen. Dieser sei 1,90 m groß und habe Anfang Januar 2009 ein Gewicht von 118 kg gehabt, wonach sich eine Adipositas vom Grad I ergeben habe. Sie hat einen Befundbericht des Facharztes für Radiologie Dr. L. nach einer am 21. September 2005 durchgeführten Phlebographie rechts vorgelegt, wonach ein ausgeprägter Kniegelenkserguss und eine Bakerzyste festgestellt worden seien. Des Weiteren hat sie einen Entlassungsbericht von Dr. R., Rehasentrum Bad Sooden-Allendorf, Klinik Werra nach einem stationären Aufenthalt des Klägers vom 11. Dezember 2012 bis 8. Januar 2013 übersandt, wonach unter anderem eine Gonalgie, rechts mehr als links, bei femoropatellarer und medialer Gonarthrose (ICD-10 M17.9) diagnostiziert worden sind.

Zudem ist die Beklagte gebeten worden, durch ihren Präventionsdienst berechnen zu lassen, zu welchem Zeitpunkt der Kläger einer beruflichen Gesamtkniebelastung von 13.000 Stunden ausgesetzt gewesen sei, woraufhin der Mitarbeiter Sch. im März 2015 kundtat, dieser Wert sei zum Ende des Jahres 1981, rechnerisch am 23. Dezember 1981, erreicht gewesen.

Nach Beiziehung von bildgebendem Material des rechten und linken Kniegelenkes ist Prof. Dr. Sch. beauftragt worden, ein orthopädisch-chirurgisches Gutachten nach Aktenlage zu erstatten. Nach seinen Ausführungen vom 13. Oktober 2015 liegt beim Kläger im rechten Kniegelenk eine Gonarthrose vom Grad 4 nach dem Kellgren-Lawrence-Score und im linken nach diesem Bewertungsmaßstab keine maßgebliche Erkrankung vor. Diese sonstige posttraumatische Gonarthrose sei nach ICD-10 mit "M17.3" zu verschlüsseln. Ein beginnender Aufbruch des rechten Kniegelenkes habe durch das Unfallereignis am 29. August 2005 festgestellt werden können. Eine Gonarthrose im Sinne der fraglichen Berufskrankheit liege nicht vor. Ein Arthrosegrad von mindestens 2 sei im Jahre 2006 radiologisch nur rechtsseitig nach stattgehabtem Unfall nachzuweisen gewesen. Wesentlich für deren Entstehung sei die durch das Unfallereignis im Jahre 2005 erlittene Teiltraktur des hinteren Kreuzbandes. Zu diesem Zeitpunkt hätten am rechten Kniegelenk degenerative Veränderungen im Bereich des Innen- und Außenmeniskus sowie eine Knorpelschädigung des medialen Gelenkspaltes bis zur Chondromalazie im Stadium 4 vorgelegen, die bis dahin keine ärztliche Konsultation erforderten. Eine Arthrose sei ein struktureller Schaden eines Gelenkes, beginnend beim Gelenkknorpel, der letztlich zum Versagen des Organs "Gelenk" führe. Klinische Merkmale der Gonarthrose seien ein Knorpelabbau, ein subchondraler Knochenumbau mit Sklerose, eine subchondrale Zystenbildung, eine Osteophytenbildung im Bereich der beteiligten Knochen, eine Bewegungseinschränkung und Schmerzen. Die Arthrose habe eine multifaktorielle Genese. Systemische Faktoren bedingten die Empfänglichkeit für die Arthrose, lokale biomechanische Faktoren beeinflussten die Lokalisation und Ausprägung. Die Einteilung aufgrund bildgebender Verfahren erfolge nach dem Kellgren-Lawrence-Score in vier Stadien. Grundvoraussetzung sei eine ausreichende berufliche Belastung, die eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der Gonarthrose aufweisen müsse. Der Erkrankung nach einem Grad von mindestens 2 müsse eine ausreichende Exposition von 13.000 Stunden vorausgegangen sein. Ein plausibler Zeitraum werde dann angenommen, wenn zwischen dem Erreichen dieser Mindestbelastung und dem erstmaligem Nachweis der Erkrankung maximal fünf Jahre lägen. Bei einem längeren Zeitraum sei der Ursachenzusammenhang umso unwahrscheinlicher, je größer dieser sei. Nach Auffassung der an der Begutachtungsempfehlung beteiligten Experten sei in aller R. Beidseitigkeit der Veränderungen zu erwarten. Ein Abweichen von mehr als einem Grad nach dem Kellgren-Lawrence-Score im Seitenvergleich könne nur mit einer besonderen Begründung und dem Nachweis einer einseitigen arbeitsbedingten Belastung anerkannt werden. Ein belastungskonformes Schadensbild werde für die zu prüfende Berufskrankheit nicht gefordert. Weiterhin müssten wesentliche konkurrierende Faktoren in Bezug auf die derzeitige Evidenzlage berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der arbeitstechnischen Voraussetzungen habe der Kläger von April 1963 bis Mitte August 2007, also über einen Zeitraum von 44 Jahren hinweg, mit Unterbrechungen eine Gesamtbelastung von 32.442 Stunden erfahren. Rechnerisch seien die 13.000 Stunden im Jahre 1981 erreicht gewesen, weshalb formal die arbeitstechnischen Voraussetzungen vorlägen. Der radiologische Nachweis einer Gonarthrose nach dem Kellgren-Lawrence-Score mit einem Grad von mindestens 2 habe erst im Jahre 2006 und nur am rechten Kniegelenk festgestellt werden können. Im linken Kniegelenk liege in Bezug auf die fragliche Berufskrankheit keine maßgebliche Arthrose vor. Zwischen dem Erreichen der Mindestbelastung und dem erstmaligen Nachweis der einseitigen Erkrankung lägen rechnerisch somit 25 Jahre. Aus Plausibilitätsgründen sei eine berufsbedingte Verursachung somit nicht wahrscheinlich, sonst hätte sich die berufliche Belastung früher in einem Schaden realisieren müssen. Auch die Tatsache, dass beim Kläger nur das rechte Kniegelenk betroffen sei und eine einseitige Belastung nicht vorgelegen habe, spreche gegen eine maßgeblichen beruflichen Einfluss. Weiterhin sei gegen eine berufsbedingte Entstehung der Arthrose im rechten Kniegelenk der Umstand zu werten, dass der Kläger vor dem Unfallereignis im Jahre 2005 keinen Arzt in Bezug auf diesen Körperbereich konsultiert habe, was jedoch bei einer beruflichen Verursachung zu fordern sei. Eine Behandlung der Kniegelenke sei erstmalig wegen des Unfallereignisses Ende August 2005 erfolgt, wobei sich der Kläger eine frische Teillruptur des hinteren Kreuzbandes zugezogen habe. Das anschließend angefertigte bildgebende Material zeige degenerative Veränderungen im Bereich des Innen- und Außenmeniskus sowie eine Knorpelschädigung des medialen Gelenkspaltes bis zur Chondromalazie im Stadium 4. Hinweise für einen beginnenden Aufbrauch des rechten Kniegelenkes seien somit lediglich im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wegen dieses Unfallereignisses festgestellt worden. Bis zu diesem Zeitpunkt sei dieser symptomfrei verlaufen. Im Fremdbefund zu den sechs Tage nach dem Unfallereignis durchgeführten Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenkes seien eine deutliche Verkalkung der Menisken, eine leichte medial betonte Gonarthrose, Zeichen einer Retropatellararthrose und eine leichte Patelladysplasie beschrieben worden. Zeichen einer Arthrose im Sinne der zu prüfenden Berufskrankheit mit Osteophyten, also Knochennasen, einer definitiven Verschmälerung des Kniegelenkspaltes, einer Sklerose und einer Verformung der Tibia oder des Femurs seien somit zum damaligen Zeitpunkt nicht feststellbar gewesen. Eine Chondrokalzinose gelte nicht als konkurrierender Faktor für die Entstehung einer Gonarthrose. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis als Ursache seien nach der Literatur nicht belegbar, wohl aber nach klinischer Erfahrung anzunehmen. Die kongenitale tibiofemorale Beinachse sei vorliegend ebenfalls nicht als konkurrierender Faktor anzusehen. Übergewicht gelte zwar als wissenschaftlich gesicherte Alternativursache. Allerdings bestehe für die Adipositas eine epidemiologische Evidenz für ein multiplikatives Zusammenwirken mit den arbeitsbedingten Belastungen. Nach der wissenschaftlichen Begründung sei die zu beurteilende Berufskrankheit bei Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen und des geeigneten Krankheitsbildes auch bei adipösen Menschen anzuerkennen. Nach dem Akteninhalt seien hinsichtlich Körpergröße und -gewicht des Klägers ab 1991 sowie vor dem Unfallereignis im Jahre 2005 Werte zwischen 105 kg und 113 kg dokumentiert. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. Pf. Anfang August 2010 sei das Körpergewicht mit 110 kg festgestellt worden. Eine wesentliche Gewichtszunahme sei somit nach dem Unfall nicht zu objektivieren. In der Zusammenschau der anamnestischen, radiologischen und intraoperativen Befunde seien die Veränderungen im rechten Kniegelenk hauptsächlich durch das Unfallereignis mit verbliebener Instabilität nach stattgehabter Kreuzbandverletzung bedingt.

Die Beklagte trägt im Wesentlichen vor, das Gutachten von Prof. Dr. Sch. bestätige, dass beim Kläger keine Gonarthrose als Berufskrankheit anzuerkennen sei. Der einseitige Binnenschaden im Kniegelenk des Klägers lasse sich nicht mit seiner beruflichen Tätigkeit in Einklang bringen. Auch nach dem IFA-Report, Ausgabe 1/2010 werde lediglich bei der Tätigkeit "Steildach eindecken (Biberschwanz)" auf eine einseitige Kniebelastung hingewiesen, während bei allen übrigen Dachdeckertätigkeiten, selbst beim Eindecken eines Steildaches (Dachpfanne), ein solcher Hinweis nicht zu finden sei. Im Übrigen sei in diesem IFA-Report zur Tätigkeit des Steildacheindeckens mit Biberschwanzziegeln nur erwähnt, dass einseitiges Knien häufig beobachtet werden können. Indes besage dies nicht, ob auch eine ganz überwiegend einseitige Kniebelastung vorgelegen habe. Denn hierbei sei es typisch, dass zur Entlastung immer wieder ein Wechsel zwischen linkem und rechtem Knie stattfinde.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 19. November 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt im Wesentlichen vor, er habe während seiner beruflichen Tätigkeit ganz überwiegend Steildächer mit Biberschwanzziegeln eingedeckt. Diese hätten bei Arbeiten an mehr als zwanzig Objekten insgesamt mindestens eine Fläche von 5.210 m² umfasst. Hierbei handle es sich allein um die Projekte, welche ihm spontan Erinnerung gewesen seien. Während der Ausbildungs- und sonstigen Arbeitszeit seien noch zahlreiche weitere derartige Dächer eingedeckt worden. Tatsächlich habe es sich um das Doppelte, wenn nicht sogar ein Vielfaches dieser Quadratmeterzahl gehandelt. Prof. Dr. Sch. habe sich nicht eingehend mit dem Gutachten von Dr. Pf. auseinandergesetzt. Er gehe zu Unrecht davon aus, dass er beruflich bedingt keiner einseitigen Belastung des rechten Kniegelenkes ausgesetzt gewesen sei. Dr. Pf. sei mit dem Gutachten von Prof. Dr. Sch. zu konfrontieren und Letzterer ergänzend zu befragen. Lasse sich der Widerspruch zwischen den bisherigen Ausführungen der Sachverständigen nicht auflösen, sei ein Obergutachten einzuholen. Alle bislang diskutierten konkurrierenden Ursachen hätten keinen wesentlichen Einfluss auf die bei ihm vorliegende Gonarthrose gehabt. Insbesondere habe kein maßgebliches Übergewicht vorgelegen. Bei seiner Heirat im Jahre 1979 habe er maximal 80 kg gewogen. Zu einer Gewichtszunahme sei es erst gekommen, als er die berufliche Tätigkeit reduziert und schließlich eingestellt habe, frühestens also im Jahre 2005.

Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung am 17. März 2016 ein Lichtbild vorgelegt, welches ihn mit dem linken Knie kniend auf einem Steildach zeigt, das mit Biberschwanzziegeln eingedeckt worden ist. Des Weiteren hat er zur Inaugenscheinnahme Fotos vorgelegt, mit denen er seinen Vortrag bekräftigt hat, während der beruflichen Tätigkeiten kein Übergewicht gehabt, allenfalls Muskelmasse aufgebaut zu haben.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakten der Beklagten (2 Bände), einschließlich derjenigen zu dem Arbeitsunfall am 29. August 2005, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere statthafte Berufung ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)) der Beklagten ist begründet. Deren Bescheid vom 8. Oktober 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Februar 2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Voraussetzungen für die Feststellung einer Gonarthrose als Wie-Berufskrankheit liegen nicht vor. Das SG hätte die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), zur Klageart vgl. BSG, Urteil vom 18. Juni 2013 - [B 2 U 6/12 R](#) -, SozR 4-2700 § 9 Nr. 22, Rz. 13 m. w. N.) erhobene Klage, die zuletzt ausschließlich darauf gerichtet gewesen ist, die Beklagte zu verpflichten, eine Gonarthrose als Wie-Berufskrankheit festzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 12. Januar 2010 - [B 2 U 5/08 R](#) -, SozR 4-2700 § 9 Nr. 17, Rz. 12, wonach nach dem materiellen Recht mit den jeweiligen Listen-Berufskrankheiten und der Wie-Berufskrankheit verschiedene Versicherungsfälle definiert sind, und LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18. September 2009 - [L 8 U 5884/08](#) -, juris, Rz. 32 ff. zu einer Teilrücknahme der Klage durch spätere Antragsbeschränkung), daher abweisen müssen.

Die Voraussetzungen für die Feststellung der Gonarthrose des Klägers als Wie-Berufskrankheit liegen nicht vor, da der sachliche Anwendungsbereich nicht eröffnet ist. Darüber hinaus fehlt es am Ursachenzusammenhang zwischen den Einwirkungen durch die versicherten Tätigkeiten im Knien oder eine vergleichbare Kniebelastung und der Gonarthrose im rechten Kniegelenk; im linken liegt keine insoweit maßgebliche Erkrankung vor.

Der geltend gemachten Anspruch richtet sich nach den am 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Bestimmungen des SGB VII (Art. 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz (UEG), [BGBl I 1996, S. 1254](#); [§ 212 SGB VII](#)), da beim Kläger zwar erstmals 1995 Kniebeschwerden auftraten, wie dies der ihn behandelnde Hausarzt Dr. B. bei der Anzeige des Verdachtes einer Gonarthrose als Berufskrankheit im August 2007 kundgetan hat. Diagnostiziert worden ist eine "diskrete" Gonarthrose allerdings überhaupt erst durch Dr. L. nach einer klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 6. September 2005. Nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand (vgl. hierzu BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#) (200 f.) und 23. April 2015 - [B 2 U 10/14 R](#) -, juris, Rz. 20, zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen), der wegen des für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage bei der vorliegenden Verpflichtungsklage maßgeblichen Zeitpunktes der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz zu berücksichtigen ist (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34), liegt eine durch die versicherte Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung herbeigeführte Gonarthrose sogar erst vor, wenn chronische Kniegelenksbeschwerden, Funktionsstörungen bei der standardisierten klinisch-orthopädischen Untersuchung und die röntgenologische Diagnose einer Gonarthrose entsprechend einem Grad 2 bis 4 der spezifizierten Klassifikation von Kellgren et al. objektiviert worden sind; als Funktionsstörung muss eine Bewegungseinschränkung in Form einer eingeschränkten Streckung und/oder Beugung im Kniegelenk, ein Kniegelenkserguss, eine Kapselentzündung mit Verdickung oder Verplumpung der Gelenkkontur, eine Krepitation bei der Gelenkbewegung, ein hinkendes Gangbild oder eine Atrophie der Oberschenkelmuskulatur festgestellt sein. Diesen Maßstab legt der Senat aufgrund der Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nr. 2112 (Gonarthrose) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V., Stand: 3. Juni 2014 (im Internet unter "[www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/bk/empfehlungen/Begutachtung-BK2112-Stand-20140613.pdf](#)"), zugrunde, welche von einem interdisziplinären Arbeitskreis, zu dem auch der Sachverständige Prof. Dr. Sch. gehört hat, erstellt worden sind. Die Kriterien "chronische Kniegelenksbeschwerden, Funktionsstörungen bei der orthopädischen Untersuchung in Form einer eingeschränkten Streckung oder Beugung im Kniegelenk und die röntgenologische Diagnose einer Gonarthrose entsprechend einem Grad 2 bis 4 der spezifizierten Klassifikation von Kellgren et al." ist bereits nach dem Merkblatt zur Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV (Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 30. Dezember 2009 - IVa 4-45222-2112 -, GMBI 5/6/2010, S. 98 ff.) gefordert worden. Der Sachverständige Prof. Dr. Sch. geht vor diesem Hintergrund von einer objektivierten Gonarthrose im rechten Kniegelenk im Jahre 2006 aus, wohingegen der Senat zu der Überzeugung gelangt ist, dass diese bereits am 22. September 2005 nachgewiesen worden ist. Nach dem im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 415](#) ff. Zivilprozessordnung - ZPO) verwerteten Befundbericht von Dr. R., der infolge eines an diesem Tag erstellten MRT verfasst worden ist, wurden eine mediale Gonarthrose mit dritt- bis viertgradigem Knorpelschaden femoral und tibial, ein deutliches Knochenmarködem in den benachbarten Partien femoral und tibial, ein retropatellarer Knorpelschaden craniomedial sowie ein Status nach Dehnung des Retinaculum patellae mediale mit teils aufgefaserter Strukturen festgestellt. Dr. L. hatte bereits zuvor, am 6. September 2005 und bei bereits bestehenden chronischen Kniegelenksbeschwerden, einen deutlichen Kniegelenkserguss und eine endgradige Bewegungseinschränkung bei der Streckung objektiviert, wobei der Senat zugunsten des Klägers davon ausgeht, dass diese Funktionsstörungen wegen der arthrotischen Veränderungen bestanden haben und nicht auf das Unfallereignis vom 29. August 2005 zurückzuführen gewesen sind. Der Versicherungsfall im Sinne des [§ 212 SGB VII](#) ist damit jedenfalls weit nach dem 31. Dezember 1996 eingetreten. Offen bleiben kann, ob [§ 9 Abs. 5 SGB VII](#) entsprechende Anwendung findet. Soweit danach Vorschriften über Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalles abstellen, ist bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für die Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen (vgl. Köhler, in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB VII, Stand: Mai 2011, § 212 Rz. 5; Söhngen, in jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 212 Rz. 11). Auch diese Voraussetzungen lägen frühestens zum Zeitpunkt des Nachweises der Gonarthrose vor.

Nach [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung eine Krankheit, die nicht in der BKV bezeichnet ist oder bei der die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine Berufskrankheit als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Bezeichnung nach [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) erfüllt sind (sog. "Öffnungsklausel" für Wie-Berufskrankheiten). Mit [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) hat der Gesetzgeber das "Listensystem" als Grundprinzip des Rechts der Berufskrankheiten der gesetzlichen Unfallversicherung festgelegt. Mit der Einführung der Wie-Berufskrankheit in [§ 551 Abs. 2 Reichsversicherungsordnung \(RVO\)](#) durch das Unfallversicherungs-NeuR.ungsgesetz vom 30. April 1963 ([BGBl I S. 241](#)), also der Vorgängervorschrift zu [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#), wurde eine Ausnahme vom Listenprinzip nur für den Fall zugelassen, dass der Verordnungsgeber wegen der regelmäßig notwendigen mehrjährigen Intervalle zwischen den Anpassungen der BKV an die neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht rechtzeitig tätig wird (vgl. BSG, Urteil vom 25. August 1994 - [2 RU 42/93](#) -, [BSGE 75, 51](#) (54)). Sinn des [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) ist es, ausnahmsweise vom Listensystem abweichen zu können, um solche durch die Arbeit verursachten Krankheiten wie eine Berufskrankheit zu entschädigen, die nur deshalb nicht in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen worden sind, weil die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft über die besondere Gefährdung bestimmter Personengruppen in ihrer Arbeit bei der letzten Fassung der Liste noch nicht vorhanden waren oder vom Verordnungsgeber nicht hinreichend berücksichtigt wurden (vgl. BSG, Urteil vom 4. August 1981 - [5a/5 RKnU 1/80](#) -, SozR 2200 § 551 Nr. 18, S. 27). Im Falle des Klägers fehlt es an der sachlichen Anwendungsvoraussetzung der Regelung zur Feststellung einer Wie-Berufskrankheit, denn die Gonarthrose ist in der BKV bezeichnet, die dort bestimmten Voraussetzungen liegen vor und die Feststellung als Listen-Berufskrankheit ist vorliegend nicht grundsätzlich

ausgeschlossen.

Die Gonarthrose ist durch die Zweite Verordnung zur Änderung der BKV vom 11. Juni 2009 ([BGBl I S. 1273](#)) mit Wirkung zum 1. Juli 2009 als Nr. 2112 in die Liste der Berufskrankheiten (§ 1 BKV i. V. m. Anlage 1) aufgenommen worden. Sie ist bezeichnet als "Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht". Die in dieser Listen-Berufskrankheit bestimmten, also dort benannten Voraussetzungen liegen vor. Denn der Kläger war während seiner versicherten beruflichen Tätigkeit von April 1963 bis Juni 1968 und von Januar 1970 bis November 1974 als Beschäftigter nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) sowie aufgrund der freiwilligen Versicherung ([§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VII](#)) während seiner selbstständigen Tätigkeit von Januar 1975 bis Mitte August 2007 durch eine Tätigkeit im Knien oder eine vergleichbare Kniebelastung einer kumulativen Einwirkungsdauer von 32.442 Stunden ausgesetzt, wobei die Mindesteinwirkungsdauer von einer Stunde je Arbeitsschicht erfüllt war. Hierfür stützt sich der Senat auf die vom Mitarbeiter des Präventionsdienstes der Beklagten Sch. erstellte Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition von Ende Februar 2013, welcher ein von ihm erstelltes Gesprächsprotokoll vom 14. Februar 2013 nach einer persönlichen Unterredung mit dem Kläger an dessen Wohnort einen Tag zuvor zugrunde liegt, das diesem übersandt und am 24. Februar 2013 von ihm unterschrieben worden war. Danach wurden Tätigkeiten als Zimmerer und Dachdecker vollzeitig und an ständig wechselnden Arbeitsplätzen ausgeübt. Von Anfang an wurden während der kalten Jahreszeit keine Mitarbeitenden entlassen, vielmehr führten diese dann Arbeiten in Innenräumen aus. Hierbei handelte es sich um die Parkettverlegung und den Dachgeschossausbau im Trockenbau. Der Bereich der Außenarbeiten umfasste die Zimmerei und Dachdeckerei. Reine Zimmererarbeiten, wie der Abbund und das ausschließliche Aufrichten von etwa Dachstühlen oder Gauben, wurden anfangs nur ausnahmsweise ausgeführt. Hölzer wurden überwiegend fertig abgebunden bezogen. Zum Dachdeckerhandwerk bestanden Überschneidungen. Es wurden Dachstühle aufgerichtet, aber auch die Lattung und Dämmung angebracht. Anschließend erfolgte die Eindeckung mit Dachpfannen und Biberschwanzziegeln (jeweils 50 %), bei größeren Gehöften, Scheunen oder Hallendächern wurden Wellasbestzementplatten verwendet. Flachdächer wurden nicht gedeckt. Es wurden ausschließlich Steildächer bearbeitet. Zum Bereich der Innenarbeiten gehörten die Parkettverlegung und der Innenausbau im Dachgeschoss. Es wurden Stab- und Mosaikparkette im Verhältnis 70 % zu 30 % verlegt, daneben Dielen, Ausgleichsschüttungen, Trittschalldämmungen und Estrichelemente. Das Verhältnis der beiden beschriebenen Bereiche, also von Außen- und Innenarbeiten, betrug, bezogen auf die Arbeitsschichten, etwa 60 % zu 40 %. Von Montag bis Freitag wurde üblicherweise 10 Stunden täglich gearbeitet. An jedem zweiten Samstag wurden die Tätigkeiten auftragsbedingt ebenfalls ausgeübt. Der Kläger war immer aktiv auf den Baustellen tätig, führte also während der regulären Arbeitszeit keine administrativen Tätigkeiten oder Büroarbeiten aus. Diese wurden an den Wochenenden und nach Feierabend erledigt. Der Mitarbeiter des Präventionsdienstes der Beklagten Sch. ist auf dieser Grundlage für den Senat nachvollziehbar von 240 Arbeitsschichten je Zeitjahr ausgegangen. Der Kläger selbst ist damals zu einer nahezu identischen Einschätzung gekommen, wobei er etwa 32 Wochen für die Außen- und 16 Wochen für die Innenarbeiten annahm, woraus sich ein Verhältnis von etwa 2/3 zu 1/3 ergibt. Im Wesentlichen waren die Tätigkeitsinhalte über die Zeit von April 1963 bis Juni 1968 und Januar 1970 bis Mitte August 2007 hinweg vergleichbar, so dass die einzelnen Beschäftigungsabschnitte einheitlich bewertet werden können. Die prozentuale Aufsplittung der Einzeltätigkeiten stellt sich zusammenfassend und gerundet daher wie folgt dar: Außenarbeiten, 60 % der Schichten: Steildach einlatten = 10 % der Schichten = 14 Schichten, Steildach dämmen = 50 % der Schichten = 72 Schichten, Steildach eindecken mit Dachpfannen = 10 % der Schichten = 15 Schichten, Steildach eindecken mit Biberschwanzziegeln = 10 % der Schichten = 15 Schichten, Wellplattenmontage = 10 % der Schichten = 14 Schichten und Zimmerei (Abbund und Aufrichten) = 10 % der Schichten = 14 Schichten sowie Innenarbeiten, 40 % der Schichten: Stabparkett verlegen = 21 % der Schichten = 20 Schichten, Mosaikparkett verlegen = 9 % der Schichten = 9 Schichten, schleifen und verkitten = 10 % der Schichten = 10 Schichten, Dielenboden verlegen = 10 % der Schichten = 10 Schichten und Trittschalldämmung verlegen, auch Schüttung, Holzfasерplatten und Estrichelemente = 50 % der Schichten = 47 Schichten. Hieraus ergibt sich zur Überzeugung des Senats nachvollziehbar eine durch die Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung kumulative Einwirkungsdauer von 32.442 Stunden. Gestützt auf den IFA-Report, Ausgabe 1/2010 ist hiernach zudem plausibel eine die Knie betreffende Mindesteinwirkungsdauer von sogar mehr als einer Stunde je Arbeitsschicht ermittelt worden.

Die Feststellung als Listen-Berufskrankheit ist vorliegend wegen § 6 Abs. 2 Satz 1 BKV in der Fassung der Zweiten Verordnung zur Änderung der BKV vom 11. Juni 2009 ([BGBl I S. 1273](#)) nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Leiden danach Versicherte am 1. Juli 2009 an einer Krankheit unter anderem nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. September 2002 eingetreten ist. Der Kläger leidet bis heute im rechten Kniegelenk an einer Gonarthrose im Sinne dieser Listen-Berufskrankheit. Der Versicherungsfall ist, wie zuvor ausgeführt, erst am 22. September 2005 eingetreten. Der Kläger ist folglich nach der Stichtagsregelung des § 6 Abs. 2 Satz 1 BKV, bei der es sich um eine unechte Rückwirkung (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 7. Dezember 2010 - [1 BvR 2628/07](#) -, [BVerfGE 128, 90](#) (107)) beziehungsweise tatbestandliche Rückanknüpfung (vgl. BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 11. Juli 2013 - [2 BvR 2302/11](#) u. a. -, juris, Rz. 72) handelt, die Norm also auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt, nicht von der noch möglichen Anerkennung als Listen-Berufskrankheit ausgeschlossen. Damit behält der Vorrang der allgemeinen Regelung des [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) in Verbindung mit § 1 BKV und der Anlage 1 hierzu, unter Einschluss der Rückwirkungsanordnung, weiter Geltung (vgl. BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 9. Oktober 2010 - [1 BvR 791/95](#) -, juris, Rz. 28). Dieser Vorrang kommt zwar trotz des bei der Verpflichtungsklage maßgeblichen Zeitpunktes der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage wegen [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip des [Art. 20 Abs. 3 GG](#) und [Art. 19 Abs. 4 GG](#) (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 22. Oktober 1981 - [1 BvR 1369/79](#) - [BVerfGE 58, 369](#) zur Auslegung der Regelungen über die Anerkennung von Berufskrankheiten), unter Beachtung des allgemeinen Grundsatzes des Verwaltungsverfahrensrechts, wonach die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung zügig zu entscheiden haben, nicht zum Tragen, wenn von diesen eine Verwaltungsentscheidung zu einer Wie-Berufskrankheit im Hinblick darauf zurückgestellt worden ist, dass eine Änderung der BKV in Sicht ist (BVerfG, a. a. O., Rz. 29), oder sie ein Begehren auf Feststellung als Wie-Berufskrankheit mit dem Hinweis auf eine in Aussicht stehende Änderung der BKV abgelehnt haben (BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 23. Juni 2005 - [1 BvR 235/00](#) -, juris, Rz. 21). Die Beklagte hat indes die Verwaltungsentscheidung über die ihr von Dr. B. im August 2007 angezeigte mögliche Gonarthrose als Berufskrankheit weder im Hinblick darauf zurückgestellt, dass die Zweite Verordnung zur Änderung der BKV vom 11. Juni 2009 ([BGBl I S. 1273](#)) in Sicht ist, noch die Ablehnung unter Hinweis auf diese in Aussicht stehende Änderung der BKV abgelehnt. Die Beklagte hat demgegenüber mit dem angefochtenen Bescheid vom 8. Oktober 2009 sogar nach Inkrafttreten der Neuregelungen, abgestellt auf den Zeitpunkt der Meldung der Erkrankung vor dem Stichtag, über die begehrte Feststellung als Wie-Berufskrankheit entschieden und diese mit der Begründung abgelehnt, nicht versicherte Faktoren seien ursächlich für die Gonarthrose gewesen die berufliche Belastung sei in den Hintergrund getreten. Eine unsachgemäße Verzögerung des Verwaltungsverfahrens durch die Beklagte liegt ebenfalls nicht vor. Sie hat nach der hausärztlichen

Anzeige der Berufskrankheit sogleich die medizinischen Befundunterlagen, die bis dahin wegen des Arbeitsunfalls vom 29. August 2005, bei dem ebenfalls das rechte Knie betroffen war, vorgelegen haben, zu dem Verfahren wegen der Feststellung einer Berufskrankheit herangezogen, Dr. B. und Dr. L. ergänzend befragt, ein Vorerkrankungsverzeichnis der IKK Baden-Württemberg beigegeben sowie anschließend das nach dem in Bezug auf das Unfallereignis ergangenen Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 2007 angestrebte Klageverfahren beim SG Konstanz, welches mit Urteil vom 24. Juni 2009 endete und in welchem weitere medizinische Beweiserhebungen vorgenommen wurden, abgewartet. Daraufhin hat sie von Dr. K. eine Anfang September 2009 vorgelegte beratungsärztliche Stellungnahme eingeholt und die am Ende dieses Monats eingegangene Mitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart, wonach keine gewerbeärztliche Befassung erfolgen werde, abgewartet, um schließlich, ohne dass der Kläger im gesamten Verfahren auf eine frühere Entscheidung hingewirkt hat, mit Bescheid vom 8. Oktober 2009 über sein Begehren zu entscheiden. Dem steht die höchststrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht entgegen. Zwar hat dieses in seinem Urteil vom 27. Juni 2006 ([B 2 U 5/05 R -](#), [BSGE 96, 297](#)) nicht mehr an seiner bisherigen Rechtsprechung festgehalten, wonach die Anwendung des § 551 Abs. 2 RVO ausnahmslos dann ausgeschlossen war, wenn der Verordnungsgeber die einschlägige Erkrankung in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen hat (Urteil vom 24. Februar 2000 - [B 2 U 43/98 R -](#), [SozR 3-2200 § 551 Nr. 14](#)). Die Einschränkung bezog sich indes auf Versicherungsfälle außerhalb eines Rückwirkungszeitraumes, nicht, wie vorliegend, innerhalb eines solchen liegende. Dem Urteil des BSG vom 2. Dezember 2008 ([B 2 KN 1/08 U R -](#), [BSGE 102, 121](#)) lag ein Antrag auf Überprüfung eines Bescheides vom 5. Juli 1996, mit dem die Anerkennung einer Atemwegserkrankung unter anderem als Wie-Berufskrankheit nach § 551 Abs. 2 RVO abgelehnt worden war, im Wege des Zugunstenverfahrens nach [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zugrunde. Maßgeblich in diesem Verfahren war also nach dieser materiell-rechtlichen Regelung insbesondere, ob bei Erlass dieses zu überprüfenden Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt worden war. Zu diesem Zeitpunkt war die Erkrankung aber noch nicht in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen worden, was erst durch die BKV vom 31. Oktober 1997 ([BGBl I S. 2623](#)) mit Wirkung zum 1. Dezember 1997 erfolgte. Ein Anwendungsvorrang der Listen-Berufskrankheit stellte sich somit überhaupt nicht. Der in dieser Entscheidung formulierte Rechtssatz, wonach diese BKV erst ab dem Tag ihres Inkrafttretens Rechtswirkungen entfaltet und für die Rechtslage davor, wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Wie-Berufskrankheit vorgelegen haben, aus ihr keine Rechtsfolgen hergeleitet werden können (vgl. auch LSG für das Saarland, Urteil vom 23. Mai 2012 - [L 2 U 52/09 WA -](#), juris, Rz. 28), war demzufolge nicht tragend, soweit er so verstanden werden sollte, dass eine geänderte BKV nur nach ihrem Inkrafttreten eintretende Versicherungsfälle erfasst (vgl. hierzu Römer, a. a. O., Stand: Mai 2015, § 6 BKV, Rz. 9). Damit weicht der Senat nicht von einer Entscheidung des BSG ab.

Darüber hinaus steht zur Überzeugung des Senats nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit fest, dass es durch die versicherten Tätigkeiten im Knie oder eine vergleichbare Kniebelastung zu einer Einwirkung auf das rechte Kniegelenk gekommen ist, welche die Gonarthrose im rechten Kniegelenk herbeigeführt hat.

Für die Feststellung einer Wie-Berufskrankheit ist wie bei einer Listen-Berufskrankheit Voraussetzung, dass im Einzelfall eine berufsbedingte Einwirkung die rechtlich wesentliche Ursache einer nicht in der Liste der Berufskrankheiten bezeichneten Krankheit ist (vgl. Urteil des Senats vom 26. März 2015 - [L 6 U 1017/13 -](#), juris, Rz. 50; Römer, in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB VII, Stand: Juli 2015, § 9 Rz. 38a). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 23. April 2015 - [B 2 U 10/14 R -](#), juris, Rz. 11 m. w. N., zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen). Da die R.ung des [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) keinen Auffangtatbestand und keine allgemeine Härteklausel beinhaltet (BSG, Urteile vom 20. Juli 2010 - [B 2 U 19/09 R -](#), juris, Rz. 19 m. w. N. und 13. Februar 2013 - [B 2 U 33/11 R -](#), [SozR 4-2700 § 9 Nr. 21, Rz. 17](#); vgl. auch BSG, Urteil vom 4. Juni 2002 - [B 2 U 20/01 R -](#), juris, Rz. 20 zu § 551 Abs. 2 RVO), darf die Anerkennung einer Wie-Berufskrankheit darüber hinaus nur erfolgen, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme der betreffenden Einwirkungs-Krankheits-Kombination in die Liste der Berufskrankheiten erfüllt sind, der Verordnungsgeber sie also als neue Listen-Berufskrankheit in die BKV einfügen dürfte, aber noch nicht tätig geworden ist (vgl. [BT-Drucks 13/2204, S. 77](#) f.), also der generelle Ursachenzusammenhang gegeben ist (vgl. Römer, a. a. O., Rz. 39). Die Anerkennung einer Wie-Berufskrankheit knüpft an dieselben materiellen Voraussetzungen an, die der Verordnungsgeber auch nach [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) für die Aufnahme einer Erkrankung in die Liste zu beachten hat.

Dahinstehen kann, ob, wovon das SG Ulm ausgegangen ist, der Listen-Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV "harte" Kriterien, die vorliegend im Vollbeweis vorliegen, zu entnehmen sind, und sich hieraus eine tatsächliche Vermutung des Ursachenzusammenhanges ergibt (vgl. BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 - [B 2 U 15/05 R -](#), [SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 4104 Nr. 2, Rz. 24](#) zur Berufskrankheit nach Nr. 4104 der Anlage 1 zur BKV), welche auch auf die Gonarthrose als Wie-Berufskrankheit "zu übertragen" ist (Hessisches LSG, Urteil vom 18. November 2011 - [L 9 U 66/07 -](#), juris, Rz. 40). Denn selbst eine tatsächliche Vermutung ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erschüttert und der Ursachenzusammenhang nicht nachgewiesen.

Beim Vergleich der radiologischen Befunde liegt beim Kläger nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. Sch. im rechten Kniegelenk eine viertgradige Gonarthrose nach Kellgren et al. vor, demgegenüber links keine derartige nach diesem Bewertungsmaßstab maßgebliche Erkrankung. Dieser Sachverständige hat schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass bei einer solchen Befundkonstellation ein Ursachenzusammenhang zwischen der beruflichen kniebelastenden Tätigkeit und dieser Erkrankung nur bei einer besonderen Begründung und dem Nachweis einer einseitigen arbeitsbedingten Belastung gegeben ist, wenn also eine asymmetrische, beruflich bedingte Belastung der beiden Kniegelenke vorlag (vgl. Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nr. 2112 (Gonarthrose) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. vom 3. Juni 2014, S. 8; vgl. auch die Entscheidung des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 2782/15 -](#), juris, Rz. 48 zu einem asymmetrischen Schadensbild bei der Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV). Davon ist der Senat auch nach den Angaben des Klägers im Berufungsverfahren nicht überzeugt. Zuletzt hat er vorgetragen, er habe während seiner beruflichen Tätigkeit ganz überwiegend Steildächer mit Biberschwanzziegeln eingedeckt, welche insgesamt, bezogen auf mehr als zwanzig benannte Objekte, mindestens eine Fläche von 5.210 m² umfasst hätten. Hierbei habe es sich allein um die Projekte gehandelt, welche ihm spontan einnehmlich gewesen seien. Während der Ausbildungs- und sonstigen Arbeitszeit seien noch zahlreiche weitere derartige Dächer eingedeckt worden. Tatsächlich habe es sich um das Doppelte, wenn nicht sogar ein Vielfaches dieser Quadratmeterzahl gehandelt. Weder nach dem SGG noch nach der ZPO gibt es zwar eine Beweisregelung in dem Sinne, dass frühere Aussagen oder Angaben grundsätzlich einen höheren Beweiswert besitzen als spätere; im Rahmen der freien Beweiswürdigung ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 286 ZPO](#)) sind vielmehr alle Aussagen, Angaben und sonstigen Einlassungen zu würdigen. Gleichwohl kann das Gericht im Rahmen der Gesamtwürdigung den zeitlich früheren Aussagen aufgrund der Gesichtspunkte, dass die Erinnerung hierbei noch frischer war und sie von irgendwelchen Überlegungen, die darauf abzielen, das Klagebegehren zu begünstigen, noch unbeeinflusst waren, einen höheren Beweiswert als den späteren zumessen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2003 - [B 2 U 41/02 R -](#), [SozR 4-2700 § 4 Nr. 1](#), Rz. 12; Urteile des Senats vom 12.

August 2014 - [L 6 VH 5821/10 ZVW](#) - juris, Rz. 144 und vom 21. Mai 2015 - [L 6 U 1053/15](#) -, juris, Rz. 34). Hiervon geht der Senat vorliegend in Bezug auf die Angaben aus, welche sich nach der Stellungnahme des Mitarbeiters des Präventionsdienstes der Beklagten Sch. zur Arbeitsplatzexposition von Ende Februar 2013 ergeben haben, der ein von ihm erstelltes Gesprächsprotokoll vom 14. Februar 2013 nach einer persönlichen Unterredung mit dem Kläger an dessen Wohnort einen Tag zuvor zugrunde liegt, das diesem übersandt und am 24. Februar 2013 von ihm unterschrieben worden war. Danach nahm die Einzeltätigkeit "Steildach eindecken mit Biberschwanzziegeln" 10 % der Schichten ein; ausgehend von 240 Arbeitsschichten je Jahr und einer Gewichtung der Außen- zu den Innenarbeiten mit 60 % zu 40 % aufgerundet 15 Schichten. Mit einem Anteil von weniger als 7 % der Jahresarbeitsschichten (15 von 240 Schichten) hatte diese Tätigkeit somit eine nur untergeordnete Bedeutung, wodurch eine einseitig arbeitsbedingte Belastung nicht nachgewiesen ist. Das Abweichen nach dem Kellgren-Lawrence-Score von vier Grad zwischen dem rechten und linken Kniegelenk erklärt sich dadurch nicht. Darüber hinaus bieten Biberschwanzziegel mit steigender Dachneigung gegenüber anderen Dachziegeltypen zwar schlechtere Standbedingungen, weshalb das Eindecken insoweit in weitaus größerem Maße im Knien durchgeführt wird. In den Untersuchungen konnte indes lediglich häufig und nicht immer auch das einbeinige Knien auf der Dachfläche beobachtet werden. Der Kläger hat in Bezug darauf im gesamten Verfahren weder konkrete Angaben zu den Dachneigungen gemacht, bei denen er Biberschwanzziegel eindeckte, noch in welchem Umfang er dabei einseitig rechts kniete. Das von ihm in der mündlichen Verhandlung vorgelegte Lichtbild zeigt ihn nicht rechts-, sondern linksknien. Soweit der Sachverständige Dr. Pf. aus dem Umstand der Rechtshändigkeit des Klägers geschlossen hat, dass es hierdurch zu einer vermehrten Belastung des rechten Kniegelenkes gekommen ist, handelt es sich um eine für ihn plausible Erklärung eines möglichen Bewegungsablaufes, ohne dass damit für den Senat der Nachweis erbracht ist, zumal der Kläger selbst den Arbeitsvorgang nie so beschrieben hat und das von ihm in die mündliche Verhandlung mitgebrachte Foto ihn demgegenüber linksknien zeigt. Die Tätigkeiten als Zimmermann mögen als solche einseitig kniende Arbeitsabläufe enthalten, wie der Sachverständige Dr. M. dargelegt hat. Der konkret beim Kläger nachgewiesene Umfang belegt indes keine überwiegend einseitige, das rechte Kniegelenk belastenden Tätigkeiten.

Zudem spricht die Zeitspanne zwischen dem Erreichen der kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde je Schicht einerseits sowie dem erstmaligen Nachweis der Gonarthrose nach einem Grad von mindestens 2 nach dem Kellgren-Lawrence-Score gegen einen Zusammenhang zwischen einer Einwirkung aufgrund der beruflichen kniebelastenden Tätigkeit und einer solchen Gonarthrose. Diese arbeitstechnischen Kriterien beruhen auf Erkenntnissen aus epidemiologischen Studien (vgl. hierzu und zum Folgenden [BR-Drucks 242/09, S. 17](#)). In der bislang größten zu dieser Thematik durchgeführten Fall-Kontroll-Studie zeigte sich bei einer Belastungsdauer von insgesamt rund 13.000 Stunden ein mehr als verdoppeltes, signifikant erhöhtes Gonarthroserisiko für Personen mit hoher beruflicher Exposition durch eine kniende oder hockende Tätigkeit. Auch für die Voraussetzung der mindestens einstündigen Kniegelenksbelastung je Schicht wurde die Verdoppelungsdosis in epidemiologischen Studien festgestellt. Prof. Dr. Sch. hat in Bezug darauf überzeugend ausgeführt, dass ein plausibler Zeitraum zwischen einer solchen Einwirkungsintensität und dieser Gesundheitsstörung anzunehmen ist, wenn, bei einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde je Schicht, zwischen dem Erreichen der 13.000 Stunden, was beim Kläger rechnerisch Ende 1981 der Fall gewesen ist, und dem erstmaligen Nachweis der Erkrankung maximal fünf Jahre liegen. Bei einem längeren Zeitraum ist der Ursachenzusammenhang umso unwahrscheinlicher, je größer die Spanne ist. Die Erkrankung nach einem Grad von mindestens 2 nach dem Kellgren-Lawrence-Score ist beim Kläger im September 2005 nachgewiesen worden, so dass mittlerweile sogar annähernd 24 Jahre vergangen gewesen sind. Auch aus Plausibilitätsgründen ist eine berufsbedingte Verursachung somit nicht wahrscheinlich, sonst hätte sich die berufliche Belastung früher in einem relevanten Schaden realisieren müssen.

Dr. Pf. gelangt wie Dr. M. durch Ausschluss möglicher konkurrierender Ursachen zu dem Ergebnis, dass die Gonarthrose mit Wahrscheinlichkeit und in wesentlicher Weise durch die berufliche Tätigkeit des Klägers verursacht worden ist. Beide setzen sich indes darüber hinaus nicht in hinreichendem Maße mit dem deutlich unterschiedlichen Schadensbild im rechten und linken Kniegelenk sowie überhaupt nicht mit der Zeitspanne zwischen dem Erreichen der kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde je Schicht einerseits sowie dem erstmaligen Nachweis der Gonarthrose nach einem Grad von mindestens 2 nach dem Kellgren-Lawrence-Score andererseits auseinander. Beide Gutachten haben den Senat daher nicht überzeugt. Weder musste Dr. Pf. mit dem Gutachten von Prof. Dr. Sch. konfrontiert oder Letzterer ergänzend befragt, noch eine weitere, vom Kläger als Obergutachten bezeichnete Expertise in Auftrag geben werden, welche ohnehin keinen höheren Beweiswert als die bereits eingeholten sachverständigen Meinungen hätte (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 128 Rz. 7e). Die Würdigung unterschiedlicher Gutachtensergebnisse gehört wie die anderer sich widersprechender Beweisergebnisse zur Beweiswürdigung selbst, welche ureigene Aufgabe eines Tatsachengerichts ist. Eine Verpflichtung zur Einholung eines weiteren Gutachtens besteht auch bei einander widersprechenden Gutachtensergebnissen im Allgemeinen nicht. Vielmehr hat sich das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung mit den einander entgegenstehenden Ergebnissen auseinanderzusetzen. Hält es eines von mehreren Gutachten für überzeugend, wie vorliegend dasjenige von Prof. Dr. Sch., darf es sich diesem anschließen, ohne ein weiteres einzuholen. Bei einer derartigen Fallgestaltung ist für eine weitere Beweiserhebung regelmäßig kein Raum (vgl. BSG, Beschlüsse vom 19. November 2007 - [B 5a/5 R 382/06 B](#) -, [SozR 4-1500 § 160a Nr. 21](#), Rz. 8 und 12. Mai 2015 - [B 9 SB 93/14 B](#) -, juris, Rz. 6). Als Grund für eine Ausnahme ist zwar ein nicht lösbarer Widerspruch anerkannt, welcher indes nicht darin zu sehen ist, dass unterschiedliche Gutachtensergebnisse vorliegen. Für den Nachweis, dass der Kläger Steildächer mit einer von ihm konkretisierten Gesamtfläche von mindestens 5.210 m² mit Biberschwanzziegeln eindeckte, sind die Sachverständigen ohnehin kein geeignetes Beweismittel.

Mangels hinreichender Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhanges der beruflich bedingten Einwirkungen auf die Knie des Klägers und der Gonarthrose, kommt es an sich von vornherein nicht darauf an, ob beim Kläger mit der Chondrokalzinose, den Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, der kongenitalen tibiofemoralel Beinachse (Varusstellung), dem Übergewicht oder dem Unfallereignis vom 29. August 2005 konkurrierende Ursachen vorhanden sind, die ihrerseits zu der Gonarthrose geführt haben. Nach der überzeugenden Begründung von Prof. Dr. Sch. gilt eine Chondrokalzinose aber ohnehin nicht als konkurrierender Faktor für die Entstehung einer Gonarthrose. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis sind zwar nach klinischer Erfahrung anzunehmen, als Ursache nach der Literatur aber derzeit nicht belegbar. Die kongenitale tibiofemorale Beinachse ist ebenfalls nicht als konkurrierender Faktor anzusehen. In dem Bericht von Dr. B. über eine Operation Ende September 2008 ist eine Varusstellung von 10° im rechten Kniegelenk erwähnt. Ganzbeinaufnahmen sind nicht angefertigt worden. Auf einer Röntgenaufnahme von April 2008 ist sogar keine varische Beinachse zu erkennen gewesen. Eine maximale Beinachsenfehlstellung um 10° wird üblicherweise als leichtgradige Fehlstellung bezeichnet, welche kein Ausschlusskriterium in diesem Zusammenhang darstellt (vgl. Urteil des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 2782/15](#) -, Rz. 50 zur Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV). Übergewicht gilt zwar als wissenschaftlich gesicherte Alternativursache. Allerdings besteht für die Adipositas eine epidemiologische Evidenz für ein multiplikatives Zusammenwirken mit den arbeitsbedingten Belastungen.

Nach der wissenschaftlichen Begründung ist die vorliegend zu beurteilende Berufskrankheit bei gegebenen arbeitstechnischen Voraussetzungen und einem geeigneten Krankheitsbild auch bei adipösen Menschen anzuerkennen. Nach dem Akteninhalt sind hinsichtlich Körpergröße und -gewicht des Klägers ab 1991 sowie vor dem Unfallereignis im Jahre 2005 Werte zwischen 105 kg und 113 kg dokumentiert. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. Pf. Anfang August 2010 ist das Körpergewicht mit 110 kg festgestellt worden. Die Behauptung des Klägers im Berufungsverfahren, wonach es erst nach seiner Heirat im Jahre 1979 zu einer Gewichtszunahme gekommen sei, als er die berufliche Tätigkeit reduziert und schließlich eingestellt habe, frühestens also nach dem Unfall im Jahre 2005, was er in der mündlichen Verhandlung mittels Vorlage von Fotos von ihm zu untermauern versucht hat, ist damit allerdings widerlegt. Dr. K. weist zwar in seinen beratungsärztlichen Stellungnahmen von September und November 2010 unter Bezugnahme auf die biomechanische Plausibilität darauf hin, bei einem belastungskonformen Schadensbild der vorliegend zu prüfenden Berufskrankheit sei zu erwarten, dass der Knorpelschaden im Patellofemoralgelenk beginne und sich von dort aus gegebenenfalls in das Kniehauptgelenk ausdehne. Der Knorpelschaden müsse danach in erster Linie und vorseilend im Patellofemoralgelenk vorhanden sein. Die ursprüngliche Arbeitshypothese des interdisziplinären Arbeitskreises, welcher die Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV erarbeitet hat, nach der mit einem Beginn des Knorpelaufbrauches in erst Linie patellofemoral und in den dorsalen Kniegelenksanteilen sowie mit einem selektiven Aufbrauch der Meniskushinterhörner als möglichem Initialstadium zu rechnen sei, hat sich durch die bislang vorliegenden Forschungsergebnisse indes nicht belegen lassen (vgl. die Empfehlung auf S. 9). Anders als Prof. Dr. Sch., Dr. Pf. und Dr. M. geht der Senat darüber hinaus nur von der Möglichkeit aus, dass die Veränderungen im rechten Kniegelenk, also auch die arthrotischen, hauptsächlich durch das Unfallereignis vom 29. August 2005 mit verbliebener Instabilität nach stattgehabter Kreuzbandverletzung bedingt gewesen sind.

Nach alledem war der Berufung der Beklagten stattzugeben und das erstinstanzliche Urteil aufzuheben.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-04-11