L 8 U 2848/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 2626/11
Datum
26.05.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 2848/14
Datum
30.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26.05.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Der Kläger trägt die Kosten des auf seinen Antrag gemäß § 109 SGG eingeholten Gutachtens von Prof. Dr. B.-A. vom 14.10.2015 einschließlich des im Rahmen dieser Begutachtung erstellten Zusatzgutachtens von Dr. B. vom 07.09.2015 sowie seine baren Auslagen selbst.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte Erkrankungen des Klägers als Berufskrankheiten nach Nr. 2102 und 2112 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anzuerkennen hat.

Der 1958 geborene Kläger erlernte von 1973 bis 1976 den Beruf des MalerA. Diesen Beruf übte er anschließend bei verschiedenen Arbeitgebern bis 1999 auA. Die Tätigkeit wurde unterbrochen durch den Wehrdienst von Juli 1977 bis Juni 1979, das Absolvieren der Meisterschule vom August 1981 bis Juli 1983 und Tätigkeiten im Außendienst von Februar 1993 bis Dezember 1998 (Blatt 9 der Beklagtenakte). Ab April 1999 war der Kläger als selbstständiger Malermeister und bei der Beklagten versicherter Unternehmer tätig. Ab Ende März 2005 war der Kläger arbeitsunfähig und bezog vom 01.10.2005 bis zum 31.08.2007 eine Berufsunfähigkeitsrente von der Deutschen Rentenversicherung, anschließend war er u.a. im Außendienst abhängig beschäftigt (Angaben im Erörterungstermin beim SG Freiburg, S 9 U 323/07 vom 07.07.2009, Blatt 204 ff. der Beklagtenakte).

Am 22.04.2005 (Blatt 1/3 der Beklagtenakte) beantragte der Kläger unter Vorlage von Attesten des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. A. vom 21.04.2005 (mediale Meniskopathie re.) und des Chirurgen Dr. A. vom 20.04.2005 (IM-Läsion rechts, Bride, Plica mediopatellaris mit Impingement, Knorpelschäden, FGK) "Leistung wegen Knieverletzung". Mit Unfallanzeige vom 20.06.2005 (Blatt 95/105 der Beklagtenakte) teilte der Kläger einen Arbeitsunfall vom 16.03.2005 mit, bei dem er beim Abladen seines Fahrzeuges mit dem rechten Knie gegen die Anhängerkupplung gestoßen sei. Es sei eine Schwellung aufgetreten, die sich ausgebreitet habe. Dr. Nägele teile nach einer Kernspintomographie des rechten Kniegelenks am 31.03.2005 (Blatt 29 der Beklagtenakte) einen kleinen Meniskusschaden innen hinten mit, Knorpelschäden, einen Reizerguss und eine ruptierte Bakezyste. Dr. A. teilte im Bericht vom 04.04.2005 (Blatt 30/31 der Beklagtenakte) aus dem Röntgenbefund keine wesentlichen Arthrosezeichen mit.

Am 19.04.2005 wurde beim Kläger eine arthroskopische IM-Teilresektion mit Knorpel-shaving durchgeführt (Bericht Dr. A. vom 19.04.2005, Blatt 14/15 der Beklagtenakte). Am 12.07.2005 wurde das rechte Knie bei kleinem Innenmeniskusschaden erneut arthroskopiert (Bericht Dr. N. vom 13.07.2005, Blatt 51/52 der Beklagtenakte; Bericht Prof. Dr. A. vom 25.07.2005, Blatt 60/61 der Beklagtenakte: Diagnose: Knorpelschaden medialer Femurkondylus rechtes Kniegelenk, Innenmeniskusriss rechtes Kniegelenk; Op-Bericht vom 18.07.2005, Blatt 62/63 der Beklagtenakte).

Nach Beiziehung von Vorerkrankungs- und Versicherungsunterlagen der Krankenkassen (Blatt 37/38, 40/44, 47, 80/89 der Beklagtenakte), Auskünften von früheren Arbeitgebern (Blatt 40 der Beklagtenakte), einer Auskunft von Dr. P. vom 01.09.2005 (Blatt 73/76 der Beklagtenakte), der die Tätigkeit als Maler nicht zu den Berufen, die für eine Ausbildung einer berufsbedingten Kniearthrose gefährdet seien, zählte, einer Auskunft von Prof. Dr. S. vom 30.08.2005 (Blatt 77/79 der Beklagtenakte), der über eine offene autologe Chondrozytentransplantation am 12.08.05 (Diagnose: Knorpelschaden IVo, medialer Femurkondylus rechts) berichtete, holte die Beklagte

Stellungnahmen des Präventionsdienstes ein. Dieser verneinte nach Gesprächen mit dem Kläger (Blatt 113/114 der Beklagtenakte) in einer Stellungnahme vom 17.1 0.2005 (Blatt 115/118 der Beklagtenakte) die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2102 BKV.

Nach Beiziehung des orthopädischen Gutachtens von Dr. S. vom 20.08.2005 (Blatt 124/130 der Beklagtenakte) von der Deutschen Rentenversicherung und zustimmender Stellungnahme des Gewerbearztes vom 07.12.2005 (Blatt 139 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 23.02.2006 (Blatt 143/146 der Beklagtenakte) die Anerkennung der Meniskuserkrankung des Klägers am rechten Kniegelenk als BK nach Nr. 2102 BKV ab.

Den am 08.03.2005 erhobenen Widerspruch (Blatt 149 der Beklagtenakte) begründete der Kläger mit einem Attest von Dr. A. vom 07.03.2005 (Blatt 152 der Beklagtenakte) und damit, dass ihm nicht nachvollziehbar sei, dass die Anfragen bei den Arbeitgebern keine kniebelastenden Tätigkeiten ergeben hätten. Während seiner Selbständigkeit habe er Aufträge ohne Hilfspersonen ausführen müssen. So machten Vollwärmeschutzarbeiten an Außenfassaden 90% (kniebelastender Anteil: 40%) und Maler- und Tapeziertätigkeiten im Innenbereich 10% (kniebelastender Anteil 30%) seiner Tätigkeit aus. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22.12.2006 (Blatt 157/160 der Beklagtenakte) zurück.

Der Kläger hat am 17.01.2007 beim Sozialgericht (SG) Freiburg Klage erhoben (Az.: S 9 U 323/07) und einen höheren kniebelastenden Anteil der Arbeitszeit geltend gemacht. Nachdem das SG in nichtöffentlicher Sitzung vom 07.07.2009 (zur Niederschrift vgl. Blatt 45/55 der SG-Akte S 9 U 323/07) den Kläger sowie den Sachverständigen für das Maler- und Lackiererhandwerk Bildstein, zu den Arbeitsbedingungen und kniebelastenden Tätigkeiten befragt hatte, die Beklagte eine weitere Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 20.07.2009 (Blatt 216/222 der Beklagtenakte = Blatt 60/66 der SG-Akte S 9 U 323/07; zu einer weiteren Stellungnahme vom 03.09.2009 vgl. Blatt 229/234 der Beklagtenakte = Blatt 67/72 der SG-Akte S 9 U 323/07) vorgelegt sowie das SG ein Gutachten des Facharztes für Arbeitsmedizin Dr. B. vom 28.02.2010 (Blatt 242/274 der Beklagtenakte = Blatt 79/134 der SG-Akte S 9 U 323/07) eingeholt hat, der zu dem Ergebnis gelangt war, dass unabhängig von den arbeitstechnischen Bedingungen nicht von einem primären Meniskusschaden auszugehen sei und der Kläger auch Gutachten von Prof. Dr. W. aus dem Verfahren 14 O 64/06 des LG Freiburg (Blatt 113/122 der SG-Akte S 9 U 323/07) und Dr. MorgenT.er/Prof. Dr. H. (Blatt 123/134 der SG-Akte S 9 U 323/07) vorgelegt hatte, beantragte der Kläger bei der Beklagten (Blatt 277/278 der Beklagtenakte = Blatt 137/138 der SG-Akte S 9 U 323/07) die Anerkennung einer BK Nr. 2112 BKV. Daraufhin wurde das Klageverfahren S 9 U 323/07 zum Ruhen gebracht (Beschluss vom 14.04.2010, Blatt 281 der Beklagtenakte = Blatt 141 der SG-Akte S 9 U 323/07).

Dr. N. (Bericht vom 25.05.2010, Blatt 283 der Beklagtenakte) gab an, der vorliegende Knorpelschaden, der mit einer autologen Chondrozytentransplantation behandelt sei, sei im Sinne einer Gonarthorse zu werten. Der Präventionsdienst ermittelte eine Gesamtzahl von 9.017 Stunden kniebelastender Tätigkeit (Stellungnahme vom 10.08.2010, Blatt 308/313 der Beklagtenakte). Nachdem sich auch der Gewerbearzt geäußert hatte (Blatt 317 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 10.11.2010 (Blatt 320/322 der Beklagtenakte) die Anerkennung einer BK Nr. 2112 BKV ab, da die mindestens erforderlichen 13.000 Stunden kniebelastender Tätigkeit nicht erreicht würden.

Auf den hiergegen eingelegten Widerspruch vom 06.12.2010 (Blatt 325 der Beklagtenakte), der eine weitaus höhere Einwirkungsdauer kniebelastender Tätigkeiten vortrug (Blatt 337/339 der Beklagtenakte), äußerte sich der Präventionsdienst der Beklagten erneut (Stellungnahme vom 17.03.2011, Blatt 344/348 der Beklagtenakte). Mit Widerspruchsbescheid vom 13.04.2011 (Blatt 350/352 der Beklagtenakte) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers daraufhin zurück.

Am 11.05.2011 hat der Kläger hiergegen Klage zum SG erhoben (Az.: S 9 U 2626/11) und am 04.02.2013 das ruhende Klageverfahren S 9 U 323/07 wiederangerufen (Az.: S 9 U 579/13), das das SG mit Beschluss vom 27.02.2013 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung zum Verfahren S 9 U 2626/11 verbunden hat.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. H. Dieser hat in seinem Gutachten vom 01.02.2012 (Blatt 21/35 der SG-Akte S 9 U 2626/11) und in seiner auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. T. vom 17.05.2012 (Blatt 46/53 der SG-Akte S 9 U 2626/11) eingehende ergänzenden Stellungnahme vom 10.8.2012 (Blatt 55/58 der SG-Akte S 9 U 2626/11) eine beidseitige Kniegelenksarthrose beschrieben. Der Knorpelschaden am medialen Femurcondylus rechts sei 2005 operativ behandelt worden; die letzte Kernspintomographie deute darauf hin, dass nur wenig Knorpelersatzgewebe nachgewachsen sei. 2005 sei eine Innenmeniskusläsion rechts operativ saniert worden, aktuell fänden sich keine sichtbaren Anhaltspunkte für eine erneute Rissbildung oder ein Einschlagen von Meniskusteilen in das Kniegelenk. Es liege eine Kniegelenksarthrose i.A.d. BK Nr. 2112 BKV vor.

Nach einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. T. vom 16.09.2012 (Blatt 65/69 der SG-Akte S 9 U 2626/11) hat das SG ein arbeitsmedizinisches Gutachten bei Prof. Dr. K. eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 27.10.2012 (Blatt 73/112 der SG-Akte S 9 U 2626/11) ausgeführt, beim Kläger liege keine Gonarthrose i.S.v. BK Nr. 2112 BKV vor. Selbst bei Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen könne eine BK Nr. 2112 BKV pathophysiologisch und medizinisch nicht begründet werden.

Darüber hinaus hat das SG nach § 109 SGG ein orthopädisch-unfallchirurgisches Gutachten bei Prof. Dr. W. eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 05.07.2013 (Blatt 127/149 der SG-Akte S 9 U 2626/11) am rechten Knie eine medial betonte Gonarthrose rechtes Kniegelenk bei Z.n. Knorpelzelltransplantation wegen Chondromalazie 3. bis 4. Grades, eine leichte bis mäßige Degeneration des Innenmeniskushinterhorns, beginnende retropatellare Gelenkveränderungen und am linken Knie eine beginnende bis mäßige Gonarthrose mit unregelmäßig konturierten Gelenkflächen und Zeichen einer Knorpeldegeneration, Verschmälerung des Gelenkspaltes und beginnender Randosteophytenbildung bei vermehrter subchondraler Sklerosierung und beginnenden Verschleißerscheinungen an der Kniescheibenrückfläche angegeben. Es handele sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen sekundären Meniskusschaden aufgrund der Chondromalazie. Er hat das Vorliegen der BK Nrn. 2102 und 2112 verneint.

Dagegen hat der Kläger ausgeführt (Blatt 151 der SG-Akte S 9 U 2626/11), in der gutgläubigen Annahme, dass Prof. Dr. W. seiner Neutralitätspflicht nachkomme, habe er im Nachhinein feststellen müssen, dass dieser als ärztlicher Direktor der BG-Unfallklinik Tübingen tätig sei. Er halte den Gutachter für befangen und beantrage ein weiteres Gutachten nach § 109 SGG bei Prof. Dr ... B.-A ...

Das SG hat mit Urteil vom 26.05.2012 die Klage abgewiesen. Soweit die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Renten beantragt werde seien die Klagen nicht zulässig, das es an der vor Klageerhebung grundsätzlich erforderlichen Verwaltungsentscheidung fehle; die Beklagte habe bisher allein über das Vorliegen der Versicherungsfälle entschieden. Im Übrigen seien die Klagen nicht begründet. Für BK Nr. 2102 BKV könne dahinstehen, ob die erforderliche Einwirkungskausalität vorliege, denn jedenfalls sei eine Krankheit i.S.d. BK Nr. 2102 BKV nicht nachgewiesen. Anerkennungsfähig sei nur ein primärer Meniskusschaden, ein solcher liege beim Kläger nicht mit der erforderlichen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit vor. Für die weitere verfahrensgegenständliche BK Nr. 2112 BKV fehlt es am Nachweis der erforderlichen Einwirkungskausalität in Form von 13.000 Stunden Mindesteinwirkungsdauer. Selbst wenn diese unterstellt würden sei die haftungsbegründende Kausalität nicht wahrscheinlich.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 05.06.2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, 07.07.2014, beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Er sei nach wie vor der festen Überzeugung, dass seine Meniskuserkrankung des rechten Kniegelenks und die Gonarthroseerkrankung als BK anzuerkennen seien. Er sei über Jahrzehnte hinweg kniebelastend als Maler und Lackierer tätig gewesen. Die Einschätzung des SG sei für ihn nach wie vor nicht nachvollziehbar. Es lägen sowohl die arbeitstechnischen Voraussetzungen als auch die medizinischen Voraussetzungen der geltend gemachten BK vor. Auch bemängele er, dass das SG den Antrag auf Einholung eines Gutachtens bei Prof. Dr. B.-A.ohne Gründe abgelehnt habe.

Der Kläger beantragt, das Urteil des SG Freiburg vom 26.05.2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 23.02.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.12.2006 und den Bescheid der Beklagten vom 10.11.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.04.2011 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, die Meniskuserkrankung des rechten Kniegelenks als Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV und die bestehende Gonarthroseerkrankung als Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage 1 der BKV anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Soweit die Erkrankung des Innenmeniskus nicht als BK Nr. 2102 BKV anerkannt sei, gründe sich dies auf dem differenzierten und umfassenden sowie nachvollziehbar begründeten Gutachten von Dr. B., der zu dem Ergebnis gekommen sei, dass der Innenmeniskusschaden nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch die nachgewiesenen beruflichen Meniskusbelastungen und somit nicht primär, sondern eher durch die degenerativen Veränderungen im Kniegelenk selbst entstanden sei, also sekundär aus innerer Ursache. Die Anerkennung einer BK Nr. 2112 BKV müsse deshalb unterbleiben, weil die erforderliche kumulative Kniestunden-anzahl von mindestens 13.000 Stunden nicht nachgewiesen sei. Zudem seien die ermittelte Dysplasie des Femoropatellargelenkes vor allem am rechten Kniegelenk und die hier ebenfalls als Differenzialdiagnose genannte Osteochondrosis dissecans in Form eines tiefen Knorpelschadens am medialen Femurcondylus für die BK Nr. 2112 BKV konkurrierende Ursachen mit dem Validierungsgrad einer Expertenmeinung.

Der Senat hat nach § 109 SGG Beweis erhoben durch Einholung eines arbeitsmedizinischen Gutachtens bei Prof. Dr. B.-A. und eines radiologischen Zusatzgutachtens bei Dr. B ... Der Facharzt für Diagnostische Radiologie Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 07.09.2015 (Blatt 54/70 = 75/90 = 171/186 der Senatsakte) zum rechten Knie ausgeführt, bei Gelenkspaltverschmälerung ohne definitive Osteophytenbildung sei der Befund im Femorotibialgelenk entsprechend der Konsensempfehlungen analog einer nach Kellgren drittgradigen Gonarthrose zu werten. Bei normaler Gelenkspaltweite und definitiver Osteophytenbildung liege eine zweitgradige Retropatellararthrose vor. Am linken Knie bestehe bei normaler Gelenkspaltweite und definitiver Osteophytenbildung eine nach Kellgren zweitgradige Gonarthrose und Femoropatellararthrose. Rechts werde die zweitgradige Gon- und Retropatellararthrose aktuell erstmalig diagnostiziert, links sei eine zweitgradige Gon- und Retropatellararthrose erstmalig am 31.01.2012 nachweisbar. Beidseits liege eine Innenmeniskusläsion vom Typ Stoller 1 vor. Zudem sei beidseits eine diskret ausgeprägte Schädigung der Pars intermedia des Außenmeniskus nachzuweisen, die sich der Typeneinteilung nach Stoller entziehe. Auf die Frage, ob beim Kläger nach dem Ergebnis der durchgeführten Magnetresonanztomographie der Kniegelenke eine Gonarthrose entsprechend der Kriterien der Begutachtungsempfehlung für die BK Nr. 2112 BKV vorliege, hat Dr. B. geantwortet, dass aktuell keine Gonarthrose entsprechend diesen Kriterien vorliege. Auch der Befund vor der Knorpeltransplantation im MRT vom 31.03.2005 habe nicht den Kriterien einer Gonarthrose entsprochen. Prof. Dr. B.-A. hat in seinem Gutachten 14.10.2015 (Blatt 95/188 der Senatsakte) mitgeteilt, beim Kläger liege eine primäre Meniskopathie i.A.d. BK Nr. 2102 BKV im Bereich des rechten Kniegelenkes vor. Außerdem liege eine zweitgradige Gonarthrose nach Kellgren im Femorotibial- und Femoropatellargelenk links und eine Gonarthrose Grad III nach Kellgren im medialen Femorotibialgelenk rechts und eine Gonarthrose Grad II nach Kellgren im Femoropatellargelenk rechts vor. Beim Kläger nehme er die berufliche Voraussetzung für die Anerkennung einer BK Nr. 2012 an. Beim Kläger lägen auch die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr. 2112 BKV vor. Für die Beurteilung des Zusammenhangs zwischen Exposition und Erkrankung seien weitere Ermittlungen der Präventionsabteilung zum Ausmaß der beruflichen Voraussetzungen erforderlich.

Die Beklagte ist mit Schreiben 15.12.2015 (Blatt 191/193 der Senatsakte) dem Gutachtensergebnis entgegengetreten. Anders als die Vorgutachter Dr. B., Prof. K. und Prof. W. beurteile dieser den im Jahr 2005 detektierten Meniskusschaden als primär durch die beruflich kniebelastende Tätigkeit verursacht, weil die berufliche Meniskusbelastung ausreichend sei und die Gonarthrose zwar ebenfalls - sekundär - zur Meniskopathie führen könne, da aber im Jahr 2005 bei Detektierung des Innenmeniskusschaden eine Gonarthrose noch nicht vorgelegen habe, sei also von einer primären Meniskopathie auszugehen. Die von Prof. Dr. B.-A. durchgeführte Kausalprüfung sei rein formaler Natur und würdige die Umstände des Einzelfalls nur unzureichend. Mit der im Gutachten von Prof. Dr. B.-A. vorgelegten Argumentation sei nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht, dass die rechtsseitige Innenmeniskopathie wesentlich durch gefährdende Einwirkungen bei der Berufsausübung verursacht worden sei. Hinsichtlich der BK Nr. 2112 BKV für beide Kniegelenke sei geklärt, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Ergänzend sei zu erwähnen, dass die vom Präventionsdienst errechnete Kniestundenzahl das Jahr 2005 komplett miterfasse. Eigenen Angaben zufolge sei der Kläger aber in 2005 ein halbes Jahr arbeitsunfähig gewesen. Zusätzlich sei zu beachten, dass die von Prof. B.-A. gegebenen Unbedenklichkeitserklärungen zur Interimszeit zwischen dem Ende der beruflichen Belastung im Jahr 2005 und dem erst mehrere Jahre späteren Auftreten der Gonarthrosen rechts und links im Sinne des anspruchsbegründenden Krankheitsbildes der BK Nr. 2112 BKV nicht sachgerecht seien. Zum einen widerspreche er sich selbst, zum anderen könnten die 7 bzw. 9,5 Jahre Interimszeit (unter Berücksichtigung dessen, dass der Kläger im Jahr 2005 nur bis zur Hälfte gearbeitet habe sei von 7,5 bzw. 10 Jahren Interimszeit auszugehen) nicht unberücksichtigt bleiben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig aber nicht begründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist zum einen die Anerkennung einer BK Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV (dazu vgl. unter II.), zum anderen die Anerkennung einer BK Nr. 2112 (dazu vgl. unter III.). Leistungs-, insbesondere Rentenansprüche sind nach dem im Berufungsverfahren gestellten Antrag nicht mehr Gegenstand des Verfahren.

Die Klage auf Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung der streitigen BK ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zulässig. Mit der Anfechtungsklage nach § 54 Abs. 1 SGG begehrt der Kläger die Aufhebung der die Anerkennung der streitigen BK ablehnenden Verwaltungsentscheidungen. Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Versicherte an Stelle gerichtlicher Feststellung (§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG, vgl. hierzu u.a. BSG, Urteil vom 07.09.2004, B 2 U 46/03 R in SozR 4-2700 § 2 Nr. 3) auch die Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung eines Arbeitsunfalles als Element eines jeglichen Leistungsanspruchs im Wege der Verpflichtungsklage verlangen (BSG 05.07.2011, B 2 U 17/10 R in SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 mit weiteren Ausführungen zur Anspruchsgrundlage; speziell zur Anerkennung eines Arbeitsunfalles und damit auf eine Berufskrankheit übertragbar BSG 15.05.2012, B 2 U 8/11 R in SozR 4-2700 § 2 Nr. 20).

Allerdings hat das SG diese Klagen zu Recht abgewiesen. Denn die Bescheide der Beklagten vom 23.02.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.12.2006 (Ablehnung der BK Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV) und vom 10.11.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.04.2011 (Ablehnung der BK Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV) sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte es abgelehnt hat, die Erkrankungen des Klägers als BK nach Nrn. 2102 und 2112 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen. Denn das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen dieser BK ist beim Kläger nicht festzustellen.

I.

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aufgrund der Ermächtigung in § 9 Abs ... 1 SGB VII hat die Bundesregierung die Berufskrankheiten Verordnung (BKV) vom 31.10.1997 (BGBl I, Seite 2623) erlassen, in der die derzeit als Berufskrankheiten anerkannten Krankheiten aufgeführt sind.

Bei einer Listenberufskrankheit lassen sich im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten, die gegebenenfalls bei einzelnen Listenberufskrankheiten einer Modifikation bedürfen (vgl. BSG SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 3101 Nr. 3): 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). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. Wie bei einem Arbeitsunfall müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweis - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (vgl. u.a. BSG SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 3101 Nr. 4, RdNr. 16 m.w.N.; BSG SozR 4-2700 § 9 Nr. 14, RdNr. 9 m.w.N.; BSG, UV-Recht Aktuell 2012, 412; BSG, NZS 2012, 151; BSG SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 4111 Nr. 3 sowie BSG vom 04.07.2013 - B 2 U 11/12 R - juris).

Berufskrankheiten (BK) sind gemäß § 1 BKV die in der dortigen Anlage 1 bezeichneten Krankheiten, die der Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz des Siebten Buches Sozialgesetzbuch begründenden Tätigkeit erleidet.

II. BK Nr. 2102 BKV

Unter Nr. 2102 der Anlage zu § 1 BKV hat der Gesetzgeber Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten als BK anerkannt.

Der BK Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV unterfällt nur die primäre Meniskopathie, welche dem Ausmaß der Verschleißerscheinungen des Gelenkknorpels vorauseilt, nicht die sekundäre Meniskopathie (Senatsurteil vom 29.06.2012 - L 8 U 384/09 - juris RdNr. 39, 40, ebenso LSG Baden-Württemberg 26.11.2015 – L 6 U 2782/15 – juris RdNr. 45; vgl. dazu auch Gutachten Dr. B. für das SG im Verfahren S 9 U 323/07, Blatt 242/274 der Beklagtenakte). Insoweit ist die primäre Meniskopathie unmittelbar belastungsabhängig (LSG a.a.O.). Bei ihr setzt der vorzeitige Verschleiß im Meniskusgewebe mit einer Einbuße an Elastizität und Gleitfähigkeit des gesamten Meniskussystems ein (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 632). Bei der sekundären Meniskopathie wird der Meniskusschaden durch andere Veränderungen vermittelt; zunächst erscheinen ausgedehnte Knorpelschäden im Gelenk (Senatsurteil a.a.O.; vgl. dazu auch Gutachten Dr. B. für das SG im Verfahren S 9 U 323/07, Blatt 242/274 der Beklagtenakte). Ursächlich hierfür sind die Minderwertigkeit des Gelenkknorpels, die Folgen arthrotischer Veränderungen bei anlagebedingten oder posttraumatischen Achsenfehlstellungen, posttraumatische Stufenbildungen im Bereich der Gelenkkörper nach Frakturen oder eine posttraumatische Instabilität des Gelenkes nach Kapselbandverletzungen (LSG a.a.O.; vgl. dazu auch Gutachten Dr. B. für das SG im Verfahren S 9 U 323/07, Blatt 242/274 der Beklagtenakte). Sekundär folgt der Meniskusschaden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Seite 633 f. m. w. N.; LSG a.a.O.).

Vorliegend konnte der Senat eine primäre Meniskopathie des rechten Kniegelenks i.S ... eines Gesundheitsschadens nicht feststellen.

Zwar war beim Kläger bereits 2005 rechts eine mediale Meniskopathie diagnostiziert worden (vgl. Attest Dr. A. vom 21.04.2005, Blatt 2 der Beklagtenakte). So wurde bei der Untersuchung am 01.04.2005 (Bericht Dr. A. vom 04.04.2005, Blatt 30 der Beklagtenakte) im rechten Kniegelenk MRT-technisch ein kleiner Einriss im IM-Hinterhorn und eine mediale Knorpelschädigung femoral und einen alten IB-Schaden (Innenbandschaden) festgestellt (vgl. dazu auch Kernspintomografie-Bericht vom 31.03.2005, Blatt 29 der Beklagtenakte). Bei der nachfolgenden Operation am 19.04.2005 (Bericht vom 19.04.2005, Blatt 14 der Beklagtenakte) konnte eine primäre Meniskopathie nicht dargestellt werden. Dort war eine degenerative IM-Läsion im Bereich des Hinterhorns und ein großflächiger, medial-femoraler Knorpelschaden Grad III-IV beschrieben worden. Vergleichbares berichten auch die Universitätsklinik Freiburg in den Berichten vom 13.07.2005 und 25.07.2005 (Blatt 51/52, 60/61 der Beklagtenakte), wo der Kläger am 12.07.2005 am Innenmeniskus erneut arthroskopiert worden war, Dr. P. in seinem Bericht vom 01.09.2005 (Blatt 73/76 der Beklagtenakte) und erneut die Universitätsklinik F. wo der Kläger im August 2005 nochmals stationär behandelt worden war (Blatt 78/79 der Beklagtenakte, jetzt Knorpelschaden IVo medialer Femurkondylus rechts mit autologer Chondrozytentransplantation). Unter Berücksichtigung eines für die Rentenversicherung erstellten orthopädischen Gutachtens von Dr. S. vom 20.08.2005 konnte der Beratungsarzt Dr. F. (Stellungnahme vom 09.11.2005, Blatt 134 der Beklagtenakte) bei komplexem Binnenschaden am rechten Kniegelenk keinen Verdacht auf einen primären Meniskusschaden erkennen. Dieser Beurteilung schließt sich der Senat angesichts der vorliegenden Gutachten an. So zeigen die schon bei der Operation im April 2005 festgestellten weiteren Knieschäden (erheblicher Knorpelschaden und Synovitis, alter Innenbandschaden, Zystenbildung, Veränderungen der Gelenksflüssigkeit und der Fettkörper), dass die Annahme der Beklagten im Bescheid vom 22.06.2006 und im Widerspruchsbescheid vom 22.12.2006, es liege eine anlagebedingte, außerberufliche Vorerkrankung vor, überzeugt. Diese Vorerkrankung hat sich auf die Menisken ausgebreitet und ist daher nicht berufsbedingt. Insoweit weist die geringe Ausprägung des Meniskusschadens bei erheblichem, sich Richtung Meniskus fortentwickeltem Knorpelschaden auf eine anlagebedingte, sich von den Knorpelschäden zum Meniskus ausbreitende Erkrankung hin.

Diese Ausbreitung hat auch Dr. B. in seinem Gutachten beschrieben, als er eine Meniskopathie mit kleinem Meniskusschaden innen hinten, einen Knorpelschaden der medialen Femurkondyle Richtung Innenmeniskushinterhorn und Knorpelschaden femoropatellar ohne Aktivierung bei erhaltenem Außenmeniskus des rechten Knies sowie einen Zustand nach Innenmeniskusteilresektion recht bei Zustand nach Knorpelicus mit Chondromalazie IV. Grades des medialen Femurkondylus rechts dargestellt hat. Er hat ausgeführt, der 2005 festgestellte Gesundheitsschaden ließe sich nicht eindeutig als primärer Meniskusschaden nachweisen. Genausogut ließe sich der Schaden auch als sekundäre Meniskopathie erklären. Dr. B. hat insoweit ausgeführt, dass der Meniskusschaden auch durch die weiteren Kniegelenkserkrankungen (femurale Chondromalazie, Synovitis, Bakerzyste, Kniegelenkserguss) verursacht sein kann, was sich aus dem histologischen Bericht ergebe.

Aus den vom Kläger vorgelegten Gutachten von Prof. Dr. W. vom 05.08.2009 (Blatt 113/122 der SG-Akte S 9 U 323/07) und von Dr. MorgenT.er/Prof. Dr. H. vom 18.11.2006 (Blatt 123/134 der SG-Akte S 9 U 323/07) ergibt sich nichts anderes, wie auch aus dem vom SG im Verfahren S 9 U 2626/11 zur BK Nr. 2112 eingeholten Gutachten von Dr. H. vom 01.02.2012 (Blatt 21/35 der SG-Akte S 9 U 2626/11). Jedoch hat dieser eine anlagebedingte Fehlform der Kniescheibe rechts, welche eine leichte Dezentrierung der Kniescheibe im Kniescheibengleitlager begünstigt (Blatt 31 der SG-Akte = Seite 11 des Gutachtens), beschrieben, was ebenfalls Ursache der Meniskopathie sein kann.

Prof. Dr. K. hat in seinem für das SG erstellten Gutachten vom 27.10.2012 (Blatt 73/112 der SG-Akte S 9 U 262/11) den 2005 festgestellten Meniskusschaden als klein bezeichnet; die Schwellung und Verdickung des Innenbandes W. auf ein Dehnungstrauma hin (Blatt 89 der SG-Akte = Seite 17 des Gutachtens). Den Meniskusschaden hat er als schwer degenerativ veränderten Meniskus mit knorpeliger Metaplasie und zystischer Degeneration (sog. Meniskusganglien) bezeichnet. Eine Beurteilung als primäre Meniskopathie lässt sich seinem Gutachten nicht entnehmen. Prof. Dr. W. hat in seinem auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG eingeholten Gutachten vom 05.07.2013 (Blatt 127/149 der SG-Akte S 9 U 2626/11) ebenfalls ausgeführt, dass der Meniskusschaden mit hoher Wahrscheinlichkeit als sekundärer Meniskusschaden aufgrund der Chondromalazie zu bewerten sei. Der Operationsbericht vom 12.07.2005 wie auch die Auswertung der regelmäßig angefertigten Kernspintomografien des rechten Kniegelenks deuteten darauf hin, dass der degenerative Meniskusschaden im Hinterhornbereich eher als nachrangig angesehen werden müsse. Hinzu komme, dass noch im Jahr 2010 anlässlich einer Kernspintomografie des rechten Kniegelenks im Bereich des Innenmeniskus lediglich eine geringe Degeneration aufweise.

Dieses Gutachten konnte der Senat verwerten. Prof. Dr. W. war zwar als D-Arzt und Leiter einer berufsgenossenschaftlichen Klinik tätig, doch folgen alleine aus dieser Stellung weder eine Voreingenommenheit zulasten des Klägers noch Zweifel an dessen Neutralität, die ihm als Arzt aber auch als gerichtlich bestelltem Gutachter obliegt. Prof. Dr. W. hatte zum Zeitpunkt der Gutachtenserstattung dieses Positionen seit 30.09.2010 nicht mehr inne; er übt im Ruhestand seinen Beruf nur noch als forensisch tätiger Arzt seines Medizinischen Begutachtungsinstituts auA. Eine Verbindung/Abhängigkeit zur Beklagten oder ihres Hauptverbandes ergibt sich nicht. Der Kläger selbst hat – rechtlich vertreten durch einen über einschlägige Kenntnis verfügenden Vertreter – gerade diesen Arzt ausgewählt und dabei bereits Kenntnis von der Tätigkeit von Prof. Dr. W. gehabt. Dass der Kläger Prof. Dr. W. "gutgläubig" ausgewählt hatte (Schreiben vom 11.11.2013, Blatt 151 der SG-Akte S 9 U 2626/11) ist irrelevant, denn der Senat konnte Befangenheitsanzeichen nicht feststellen. Umstände, die eine Besorgnis der Befangenheit im Sinne von Zweifeln an der Unvoreingenommenheit des Gutachters für einen objektiv beurteilenden, neutralen Betrachter nahelegen, hat auch der Kläger selbst nicht vorgetragen. Alleine der Umstand, mit dem Gutachtensergebnis nicht einverstanden zu sein, rechtfertigt nicht die Annahme der Besorgnis der Befangenheit (dazu vgl. § 118 Abs ... 1 SGG i.V.m. § 406 ZPO).

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat nicht feststellen, dass es sich bei dem Meniskusschaden am rechten Knie um eine primäre Meniskopathie handelt. Vielmehr existieren anlagebedingte Ursachen, die den Meniskusschaden erklären. Im Übrigen konnte der Senat im Hinblick auf die dargestellten anlagebedingten Ursachen auch nicht feststellen, dass die berufliche Belastung überwiegend wahrscheinlich wesentliche Ursache des Meniskusschadens ist.

Aus dem im Berufungsverfahren nach § 109 SGG eingeholten Gutachten von Prof. Dr. B.-A.vom 14.10.2015 (Blatt 96/170 der Senatsakte) ergibt sich nichts anderes. Zwar hat dieser eine primäre Meniskopathie und das Vorliegen der Voraussetzungen der BK Nr. 2012 angenommen. Er hat dies damit begründet, dass bei Feststellung des Meniskusschadens 2005 keine Gonarthrose vorgelegen habe, die Ursache der Meniskusschädigung sein könne. Diese Ausführungen überzeugen den Senat nicht. Denn Prof. Dr. B.-A. hat selbst angenommen, dass ein dritt- bis viertgradiger Knorpelschaden im Bereich des medialen Femurs vorgelegen hatte, dessen Ausdehnung als großflächig beschrieben ist. Dass es sich bei der als großflächig mitgeteilten Knorpelschädigung um eine solche von weniger als 2 cm2

handelt, weshalb eine verursachende Gonarthrose ausscheide, konnte er nicht begründen. Soweit er auf die Begutachtungsempfehlung zur BK Nr. 2112 abstellt, wo (Seite 32/33 = Seite 155/RS der Senatsakte) für die Bewertung einer Gonarthrose aufgrund arthroskopischer Befunde eine großflächige Ausdehnung innerhalb des betroffenen Kompartimentes von mindestens 2 cm2 und ein entsprechender Schaden an der korrespondierenden Gelenkfläche gefordert wird, handelt es sich insoweit lediglich um HinW. zur Auswertung arthroskopischer Befunde. Bei der medizinischen Definition des Krankheitsbildes in derselben Begutachtungsempfehlung (dort Seite 8 f. = Blatt 142 RS/143 der Senatsakte) findet sich weder das Erfordernis einer solchen Mindestausdehnung noch das Erfordernis einer korrespondierenden Gelenkflächenschädigung an der gegenüberliegenden Stelle. Vielmehr heißt es dort, dass ein spezifisches Verteilmuster der Knorpelschäden im Kniegelenk durch arbeitsbedingte Belastungen sich nach medizinisch-wissenschaftlichem Kenntnisstand nicht definieren lässt. Im Übrigen bezieht sich die medizinische Definition und ihr folgend die Empfehlung zur Bewertung arthroskopischer Befunde, auf die sich Prof. Dr. B.-A. stützt, alleine auf eine für die Anerkennung einer BK Nr. 2112 relevante Gonarthrose (vgl. z.B. die Ausführungen zur medizinischen Definition des Krankheitsbildes). Dass aber nur eine für die BK Nr. 2112 relevante Gonarthrose im Stadium Grad 2 bis 4 – die der Zusatzgutachter Dr. B. rechts erst ab seiner Begutachtung im Jahr 2015 angenommen hat - eine sekundäre Meniskopathie auslösen kann, lässt sich medizinisch nicht begründen; dies ergibt sich weder aus dem ausführlichen Gutachten von Prof. Dr. B.-A. noch der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (Schönberger et al.). Das Vorliegen einer dritt- bis viertgradigen Knorpelschädigung im Jahr 2005 ergibt sich nicht nur aus dem Gutachten von Prof. Dr. B.-A. sondern auch aus den Berichten des Jahres 2005 (s.o.; z.B. Op-Bericht vom 19.04.2005, Blatt 14 der Beklagtenakte). Aus den letztgenannten Unterlagen ergibt sich auch, dass sich diese Knorpelschädigung bis zum Innenmeniskushinterhorn ausgedehnt hatte. Dieser festgestellte und von Prof. Dr. B.-A. nicht bestrittene Sachverhalt genügt dem Senat um eine alternative, anlagebedingte Verursachung annehmen zu können.

Damit konnte der Senat nicht eine durch die versicherte Tätigkeit hinreichend wahrscheinlich wesentlich verursachte primäre Meniskopathie annehmen. Vielmehr musste der Senat eine sekundäre, also durch – hier anlagebedingte - Vorschäden verursachte sekundäre Meniskopathie feststellen, die aber die Voraussetzungen der BK Nr. 2102 nicht erfüllt.

II. BK Nr. 2112 BKV

Unter Nummer 2112 der Anlage zu § 1 BKV hat der Gesetzgeber die 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 aufgetretene Gonarthrose als BK anerkannt (zur Zulässigkeit der Mindesteinwirkungsdauer vgl. Senatsurteil vom 28.02.2014 – L 8 U 5339/12 – juris RdNr. 49).

Vorliegend scheitert die Anerkennung einer BK daran, dass der Zusammenhang zwischen Gonarthrose und kniebelastender beruflicher Tätigkeit nicht hinreichend wahrscheinlich ist, weil - wie das SG zutreffend ausgeführt hat - zum Zeitpunkt der Erstmanifestation des Gesundheitsschadens die kumulative Einwirkungsdauer von 13.000 Stunden noch nicht erreicht war. Bei der Schwelle von 13.000 Stunden kniender Tätigkeit handelt es sich um eine Mindesteinwirkdauer im Sinne einer Mindestdosis (dazu Hessisches LSG 23.08.2013 – L 9 U 30/12 ZVW – juris RdNr. 44; Senatsurteil vom 28.02.2014 a.a.O. RdNr. 50) unterhalb derer eine BK nicht anerkannt werden kann (Mehrtens/Brandenburg, BKV, M 2112, Anmerkungen RdNr. 3). Es handelt sich insoweit auch nicht um eine bloße Beweiserleichterung. Denn unterhalb der Schwelle von 13.000 Stunden, was schon einen Sicherungsabschlag von 300 Stunden enthält, konnten Studien (Sandmark et al., 2000, Primary osteoarthritis of the knee in men and women as a result of lifelong physical load from work, zitiert nach Wissenschaftliche Begründung zur BK Nr. 2112 - WB -, BArbBl 10/2005, 46 ff) belastungsinduzierte Kniegelenksarthrosen nicht sicher epidemiologisch nachweisen.

Der Kläger hat selbst eine Einwirkungsdauer von 16.087 Stunden kniebelastender Tätigkeit errechnet (Blatt 339 der Beklagtenakte). Für die Beklagte hat der Präventionsdienst eine Einwirkungsdauer von 9.017 Stunden kniebelastender Tätigkeit angenommen und auch unter Berücksichtigung der Aussagen des vom SG vernommenen Gutachters B. (zu dessen Aussage vgl. die Niederschrift über den Beweisaufnahmetermin vom 07.07.2009, Blatt 45/55 der SG-Akte S 9 U 323/07) daran festgehalten.

Der Senat konnte u.a. anhand der Angaben des Klägers (Blatt 9 und 339 der Beklagtenakte) eine kniebelastende Tätigkeit von mindestens 13.000 Stunden nicht feststellen. Dabei hat der Senat auch die Angaben des Klägers gegenüber den Gutachtern (insbesondere Dr. Heinold) berücksichtigt. Hinsichtlich der Zeit als Wehrdienstleistender (Juli 1977/Juni 1979) und während der Meisterschule (September 1981/Juli 1983) konnte der Senat mit den Angaben des Klägers (Blatt 9 der Beklagtenakte) eine kniebelastende Tätigkeit nicht feststellen. Für die Zeit seiner Tätigkeit bei der Fa. H. S. GmbH (Juni 1988/Januar 1993) konnte der Senat lediglich bis 1990 kniebelastende Tätigkeiten als Maler feststellen. Danach war der Kläger entsprechend der Auskunft des damaligen Arbeitgebers vom 08.06.2005 (Blatt 40 der Beklagtenakte) mit Bürotätigkeiten und Baustellenorganisation beschäftigt, für die der Arbeitgeber eine überwiegend kniebelastende Tätigkeit verneint hat. Dass der Kläger gegenüber dem SG angegeben hat, damals auch auf den Baustellen mitgearbeitet zu haben und Büroarbeiten erst abends erledigt zu haben, widerspricht seiner eigenen Einschätzung der Arbeitszeit bei dieser Firma. Denn insoweit hat er (Blatt 339 der Beklagtenakte) jeweils lediglich eine Arbeitszeit von umgerechnet 8,5 Stunden angegeben. Auch hat er bei der Fa. S. nicht als Bodenleger gearbeitet, gibt aber an, dort Bodenbeschichtungen gemacht zu haben. Diese widersprüchlichen Angaben konnten den Senat nicht überzeugen. Da der Kläger aber auch selbst angegeben hatte, bei dieser Firma im Büro tätig gewesen zu sein, sieht der Senat die Angaben des Arbeitgebers als zutreffend. Im Jahr 2005 war der Kläger entsprechend seinen Angaben ab März 2005 arbeitsunfähig, ab Oktober 2005 bezog er eine Rente wegen Berufsunfähigkeit, sodass in dieser Zeit kniebelastende Tätigkeiten nicht aufgetreten sind.

Mit dem vom SG vernommenen Sachverständigen B. konnte der Senat feststellen, dass bei der regulären Tätigkeit als Maler bei der Fa. G. eine kniebelastende Tätigkeit im Umfang von 25 % der Arbeitszeit anzusetzen ist (Blatt 47 SG-Akte S 9 U 323/07). Dieser Ansatz kann mit den Ausführungen des Sachverständigen auch für die Zeiten der Tätigkeiten bei der Fa. W. Blatt 48 SG-Akte S 9 U 323/07) und der Fa. H. S. GmbH & Co. KG als Maler übernommen werden. Hinsichtlich der kniebelastenden Tätigkeit als Bodenleger konnte der Senat den zwischen den Beteiligten im Beweisaufnahmetermin vor dem SG angesetzten Anteil von 70 % kniebelastender Tätigkeit (Blatt 48 SG-Akte S 9 U 323/07) als zutreffend feststellen; dabei geht der Senat mit dem vom Kläger angenommenen (Blatt 339 der Beklagtenakte) Anteil von 1/3 der Arbeitszeit mit Bodenbelagsarbeiten und 2/3 der Arbeitszeit mit Malerarbeiten aus, wobei 1/3 der auf Arbeitstage im Jahr umgerechneten Schichtanteile nicht wie vom Kläger angenommen 66 Tage ergibt, sondern 73 Tage (220 Tage x 1/3 = 73,33, gerundet 73 Tage). Hinsichtlich der Tätigkeit bei der Betonsanierung hat der Sachverständige Bildstein die Tätigkeit im Hinblick auf die Belastungen der Knie einer Malertätigkeit als vergleichbar angesehen (Blatt 49 der SG-Akte S 9 U 323/07). Zugunsten des Klägers geht der Senat im

vorliegenden konkreten Einzelfall mit dem Sachverständigen von den gegenüber den Ergebnissen der Gonkatast-Studie (im Internet vgl. http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/report1 2010.pdf) höheren Ansätzen auA. Auch hinsichtlich der Tätigkeit beim Anbringen von Vollwärmeschutz geht der Senat – über die Ansätze der Beklagten und den Ergebnissen der Gonkatast-Studie hinaus – im Hinblick auf den Umstand, dass der Kläger alleine gearbeitet und daher vor allem kleinere Objekte mit vielen unregelmäßigen und schwierigen Arbeitserfordernissen (dazu vgl. die Aussagen des Sachverständigen B. gegenüber dem SG) bearbeitet hat, von einer Vergleichbarkeit mit der Tätigkeit als Maler aus und setzt insoweit dieselben Kniebelastungen an. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Kniebelastungen:

Zeitraum (Monate) Jahre Arbeitgeber Schädigende Tätigkeit Knie-belas-tung Dauer/ Tag in Std. Schicht/ Jahr in Tagen Belastung/ Zeitraum in Stunden (gerundet) von bis Arbeitszeit 8 Std/ Tag 08/1973 07/1976 (36) 3 Fa. G. Lehrzeit 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 165 990 (1.307) 08/1976 06/1977 (11) 0,92 Fa. G. Malerarbeiten 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 220 405 (534) 07/1977 06/1979 (24) 2 Wehrdienst - - - - 07/1979 12/1980 (18) 1,5 Fa. G. Malerarbeiten 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 220 660 (871) 01/1981 08/1981 (8) 0,67 Fa. W. Malerarbeiten 2/3 der Arbeitszeit 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 147 197 (260) Bodenbelagsarbeiten 1/3 der Arbeitszeit 70 % 5,6 73 274 09/1981 07/1983 (23) 0,96 Meisterschule - - - - - 08/1983 09/1984 (14) 1,17 Fa. B. Betonsanierung 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 220 515 (680) 10/1984 06/1985 (9) 0,75 Fa. W. Betonsanierung 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 220 330 (436) 07/1985 09/1986 (15) 1,25 Fa. W. Malerarbeiten 2/3 der Arbeitszeit 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 147 118 (582) Bodenbelagsarbeiten 1/3 der Arbeitszeit 70 % 5,6 73 511 10/1986 04/1987 (7) 0,58 Keine Angaben Keine Angaben - - - - 05/1987 12/1990 (44) 3,66 Fa. H. S. GmbH & Co. KG Malermeister 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 220 1.610 (2.126) 01/1991 01/1993 (25) 2,08 Fa. H. S. GmbH & Co. KG Bürotätigkeit - - - - 02/1993 12/1993 (11) 0,92 Fa. K. Außendienst - - - - 01/1994 12/1998 (60) 5 Fa. Farben F. Außendienst - - - - 01/1999 03/1999 (3) 0,25 Keine Angaben Keine Angaben - - - - 04/1999 03/2005 (72) 6 Selbständigkeit Malerarbeiten 10 % der Arbeitszeit 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 22 264 (348) Vollwärmeschutz 90 % der Arbeitszeit 25 % (33 %) 2,0 (2,64) 198 2.376 (3.136) 04/2005 09/2005 (6) 0,5 Selbständigkeit Arbeitsunfähig (Blatt 46 SG-Akte S 9 U 323/07) - - - - - 10/2005 08/2007 (23) 1,92 Berufsunfähigkeitsrentner (Blatt 46 SG-Akte S 9 U 323/07) - - - - 05/2007 09/2009 (29) 2,42 Fa. F. Farben und Putze Außendienst - - - - 10/2009 03/2010 (6) 0,5 Keine Angaben Keine Angaben - - - - 04/2010 10/2010 (7) 0,58 Arbeitslosigkeit - - - - - 11/2010 04/2011 (6) 0,5 Keine Angaben Keine Angaben - - - - 05/2011 06/2011 (2) 0,16 Arbeitslosigkeit - - - - - 06/2011 - SWEG Busfahrer - - - - Gesamt 8.250 (11.065)

Mit insgesamt erreichten 8.250 Stunden kniebelastender Tätigkeit erreicht der Kläger nicht die Mindesteinwirkungsdauer von 13.000 Stunden. Auch wenn zugunsten des Klägers nicht von dem vom Sachverständigen für Malerarbeiten angesetzten Anteil von 25 % an kniebelastender Tätigkeit sondern mit dem Kläger (Blatt 339 der Beklagtenakte) von einem Anteil von 33 % ausgegangen würde (dazu vgl. die in Klammer gesetzten Werte der obigen Tabelle), ergäbe sich mit 11.065 Stunden keine die Mindesteinwirkungsdauer erreichende Kniebelastung.

Selbst wenn man mit dem Vortrag des Klägers einen 12-stündigen Arbeitstag während seiner Selbständigkeit annehmen wollte, ergäbe sich unter Berücksichtigung der zuvor festgestellten Zeiten und Belastungen keine kniebelastende Tätigkeit von mehr als 13.000 Stunden:

Zeitraum (Monate) Jahre Arbeitgeber Schädigende Tätigkeit Knie-belas-tung Dauer/ Tag in Std. Schicht/ Jahr in Tagen Belastung/ Zeitraum in Stunden (gerundet) von bis Arbeitszeit 12 Std/ Tag 04/1999 03/2005 (72) 6 Selbständigkeit Malerarbeiten 10 % der Arbeitszeit 25 % (33 %) 3 (3,96) 22 396 (523) Vollwärmeschutz 90 % der Arbeitszeit 25 % (33 %) 3 (3,96 198 3.564 (4.704) Gesamt 9.570 (12.808)

Der anderslautenden Aufstellung des Klägers (Blatt 339 der Beklagtenakte), in der er 16.087 Stunden errechnet hat, kann der Senat nicht folgen. Denn zunächst hat der Kläger dort Zeiten, in denen er nicht kniebelastend tätig war, als kniebelastende Zeiten in seine Berechnung eingestellt und nicht unberücksichtigt gelassen, was er in der mündlichen Verhandlung einräumen musste (so z.B. Wehrdienst von 07/1977 bis 06/1979, vgl. insoweit z.B. seinen Ansatz für die Zeit von 08/1976 bis 12/1980 mit 4,42 Jahren, der den in diese Zeit fallenden Wehrdienst mitzählt; und seine Bürotätigkeit bei H. S. GmbH & Co. KG). Außerdem kann der Senat die Berechnung des Klägers auch insoweit nicht nachvollziehen, als schon seine Berechnungsschritte nicht stimmen: So errechnet der Kläger für die Lehrzeit 1.320 Stunden kniebelastender Tätigkeit; aufgrund seiner eigenen Ansätze (2,6 Stunden/Tag an 165 Tagen/Jahr in 3 Jahren) ergibt sich aber nur eine kniebelastende Tätigkeit für 1.287 Stunden; gleiches gilt auch für andere Zeiten (z.B. Zeitraum 08/1976 bis 12/1980: 2,6 Stunden/Tag an 220 Tage/Jahr in 4,42 Jahren ergibt 2.528,24 Stunden, während vom Kläger 2.593 angesetzt wurden). Damit konnte der Senat den Angaben des Klägers nicht folgen und musste im Hinblick auf die Ausführungen des Sachverständigen und den Ergebnissen der Gonkatast-Studie sowie aufgrund eigener Prüfung feststellen, dass der Kläger die Mindesteinwirkungsdauer von 13.000 Stunden kniebelastender Tätigkeit nicht erreicht oder gar überschritten hat.

Der Annahme von Prof. Dr. B.-A., der wohl die Darstellung des Klägers unkritisch übernommen und die Angaben des vom SG vernommenen Sachverständigen übergangen hat, konnte der Senat nicht folgen. Prof. Dr. B.-A. hat zwar angegeben, die von der Beklagten angesetzten Werte seien im Hinblick auf die von ihm im Gutachten dargestellte Studie von Ditschen et al. (2013) zu überprüfen. Jedoch ergeben die Ansätze von Ditschen et al. (2013), aber die auch der Gonkatast-Studie, Schichtanteile kniebelastender Tätigkeiten, die - selbst wenn man die Malertätigkeit des Klägers nicht allgemein sondern in einzelne Verrichtungen zerlegt betrachten würde - noch unter denjenigen lägen, die der Senat vorliegend konkret im Hinblick auf die Angaben des Klägers und des Sachverständigen angenommen hat. Damit war eine weitere Sachverhaltsaufklärung insoweit nicht geboten.

Hat der Kläger aber die Mindesteinwirkungsschwelle nicht erreicht, so kann die bei ihm vorliegende Erkrankung nicht als BK Nr. 2112 anerkannt werden. Dabei kann der Senat offen lassen, ob beim Kläger unter medizinischen Gesichtspunkten tatsächlich eine BK-berechtigende, auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführende Gonarthrose vorliegt.

III.

Sind damit weder die Voraussetzungen einer BK Nr. 2102 noch einer BK Nr. 2112 erfüllt, hat der Kläger keinen entsprechenden Anspruch auf Anerkennung seiner Erkrankungen als BK. Damit war die Beklagte des Klägers unbegründet.

Die Kosten des Gutachtens von Prof Dr. B.-A. einschließlich des im Rahmen dieses Gutachtensauftrages erstellten Zusatzgutachtens von Dr. B. sowie die im Zusammenhang mit dieser Begutachtung angefallenen baren Auslagen des Klägers, über die als Gerichtskosten der Senat in Ausübung des ihm nach § 109 AbA. 1 Satz 2 SGG zustehenden Ermessens von Amts wegen auch im Urteil entscheiden kann (ständige

Rechtsprechung des Senats, vgl. stellvertretend Senatsurteil 27.11.2015 - L 8 U 2227/14 -, unveröffentlicht; vgl. auch LSG Baden-Württemberg 16.08.2006 - L 1 U 3854/06 KO-B - juris und www.sozialgerichtsbarkeit.de), werden nicht auf die Staatskasse übernommen. Der Kläger hat diese daher endgültig selbst zu tragen.

Nach § 109 Abs. 1 Satz 2 SGG kann die von einem behinderten Menschen beantragte gutachtliche Anhörung eines bestimmten Arztes davon abhängig gemacht werden, dass der Antragsteller die Kosten vorschießt und vorbehaltlich einer anderen Entscheidung des Gerichts endgültig trägt. Angesichts dieser gesetzlichen Regelung steht es im Ermessen des Gerichts, ob und in welchem Umfang es die Kosten dem Antragsteller endgültig auferlegt. Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats können die Kosten eines nach § 109 SGG eingeholten Gutachtens dann auf die Staatskasse übernommen werden, wenn dieses Gutachten für die gerichtliche Entscheidung von wesentlicher Bedeutung war und zu seiner Erledigung beigetragen hat bzw. zusätzliche, für die Sachaufklärung bedeutsame Gesichtspunkte erbracht hat. Dabei kann nicht in jedem Gesichtspunkt ein Beitrag zur Sachaufklärung gesehen werden. Es muss sich vielmehr, gemessen an dem Prozessziel des Antragstellers, um einen wesentlichen Beitrag gehandelt haben und dementsprechend die Entscheidung des Rechtsstreits (oder die sonstige Erledigung) maßgeblich gefördert haben. Durch die Anbindung an das Prozessziel wird verdeutlicht, dass es nicht genügt, wenn eine für die Entscheidung unmaßgebliche Abklärung eines medizinischen Sachverhalts durch das Gutachten nach § 109 SGG vorangetrieben worden ist. Vielmehr muss sich die Förderung der Sachaufklärung auf den Streitgegenstand beziehen (Kühl in Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Auflage, § 109 Rn. 11). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Denn das Gutachten von Prof. Dr. B.-A. einschließlich des Zusatzgutachtens von Dr. B. hat keine zusätzliche – für die Sachaufklärung bedeutsame – Gesichtspunkte erbracht und die Sachaufklärung nicht maßgeblich gefördert und war außerdem für die gerichtliche Entscheidung nicht von wesentlicher Bedeutung, wie sich aus den oben dargelegten Urteilsgründen ergibt. Es ist deshalb nicht gerechtfertigt ist, die Kosten dieser Begutachtung auf die Staatskasse zu übernehmen. Der Kläger hat vielmehr die Kosten der Begutachtung sowie seine hierbei angefallenen baren Auslagen endgültig selbst zu tragen.

Im Übrigen beruht die Kostenentscheidung auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-10-20