

L 10 U 2027/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 2371/16
Datum
10.04.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 2027/18
Datum
17.10.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

"1. Ist am linken Knie eine Gonarthrose als Berufskrankheit anerkannt, ist gegen die Feststellung, die Gonarthrose am rechten Knie sei nicht berufsbedingt entstanden, die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage auf Verurteilung des Unfallversicherungsträgers zur Anerkennung der Gonarthrose rechts als Folge der anerkannten BK sachdienlich.

2. Allein die Tatsache eines vorbestehenden, durch einen privaten Unfall verursachten Kniegelenksschadens schließt es nicht aus, dass die an diesem Kniegelenk entstandene Gonarthrose wesentlich durch berufliche Einwirkungen verursacht wurde.

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 10.04.2018 teilweise aufgehoben und der Bescheid vom 28.04.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.08.2016 abgeändert.

Die Beklagte wird verpflichtet, als weitere Folgen der Wie-Berufskrankheit auch die Arthrose am rechten Knie anzuerkennen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zur Hälfte zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung von Schäden am rechten Kniegelenk als Folge der als sogenannten Wie-Berufskrankheit (Wie-BK) im Sinne des [§ 9 Abs. 2](#) des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) anerkannten Gonarthrose sowie die Gewährung einer Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 v.H.

Der am 1955 geborene Kläger erlernte von 1970 bis 1974 den Beruf des Gas- und Wasserinstallateurs und war nachfolgend bis Januar 1979 in seinem Ausbildungsberuf beschäftigt, wobei er die für seinen Beruf üblichen Tätigkeiten ausführte. Anschließend besuchte der Kläger die Meisterschule und war ab dem 01.04.1980 selbstständig tätig. Er war als Unternehmer (selbstständiger Flaschnermeister) freiwillig bei der Beklagten unfallversichert. Als Unternehmer verrichtete er wiederum die üblichen Tätigkeiten eines Gas- und Wasserinstallateurs, allerdings mit einem erhöhten Anteil kniender Tätigkeiten im Fersensitz, da unter anderem überdurchschnittlich viele Heizungsrohre in Böden (Fußbodenheizung) und Wänden verlegt sowie Blechenerarbeiten auf Dächern ausgeführt wurden. Eine Exposition von 13.000 Stunden kniebelastender Tätigkeiten im Sinne der BK 2112 (Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knie oder eine vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht) erreichte er nach der vom Präventionsdienst der Beklagten erstellten Belastungsdokumentation unter Berücksichtigung geringfügiger Fehlzeiten im September 1990 (Bl. 351 f. VA). Die Gesamtdauer an kniebelastenden Tätigkeiten belief sich auf 20.979 Stunden (bis zum 30.09.2002, Bl. 343 VA) bzw. 25.804 Stunden (bis 17.01.2010, Bl. 346 VA). Die Gesamtzeit an meniskusbelastenden Tätigkeiten im Sinne der BK 2102 (Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten) betrug 26,30 Jahre und der meniskusbelastende Anteil der Arbeitszeit 35 % (Bl. 19 f. VA).

Im Jahre 1973 kam es zu einer Verletzung des rechten Knies, als der Kläger sich beim privaten Fußballspiel das Knie verdrehte. In den Jahren 1980, 1985 und noch zwei weitere Male wurde er am rechten Kniegelenk operiert. Am 13.06.2005 verdrehte sich der Kläger bei der Ausführung von Dacharbeiten im Rahmen seiner selbstständigen Tätigkeit wiederum das rechte Knie (Unfallanzeige, Bl. 3 VA und H-Arzt-Bericht, Bl. 1 VA) mit der Folge von Belastungsschmerzen, die sich nur langsam besserten. Bei den damaligen Untersuchungen, bei denen der Kläger auch angab, er habe seit Längerem immer wieder Schmerzen im rechten Knie gehabt, diagnostizierte der Orthopäde B. einen

Zustand nach Distorsionstrauma des rechten Kniegelenks, eine Gonarthrit rechts und eine Gonarthrose Grad III rechts (Bl. 4 VA). Im März 2006 zeigte der Kläger bei der Beklagten an, dass bei ihm Anhaltspunkte für eine BK vorhanden seien und berichtete von einer Arthrose in beiden Knien (Bl. 13 VA). Die Erkrankung habe sich vor ungefähr zehn Jahren erstmals bemerkbar gemacht (Bl. 14 VA).

Nach Beiziehung des Vorerkrankungsverzeichnisses von der Krankenkasse des Klägers, worin hinsichtlich des rechten Kniegelenks eine AU-Zeit von 29 Tagen im Jahr 1990 wegen einer Meniskusverletzung (Bl. 28 VA), eine AU-Zeit von 41 Tagen im Jahr 2003 wegen einer - erstmals genannten "primären" Gonarthrose und eine AU-Zeit von 103 Tagen im Jahr 2005 wegen einer nicht näher bezeichneten Gonarthrose sowie hinsichtlich des linken Kniegelenks eine AU-Zeit von 28 Tagen wegen einer Meniskusverletzung im Jahr 1997 und von 24 Tagen im Jahr 2006 wegen einer Gonarthrose verzeichnet waren (Bl. 27 VA), holte die Beklagte das orthopädische Gutachten von Prof. Dr. W. ein. Darin gab dieser die bei der Untersuchung im März 2007 gemachten Angaben des Klägers wieder, er leide bereits seit seinem 18. Lebensjahr unter rechtsseitigen Knieschmerzen, welche nach einer Verletzung des rechten Kniegelenks beim Fußballspielen aufgetreten seien. Es habe sich dabei um eine Bandverletzung des Kniegelenks gehandelt, ohne dass der Kläger habe angeben können, welche Bänder verletzt worden seien. Er habe einen Oberschenkelgipsverband erhalten. Nach Abnahme desselben sei das Kniegelenk sehr schmerzhaft und unbeweglich gewesen. Danach sei er krankengymnastisch behandelt worden, wodurch sich die Beweglichkeit des Kniegelenks allmählich normalisiert habe. In der Folgezeit sei er hinsichtlich des rechten Kniegelenks nie mehr völlig beschwerdefrei geworden, habe immer wieder Knieschmerzen gehabt und das Kniegelenk sei "anfällig" geblieben. Im Jahr 1980 sei deswegen der Innenmeniskus am rechten Kniegelenk operativ entfernt worden, wobei ein Knorpelschaden am Kniegelenk festgestellt worden sei. Nach der Operation sei das Kniegelenk weiterhin schmerzhaft geblieben. Etwa 1985 sei er deswegen nochmals am rechten Kniegelenk operiert worden, wobei der Außenmeniskus entfernt worden sei. Auch danach habe er weiter Knieschmerzen gehabt. Im Folgenden sei er noch zweimal arthroskopisch am rechten Knie operiert worden, wisse aber nicht mehr, wann. Auch diese Eingriffe hätten keinen Erfolg gehabt; man habe ihm gesagt, die Arthrose "habe das Kreuzband aufgefressen" (Bl. 34 ff. VA).

Prof. Dr. W. führte aus, dass die Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenks vom 07.08.1990 im Ursprungsbereich des Innenbandes mehrere unterschiedlich große rundliche glatt begrenzte Verknöcherungen (Stieda-Schatten) zeigten (Bl. 41 VA). Daraus folge, dass sich der Kläger 1973 eine anteromediale Kniebandverletzung zugezogen habe. Beim letzten operativen Eingriff am 10.02.2003 sei zudem festgestellt worden, dass ein großer Teil des Innenmeniskus fehle. Es sei daher davon auszugehen, dass es 1973 zusammen mit der Bandverletzung im Sinne einer sogenannten "unhappy triad" zu einer Schädigung des Innenmeniskus gekommen sei. Insgesamt müsse 1973 eine komplexe Knieverletzung vorgelegen haben (Bl. 44 VA). Unterlagen über die nach Angaben des Klägers in den Jahren 1980 und 1985 durchgeführten operativen Eingriffen würden sich nicht finden lassen, sodass nicht bekannt sei, welche Kniegelenksbefunde seinerzeit vorhanden gewesen seien (Bl. 45 VA). Die Auswertung der Röntgenaufnahmen, der ärztlichen Berichte und der eigenanamnestischen Angaben des Klägers belegten aber, dass sich bei ihm am rechten Kniegelenk eine posttraumatische Gonarthrose entwickelt habe. Dies bedeute, dass es infolge eines Unfalles zu einer Arthrose des rechten Kniegelenks gekommen sei. Dabei handele es sich um den Sportunfall, der sich bereits 1973 zugetragen habe (Bl. 43 f. VA). Der Innenmeniskussschaden am linken Kniegelenk sei sekundär infolge einer Gonarthrose entstanden (Bl. 49 VA).

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 08.05.2007 (Bl. 58 ff. VA) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2008 (Bl. 70 ff. VA) die Feststellung der BK 2102 ab, wogegen der Kläger zum Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage erhob (S 11 U 1267/08). Das SG holte das Gutachten des Orthopäden Dr. K. ein, der das Vorliegen der Voraussetzungen der BK 2102 verneinte (Bl. 143 VA). Hinsichtlich des rechten Kniegelenks führte Dr. K. ebenfalls in Bezug auf den Sportunfall 1973 aus, die von ihm angefertigten Röntgenaufnahmen zeigten eine partielle Verknöcherung von Teilen des Innenbandes (sogenannter Stieda-Pellegrini-Schatten) als Folge eines alten Innenbandschadens (Bl. 134 VA). Ob ein primärer Innenmeniskussschaden im Sinne einer "unhappy triad" anlässlich der ersten Verletzung erfolgt oder ob ein sekundärer Meniskussschaden als Folge der instabilen Kapselbandsituation im Innenmeniskusbereich eingetreten sei, könne im Nachhinein nicht abschließend geklärt werden. Auf Grund der abgelaufenen komplexen Kniegelenkverletzung sei jedoch eine bereits im Jahr 2003 erkennbare schwergradige Sekundärarthrose aufgetreten (Bl. 134 f. VA). Der Schaden sei nicht in den beruflichen Zusammenhang zu stellen, weil die posttraumatische Gonarthrose neben einer Organdegeneration infolge biomechanischer Einwirkungen über Mikrotraumata und Instabilität zu degenerativen Veränderungen des Meniskus führe (Bl. 135 VA). Am linken Kniegelenk liege eine Gonarthrose mit sekundärer Meniskopathie vor (Bl. 138 VA).

Im Hinblick auf die mit Änderungsverordnung vom 11.06.2009 eingeführte BK 2112, deren Anerkennung der Kläger ebenfalls geltend machte, ordnete das SG das Ruhen des Verfahrens an. Nach Beiziehung weiterer medizinischer Unterlagen holte die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. K. ein, der das Vorliegen der BK 2112 verneinte. Die rechtsseitige Gonarthrose sei Folge der Sportverletzung. Linksseitig liege als konkurrierender Faktor eine Adipositas vor (Bl. 252 VA). Der Staatliche Gewerbearzt schlug vor, die BK 2112 nicht anzuerkennen, weil die haftungsausfüllende Kausalität nicht habe wahrscheinlich gemacht werden können (Bl. 256 VA). Mit Bescheid vom 25.11.2010 (Bl. 260 ff. VA) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2011 (Bl. 272 ff. VA) lehnte die Beklagte die Feststellung der BK 2112 ab, wogegen der Kläger ebenfalls Klage zum SG erhob ([S 11 U 1927/11](#)) und das ruhende Verfahren wieder anrief. Dieses führte das SG unter dem Aktenzeichen S 11 U 2609/11 fort und verband es zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung mit dem führenden Verfahren [S 11 U 1927/11](#).

Nach Einholung eines Gutachtens gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) bei dem Orthopäden und Rheumatologen Dr. Z., der eine schwere fortgeschrittene Kniegelenksarthrose auf der rechten Seite sowie eine Kniegelenksarthrose links mit erheblichem Knorpeldefekt feststellte und darauf verwies, dass neben der versicherten Tätigkeit auch die Folgen des Unfalls aus den 1970er Jahren, die mehrmaligen operativen Eingriffe und das Übergewicht des Klägers zu den Veränderungen in den Kniegelenken beigetragen hätten (Bl. 368 VA), holte das SG das Gutachten des Arztes für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. S. ein. Dieser führte in Bezug auf das rechte Knie aus, dass sich röntgenologisch ein deutlicher Stieda-Pellegrini-Schatten an typischer Stelle als Ausdruck einer früheren Verletzung zeige. Es bestehe eine deformierende Pan-Gonarthrose nach Kellgren Grad IV (Bl. 435 VA). Im linken Knie liege Grad III vor (Bl. 434 VA). Im Kontext mit dem Röntgenbild des rechten Knies mit den eindeutigen Zeichen einer früheren Innenbandverletzung könne davon ausgegangen werden, dass es 1973 zu einer komplexen Verletzung dieses Knies jedenfalls mit Beteiligung des vorderen Kreuzbandes und des Innenbandes gekommen sei. Hieraus resultiere - durchaus über längere Zeit muskulär kompensiert - eine chronische Instabilität, die die sekundären Veränderungen am Knorpel und den Menisken verursacht habe; insoweit liege ein typischer Verlauf mit den entsprechenden Spätfolgen vor. Daher sei die heute bestehende Pan-Gonarthrose mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als Folge der Verletzung mit 18 Jahren anzunehmen (Bl. 439 VA). Am linken Knie liege dagegen das Krankheitsbild der BK 2112 vor, wobei das definierte Ausmaß für diese BK bereits im Jahr 1995 erreicht

gewesen sei (Bl. 441 f. VA). Ein Krankheitsbild im Sinne der BK 2102 verneinte er - wie zuvor Dr. K. - beidseits, da keine primäre Meniskopathie vorliege (Bl. 444 VA). Die Beklagte legte hierzu die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Cyffka vor, der ausführte, es lägen rechts Grad III und links Grad II nach Kellgren vor (Bl. 514 VA); rechts sei die Gonarthrose als sekundär anzusehen und auf den Unfall zurückzuführen, links liege zwar eine primäre Gonarthrose vor, auch seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen erreicht, es fehle jedoch an nennenswerten Funktionseinbußen (Bl. 515 VA).

Außerhalb des Gerichtsverfahrens beauftragte die Beklagte zudem auf Wunsch des Klägers den Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie und Sozialmedizin Dr. A. mit der Erstattung eines Gutachtens zum Vorliegen der BK 2112. Dieser teilte mit, es sei nicht von einer komplexen Kniegelenksverletzung 1973 auszugehen. Der sogenannte Stieda-Pellegrini-Schatten sei zwar ein "hartes Indiz" für eine Innenbanddehnung, aber nicht ausschließlich beweisend; er könne sich auch zu einem späteren Zeitpunkt entwickelt haben (Bl. 577 VA). Wäre seinerzeit eine komplexe Kniegelenksverletzung eingetreten, dann wären mit Gewissheit Unterlagen vorhanden und eine Operation durchgeführt worden. Der Kläger sei damals aber nicht operiert worden, da nach einer wohl durchgeführten Meniskusdarstellung kein pathologischer Befund vorgelegen habe (Bl. 575 f., 606, 608 VA). Nach einiger Zeit der Therapie und unter Berücksichtigung der reparativen Potenz eines Jugendlichen sei das rechte Kniegelenk wieder voll belastbar gewesen (Bl. 577 VA). Ferner habe der Kläger nach 1973 uneingeschränkt weitergearbeitet, was für Beschwerdefreiheit spreche (Bl. 578, 610). Es fehlten stichhaltige Dokumente, dass Kreuzband- und Meniskusschaden sich außerberuflich verwirklicht hätten (Bl. 614 VA). Daher müsse davon ausgegangen werden, dass sich die arthrotischen Veränderungen - rechts eine Pan-Gonarthrose im Stadium Kellgren IV, links eine Verschleißumformung vorwiegend im medialen Kompartiment im Stadium Kellgren II (Bl. 613 VA) - berufsbedingt entwickelt hätten. Dafür spreche auch die lange Dauer der kniebelastenden Tätigkeit von mindestens mehr als dem Doppelten der Einwirkungszeit von 13.000 Stunden (Bl. 613 VA). Die Adipositas sei keine konkurrierende Ursache (Bl. 614 VA). Für die Beklagte wertete Dr. Schwoy dieses Gutachten beratungsärztlich aus und teilte mit, dass es gravierende Mängel aufweise und nur für das linke Knie die medizinischen Veränderungen im Sinne einer Wie-BK entsprechend den Vorgaben der BK 2112 anzunehmen und die MdE auf 10 v.H. einzuschätzen seien (Bl. 689 VA).

Das SG wies die verbundenen Klagen [S 11 U 1927/11](#) mit Urteil vom 10.09.2015 ab. Die vom Kläger dagegen am 09.10.2015 erhobene Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG), die dem Senat zugeteilt wurde ([L 10 U 4254/15](#)), blieb im Urteil vom 24.01.2019 ohne Erfolg. In diesem Verfahren holte der Senat auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) das Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. B. nach ambulanter Untersuchung am 20.01.2017 ein. Er führte darin aus, eine erste Arthroskopie am rechten Kniegelenk sei 1980 erfolgt. Es existiere kein Bericht mehr. Weitere Arthroskopien habe es 1985 und 1990 gegeben. Der Kläger habe angegeben, intraoperativ hätten sich keine Verletzungen der Kreuzbänder gezeigt, sondern ausschließlich Knorpel- und Meniskusschäden (Bl. 823 VA). Ferner habe er angegeben, nach den Operationen jeweils so weit beschwerdefrei gewesen zu sein, dass er seine berufliche Tätigkeit habe fortführen können (Bl. 830 VA). Aktuell berichte er von Schmerzen beim Hocken und Knien. Das Gangbild sei unauffällig. Der Kläger wiege 96 kg bei einer Körpergröße von 181 cm, der Body-Mass-Index betrage daher 29, womit ein Übergewicht bestehe (Bl. 825 VA). Er könne unter Festhalten bis etwa 100° in die Hocke gehen. Die Kniegelenke seien in der Kontur seitengleich unauffällig. Ein Erguss sei nicht nachweisbar und eine Überwärmung oder Verfärbung bestehe nicht. Die Funktionstests zur Prüfung des vorderen und hinteren Kreuzbandes, die Meniskus- und Kniebänderstabilitätstests seien beidseits negativ. Die rechte Kniescheibe sei im Vergleich zu links weniger verschieblich, rau und schmerzhaft. Die Streckung/Beugung der Kniegelenke sei rechts bis 0-10-110° und links bis 0-5-130° möglich (Bl. 826 VA). Die grobe Kraft sei nicht gemindert und der Zehen- und Hackengang beidseits möglich (Bl. 827 VA). Es bestehe rechts eine Pan-Gonarthrose mit sekundärer Meniskusdegeneration und deutlicher Funktionsstörung und links eine Gonarthrose mit sekundärer Meniskusdegeneration und Funktionsstörung (Bl. 828 VA). Die berufliche Tätigkeit habe mit Wahrscheinlichkeit - auch - entweder die Gesundheitsstörungen rechts verursacht oder zumindest einen vorbestehenden Schaden richtungsweisend verschlimmert. Für eine Verursachung spreche, dass die Kniegelenke seitengleich exponiert gewesen seien und deshalb auch ein seitengleicher Befund zu erwarten wäre, sowie dass der Vorschaden nicht bewiesen sei, weil nach dem Trauma 1973 acht Jahre lang Beschwerdefreiheit bestanden habe und erst 2003 ein möglicher posttraumatischer Befund erhoben worden sei. Für einen Zusammenhang mit dem Trauma sprächen der klinische Befund mit Kreuzbandriss und das Überwiegen der degenerativen Veränderungen rechts. Insoweit spreche aber auch der radiologische Befund mit einer Zermürbung des Kreuzbandhöckermassivs im Sinne einer typischen degenerativen Veränderung der Skelettregion gegen einen Zusammenhang mit dem Trauma. Für die Verschlimmerung spreche die Erwägung, dass ein Jahrzehnte zurückliegendes Trauma allein die heute vorhandenen Schäden in diesem Umfang nicht hätte auslösen können. Allerdings handele es sich nicht um eine abgrenzbare Verschlimmerung; der Verschlimmerungsanteil könne nicht bestimmt werden (Bl. 830 ff. VA).

Mit Bescheid vom 28.04.2016 (Bl. 715 f. VA) stellte die Beklagte insbesondere auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. A. und der Stellungnahme von Dr. S. das Bestehen einer BK als sogenannter Wie-BK in Form einer Gonarthrose entsprechend den Voraussetzungen der mit Änderungsverordnung vom 11.06.2009 eingeführten BK 2112 beim Kläger fest. Als Folgen dieser BK erkannte sie eine Verschmälerung des Kniegelenkspalts mit arthrotischen Randzacken entsprechend einer medialen Kniegelenksarthrose des linken Kniegelenks vom Grad II nach Kellgren mit endgradiger Bewegungseinschränkung für die Beugung und Streckung an. Unabhängig von der BK liege eine sekundär eingetretene schwere Arthrose aller Kniegelenksabschnitte nach einer Sportverletzung im Jahr 1973 mit Meniskusverletzung, Innenbandschädigung und hierdurch verursachter Instabilität des rechten Kniegelenks vor. Ein Anspruch auf Rente bestehe nicht. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.08.2016 (Bl. 774 ff. VA) wies die Beklagte den dagegen erhobenen Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger zum SG Klage erhoben und die Arthrose am rechten Knie ebenfalls als Wie-BK geltend gemacht sowie eine Rente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. begehrt. Mit Urteil vom 10.04.2018 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Pan-Gonarthrose rechts sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als Folge der Verletzung im Alter von 18 Jahren anzunehmen. Ein Zusammenhang mit der Wie-BK jedenfalls im Sinne der Verschlimmerung sei zwar nicht völlig ausgeschlossen, aber nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen, was nach den Maßstäben der objektiven Beweislast zu Lasten des Klägers gehe. Ein Anspruch auf eine Verletztenrente auf Grund der anerkannten Folgen der Wie-BK bestehe zudem nicht, da die Schädigungen am linken Knie keine MdE um 20 v.H. begründeten. Selbst wenn eine seitengleiche Schädigung beider Kniegelenke durch die anerkannte Wie-BK unterstellt würde, so ergäben sich MdE-Werte von je 10 v.H. auf beiden Seiten, die integrierend nicht zu einer höheren Gesamt-MdE als 15 v.H. führten.

Gegen das ihm am 17.05.2018 zugestellte Urteil hat der Kläger am 05.06.2018 Berufung beim LSG eingelegt, welche zunächst dem 6. Senat zugeteilt worden ist. Wegen des zu diesem Zeitpunkt beim Senat noch anhängigen Verfahrens des Klägers mit dem Aktenzeichen [L 10 U 4254/15](#) ist das Verfahren an den erkennenden Senat abgegeben worden.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, dass es eine reine Vermutung sei, die Schädigung des rechten Knies dem Sportunfall 1973 zuzuschreiben. Dieser sei in jugendlichem Alter geschehen und seine Folgen ausgeheilt. Der Stieda-Pellegrini-Schatten im Röntgenbild könne auch von dem wesentlich schlimmeren Arbeitsunfall 2005 stammen. Die MdE dürfte im Hinblick auf die Betroffenheit beider Knie und der damit verbundenen Unmöglichkeit der Kompensation durch eine gesunde andere Extremität 30 v.H. betragen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 10.04.2018 aufzuheben, den Bescheid vom 28.04.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.08.2016 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, als weitere Folge der anerkannten Wie-Berufskrankheit Gonarthrose auch die Arthrose am rechten Knie anzuerkennen, sowie zu verurteilen, ihm eine Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für richtig.

Das Gericht hat auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) das - weitere - Gutachten nach Aktenlage von Dr. B. eingeholt, in dem dieser die Befunde und Diagnosen seines Vorgutachtens wiederholt hat. Er hat bekräftigt, dass auch die Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenks im Sinne der Entstehung oder der Verschlimmerung auf berufliche Einwirkungen zurückzuführen seien. Nach übereinstimmender Auffassung der Konsensarbeitsgruppe spreche bei unterschiedlicher Betroffenheit beider Knie nur ein Unterschied von mehr als einem Grad nach Kellgren gegen eine berufliche Verursachung, es sei denn, eine einseitige Belastung könne plausibel dargelegt werden. Der Unterschied beim Kläger betrage - bei Grad IV rechts und Grad III links nur ein Grad (Bl. 44 f. LSG-Akte). Der Vorschaden sei nicht erwiesen und nach 1973 habe acht Jahre Beschwerdefreiheit bestanden. Das Ausmaß der degenerativen Veränderungen hätte allein oder überwiegend durch ein Jahrzehnt zurückliegendes Trauma nicht in diesem Umfang ausgelöst werden können. Denn dann wäre eine Anamnese mit wiederkehrenden und kurz nach dem Trauma bereits erfolgten Behandlungsmaßnahmen, Symptomen und beruflichen Ausfallzeiten zu erwarten (Bl. 46 LSG-Akte). Die MdE betrage für jedes Kniegelenk 20 v.H. und insgesamt 30 v.H. (Bl. 49 LSG-Akte).

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz, die Akten des Senats [L 10 U 4254/15](#) sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat ist zur Entscheidung berufen. Zwar sind nach dem Geschäftsverteilungsplan des LSG für das Jahr 2018 die in diesem Jahr eingegangenen Verfahren turnusmäßig den für die gesetzliche Unfallversicherung zuständigen Senaten - hierzu gehören u.a. der 6. Senat und der 10. Senat - zugeteilt worden (Abschnitt A Teil III des Geschäftsverteilungsplans 2018), sodass die am 05.06.2018 eingegangene Berufung des Klägers turnusmäßig dem 6. Senat zugeteilt worden ist. Von dieser turnusmäßigen Zuteilung hat jedoch Abschnitt A Teil III Nr. 5 des Geschäftsverteilungsplans eine Ausnahme gemacht, wenn bei Eingang einer Berufung desselben Klägers gegen dieselbe Beklagte in demselben Sachgebiet bereits ein Berufungsverfahren anhängig gewesen ist; dann ist der Senat zuständig gewesen, bei dem die früher eingegangene Streitsache anhängig gewesen ist, sofern dieser Senat für dieses Sachgebiet noch zuständig gewesen ist. Am 05.06.2018 ist beim 10. Senat, der auch im Jahr 2018 für Angelegenheiten der gesetzlichen Unfallversicherung zuständig gewesen ist, die Berufung des Klägers gegen die Beklagte mit dem Aktenzeichen L 10 U 4245/15 (Anerkennung der beidseitigen Kniegelenkerkrankung als BK) noch anhängig gewesen; über diese Berufung hat der 10. Senat erst mit Urteil vom 24.01.2019 entschieden. Dementsprechend hätte die vorliegende Berufung nicht dem 6. Senat, sondern dem 10. Senat zugewiesen werden müssen. An dieser Zuständigkeit des 10. Senats hat sich durch den Geschäftsverteilungsplan für das Jahr 2019 nichts geändert. Denn nach Abschnitt A Teil II Nr. 3 Satz 2 des Geschäftsverteilungsplanes für das Jahr 2019 bleibt es für die vor dem 01.01.2019 eingegangenen Verfahren bei der bisherigen Zuständigkeit, also der des erkennenden Senats. Gemäß Abschnitt A Teil III Nr. 9 des Geschäftsverteilungsplanes für das Jahr 2019 hat der 6. Senat daher die vorliegende Berufung an die Registratur abgegeben, worauf die Berufung dem zuständigen 10. Senat zugeleitet worden ist.

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung ist teilweise begründet. Das SG hätte die Beklagte verpflichten müssen, die beim Kläger bestehende Arthrose des rechten Kniegelenks als Folge der anerkannten Wie-BK festzustellen, und den angefochtenen Bescheid insoweit abändern müssen. Im Übrigen ist die Berufung allerdings unbegründet, weil das SG die auf Gewährung von Rente gerichtete Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen hat.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid vom 28.04.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.08.2016. Darin anerkannte die Beklagte das Vorliegen einer Kniegelenksarthrose (Gonarthrose) als Wie-BK. Als Folgen dieses Versicherungsfalles anerkannte sie eine Kniegelenkspaltverschmälerung mit arthrotischen Randzacken entsprechend einer medialen Kniegelenksarthrose (Gonarthrose) des linken Kniegelenks vom Grad II nach Kellgren mit endgradiger Bewegungseinschränkung für die Beugung und Streckung, was der Kläger - da ihm günstig - nicht angeht. Diese Verfügungssätze sind somit bestandskräftig ([§ 77 SGG](#)).

Nicht streitgegenständlich ist im vorliegenden Verfahren hingegen die Verpflichtung der Beklagten zur Anerkennung der BK 2102 oder der BK 2112, die im Senatsurteil vom 24.01.2019 ([L 10 U 4254/15](#)) abgelehnt worden ist. Wie der Senat darin zudem bereits ausgeführt hat, tritt der Versicherungsfall (= Erkrankungsfall, vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2018, [B 2 U 5/16 R](#), zitiert - wie alle nachfolgenden höchstrichterlichen Entscheidungen - nach juris) der "Gonarthrose" ein, sobald ein Kniegelenk die diagnostischen Kriterien dieser Krankheit erfüllt, weil es sich bei den Verschleißerscheinungen an den Kniegelenken um einen einheitlichen Erkrankungsfall handelt. Der Versicherungsfall der Gonarthrose setzt mithin nicht voraus, dass an beiden Knien eine Erkrankung vorliegt. In seiner Entscheidung vom 20.03.2018 ([a.a.O.](#)) hat das BSG insoweit ausgeführt, dass bereits der Tatbestand der BK 2112 knieübergreifend von einer "Gonarthrose" spricht, ohne dabei zwischen den beiden Kniegelenken zu differenzieren und gleichzeitig für die Verschleißerkrankungen beider Kniegelenke dieselbe Krankheitsbezeichnung verwendet. Zudem entspricht es der Systematik der gesetzlichen Unfallversicherung, mehrere

Gesundheitsstörungen - selbst wenn es sich um medizinisch voneinander unabhängige Gesundheitsschäden handelt - als eine einheitliche BK und damit auch als einheitlichen Erkrankungsfall zu behandeln, wenn sie auf derselben Ursache bzw. wesentlichen Bedingung beruhen, d.h. auf ein und dieselbe gefährdende Tätigkeit zurückzuführen sind. Das Vorliegen einer Gonarthrose als Wie-BK ist mithin unabhängig von der Betroffenheit des rechten oder linken Knies mit dem Bescheid vom 28.04.2016 bestandskräftig anerkannt worden, lediglich die Anerkennung einer Arthrose des rechten Kniegelenks als Folge der Wie-BK verbleibt - neben der Rentengewährung - noch als Streitgegenstand für das vorliegende Verfahren.

Denn mit der angefochtenen Entscheidung stellte die Beklagte fest, dass die Arthrose des rechten Kniegelenks unabhängig von der Berufskrankheit vorliege, womit sie sinngemäß die Anerkennung des Knieschadens rechts als Folge der Wie-BK ablehnte. Hiergegen wendet sich der Kläger zulässigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage. Mit der Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) begehrt er die (teilweise) Aufhebung der Verwaltungsentscheidung, soweit diese die Anerkennung der Gonarthrose rechts als Folge der Wie-BK ablehnte. Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Versicherte zudem an Stelle gerichtlicher Feststellung gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) auch die Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung von Folgen einer BK als Element eines jeglichen Leistungsanspruchs im Wege der Verpflichtungsklage verlangen (BSG, Urteil vom 05.07.2011, [B 2 U 17/10 R](#) mit weiteren Ausführungen zur Anspruchsgrundlage). Darüber hinaus lehnte die Beklagte ausdrücklich einen Anspruch auf Rente wegen der Wie-BK ab, wogegen der Kläger ebenfalls zulässigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 4 SGG](#) vorgeht.

Die beim Kläger bestehende Arthrose am rechten Kniegelenk ist Folge der bereits anerkannten Wie-BK.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Gesundheitsschaden geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können; sie müssen daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 20.12.2016, [B 2 U 16/15 R](#)). Nur hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung sowie der schädigenden Einwirkung und dem Gesundheitsschaden genügt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) mit weiteren Ausführungen zur Begründung); hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#)).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob neben der versicherten Ursache weitere Ursachen im naturwissenschaftlichen Sinn (erste Stufe) zum Gesundheitsschaden beitrugen. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Vor diesem Hintergrund ist zunächst festzuhalten, dass die beruflichen Einwirkungen angesichts der langjährigen, deutlich über dem Mindestbelastungswert von 13.000 Stunden kniebelastender Tätigkeit liegenden Berufsausübung in jedem Fall (Mit)Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn für die heute vorliegenden degenerativen Veränderungen des rechten Kniegelenks sind. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass der Kläger in seiner beruflichen Tätigkeit das linke Knie deutlich stärker belastet habe als das rechte. Zwar ist es durchaus üblich, dass Arbeiten auch nur auf einem Knie und angewinkeltem anderem Bein ausgeübt werden, weil es ähnlich wie bei Armen bzw. Händen auch bevorzugte Füße und Beine gibt. Aber dies steht nicht fest. Vielmehr war der Kläger überdurchschnittlich häufig im Fernensitz tätig. Insoweit muss - dies im Einklang mit dem Sachverständigen Dr. B. (Bl. 830 VA, Bl. 46 LSG-Akte) - von einer seitengleichen Belastung beider Kniegelenke während der Berufstätigkeit des Klägers ausgegangen werden.

Soweit die Gutachter Prof. Dr. W., Dr. K., Dr. Z. und Dr. S. eine traumatisch bedingte Gonarthrose annahmen, schließt dies eine berufsbedingte Mitverursachung gerade nicht aus. Vielmehr gingen diese Gutachter wegen des (angenommenen) naturwissenschaftlichen Zusammenhangs zwischen dem Sportunfall und der Gonarthrose von vornherein auf die Frage einer Mitursächlichkeit der berufsbedingten Belastungen nicht ein, schlossen also aus dem Vorliegen einer Ursache die andere Ursache aus. Dies steht aber in Widerspruch zur bereits dargelegten Theorie der wesentlichen Bedingung. Denn es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), auch zum Nachfolgenden). Sozialrechtlich ist allein relevant, ob (auch) das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. Wesentlich ist nicht gleichzusetzen mit gleichwertig oder annähernd gleichwertig. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange keine andere Ursache überragende Bedeutung hat. Ist jedoch eine Ursache gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist nur die erstgenannte Ursache wesentlich und damit Ursache im Sinne des Sozialrechts.

Allerdings geht der Senat - insoweit zugunsten der Beklagten - davon aus, dass auch der Sportunfall aus dem Jahre 1973 für die Gonarthrose eine Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn war. Dies hat auch Dr. B. nicht ausgeschlossen. Fraglich ist somit nur noch, ob diesem

Sportunfall aus dem Jahre 1973 als unversicherte Mitursache gegenüber der versicherten Mitursache berufliche Kniebelastung überragende Bedeutung zukommt. Dies verneint der Senat.

Die konkurrierende unversicherte Ursache muss bei dieser Prüfung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen, die bloße Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 34/03 R](#)). Dies gilt auch für das Ausmaß der inneren Ursache (BSG, Urteil vom 06.12.1989, [2 RU 7/89](#)). Die objektive Beweis- und Feststellungslast für das Vorliegen der konkurrierenden Ursache und die Feststellung deren Ausmaßes trägt die Beklagte, weil es ihr günstig ist, wenn die nicht versicherte Ursache gegenüber der versicherten Ursache von überragender Bedeutung ist (BSG, Urteil vom 30.01.2007, [B 2 U 23/05 R](#)).

Hier steht zwar auf Grund der Angaben des Klägers fest, dass es 1973 zu einem Sportunfall beim Fußballspielen kam. Indessen fehlt jegliche medizinische Dokumentation zu diesem Unfall und seinen konkreten Folgen, sodass das Ausmaß dieser Sportverletzung ungeklärt bleibt.

Bereits zum eigentlichen Unfallgeschehen kann lediglich auf die Angaben des Klägers selbst zurückgegriffen werden, der insoweit bei der Anamneserhebung durch Prof. Dr. W. im Jahr 2007 nur vage angeben konnte, beim Fußballspielen mit 18 Jahren eine Bandverletzung am rechten Knie erlitten zu haben. Weder schilderte er den genauen Hergang des Sportunfalls noch konnte er eingrenzen, welche Bänder genau betroffen waren, was nachvollziehbar ist, da der Sportunfall zu diesem Zeitpunkt bereits 34 Jahre zurücklag.

Der Kläger konnte lediglich angeben, dass er einen Gipsverband erhalten habe, nach dessen Abnahme das Knie sehr schmerzhaft und unbeweglich gewesen sei. Danach sei er krankengymnastisch behandelt worden, wodurch sich die Beweglichkeit des Kniegelenks allmählich normalisiert habe, dieses aber "anfällig" geblieben und er nie mehr völlig beschwerdefrei geworden sei. Im Jahr 1980 sei eine operative Entfernung des Innenmeniskus am rechten Kniegelenk erfolgt, wobei ein Knorpelschaden festgestellt worden sei. Über diese Operation ist indessen keine Dokumentation verfügbar. Art und Ausmaß der nach Angaben des Klägers festgestellten Knorpelschädigung ist so allerdings nicht objektiviert. Auch über die weitere vom Kläger angegebene Operation 1985, in der ihm der Außenmeniskus des rechten Knies entfernt worden sei, ist keine Dokumentation vorhanden, sodass - wie Prof. Dr. W. selbst anführte - unbekannt ist, welche Kniegelenksbefunde seinerzeit vorhanden waren (Bl. 45 VA). Für den Senat ist daher die Schlussfolgerung von Prof. Dr. W., dass 1973 eine komplexe Kniegelenksverletzung vorgelegen haben müsse (Bl. 44 VA), jedenfalls hinsichtlich Art und Umfang nicht nachvollziehbar. Dass eine besonders schwere Verletzung vorlag, ist im Gegenteil im Hinblick auf die vom Kläger vorgetragene lediglich konservative Behandlung mit Gipsverband und Krankengymnastik nicht plausibel. Wie bereits Dr. A. ausführte, wäre beim tatsächlichen Vorliegen einer komplexen Kniegelenksverletzung eine Operation mit entsprechender Dokumentation zu erwarten, während der Kläger aber nicht operiert wurde, weil nach einer "wohl" durchgeführten Meniskusdarstellung kein pathologischer Befund vorgelegen habe (Bl. 575 f., 606, 608 VA). Auch Letzteres ist zwar bloße Spekulation, weil schon nicht klar ist, ob eine Meniskusdarstellung stattfand, geschweige denn ein entsprechender Befundbericht vorliegt, damit ist jedoch der Nachweis eines schon damals pathologischen Befundes - auf den es aber gerade ankäme - erst recht nicht geführt.

Gegen eine besondere Schwere der Verletzung 1973 spricht zudem, dass der Zeitpunkt der Operation 1980 erst sieben Jahre nach dem Sportunfall 1973 lag. In der Zwischenzeit schloss der Kläger seine Berufsausbildung ab und war im Ausbildungsberuf kniebelastend tätig, ohne dass Ausfallzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit dokumentiert sind. Vor dem Hintergrund der ebenfalls von Dr. A. angeführten reparativen Potenz eines Jugendlichen (Bl. 577 VA) ist es vielmehr naheliegend, dass die Folgen des Sportunfalls weitestgehend ausheilten. Auch Dr. B. hat bestätigt, dass ansonsten eine Anamnese mit wiederkehrenden und kurz nach dem Trauma bereits erfolgten Behandlungsmaßnahmen, Symptomen und beruflichen Ausfallzeiten zu erwarten wäre (Bl. 46 LSG-Akte). Letztlich kommt es darauf aber nicht an, weil - wie bereits ausgeführt - das Gegenteil von der Beklagten nachzuweisen und dies mangels ausreichender Befunde gerade nicht gelungen ist.

Der insoweit einzige Anhalt ist der Stieda-Pellegrini-Schatten, den erstmals Prof. Dr. W. auf Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 1990 beschrieb (Bl. 41 VA). Damit ist zwar der Vortrag des Klägers widerlegt, der Stieda-Pellegrini-Schatten stamme von dem Arbeitsunfall 2005, da er zu diesem Zeitpunkt nachweislich schon längst vorlag. Weshalb aus dem Vorliegen eines Stieda-Pellegrini-Schattens aber gerade auf den Sportunfall 1973 als zwingende Ursache der Kniegelenksveränderungen mit zudem überragender Bedeutung zu schließen sein soll, bleibt allerdings dennoch unklar. Keiner der Sachverständigen hat dies im Einzelnen überzeugend dargelegt, denn ohne genaue Angaben über den damaligen Hergang des Sportunfalls und die auf Grund dessen eingetretenen Befunde bleibt die Schwere der damaligen Verletzung auch bei Vorliegen eines Stieda-Pellegrini-Schattens spekulativ. Dr. A. bezeichnete den Stieda-Pellegrini-Schatten im Gegenteil insoweit als ein zwar "hartes Indiz" für eine Innenbanddehnung, bestätigte aber, dass dieser keinen ausschließlichen Beweis darstelle und er sich auch zu einem späteren Zeitpunkt entwickeln haben könne (Bl. 577 VA). Dr. K. räumte ausdrücklich ein, dass im Nachhinein nicht abschließend geklärt werden könne, ob ein primärer Innenmeniskusschaden im Sinne einer "unhappy triad" anlässlich der ersten Verletzung erfolgt oder ob ein sekundärer Meniskusschaden als Folge der instabilen Kapselbandsituation im Innenmeniskusbereich eingetreten sei (Bl. 134 f. VA). Dass er den Schaden nicht in einen beruflichen Zusammenhang stellte, weil die posttraumatische Gonarthrose neben einer Organdegeneration infolge biomechanischer Einwirkungen über Mikrotraumata und Instabilität zu degenerativen Veränderungen des Meniskus führe (Bl. 135 VA), überzeugt den Senat aus den bereits oben dargelegten Gründen nicht. Im Übrigen kann auch nach der Auffassung von Dr. K. nicht festgestellt werden, dass ein primärer Innenmeniskusschaden ("unhappy triad") durch den Sportunfall herbeigeführt wurde, sodass es mindestens ebenso denkbar ist, dass sich die Gonarthrose infolge biomechanischer Einwirkungen über "Mikrotraumata" gerade auf Grund der kniebelastenden Tätigkeit im Beruf entwickelte. Dagegen spricht auch nicht, dass Dr. S. dies für einen typischen Verlauf einer chronischen Instabilität hielt, die über längere Zeit muskulär kompensiert worden sei und zu entsprechenden Spätfolgen geführt habe (Bl. 439 VA). Denn mit zumindest genauso großer Wahrscheinlichkeit kann der vorliegende Befund als typisch für eine Gonarthrose als Folge einer beruflichen Exposition eingeordnet werden, wie es Dr. B. getan hat (Bl. 830 VA).

Demgegenüber hält es der Senat im Anschluss an Dr. B. (Bl. 45 LSG-Akte) für unwahrscheinlich, dass der Kläger im Fall einer stark dem Alter vorausseilenden Gonarthrose seine Tätigkeit als Gas- und Wasserinstallateur mit der hohen spezifischen beruflichen Exposition der Kniegelenke hätte ausüben können, ohne dass es zu Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen wäre. Solche sind nach Auswertung des Vorerkrankungsverzeichnisses aber nicht in wesentlichem Umfang vorhanden. Der Kläger erreichte im Gegenteil bereits im September 1990 eine Exposition von 13.000 Stunden kniebelastender Tätigkeiten und bis Januar 2010 sogar insgesamt 25.804 Stunden. Die Gesamtzeit an meniskusbelastenden Tätigkeiten betrug dabei 26,30 Jahre bei einem meniskusbelastenden Anteil der Arbeitszeit von 35 %. Es ist schon unwahrscheinlich, dass die vorliegende große berufliche Belastung ohne nennenswerte Arbeitsunfähigkeitszeiten möglich gewesen wäre, wenn das rechte Knie durch den Sportunfall 1973 tatsächlich erheblich beeinträchtigt worden wäre, eine überragende Bedeutung des lange

zurückliegenden Sportunfalls für das jetzige Schadensbild ist vor diesem Hintergrund aber jedenfalls nicht zu erkennen. Darüber hinaus hat Dr. B. zu Recht auf die übereinstimmende Auffassung der Konsensarbeitsgruppe hingewiesen, wonach bei unterschiedlicher Betroffenheit beider Knie (sofern nicht eine einseitige Belastung plausibel dargelegt werden könne, was beim Kläger nicht der Fall ist) nur ein Unterschied von mehr als einem Grad nach Kellgren gegen eine berufliche Verursachung spreche, während nach seinen Feststellungen der Unterschied beim Kläger nur ein Grad beträgt (Bl. 44 f. LSG-Akte), sodass auch von daher sogar mehr für als gegen eine berufliche Verursachung spricht.

Andere Konkurrenzursachen, für die eine überragende Bedeutung anzunehmen wäre, sind nicht ersichtlich. Eine Adipositas, die lediglich Dr. K. als Konkurrenzursache hinsichtlich des linken Knies annahm (Bl. 252 VA), ohne dies näher zu begründen, wurde von keinem Sachverständigen als überragender Grund für die gonarthrotischen Veränderungen rechts angeführt. Insoweit wies nur Dr. Z. auf eine Mitverursachung durch das Übergewicht hin (Bl. 368 VA), maß dem aber keine überragende Bedeutung bei, wobei sich seinem Gutachten allerdings insgesamt keine nachvollziehbare Kausalitätsbewertung entnehmen lässt. Demgegenüber lehnten Dr. A. (Bl. 614 VA) und Dr. B. (Bl. 830 VA) eine Adipositas als konkurrierende Ursache sogar ausdrücklich ab. Eine überragende Bedeutung ist auch für den Senat nicht zu erkennen, zumal Dr. B. ein Körpergewicht von 96 kg bei einer Körpergröße von 181 cm, also einen Body-Mass-Index von 29 und damit lediglich ein Übergewicht festgestellt hat (Bl. 825 VA). Eine Adipositas von wenigstens Grad I liegt demgegenüber definitionsgemäß überhaupt erst ab einem Body-Mass-Index von 30 vor. Auch der Arbeitsunfall vom 13.06.2005, der nur das rechte Knie betraf, ist von keinem Sachverständigen als überragende Konkurrenzursache eingeordnet worden. Da die gonarthrotischen Veränderungen bereits deutlich vor diesem Zeitpunkt vorlagen, nämlich nach den Ausführungen von Dr. K. bereits im Jahr 2003 als schwergradige Arthrose zu erkennen waren (Bl. 134 f. VA), ist dies auch fernliegend.

Der Kläger hat aber keinen Anspruch auf Rente.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, [B 2 U 14/03 R](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Der Kläger ist in seiner Erwerbsfähigkeit nicht um wenigstens 20 v.H. gemindert.

Nach den Feststellungen des Sachverständigen Dr. B. bei der Untersuchung im Januar 2017 (Bl. 825 ff. VA) - eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist nicht ersichtlich - ist das Gangbild des Klägers unauffällig, die grobe Kraft nicht gemindert und Zehen- und Hackengang sind beidseits möglich gewesen. Der Kläger hat unter Festhalten bis etwa 100° in die Hocke gehen können. Eine erhebliche Instabilität der Kniegelenke hat nicht vorgelegen, insbesondere sind die Bandführungen - bei beidseits negativen Funktionstests zur Prüfung des vorderen und hinteren Kreuzbandes sowie Meniskus- und Kniebänderstabilitätstests - beidseits stabil gewesen. Die Kniegelenke haben sich in der Kontur seitengleich unauffällig gezeigt und weder haben ein Erguss noch eine Überwärmung oder Verfärbung bestanden. Die rechte Kniescheibe ist im Vergleich zu links lediglich weniger verschieblich, rau und schmerzhaft gewesen.

Vor diesem Hintergrund bemisst sich die MdE maßgeblich nach der Bewegungseinschränkung. Insoweit sehen die Erfahrungswerte eine MdE um 10 v.H. bei einer Einschränkung auf 0-0-120°, um 15 v.H. bei 0-0-90° und um 20 v.H. bei 0-0-80° oder bei beginnender Streckhemmung von 0-10-90° vor. Eine MdE von 30 v.H. kommt erst bei einer Einschränkung auf 0-30-90° in Betracht (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 685). Die Streckung/Beugung der Kniegelenke ist beim Kläger nach den Feststellungen von Dr. B. rechts bis 0-10-110° und links bis 0-5-130° möglich gewesen (Bl. 826 VA).

Unter Zugrundelegung der Normalwerte für die Streckung/Beugung der Knie von 5 bis 10-0-130° ist das rechte Knie das stärker betroffene. Hiervon ausgehend ist die MdE angesichts der dargelegten Erfahrungswerte zunächst mit 10 v.H. zu beurteilen, denn gegenüber einer Einschränkung auf 0-10-90° mit einer MdE um 20 v.H. ist der Kläger bei einer Beweglichkeit von 0-10-110° rechts hinsichtlich der Beugefähigkeit deutlich bessergestellt. Damit wird schon für das rechte Knie eine MdE um 20 v.H. nicht erreicht.

Die Bewegungseinschränkung des linken Knies ist mit 0-5-130° (selbst eine MdE um 10 v.H. würde erst bei einer Einschränkung auf 0-0-120° erreicht) so gering ausgeprägt, dass sie keine MdE im messbaren Bereich (mindestens 10 v.H.) bedingt.

Ausgehend von einer Einzel-MdE um 10 v.H. für das rechte Knie und für das linke Knie um weniger als 10 v.H. ist auch im Hinblick auf die Betroffenheit paariger Extremitäten und damit verbundener schlechterer Kompensierbarkeit die Bildung einer Gesamt-MdE um 20 v.H. nicht gerechtfertigt. Damit wird keine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß von 20 v.H. erreicht und über einen sog. Stützrentenatbestand, der

für eine Rente eine MdE um 10 v.H. ausreichen lassen würde, verfügt der Kläger nicht.

Der Beurteilung von Dr. B., der eine Gesamt-MdE um 30 v.H. angenommen hat, folgt der Senat nicht. Diese Gesamt-MdE beruht auf der von Dr. B. für jedes Kniegelenk angenommenen (Einzel-)MdE von 20 v.H. Wie dargelegt rechtfertigen aber die von Dr. B. dokumentierten Funktionseinschränkungen für keines der Kniegelenke eine solche MdE.

Soweit Dr. B. in diesem Zusammenhang darauf abgestellt hat, dass der Kläger nicht mehr knien und in die Hocke gehen könne, hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen (Bl. 58 LSG-Akte), dass diese Einschränkungen bereits aus der festgestellten Bewegungseinschränkung folgen und damit bei der MdE-Bewertung der Bewegungseinschränkung berücksichtigt sind. Soweit Dr. B. alternativ darauf hingewiesen hat, dass ansonsten beim Knien und In-die-Hocke-gehen Schmerzen aufträten, rechtfertigt auch dies keine abweichende Beurteilung. Denn die MdE ist nicht deshalb höher zu bemessen, weil der Versicherte die bereits bei der MdE-Bewertung berücksichtigten Funktionseinschränkungen nicht beachtet und dadurch weitergehend beeinträchtigende Schmerzen auslöst. Dies gilt auch für den Verweis des Klägers auf Schmerzen, wegen denen er Ibuprofen 600 einnehme. Im Übrigen sind Schmerzen in den MdE-Erfahrungssätzen bereits berücksichtigt und führen als solches zu keiner Erhöhung, worauf die Beklagte zu Recht hingewiesen hat (Bl. 58 LSG-Akte).

Soweit Dr. B. darauf hingewiesen hat, dass die Streckbehinderung in der Regel eine stärkere Einschränkung bedeute, als eine Beugebehinderung, ist dem von der auch von Dr. B. herangezogenen unfallmedizinischen Literatur (Schönberger u.a., a.a.O.) wiederum Rechnung getragen, wie die identische Bewertung der Einschränkungen 0-0-80° einerseits und 0-10-90° andererseits zeigt. Damit rechtfertigt auch dieser Aspekt keine Abweichung von diesen Erfahrungswerten.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-01-15