

## L 17 U 315/19

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
17  
1. Instanz  
SG Detmold (NRW)  
Aktenzeichen  
S 1 U 296/18  
Datum  
14.05.2019  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 17 U 315/19  
Datum  
07.12.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid vom 14.05.2019 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch im Berufungsverfahren. Der Beklagten werden außerdem Verschuldungskosten in Höhe von 1000,00 Euro auferlegt. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob eine Knieerkrankung des Klägers als Berufskrankheit (BK) nach der Nr. 2112 - Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht - der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anzuerkennen ist und ob der Kläger Anspruch auf die Gewährung von Rente aufgrund dieser Berufskrankheit hat. Der am 00.00.1945 geborene Kläger absolvierte von April 1960 bis Oktober 1963 eine Ausbildung zum Landmaschinenmechaniker. Anschließend arbeitete er von November 1963 bis Februar 1969 - unterbrochen vom Wehrdienst von Oktober 1964 bis März 1966 - als Landmaschinenmechaniker. Vom 01.03.1969 bis zum 29.12.2005 war er als Betriebsschlosser bzw. als Betriebshandwerker bei der Firma I in I1 tätig. Danach schied er aus dem Erwerbsleben aus. Im Mai 2010 beantragte der Kläger die Anerkennung einer BK 2112. Dazu teilte er mit, seit ca. 1978 habe eine Arthrosebehandlung am linken Knie stattgefunden. Im März 1996 habe er große Probleme mit dem linken Knie gehabt. Er habe diverse Orthopäden aufgesucht, um Diagnosen und Behandlungen zu bestätigen bzw. zu optimieren. Im September 1996 sei eine erste Operation in der B Klinik in C durchgeführt worden, im August 1998 eine zweite Operation in der Klinik X. Im Januar 2008 sei ihm ein Gelenkersatz im Krankenhaus C1 eingesetzt worden. Seit ca. 1998 - 1999 habe er im rechten Knie eine Arthrose, es bestünden Beschwerden mit zunehmender Tendenz.

Die Beklagte zog Berichte der den Kläger behandelnden Ärzte sowie die den Kläger betreffende Schwerbehindertenrechtsakte vom Kreis I1 bei. In einem Bericht der B Klinik in C vom 12.09.1996 wurden eine degenerative Innenmeniskushinterhornruptur linkes Kniegelenk, eine Chondromalazie III. Grades medialer Femurcondylus, eine Chondromalazia patellae I. Grades und eine Synovitis retropatellar diagnostiziert. Der Kläger habe über seit September 1996 bestehende Schmerzen geklagt. Die kernspintomografische Untersuchung des linken Kniegelenkes habe eine Innenmeniskusküsläsion gezeigt. Dem Bericht des Orthopäden Dr. G vom 20.08.1998 über eine Arthroskopie des linken Kniegelenkes ist als Diagnose eine II.-III.-gradige Gonarthrose mit ausgedehntem femoralen und tibialen Knorpelschaden (am retropatellaren Knorpel ein lateraler kleinflächiger II.-III.-gradiger Knorpelschaden auf einer Fläche von 2x2 mm, im medialen Kompartiment femoral großflächiger ein III.-IV.-gradiger Knorpelschaden, tibial ein großflächiger II.-gradiger Knorpelschaden, im lateralen Kompartiment ein regelrechter Befund) und ein Rezidivrisso des Innenmeniskushinterhorns des linken Kniegelenkes zu entnehmen. Die Karteiübersicht des Dr. G enthält Einträge vom 19.08.1998, 20.08.1998 und 21.08.1998, in denen jeweils eine II.-III. gradige mediale Gonarthrose mit ausgedehntem femoralen und tibialen Knorpelschaden festgehalten wurde. Aus der Karteiübersicht ergibt sich auch, dass der Kläger schon seit 1993 wegen einer Chondropathia patellae rechts in Behandlung war und die Arthroskopie am 14.08.1998 wegen des Verdachts auf eine Innenmeniskusküsläsion im linken Kniegelenk erfolgte. Außerdem ist der Karteiübersicht zu entnehmen, dass am 14.02.2007 Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke angefertigt wurden. Der den Kläger behandelnde Orthopäde Dr. N berichtete am 13.06.2001 aufgrund von Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenkes über eine beginnende mediale Gonarthrose im linken Kniegelenk, wobei der Gelenkspalt noch abgrenzbar gewesen sei, und über Zeichen einer beginnenden Femoropatellararthrose. Ein MRT des linken Kniegelenkes bei Dr. J vom 28.11.2003 ergab eine deutlich medialbetonte Arthrose mit z.T. flächigen Knorpelschäden, beginnende osteophytäre Ausziehung von Femurcondyle und Tibiaplateau auch medial, leichte Knorpelschäden im lateralen Kompartiment und Knorpelschäden im Bereich des Patellafirstes und der medialen Facette. Im M Krankenhaus in C1 wurde am 15.04.1999 ein medialer Knorpelschaden rechts diagnostiziert und ein Verdacht auf eine Innenmeniskusküsläsion geäußert, die Beweglichkeit der Kniegelenke war beidseits frei. Aus dem Bericht des M Krankenhauses in C1 vom 14.05.2008 ergaben sich die Diagnosen einer Varusgonarthrose rechts und eines Zustands nach

Implantation einer Knieendoprothese links, die im Januar 2008 erfolgt war. Die Beklagte holte sodann von ihrem Technischen Aufsichtsdienst (TAD) eine Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition BK 2112 ein. Dieser kam in seiner Stellungnahme vom 08.08.2011 zu dem Ergebnis, hinsichtlich der vom Kläger ausgeübten Tätigkeiten als Landmaschinenmechaniker von 1960 bis 1969 bzw. als Betriebsschlosser/Betriebshandwerker vom 01.03.1996 bis zum 29.12.2005 habe die kumulative Berechnung der belastenden knienden Tätigkeiten 19.848 Stunden betragen. Anschließend veranlasste die Beklagte eine Begutachtung des Klägers durch den Orthopäden und Unfallchirurgen Prof. Dr. T, wobei dieser nicht nur die Frage nach dem Vorliegen einer BK 2112, sondern auch die Frage ob, seit wann und in welcher Höhe eine beruflich bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) besteht, beantworten sollte. Prof. Dr. T kam in seinem Gutachten vom 19.11.2011 zu dem Ergebnis, im Röntgenbild beider Kniegelenke von 2007 zeige sich beidseitig eine Gonarthrose im Stadium Kellgren III. 2008 sei links eine Kniegelenktotalprothese implantiert worden. Da die Gesamtstundenzahl der kniebelastenden Tätigkeiten im Sinne einer Gonarthrose über der geforderten kumulativen Belastungsdauer liege und beidseits eine fortgeschrittene Gonarthrose nachgewiesen werden könne, liege eine BK 2112 vor. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage für das rechte Knie 20 v.H., für das linke Knie 20 v.H. Das ergebe eine Gesamt-MdE von 30 v.H. Darüber hinaus führte Herr Prof. Dr. T aus, die erste ihm vorliegende aktenkundige Erwähnung einer Gonarthrose sei vom 20.08.1998 (Arthroskopiebericht Dr. G). Aus medizinischer Sicht bestünden seit diesem Zeitpunkt Verschleißerscheinungen im Sinne einer BK 2112. Es solle deshalb geklärt werden, ab welchem Zeitpunkt die arbeitstechnischen Voraussetzungen für eine BK 2112 gegeben gewesen seien. Wegen der Einzelheiten wird auf das Gutachten des Prof. Dr. T verwiesen. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 06.01.2012 teilte der TAD der Beklagten mit, die kumulative Berechnung der belastenden knienden Tätigkeiten betrage bis zum 19.06.1998 16.654 Stunden. Mit Bescheid vom 27.03.2012 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK 2112 und die Gewährung von Leistungen ab. Der Verfügungssatz in dem Bescheid lautet: "1. Bei Ihnen besteht keine Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Berufskrankheiten-Liste (Gonarthrose) oder nach 2102 (Meniskuserkrankung). 2. Ansprüche auf Leistungen bestehen daher nicht. Dies gilt auch für Maßnahmen, die geeignet sind, dem Entstehen einer Berufskrankheit entgegenzuwirken." Zur Begründung führte die Beklagte aus, die Ablehnung einer BK müsse unter Anwendung der Rückwirkungsklausel gem. § 6 Abs. 1 BKV erfolgen. Demnach müsse für die Anerkennung der berufsbedingten Gonarthrose der Tag des Versicherungsfalles nach dem 30.09.2002 eingetreten sein. Die Gonarthrose sei erst am 01.07.2009 als BK in die BKV aufgenommen worden. Im Falle des Klägers habe sich die Gonarthrose medizinisch erstmalig bereits am 20.08.1998 anlässlich einer Arthroskopie manifestiert. Zu diesem Zeitpunkt seien auch die arbeitstechnischen Voraussetzungen mit ca. 16.654 Stunden vollständig erfüllt gewesen. Der Tag des Versicherungsfalles sei somit der 20.08.1998. Dieser liege außerhalb des in der Rückwirkungsklausel benannten Zeitraumes, der für die Anerkennung zwingend Voraussetzung sei. Eine Anerkennung nach § 9 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) wie eine BK sei ebenfalls ausgeschlossen, weil der Antrag nach dem 01.07.2009 gestellt worden sei. Der Bescheid enthielt noch vor der Rechtsmittelbelehrung umfangreiche Erläuterungen zu den Voraussetzungen für einen Rentenanspruch und für Leistungen oder Maßnahmen, die dem Entstehen einer BK entgegenstehen sowie den Hinweis, dass die Erläuterungen bitte beachtet werden sollten.

Der Kläger legte gegen diesen Bescheid Widerspruch ein. Er bestreite, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen bereits am 20.08.1998 erfüllt gewesen seien. Darüber hinaus sei das Vorliegen für die Anerkennung einer BK für jedes Kniegelenk gesondert zu erfassen. Die Gonarthrose des rechten Kniegelenkes sei jedoch erst nach dem 30.09.2002 festgestellt worden und bedinge ausweislich der Ausführungen des Gutachters für sich eine MdE von 20 v.H. Zumindest sei die Erkrankung wie eine Berufskrankheit gem. § 9 Abs. 2 SGB VII anzuerkennen. Der Antragszeitpunkt nach dem 01.07.2009 könne nicht, bei ansonsten zweifellos vorliegender Leistungsvoraussetzung, zu einem völligen Rechtsverlust führen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.11.2012 wies die Beklagte den Widerspruch aus den Gründen des angefochtenen Bescheides als unbegründet zurück. Ausdrücklich wurde hierin ausgeführt, dass mit dem angefochtenen Bescheid Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung abgelehnt worden seien, weil keine BK 2102 bzw. 2112 anzuerkennen sei und gleichzeitig Leistungen nach § 3 BKV abgelehnt worden seien.

Hiergegen hat der Kläger am 22.11.2012 vor dem Sozialgericht Detmold (SG) Klage erhoben. Zur Begründung hat er im Wesentlichen seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt. Im Übrigen hat er vorgetragen, die Kniegelenkserkrankung sei schon wegen der Erkrankung des rechten Kniegelenkes entschädigungspflichtig, da diese allein eine MdE von 20 v.H. bedinge. Unter Berücksichtigung des im sozialgerichtlichen Verfahrens eingeholten Gutachtens sei sogar eine Erhöhung des bereits aufgrund der Knieendoprothesenversorgung erforderlichen MdE von 20 um 10 Prozent auf 30 erforderlich.

Der Kläger hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.03.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2012 zu verurteilen, bei ihm eine Berufskrankheit nach der Nummer 2112 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung anzuerkennen und ihm Rente nach einer MdE von 30 v.H. nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat den angefochtenen Bescheid für rechtmäßig gehalten.

Das SG hat zunächst eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. T eingeholt. Dieser hat in seiner Stellungnahme vom 03.12.2013 zunächst die Stadieneinteilung aufgrund bildgebender Verfahren nach Kellgren und Lawrence erläutert: Grad I: Fragliche Verschmälerung des Kniegelenkspaltes und mögliche Osteophytenbildung, beginnende Sklerose; Grad II: Definitive Osteophyten und mögliche Verschmälerung des Kniegelenkspaltes. Beginnende Sklerose; Grad III: Multiple Osteophyten und definitive Verschmälerung des Kniegelenkspaltes, Sklerose und mögliche Verformung der Tibia und des Femurs; Grad IV: Ausgeprägte Osteophyten, starke Verschmälerung des Kniegelenkspaltes, ausgeprägte Sklerose und definitive Verformung der Tibia und des Femurs. Alle Berichte bis 2001 beschrieben Knorpelschädigungen und Arthrostadien, die noch nicht dem nach der wissenschaftlichen Begründung zum Merkblatt geforderten Arthrostadium II und mehr entsprächen. Eine Gonarthrose i.S. der BK 2112 mit der röntgenologischen Diagnose einer Gonarthrose entsprechend Grad II bis IV der Klassifikation nach Kellgren und Lawrence sei erstmals im Juni 2007 durch den Befundbericht des M Krankenhauses vom 26.09.2007 bewiesen. Die objektiven radiologischen Befunde vom 14.02.2007 deckten sich mit der

Funktionsstörung in Form der eingeschränkten Streckung bei der orthopädischen Untersuchung am 26.09.2007. Hierbei hätten sich im Bereich beider Kniegelenke ein Streckdefizit von jeweils 15° und ein Beugedefizit linksseitig gezeigt. Wegen der Einzelheiten wird auf die ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. T verwiesen.

Die Beklagte hat eingewandt, dass dem Gutachter die Röntgenaufnahmen, datierend ab 1994, nicht vorgelegen hätten und er nur auf die bekannten Beschreibungen der jeweiligen Befunde abgestellt habe. Im Übrigen sei der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand nicht bekannt. Die Konsensempfehlung zur Begutachtung und Beurteilung der BK 2112 sei zwar im September 2013 der Öffentlichkeit vorgestellt, jedoch wegen notwendiger Abstimmungen noch nicht als Grundlage verabschiedet worden. So sei in Zweifelsfällen bislang Standard für die Feststellung des Knorpelschadens eine Kernspintomografie und Arthroskopie. Da der Kläger nach den Berechnungen des Präventionsdienstes bereits 1996 15.000 Belastungstunden erreicht habe und der Befund vom 12.09.1996 (Bericht aus der B Klinik in C vom 12.09.1996) als beweisend für eine BK 2112 zu qualifizieren sei, habe bereits zu diesem Zeitpunkt eine BK 2112 vorgelegen. Aufgrund der Rückwirkungsklausel sei eine Entschädigung jedoch nicht möglich. Schließlich hat die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme der Ärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. I2 vorgelegt. Diese ist in ihrer Stellungnahme vom 29.09.2014 zu der zusammenfassenden Beurteilung gelangt, dass nach der heutigen Klassifikation bereits 1996 ein Schaden im Bereich des linken Kniegelenks vorgelegen habe, der analog Kellgren II aufzufassen sei, auch wenn Teile dieser Kriterien nicht zu 100 % erfüllt seien (es bestehe keine Sicherheit darüber, wie groß der Schaden gewesen sei). Erst 2007 hätten Kellgren II-Veränderungen vorgelegen. Der Meniskusschaden sei gegenüber den Knorpelschädigungen ebenbürtig, im Verlauf führe der Knorpelschaden. Eine Varusstellung sei keine konkurrierende Ursache. Sie folge dem Gutachten des Prof. Dr. T vom 09.11.2011, allerdings habe dieser die MdE zu hoch eingeschätzt, diese betrage unter Berücksichtigung der dokumentierten funktionellen Beeinträchtigungen ab Implantation der Endoprothese bis jetzt (also bis zum 29.09.2014) nur 20 v.H. Die Höhe der MdE müsse aber durch eine aktuelle Untersuchung geklärt werden. Anschließend hat das SG Beweis erhoben durch die Einholung eines Gutachtens von dem Orthopäden Dr. W. Dieser ist in seinem Gutachten vom 05.05.2015 aufgrund einer körperlichen Untersuchung des Klägers und unter Berücksichtigung der aktenkundigen Unterlagen zu dem Ergebnis gelangt, dass beim Kläger sowohl die medizinischen als auch die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2112 gegeben seien. Beim Kläger liege das Vollbild einer Gonarthrose an beiden Kniegelenken vor. Soweit nach Aktenlage beurteilbar, hätte diese 2007 das Ausmaß Kellgren III erreicht. Konkurrierende Ursachen für die Entstehung der Gonarthrose ließen sich nicht benennen. Es könne auch nicht ausreichend gesichert davon ausgegangen werden, dass bereits vor dem 30.09.2002 das Vollbild der BK 2112 bei dem Kläger vorgelegen habe. Voraussetzung für die radiologische Diagnose einer Gonarthrose Grad II wären definitive Osteophyten und eine mögliche Verschmälerung des Gelenkspaltes. Bezüglich der Klassifikation der Knorpelschäden gehe die Konsensus-Arbeitsgruppe zur BK 2112 davon aus, dass ein Knorpelschaden Grad III nach ICRS dann Kellgren II entspreche, wenn dieser Knorpelschaden großflächig sei, d. h., mindestens eine Ausdehnung von 2 cm haben. Dem Kernspintomografiebefundbericht von Juni 1996 könnten insofern beurteilungsfähige Ausdehnungen des Knorpelschadens nicht entnommen werden. In dem Operationsbericht des linken Kniegelenkes von September 1996 sei zwar ein III.-gradiger Knorpelschaden der inneren Oberschenkelrolle beschrieben, die räumliche Ausdehnung dieses Knorpelschadens sei aber nicht angegeben worden. In dem Bericht über die weitere arthroskopische Operation in 1998 werde im medialen Kompartiment ein großflächiger III.-IV.-gradiger Knorpelschaden beschrieben, tibial ein großflächiger II.-gradiger Knorpelschaden. Orientiere man sich an den Vorgaben der Konsensempfehlungen, so bleibe aufgrund dieser Beschreibung offen, ob tatsächlich bereits 1996 links ein mindestens 2 cm großer, III.-gradiger Knorpelschaden bestanden habe, der damit dem Arthrosegrad Kellgren II gleichzusetzen wäre. Es lasse sich nicht ausreichend sicher feststellen, dass zu diesem Zeitpunkt bereits ein großflächiger, III.-gradiger Knorpelschaden mit einer Ausdehnung von mindestens 2 cm an der medialen Femurkondyle vorlag. Dies habe offensichtlich Dr. I2 auch veranlasst, in ihrer Stellungnahme davon auszugehen, dass insofern keine Sicherheit bestünde. Im Juni 2001 sei eine Röntgenuntersuchung des linken Kniegelenks durchgeführt worden. Der Orthopäde Dr. N habe damals eine beginnende mediale Gonarthrose beschrieben, ohne dass aus heutiger Sicht sicher beurteilt werden könne, ob damit bereits ein Schweregrad Kellgren II vorgelegen habe. In der Kernspintomografie des linken Kniegelenks von Dezember 2003 werde links eine deutliche mediale Gonarthrose mit flächigen Knorpelschäden beschrieben. Auch hier werde weder der Schweregrad der Knorpelschäden noch deren Ausdehnung festgehalten. Damit lasse sich die Frage der Erstmanifestation der Gonarthrose bei dem Kläger nicht sicher beantworten. Diese Schwierigkeiten würden dadurch verstärkt, dass die Beurteilung des Schweregrades von Knorpelschäden (Grad II versus III) sowohl bei der Arthroskopie als auch bei der Kernspintomografie auch für den Erfahrenen schwierig sei. Die Unsicherheit werde bezüglich des rechten Kniegelenks noch weiter dadurch erhöht, dass hier beurteilungsfähige morphologische Befunde gar nicht vorlägen. Deshalb sei, soweit nach Aktenlage und nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand beurteilbar, der radiologische Schweregrad II nach Kellgren und damit korrespondierende Funktionsstörungen beider Kniegelenke wahrscheinlich erst 2007 eindeutig gesichert. Da sich Knorpelschäden einerseits langsam zunehmend entwickelten, andererseits diese Prozesse aber keiner einfach linearen Gesetzmäßigkeit unterlägen, könne vorbehaltlich einer rechtlichen Würdigung nicht ausreichend sicher davon ausgegangen werden, dass bereits im September 2002 ein Schweregrad Kellgren II vorgelegen habe, auch wenn dies unter Berücksichtigung der in den Arthroskopieberichten und Kernspintomografien beschriebenen Befunde möglich sei. Die Folgen der BK seien wie folgt zu bezeichnen: Zustand nach Implantation einer Knieendoprothese beidseits bei fixierter Varusgonarthrose beidseits mit verbliebener schmerzhafter Bewegungseinschränkung und anhaltendem Weichteilreizzustand. Die MdE sei nach allgemeinen Erfahrungswerten bei regelrecht funktionierender Totalendoprothese, wie beim Kläger, mit 20 v.H. einzuschätzen. Die Tatsache, dass bei dem Kläger an beiden Kniegelenken eine Endoprothese implantiert wurde, führe nicht zu einer höheren Bewertung, da die Teile des Arbeitsmarktes, die dem Kläger durch die Implantation einer Knieendoprothese verschlossen seien, weitestgehend mit den Teilen des Arbeitsmarktes identisch seien, die auch bei Knieendoprothesen beidseits verschlossen seien. Es müsse aber berücksichtigt werden, dass es sich nicht um eine regelrecht funktionierende Endoprothese handle, vielmehr lägen an beiden Kniegelenken ein funktionell ungünstiges Streckdefizit und ein anhaltender Weichteilreizzustand vor. Der genaue Zeitpunkt, ab dem eine derartige MdE vorliegt, lasse sich nicht sicher beurteilen. Es sei aber davon auszugehen, dass ab Januar 2008 (Zeitpunkt der Implantation der Endoprothese links) von einer derartigen MdE auszugehen sei. Wegen der Einzelheiten wird auf das Gutachten des Dr. W verwiesen. Die Beklagte hat unter Vorlage einer Stellungnahme der Dr. I2 vom 02.09.2015 weiterhin die Auffassung vertreten, dass die Anerkennung einer BK 2112 an der Rückwirkungsklausel scheitere. Nach den inzwischen vorliegenden Begutachtungsempfehlungen zur BK 2112 komme den radiologischen Befunden nun zwar eine wesentliche Bedeutung zu, bereits vorliegende Arthroskopieberichte seien aber in die Beurteilung mit einzubeziehen. Danach sei nach den Ausführungen der Dr. I2 aufgrund des Arthroskopieberichtes vom 20.08.1998 eine BK 2112 des linken Kniegelenkes gesichert. Dr. I2 hat ausgeführt, bezüglich des Arthroskopiebefundes vom 04.09.1996 aus der B Klinik bestünden aufgrund der Ausdehnung des Befundes Restzweifel, ob die Analog-Kriterien nach Kellgren bereits erfüllt waren. Für die Anerkennung einer Arthrose aufgrund des alleinigen Nachweises schwerer Knorpelschäden bei fehlendem radiologischen Befund seien drei Faktoren zu fordern: 1. Beurteilung der Schwere anhand einer definierten Schadensklassifikation, wobei i.d.R. die Empfehlungen der ICRS angewendet werden sollten, 2. In der tiefen Ausdehnung zum subchondralen Knochen reichende Knorpelzerstörung bzw. kompletter Defekt und/oder Nachweis von intraartikulären Osteophyten, 3. Großflächige

Ausdehnung innerhalb des betroffenen Kompartiments, wobei die Mindestgröße 2 cm<sup>2</sup> betrage. Außerdem solle auch ein entsprechender Schaden an der entsprechenden Gelenkfläche (Tibia) vorliegen. Dr. G habe in seinem Bericht über die Arthroskopie des linken Kniegelenkes vom 19.08.1998 im medialen Kompartiment einen femoral großflächigen III.-bis IV.-gradigen Knorpelschaden und tibial einen großflächigen II.-gradigen Knorpelschaden festgehalten. Damit sei zum Zeitpunkt der Arthroskopie vom 19.08.1998 ganz sicher das Analog-Kriterium von Kellgren II erfüllt. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 10.11.2015 hat Dr. W Frau Dr. I2 widersprochen und erneut erklärt, dass sich der Zeitpunkt der Erstmanifestation der BK 2112 nicht sicher aus dem Arthroskopiebericht vom 20.08.1998 ergebe. Es bestehe grundsätzlich die Möglichkeit, dass der Schaden arthroskopisch schon 1998 ein Ausmaß von mehr als 2 cm<sup>2</sup> gehabt habe und damit übereinstimmend mit Dr. I2 zu diesem Zeitpunkt das Vollbild der Erkrankung auch schon gesichert gewesen sei. Tatsächlich gesichert sei dieser Befund aber nicht. Dem Bericht sei nicht zu entnehmen, dass der Schaden ein Ausmaß von mehr als 2 cm<sup>2</sup> hatte. Es stelle sich die Frage, ob die Formulierung "großflächig" in dem OP-Bericht gleichgesetzt werden könne mit der Ausdehnung des Schadens auf mindestens 2 cm<sup>2</sup>. Im Hinblick auf den geforderten Schaden an der korrespondierenden Gelenkfläche ließen die Begutachtungsempfehlungen offen, ob dieser Schaden ebenfalls III.-IV.-gradig sein müsse. In dem OP-Bericht werde aber nur ein II.-gradiger Knorpelschaden tibial beschrieben. Wegen der Einzelheiten wird auf die ergänzende Stellungnahme des Dr. W verwiesen. Auf Nachfrage des SG hat Dr. G am 14.01.2016 mitgeteilt, dass er einen Knorpelschaden dann als großflächig bezeichne, wenn er mindestens eine Ausdehnung von 3x2 cm habe. Somit sei der Knorpelschaden an der Innenseite des linken Kniegelenks im Rahmen der OP vom 19.08.1998 größer als 2 cm<sup>2</sup> gewesen. Das SG hat sodann eine weitere Stellungnahme von Dr. W vom 27.09.2016 eingeholt. Darin hat er ausgeführt, die Angaben des Dr. G seien plausibel, ohne dass er, Dr. W, in der Lage wäre, hieraus den tatsächlichen Zustand des Knorpelschadens des linken Kniegelenks 1998 nach Aktenlage festzustellen. Es handele sich hierbei um eine Frage der Tatsachenfeststellung, die durch das Gericht getroffen werden müsse. Er könne selbstverständlich nicht nach Aktenlage feststellen, ob es sich bei den Angaben des Operateurs lediglich um dessen grundsätzliche Vorgehensweise handle oder ob mit diesen Aussagen tatsächlich festgestellt worden ist, dass der festgestellte Knorpelschaden einer Ausdehnung von mehr als 2 cm<sup>2</sup> hatte. Sollte das SG davon ausgehen, dass die Aussage des Operateurs zutrefte, wonach es sich um einen III.-IV.-gradigen Knorpelschaden mit einer Ausdehnung von mehr als 2 cm<sup>2</sup> gehandelt habe, wäre das Analog-Kriterium nach Kellgren II im Sinne der Konsensempfehlungen zur BK 2112 1998 erfüllt gewesen. Nach einem vertagten Sitzungstermin von Dezember 2016 hat das SG dann noch Befundberichte eingeholt. Dr. G hat in seinem Bericht vom 02.01.2017 mitgeteilt, dass bei dem Kläger während der Behandlung in seiner Praxis vom 14.08.1998 bis zum 21.08.1998 ein leichter Kniegelenkserguss mit einer leichten Kapselschwellung bestanden habe. Die passive Beweglichkeit des Kniegelenkes sei frei, die maximale Beugung schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Eine Krepitation bei der Gelenkbewegung, ein hinkendes Gangbild oder eine Atrophie der Oberschenkelmuskulatur seien von ihm nicht dokumentiert worden. Das Ausmaß des Knorpelschadens werde nur geschätzt, ein Ausmessen im Rahmen der Arthroskopie sei nur schwer möglich und nicht üblich. Das Ausmaß des Knorpelschadens könnte aber relativ exakt vom Radiologen anhand der vor der Operation durchgeführten kernspintomografischen Untersuchung bestimmt werden. Das SG hat daraufhin eine weitere Stellungnahme von Dr. W eingeholt. Dieser hat in seiner Stellungnahme vom 29.01.2019 ausgeführt, dass chronische Kniegelenksbeschwerden nach Aktenlage wahrscheinlich schon vor dem 30.09.2002 vorgelegen hätten. Bildgebende Befunde hätten ihm nicht vorgelegen. Er sei insofern auf die Interpretation der Formulierungen in den vorliegenden Berichten angewiesen. In dem Bericht über eine Kernspintomografie des linken Kniegelenkes vom 20.06.1996 seien die Alternativkriterien vor dem 30.09.2002 sicher nicht nachgewiesen. Dasselbe gelte für den Kernspintomografiebericht von Dezember 2003. Auch hier würden weder der Schweregrad der Knorpelschäden noch deren Ausdehnung exakt angegeben. Dr. G habe bereits 1998 eine Kapselschwellung und Einschränkung der Beweglichkeit des Kniegelenks angegeben. Ob allerdings insofern von einem fortdauernden Befund auszugehen sei, belege der Bericht nicht sicher. Nach seiner Einschätzung erlaube der Bericht über die stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Dezember 1995 keine gesicherten Aussagen zu einer Krepitation. Wegen der Einzelheiten wird auf die ergänzende Stellungnahme des Dr. W Bezug genommen. Die von der Beklagten im Verlauf des sozialgerichtlichen Verfahrens übersandten Röntgenaufnahmen ab 1993 waren zunächst beim SG verloren gegangen, sind dann aber im Januar 2014 wiederaufgetaucht. Eine Übersendung an Dr. W ist jedoch nicht erfolgt. Mit Gerichtsbescheid vom 14.05.2019 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.03.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2012 verurteilt, bei dem Kläger eine Berufskrankheit nach der Nr. 2112 mit der BK-Folge "Zustand nach Implantation einer Knieendoprothese beidseits bei fixierter Varusgonarthrose beidseits mit verbliebener schmerzhafter Bewegungseinschränkung und anhaltendem Weichteilreizzustand" anzuerkennen und ihm ab dem 08.01.2008 Rente nach einer MdE von 30 v.H. nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren. Zur Begründung hat es sich im Wesentlichen auf das Gutachten und die ergänzenden Stellungnahmen des Dr. W gestützt. Vorliegend könne dahinstehen, ob bei dem Kläger vor dem Stichtag am 30.09.2002 die Kellgren- bzw. die Analog-Kriterien sowie chronische Kniegelenksbeschwerden vorgelegen hätten, denn nach Auffassung der Kammer sei nicht vollbeweislich gesichert, dass vor dem 30.09.2002 die in dem Merkblatt zur BK 2112 bzw. in den Begutachtungsempfehlungen geforderten Funktionsstörungen bei der orthopädischen Untersuchung in Form einer eingeschränkten Streckung oder Beugung im Kniegelenk bzw. gleichgestellte Funktionsstörungen vorgelegen hätten. Die MdE i.H.v. 30 v.H. ergebe sich unter Berücksichtigung der Erfahrungswerte nach Schönberger/Mertens/Valentin. Diese entspreche auch der Einschätzung des im Verwaltungsverfahren gehörten Sachverständigen Prof. Dr. T. Wegen der Einzelheiten wird auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheids Bezug genommen. Gegen den ihr am 27.05.2019 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die von der Beklagten am 17.06.2019 eingelegte Berufung. Zur Begründung führt sie aus, die Rentenfeststellung sei unzulässig, da es an einer vorherigen Verwaltungsentscheidung fehle. Darüber hinaus sei die festgestellte Höhe der MdE zu beanstanden. Auf die Ausführungen der Dr. I2 und des Dr. W, die übereinstimmend eine MdE von 20 v.H. für angemessen gehalten hätten, werde verwiesen. Das SG hätte zudem den Tag des Versicherungsfalls feststellen müssen. Auch die Beweiswürdigung sei zu beanstanden, da ausreichende Belege dafür vorlägen, dass schon vor 2002 eine Gonarthrose bestand. Zu beanstanden sei auch, dass die 56 zunächst verloren gegangenen Röntgenbilder nun wiederaufgetaucht aber trotzdem Dr. W nicht vorgelegt worden seien. Zudem sei festzustellen, dass bereits 1998 eine Kapselschwellung und Einschränkungen der Beweglichkeit bestanden hätten. Die Einschätzung des Dr. W sei daher nicht schlüssig. Die Beschwerden des Klägers seien nicht vorübergehend gewesen. Dies ergebe sich schon daraus, dass er in der Zeit von 1994-2001 aufgrund seiner Beschwerden an den Knien bei mehreren verschiedenen Ärzten vorstellig geworden sei. Im weiteren Verlauf des Berufungsverfahrens hat die Beklagte noch eine beratungsrätliche Stellungnahme des Facharztes für Arbeitsmedizin Dr. M1 vom 04.07.2019 übersandt. Darin hat dieser ausgeführt, eine Gonarthrose entwickle sich über Jahre und nehme in ihrem Schweregrad kontinuierlich zu. Die Frage sei jetzt nur, ab wann die Summe der Einzelprogressen der Erkrankung ein solches Maß erreicht hatte, dass es die Voraussetzungen der BK 2112 rechtfertigte. Das SG habe sich in seiner Urteilsbegründung nicht mehr mit der Frage beschäftigt, ob denn nun der Arthroskopiebefund aus 1998 den Analog-Kriterien von Kellgren II entspreche oder nicht, sondern nur noch darauf abgestellt, dass die klinischen und funktionellen Kriterien vor 2002 nicht ausreichend vorhanden gewesen oder zumindest nicht ausreichend dokumentiert worden seien. Was die arthroskopischen Kriterien betreffe, sei die Aussage des Dr. G eindeutig, nämlich dass er einen festen Standard habe, Knorpelveränderungen bei der Arthroskopie zuzuordnen und dass er von einer großflächigen Knorpelschädigung nur dann spreche, wenn mindestens eine Ausdehnung von 3x2 cm bestehe, was dann 6 cm<sup>2</sup> wäre, also dreimal mehr als eigentlich gefordert, und was dann auch als

schwergradiger Knorpelschaden mit anzunehmender erheblicher Funktionsbeeinträchtigung zu bewerten sei. Dies berechtige schon einmal zur Annahme chronischer Kniegelenksbeschwerden. Im Übrigen unterziehe sich kein Patient in einem Zeitraum von zwei Jahren freiwillig zweimal einer arthroskopischen Untersuchung, wenn er nicht gute klinische Gründe dafür habe. Allein schon durch die Wiederholung der Arthroskopie seien chronische Kniegelenksbeschwerden belegt, die bei einer Fortdauer über zwei Jahre schon aufgrund des Schmerzhinkens zu einer Beeinträchtigung des Gangbildes führten. Dem stationären Entlassungsbericht der B Klinik vom 12.09.1996 und dem OP-Bericht sei zu entnehmen, dass sich eine mäßige feinzottige Gelenkhautentzündung gefunden habe. Für sie ergebe sich weder vom arthroskopischen Aspekt der Beschreibung der Knorpelschädigung noch aus den Restumständen irgendein Zweifel, dass das Krankheitsbild der BK bereits 1998 vorgelegen habe. Das Urteil sei insgesamt nicht schlüssig. Das SG sei auch von einer zu hohen MdE ausgegangen. Diese sei allenfalls mit 20 v.H.zu bewerten. Der Senat hat sodann Dr. W die Röntgenaufnahmen übersandt und ihn gebeten, unter deren Berücksichtigung noch einmal ergänzend Stellung zu nehmen. In seiner Stellungnahme vom 30.12.2019 hat dieser erneut erklärt, dass weder der Ausprägungsgrad des Knorpelschadens durch den Arthroskopiebericht des Dr. G noch chronische Kniegelenksbeschwerden gesichert seien. Die nun vorgelegten Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks vom 14.06.1996 zeigten einen altersentsprechenden röntgenmorphologischen Befund. Die Kernspintomografie des linken Kniegelenks vom 19.06.1996 lasse aufgrund der technischen Qualität der Aufnahmen keine sichere Aussage über den Schweregrad der Knorpelschäden zu. Dasselbe gelte für die Kernspintomografie des rechten Kniegelenkes vom 31.03.1998. Die Aufnahmen des rechten Kniegelenks vom 14.04.1999 zeigten keinen Schweregrad der Gonarthrose mindestens Kellgren II. Die Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke vom 14.02.2007 und 26.09.2007 zeigten rechts eine medial betonte Gonarthrose vom Schweregrad Kellgren III und links eine medial betonte Gonarthrose von Schweregrad Kellgren II/III. Er bleibe auch aus den bereits im Gutachten ausgeführten Gründen dabei, dass eine MdE von 30 v.H. vorliege.

Die Beklagte hat hierzu erklärt, die Stellungnahme des Dr. W zeige eine intensive Auseinandersetzung mit den ausschlaggebenden Punkten. Er verlasse jedoch sein Fachgebiet, wenn er einen Zeugenbeweis, und um einen solchen handele es sich bei der Angabe des Dr. G, selbst bewerte. Sie stelle daher unter Beweis, dass am 19.08.1998 ein Knorpelschaden entsprechend Kellgren II vorgelegen habe (schriftliche Aussage des Dr. G in dessen Schreiben vom 14.01.2015, hilfsweise Zeugenbefragung durch den Senat), für die weiteren zu fordernden Merkmale einer BK 2112 solle jeweils Tatsachenbeweis erhoben werden. Wenn ein medizinischer Anscheinsbeweis bestehe, dass ein bestimmter organpathologischer Befund Beschwerden nach sich ziehe, so könne dieser Anscheinsbeweis nur entkräftet werden, wenn andere Umstände vernünftige Zweifel daran belegten. Lediglich darauf zu verweisen, dass es auch anders sein könnte, sei nicht ausreichend. Wenn die Ansicht des Operators Goldstandard gegenüber einem MRT darstelle, und die Aussage des Operators vorliege, dann hätten geäußerte Zweifel zu verstummen. Im Übrigen solle nicht der 2. Grund der Berufung in den Hintergrund geraten. Mit dem angefochtenen Bescheid sei eine Grundentscheidung getroffen worden. Gegen diese Grundentscheidung könne auch nur ein Grundurteil ergehen. Tatsächlich habe das SG aber auch über eine Rente entschieden.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Akten der Beklagten verwiesen. Ihre Inhalte sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Der Gerichtsbescheid des SG ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid beschwert, da dieser rechtswidrig ist (§ 54 Abs. 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Er hat einen Anspruch auf Anerkennung einer BK 2112 (dazu 1.) und die Gewährung einer Rente in Höhe von 30 v.H. ab dem 08.01.2008 gegen die Beklagte (dazu 2.). Denn bei ihm liegt eine BK 2112 vor, die eine MdE in Höhe von 30 v.H. bedingt.

1. Rechtsgrundlage für die Anerkennung einer BK ist § 9 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) i. V. m. BK 2112. Nach § 9 Abs. 1 S. 1 SGB VII sind BKen nur diejenigen Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet hat (sog Listen-BK) und die der Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleidet. Nach ständiger Senatsrechtsprechung ist für die Feststellung einer Listen-BK (Versicherungsfall) erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und diese Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dabei müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises - 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 (BSG, Urteile vom 17.12.2015 - B 2 U 11/14 R -, juris Rn. 10 und vom 23.04.2015 - B 2 U 6/13 R -, juris Rn. 10 jeweils m.w.N.). Der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit ist erfüllt, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R -, juris Rn. 34 m.w.N) und ernste Zweifel ausscheiden (BSG, Urteil vom 18.01.2011 - B 2 U 5/10 R -, juris Rn. 20). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK, wohl aber für eine Leistung (Leistungsfall).

Der Versicherungsfall einer Listen-BK setzt somit voraus, dass die Bundesregierung als Ordnungsgeberin die Krankheit als BK in der Anl. 1 der BKV bezeichnet hat und sämtliche Merkmale dieses Tatbestandes erfüllt sind (vgl. BSG, Urteile vom 17.05.2011 - B 2 U 19/10 R -, juris Rn. 11 und vom 12.01.2010 - B 2 U 5/08 R -, juris Rn. 12). Die Bundesregierung hat die BK 2112 mit Art. 1 Nr. 3 Buchst. c der Zweiten Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (2. BKVÄndVO) vom 11.06.2009 (BGBl I 1273) mit Wirkung zum 01.07.2009 (Art 2 a.a.O) in die Anl. 1 der BKV eingefügt. Die BK 2112 hat folgenden Wortlaut: "Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knie oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13 000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht".

Die Diagnose einer Gonarthrose im Sinne der BK 2112 setzt nach der wissenschaftlichen Begründung (vgl. Merkblatt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu BK Nr. 2112 veröffentlicht in der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vom 30. Dezember 2009, GMBI 2010 Seite 98 ff.) u. a. voraus:

- chronische Kniegelenksbeschwerden,
- Funktionsstörungen bei der orthopädischen Untersuchung in Form einer eingeschränkten Streckung oder Beugung im Gelenk,
- die röntgenologische Diagnose einer Gonarthrose entsprechend Grad II-IV der Klassifikation nach Kellgren et al ...

In einer weiteren wissenschaftlichen Stellungnahme (veröffentlicht in der Bekanntmachung des BMAS vom 24.10.2011, GMBI. 2011, 983) wird die als Funktionsstörung genannte Bewegungseinschränkung in Form einer eingeschränkten Streckung und/oder Beugung im Kniegelenk um fünf weitere Funktionsstörungen ergänzt:

1. Kniegelenkserguss,
2. Kapselentzündung mit Verdickung oder Verplombung der Gelenkskontur,
3. Krepitation bei der Gelenkbewegung,
4. hinkendes Gangbild,
5. Atrophie der Oberschenkelmuskulatur.

Nach den Begutachtungsempfehlungen für diese BK muss mindestens eine der sechs Funktionsstörungen für die Diagnose einer Gonarthrose vorliegen. Eine Chondropathia patellae und eine Chondromalazia patellae sind keine Erkrankungen im Sinne dieser BK (siehe zu dem Ganzen: Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Seite 673 f., und Begutachtungsempfehlungen für die BK 2112, Stand 03.06.2014, Seite 8).

Beim Kläger liegen sowohl die arbeitstechnischen als auch die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2112 vor.

Nach den Stellungnahmen des TAD hatte der Kläger schon am 19.06.1998 mit 16.654 Stunden mehr als die geforderten 13.000 Stunden kniebelastender Tätigkeit hinter sich, bei Aufgabe der kniebelastenden Tätigkeit am 29.12.2005 waren es bereits 19.848 Stunden.

Auch lag spätestens zu dem vom SG entschiedenen Rentenbeginn am 08.01.2008 eine Gonarthrose i.S. der BK 2112 vor. Nach den übereinstimmenden Einschätzungen des Prof. Dr. T und des Dr. W war der Versicherungsfall spätestens mit den Röntgenaufnahmen vom 14.02.2007 und 26.09.2007 bewiesen. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig.

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die Anerkennung und Entschädigung einer BK 2112 auch nicht durch die Rückwirkungsklausel des § 6 Abs. 3 S. 1 BKV i.d.F. der Vierten Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (4. BKVÄndVO) vom 10.07.2017 ([BGBI I 2299](#)) ausgeschlossen. Diese Vorschrift lautet: "Leiden Versicherte am 1. Juli 2009 an einer Krankheit nach Nummer 2112, 4114 oder 4115 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. September 2002 eingetreten ist."

Bei dem Kläger lag der Versicherungsfall der BK 2112 aber - jedenfalls nicht im erforderlichen Vollbeweis - vor dem Stichtag des § 6 Abs. 3 S. 1 BKV, dem 30.09.2002, nicht vor. Gesichert ist eine Gonarthrose i.S. der BK 2112 vielmehr erst 2007. Dies ergibt sich aus der Stellungnahme des Prof. Dr. T vom 03.12.2013, der Stellungnahme der Dr. I2 vom 29.09.2014 sowie dem Gutachten und den ergänzenden Stellungnahmen des Dr. W im sozialgerichtlichen und im Berufungsverfahren vom 05.05.2015, 10.11.2015, 27.09.2016, 29.01.2019 und 30.12.2019. Prof. Dr. T hatte in seiner Stellungnahme vom 03.12.2013 klargestellt, dass alle Berichte bis 2001 Knorpelschädigungen und Arthrosestadien beschrieben, die noch nicht dem nach der wissenschaftlichen Begründung zum Merkblatt geforderten Arthrosestadium II und mehr nach Kellgren und Lawrence entsprachen. Dem hatte sich auch die beratende Ärztin der Beklagten, Dr. I2, in ihrer Stellungnahme vom 29.09.2014 in Kenntnis des Berichts der B Klinik vom 12.09.1996 angeschlossen. Diese hatte zwar außerdem erklärt, dass nach der heutigen Klassifikation bereits 1996 ein Schaden im Bereich des linken Kniegelenks vorgelegen habe, der analog Kellgren II aufzufassen sei. Einschränkend war sie jedoch zu dem Ergebnis gelangt, dass Teile der erforderlichen Kriterien nicht zu 100 % erfüllt seien, da keine Sicherheit darüber bestehe, wie groß der Schaden gewesen sei, Kellgren II-Veränderungen hätten erst 2007 vorgelegen. Auch Dr. W hat in seinem Gutachten und seinen ergänzenden Stellungnahmen, zuletzt in der im Berufungsverfahren eingeholten Stellungnahme vom 30.12.2019, für die ihm alle Bildaufnahmen ab 1993 zur Verfügung gestellt worden waren, bestätigt, dass eine Gonarthrose von dem Ausmaß, wie es für die Anerkennung einer BK 2112 erforderlich ist, erstmals mit den Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke vom 14.02.2007 und 26.09.2007 bewiesen, und dass weder den davor ab 1996 angefertigten MRTs und Röntgenaufnahmen noch den vor dem Stichtag vorliegenden Befundberichten eine Gonarthrose im Sinne einer BK 2112 zu entnehmen sei. Der Senat hat keinen Anlass, an den Ausführungen des Dr. W zu zweifeln. Dieser ist dem Senat als äußerst erfahrener und gewissenhafter Sachverständiger bekannt, der als Orthopäde auch über die Fachkompetenz und eine große Erfahrung für die Auswertung von radiologischem Bildmaterial verfügt.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Arthroskopiebericht des Dr. G vom 20.08.1998 und dessen im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Stellungnahmen vom 14.01.2016 und 02.01.2017. Nach der Begutachtungsempfehlung für die BK 2112 hat die Diagnose einer Gonarthrose durch bildgebende Verfahren zu erfolgen, zunächst durch Röntgenaufnahmen, nur falls erforderlich, auch durch zusätzliche kernspintomografische Untersuchungen (Seite 23 ff. der Begutachtungsempfehlungen). Bereits vorliegende arthroskopische Befunde sind allerdings gegebenenfalls mit in die Bewertung einzubeziehen (Seite 32 der Begutachtungsempfehlungen). Für die Anerkennung einer Arthrose aufgrund des alleinigen Nachweises schwerer Knorpelschäden bei fehlendem radiologischem Befund sind dann allerdings drei Fakten (kumulativ) zu fordern:

1. Beurteilung der Schwere, die anhand einer definierten arthroskopischen Schadensklassifikation zu erfolgen hat,
2. In der Tiefenausdehnung zum subchondralen Knochen reichende Knorpelzerstörung bzw. kompletter Defekt ("Knorpelglätze") und/oder der Nachweis intraradikulärer Osteophyten,
3. Großflächige Ausdehnung innerhalb des betroffenen Kompartiments, wobei die Mindestgröße der schweren Läsion bzw. des Defektes 2 cm<sup>2</sup> betragen und außerdem ein entsprechender Schaden an der korrespondierenden Gelenkfläche vorliegen muss.

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Ob die Fakten 1. und 2. vorliegen, kann letztlich dahingestellt bleiben, auch wenn Dr. G in seinem Bericht vom 20.08.1998 weder die Schwere des Schadens entsprechend des 1. Faktus noch eine Knorpelstörung entsprechend des 2. Faktus beschrieben hat. Denn jedenfalls ist durch den Arthroskopiebericht des Dr. G eine großflächige Ausdehnung, wie sie nach dem 3. Fakt erforderlich wäre, nicht bewiesen. Dr. G hat zwar im medialen Kompartiment einen großflächigen III.-IV.-gradigen Knorpelschaden festgestellt. Allerdings hat er die genaue Größe des Knorpelschadens nicht angegeben. Wie bereits Dr. W zutreffend festgestellt hat, ist durch die Stellungnahmen des Dr. G vom 14.01.2016, 02.01.2017 gerade nicht erwiesen, dass der Knorpelschaden bei der Arthroskopie im August 1998 )2 cm<sup>2</sup> war. In seiner Stellungnahme vom 14.01.2016 hatte dieser zwar erklärt, dass er im Allgemeinen einen Knorpelschaden dann als großflächig bezeichne, wenn dieser mindestens eine Ausdehnung von 3x2 cm habe und hieraus den Schluss auf einen

entsprechend großen Schaden gezogen. Diese allgemeine Angabe lässt es zwar als möglich erscheinen, dass der Knorpelschaden an der Innenseite des linken Kniegelenks im Rahmen der Arthroskopie vom 19.08.1998 ein Ausmaß von  $12 \text{ cm}^2$  hatte, beweist dies jedoch nicht. Im Gegenteil hat Dr. G in seiner Stellungnahme vom 02.01.2017 seinen Schluss auch selbst relativiert bzw. in Frage gestellt. Denn er hat nun unmissverständlich klargestellt, dass das Ausmaß des Knorpelschadens von ihm nur geschätzt werden könne; ein Ausmessen im Rahmen der Arthroskopie sei nur schwer möglich und auch nicht üblich, das Ausmaß des Knorpelschadens könne allerdings relativ exakt vom Radiologen anhand der vor der Operation durchgeführten kernspintomografischen Untersuchung bestimmt werden. Dementsprechend hat Dr. W dann im Berufungsverfahren das der Arthroskopie zugrundeliegende MRT des rechten Kniegelenks vom 01.03.1998 ausgewertet und erklärt, dass sich aufgrund der schlechten technischen Qualität des MRT keine sichere Aussage über den Schweregrad der Knorpelschäden treffen lasse. Seine Auswertung der ca. acht Monate nach der Arthroskopie gefertigten Aufnahmen des rechten Kniegelenks vom 14.04.1999 ergab, dass sich hier kein Schweregrad der Gonarthrose mindestens Kellgren II gezeigt habe. Wie die Beklagte nach alledem in dem Arthroskopiebericht des Dr. G den Vollbeweis eines Knorpelschadens von  $12 \text{ cm}^2$  sehen kann, erschließt sich dem Senat nicht. Auch ein juristischer Laie kann unschwer erkennen, dass eine Schätzung keinen Vollbeweis darstellt, und schon gar nicht, wenn es um Größenangaben im Millimeterbereich geht. Dies hat im Übrigen auch die Sitzungsvertreterin im Termin zur mündlichen Verhandlung uneingeschränkt eingeräumt. Die Stellungnahmen der Dr. I2 vom 02.09.2015 und der Dr. M1 vom 04.07.2019, die zudem als Arbeitsmedizinerin nicht über orthopädische Fachkompetenz verfügt, überzeugen den Senat deshalb nicht. Dr. I2 waren die Berichte des Dr. G vom 14.01.2016 und 02.01.2017 bei Abgabe ihrer Stellungnahme vom 02.09.2015 gar nicht bekannt. Es ist auch nicht ersichtlich, ob sie von der Beklagten hierzu noch einmal befragt worden ist. Dem SG und dem Senat hat die Beklagte jedenfalls keine weiteren Stellungnahmen der Dr. I2 vorgelegt, was zumindest verwundert, da es doch auch für die Beklagte durchaus interessant gewesen wäre, ob Dr. I2 auch in Kenntnis der Berichte des Dr. G bei ihrer Auffassung geblieben wäre.

Da vor dem Stichtag schon keine Gonarthrose in dem für die BK 2112 geforderten Ausmaß vorlag, kommt es auf die Frage, ob die übrigen Kriterien für die Anerkennung einer BK 2112 (chronische Kniegelenksbeschwerden, Funktionsstörungen) gegeben waren, nicht mehr an. Der Senat weist aber trotzdem darauf hin, dass er die Ausführungen der Beklagten auch diesbezüglich nicht für überzeugend hält, da der Kläger vor dem Stichtag auch an Erkrankungen am Knie (Meniskusschäden, Chondropathia patellae, Chondromalazia patellae) gelitten hat, die nach den Begutachtungsempfehlungen zur BK 2112 nicht dem Krankheitsbild einer Gonarthrose zuzuordnen, aber durchaus geeignet sind, ebenfalls chronische Kniegelenksbeschwerden und Funktionsstörungen hervorzurufen.

2. Der Kläger hat auch ab dem 08.01.2008 Anspruch auf eine Rente nach einer MdE in Höhe von 30 v.H.

Entgegen der Ansicht der Beklagten hat das SG zu Recht auch über den Rentenanspruch des Klägers entschieden, da die Klage auch diesbezüglich zulässig war. Die Beklagte hat mit dem angefochtenen Bescheid auch über den Rentenanspruch des Klägers eine Entscheidung getroffen. Die von ihr erstmals im Berufungsverfahren - nach mehr als sechsjähriger Dauer des Verfahrens - vertretene Auffassung, sie habe über einen Rentenanspruch des Klägers nicht entschieden, ist für den Senat nicht nachvollziehbar. Bei der Auslegung von Verwaltungsakten ist in Anwendung der für Willenserklärungen maßgeblichen Grundsätze (§§ 133, 157 Bürgerliches Gesetzbuch) vom objektiven Sinngehalt ihrer Erklärungen auszugehen, wie sie der Empfänger bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalls objektiv verstehen musste, wobei der der Bestandskraft zugängliche Verfügungssatz zugrunde zu legen und zur Klärung seines Umfangs die Begründung des Bescheides zu berücksichtigen ist (BSG, Urteil vom 16.11.2005 - B 2 U 28/04 R -, juris Rn. 13; Engelmann in Schütze, Kommentar zum SGB X, 9. Auflage, § 31, Rn. 43 m.w.N. auf die Rspr.). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze kann der angefochtene Bescheid bei verständiger Würdigung nur so verstanden werden, dass - neben anderen Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung - auch die Gewährung einer Rente abgelehnt wurde. Der Verfügungssatz des angefochtenen Bescheides enthält neben der Ablehnung der Anerkennung der BK 2112 auch die Aussage, dass Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht bestünden und dies auch für Maßnahmen gelte, die geeignet sind, dem Entstehen einer Berufskrankheit entgegenzuwirken. Auch wenn dieser Verfügungssatz für sich genommen als missverständlich angesehen werden könnte (so BSG, a.a.O.), ergibt sich aus der anschließenden Begründung des Bescheides sowie aus dem Ablauf des Verfahrens, dass die Beklagte damit auch über Leistungsansprüche, auch in Form einer Rente, entschieden hat. So hat die Beklagte in der Begründung ihres Bescheides unter den noch vor der Rechtsbehelfsbelehrung dargelegten "Erläuterungen" ausführlich die Anspruchsgrundlagen für die Gewährung einer Rente und für Leistungen oder Maßnahmen, die dem Entstehen einer BK entgegenwirken, dargelegt. In dem Bescheid hat sie den Kläger explizit aufgefordert, diese Erläuterungen zu beachten. Im Widerspruchsbescheid hat sie dann ausdrücklich ausgeführt, dass mit dem angefochtenen Bescheid Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung abgelehnt wurden, die Nichtanerkennung der BK 2102 bzw. 2112 hat sie sogar nur als Begründung für die Ablehnung der Leistungen genannt. Den ausführlichen "Erläuterungen" in dem Bescheid und den o.g. Ausführungen in dem Widerspruchsbescheid lässt sich in Zusammenhang mit dem ausdrücklich auf die Ablehnung von Entschädigungsleistungen gerichteten Verfügungssatz des Bescheides für den objektiven Empfänger nur der Sinngehalt entnehmen, dass die Beklagte im Zuge der abgelehnten Entschädigungsleistungen über einen Anspruch auf Rente mitentschieden hat. Aus Sicht des Empfängers wären die "Erläuterungen" in dem angefochtenen Bescheid und die o.g. Ausführungen in dem Widerspruchsbescheid sonst schlicht überflüssig gewesen. Hinzu kommt auch noch, dass die Beklagte im Verwaltungsverfahren die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch auch geprüft hat, indem sie Ermittlungen zur Höhe der MdE angestellt hat. Ausweislich ihres Gutachtenauftrags an Prof. Dr. T hat sie diesen entsprechend befragt; dieser war auch in seinem Gutachten zu dem Ergebnis gelangt, dass die auf die beruflichen schädigenden Einwirkungen zurückzuführende Gonarthrose an beiden Kniegelenken mit einer MdE von 30 v.H. zu bewerten sei. Darüber hinaus hat die Beklagte auch die vom Kläger während des Widerspruchsverfahrens getätigten Ausführungen zur Höhe der MdE im Widerspruchsbescheid aufgegriffen, was außerhalb der Prüfung eines Anspruchs auf Rente ebenfalls keinen Sinn ergäbe.

Der Kläger hat im sozialgerichtlichen Verfahren auch, wie das SG zutreffend festgestellt hat, sinngemäß die Gewährung einer Rente beantragt. Bei der Auslegung ist der für das Gericht und die anderen Beteiligten erkennbare Klagevortrag einschließlich der Verwaltungsvorgänge heranzuziehen, wobei der sogenannte Meistbegünstigungsgrundsatz von Bedeutung ist (siehe Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Auflage, § 92, Rn 12 m.w.N. auf die Rspr.). Der Kläger hat sowohl im Verwaltungs- als auch im sozialgerichtlichen Verfahren mehrfach Ausführungen zur Höhe der MdE gemacht. Diese Ausführungen können sich nur auf einen geltend gemachten Rentenanspruch beziehen, da die MdE ausschließlich für die Gewährung einer Rente relevant ist. Weder für die Anerkennung einer BK noch für die Gewährung einer anderen Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung spielt die MdE eine Rolle.

Auch die Höhe der MdE und den Beginn der Rentenzahlung hat das SG zutreffend festgesetzt. Insofern nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2](#)

[SGG](#) auf die Entscheidungsgründe in dem angefochtenen Gerichtsbescheid Bezug, denen er sich nach eigener Prüfung der Sach- und Rechtslage anschließt. Dr. W hatte in seinem Gutachten zwar ausgeführt, dass allein die Tatsache, dass beim Kläger an beiden Kniegelenken Endoprothesen implantiert sind, nicht zu einer höheren MdE als 20 v.H. führe. Eine MdE von 30 v.H. hatte er in seinem Gutachten noch nicht genannt. Hierbei hat es sich aber um ein Versehen gehandelt. Dies ergibt sich schon daraus, dass Dr. W bereits in seinem Gutachten klargestellt hatte, dass zu berücksichtigen sei, dass es sich nicht um regelrecht funktionierende Endoprothesen handle, da an beiden Kniegelenken ein funktionell ungünstiges Streckdefizit und ein anhaltender Weichteilreizzustand vorlägen. Aus seiner im Berufungsverfahren eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 30.12.2019 ergibt sich dann auch eindeutig, dass er im Hinblick auf die nicht regelrecht funktionierenden Endoprothesen eine MdE i.H.v. 30 v.H. für angemessen hält. An dieser Einschätzung hat der Senat keinerlei Zweifel, da sie in Übereinstimmung mit der Einschätzung des von der Beklagten beauftragten Gutachters Prof. Dr. T steht und zudem den unfallversicherungsmedizinischen Erfahrungswerten entspricht. Danach ist bei einer Endoprothese mit einem guten funktionellen Ergebnis grundsätzlich von einer Mindest-MdE von 20 v.H. auszugehen, bei schlechter Funktion mit Streck- und Beugedefizit von einer MdE von 30 v.H. (siehe Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Seite 686 f.). Die Einschätzungen der MdE durch Dr. I2 und Dr. M1 sind nicht geeignet, die Einschätzung der Gutachter in Frage zu stellen. Im Gegensatz zu den Gutachtern haben sie den Kläger nicht selbst untersucht, sodass sie sich gar kein eigenes Bild von dessen Beeinträchtigungen machen konnten. Dr. I2 hatte in ihrer Stellungnahme vom 29.09.2014 auch darauf hingewiesen, dass die bisherigen Untersuchungsergebnisse Diskrepanzen auswiesen und die MdE deshalb durch eine erneute Untersuchung geklärt werden müsse. Diese Klärung ist aber anschließend durch die Begutachtung durch Dr. W erfolgt. Dr. M1 ist in ihrer (fachfremden) Stellungnahme dann aber auf die Feststellungen des Dr. W, dass an beiden Kniegelenken ein funktionell ungünstiges Streckdefizit und ein anhaltender Weichteilreizzustand vorliegen, überhaupt nicht eingegangen.

Das Urteil des SG ist schließlich auch nicht deshalb zu beanstanden, weil es im Tenor den Zeitpunkt des Versicherungsfalls nicht festgelegt hat. Streitgegenstand war die Anerkennung der BK 2112 und die Gewährung einer Rente. Hierüber hat das SG auch entschieden. Das SG hat dem Kläger den Rentenanspruch nach einer MdE von 30 v.H. zutreffend ab dem 08.01.2008 zugesprochen. Dies ergibt sich aus dem Gutachten des Dr. W, der den Zeitpunkt der Implantation der Endoprothese links (08.01.2008) als maßgeblich für das Erreichen einer MdE von 30 v.H. angesehen hat. Ob dem Kläger auch schon ab Eintritt des Versicherungsfalls im Februar 2007 eine Rente zustand, kann der Senat offenlassen, da der Kläger keine Berufung gegen den Gerichtsbescheid eingelegt hat.

Die Entscheidung über die Verschuldungskosten ergibt sich aus [§ 192 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 sowie Satz 3](#) in Verbindung mit [§ 184 Abs. 2 SGG](#). Danach kann das Gericht einem Beteiligten ganz oder teilweise die Kosten auferlegen, die dadurch verursacht werden, dass der Beteiligte den Rechtsstreit fortführt, obwohl ihm vom Vorsitzenden die Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung oder -verteidigung dargelegt worden und er auf die Möglichkeit der Kostenauflegung bei Fortführung des Rechtsstreits hingewiesen worden ist. Dem Beteiligten steht gleich sein Vertreter oder Bevollmächtigter. Als verursachter Kostenbeitrag gilt dabei mindestens der Betrag von 225,00 Euro. Missbrauch ist anzunehmen, wenn die Rechtsverfolgung von jedem Einsichtigen als völlig aussichtslos angesehen werden muss; dabei ist von einem Rechtsanwalt zu verlangen, dass er sich mit der Materie auseinandersetzt, die Rechtsprechung zu den aufgeworfenen Fragen prüft und die Erfolgsaussichten eingehend abwägt (vgl. Bundesverfassungsgericht, Kammerbeschluss vom 03.07.1995 - [2 BvR 1379/95](#), juris Rn. 10; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 29.08.2013 - [L 22 R 317/12](#) -, juris Rn. 66). Dieselben Anforderungen sind nach Auffassung des Senats an die Beklagte zu stellen, da der Senat davon ausgeht, dass diese, bzw. ihre Sitzungsvertreter, in Fragen des Unfallversicherungsrechts rechtlich als mindestens ebenso qualifiziert anzusehen sein dürften wie ein Rechtsanwalt. In der mündlichen Verhandlung sind alle in den Entscheidungsgründen genannten Gesichtspunkte eingehend besprochen worden. Die Beteiligten sind vom Vorsitzenden darauf hingewiesen worden, dass die Berufung keine Aussicht auf Erfolg hat und die Beklagte bei Fortführung der Berufung mit der Auferlegung von Verschuldungskosten nach [§ 192 Abs. Satz 1 Nr. 2 SGG](#) rechnen muss. Die Sitzungsvertreterin der Beklagten hat auch verstanden, dass und warum die Berufung unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt Aussicht auf Erfolg hat und deutlich zum Ausdruck gebracht, dass sie die Auffassung des Senats teilt. Nach einem Telefonat mit der zuständigen Bezirksverwaltung hat sie allerdings erklärt, sie könne die Berufung aufgrund ausdrücklicher Weisung der zuständigen Bezirksverwaltung leider nicht zurücknehmen. Die Höhe der Kostenbeteiligung hat der Senat durch Schätzung des Kostenaufwandes für die Fortführung des Berufungsverfahrens festgesetzt. Dabei hat er berücksichtigt, dass es sich bei [§ 192 SGG](#) um eine Schadensersatzregelung handelt (vgl. Schmidt in Meyer-Ladewig, a.a.O., § 192, Rn.12). Als verursachter Kostenbetrag gilt dabei mindestens der Betrag nach [§ 184 Abs. 2 SGG](#), somit für Verfahren vor dem LSG ein Betrag von mindestens 225,00 Euro. Dies schließt aber nicht aus, darüberhinausgehende Kosten zu berechnen. Dabei sind neben den bei der Abfassung des Urteils entstehenden Kosten sämtlicher Richter und Mitarbeiter auch die allgemeinen Gerichtshaltungskosten zu berücksichtigen (vgl. Schmidt in Meyer-Ladewig, a.a.O., § 192, Rn.14 ff.) Allein für das Absetzen des Urteils durch die Berichterstatterin sind mindestens vier Richterarbeitsstunden anzusetzen. Hinzu kommen durch die Mitbefassung der weiteren Berufsrichter mindestens drei weiteren Richterarbeitsstunden. Der Wert einer Richterstunde wurde bereits 1986/1987 mit 350 bis 450 DM (dies entspricht ca. 180 bis 230 Euro) angesetzt (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 10.10.2011 - [L 13 R 2150/10](#) -, juris Rn. 22). Selbst unter Berücksichtigung dieser für 1986/1987 geltenden Werte, die sich zwischenzeitlich aufgrund der allgemeinen Kostenentwicklung deutlich gesteigert haben, sind somit allein für die zur Urteilsabsetzung erforderlichen Richterarbeitsstunden Kosten in Höhe von mehr als 1400,- Euro entstanden (vgl. LSG NRW, Urteil vom 24.02.2017 - [L 4 U 632/16](#) -, juris Rn. 48). Bei der Festsetzung der Verschuldungskosten in Höhe von 1000,- Euro hat der Senat berücksichtigt, dass die Beklagte nach [§ 184 Abs. 1 und 2 SGG](#) bereits mit einer Pauschgebühr in Höhe von 225,- Euro an den Gerichtskosten beteiligt wird.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
NRW  
Saved  
2021-01-20