

L 7 U 982/98

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 2959/93
Datum
26.01.1998
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 U 982/98
Datum
16.08.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Meniskuserkrankungen als Berufskrankheiten nach BKV Nr. 2102 bei Sanitär- und Heizungsinstallateur. Höhere MdE wegen persönlichkeitsbedingtem Schmerzverhalten.

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 26. Januar 1998 sowie der Bescheid der Beklagten vom 13. August 1993 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger wegen "Beugebehinderung des rechten Kniegelenks mit Kniegelenk" als Folgen einer Berufskrankheit der Nr. 2102 der Anl. 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 v.H. ab 12. September 1990 zu gewähren.

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

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger an einer Berufskrankheit (BK) im Sinne der Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKVO) leidet (Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten) und deshalb Anspruch auf Verletztenrente hat. Der 1943 geborene Kläger absolvierte seinen Angaben zufolge von 1958 bis 1961 eine Lehre als FLa./Installateur und arbeitete bis Januar 1963 in diesem Beruf. Nach der anschließenden Bundeswehrzeit (bis Juni 1964) arbeitete er bis April 1965 wieder als FLa./Installateur. Anschließend arbeitete er als Fahrer und Verkäufer. Ab Oktober 1973 arbeitete er wieder als Sanitär- und Heizungsinstallateur bzw. als Heizungsmonteur, ab September 1981 (wieder) bei der Helmut Wörner GmbH (H.) Baufla.ei/Sanitär-Heizung-Lüftung in Stuttgart-Möhringen. Ab August 1991 wurde er zum Bauzeichner umgeschult. Seit Mai 1994 arbeitet er in diesem Beruf. Am 17.03., 14.06. und 01.08.1989 sowie 12. 02.1990 wurde er am rechten Knie operiert und am 26.02./05.03.1990 und 18.06.1997 am linken. Am 02.02.1990 zeigte die Krankenversicherung des Klägers, die Barmer Ersatzkasse (BEK), das Vorliegen einer BK an und meldete ihre Erstattungsansprüche an. Die Beklagte veranlasste eine Anzeige des Arbeitgebers des Klägers über eine BK (vom 16.03.1990), holte Auszüge aus den Mitglieder- und Leistungskarteien der BEK, der Betriebskrankenkasse W. GmbH sowie von der AOK Stuttgart ein (vom 21.03., 23.04. und 15.05.1990) und befragte den Kläger (Fragebogen vom 29.03.1990). Ferner zog sie die Unterlagen der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Bad Cannstatt über die am 17.03. und 14.06.1989 durchgeführten Operationen bei und vom Kläger die in dessen Besitz befindlichen ärztlichen Unterlagen. Sodann beauftragte sie Dr. K., Chirurg, mit der Erstattung eines Gutachtens. Der Arzt führte unter dem 12.09.1990 aus, er sei der Auffassung, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür bestehe, dass der chronische Meniskusschaden des Innen- und Außenmeniskus des rechten Kniegelenks sowie der chronische Meniskusschaden links mit Einriss des Innenmeniskus durch die berufliche Tätigkeit des Klägers entstanden sei und dass deshalb eine BK der Nr. 2102 vorliege. Die durch die BK bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze er auf 20 vom Hundert (v.H.) ein. Der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten führte unter dem 17.12.1990 aus, über den zeitlichen Umfang der knienden und hockenden Tätigkeiten des Klägers seien Erkundigungen bei der Fa. H. und beim Kläger selbst eingeholt worden. Die beiden Monteur K. und B., beide führten gleichartige Tätigkeiten wie früher der Kläger aus, hätten angegeben, etwa 30 % der Tätigkeit sei in kniender bzw. hockender Haltung auszuführen. Die Angaben zwischenzeitlich befragter Heizungs- und Sanitärinstallateure anderer Firmen hätten zwischen 20 und 33 1/3 % gelegen. Der Kläger hätte angegeben, bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 8,0 Stunden wären seiner Meinung nach etwa 3 Stunden an Arbeit im Knien bzw. in der Hocke angefallen (also 37,5 %). Dr. H. vom Gewerbeaufsichtsamt Stuttgart schlug in ihrem Gutachten vom 18.02.1991 daraufhin eine BK gemäß Nr. 2102 zur Anerkennung vor mit einer MdE um 20 v.H. ... Nachdem die Beklagte den Kläger erneut zu kniebelastenden Tätigkeiten befragt hatte (Vermerk vom 23.07.1991), holte sie von dessen behandelnden Ärzten Dr. K./Dr. N., Chirurgen in Stuttgart, und Dr. La., Orthopäde in Stuttgart, die schriftlichen Auskünfte vom 30.07. bzw. 15.08.1991 ein. Sodann beauftragte sie Dr. L., Leitender Arzt der Berufsgenossenschaftlichen (BG-) Unfallklinik Duisburg-Buchholz, mit der Erstattung eines Gutachtens nach Aktenlage. Der Gutachter führte unter dem 17.06.1992 aus, die beruflichen Voraussetzungen der BK nach

Nr. 2102 seien beim Kläger nicht zu begründen. Leitbild für die belastende Zwangshaltung der Kniegelenke sei die Arbeit des Hauers mit dem Abraumhammer vor Ort. Eine kniende Tätigkeit allein reiche nicht aus, insbesondere nicht, wenn das Arbeitsfeld vor dem Oberkörper liege. Je abwechslungsreicher eine Tätigkeit sei, desto weniger schädlich sei sie für die Menisken. Danach zog die Beklagte von der Orthopädischen Klinik Paulinenhilfe in Stuttgart die dort befindlichen Krankenunterlagen des Klägers bei, zu denen Dr. L. in seiner Stellungnahme vom 27.02.1993 ausführte, die behandelnden Ärzte verneinten einen Zusammenhang des Verlaufs der Erkrankung beim Kläger mit einer besonderen Kniegelenksbelastung. Rückblickend lasse sich eine befundorientierte Erklärung für den Gesamtverlauf auch nach Durchsicht der angeforderten Behandlungsunterlagen nicht geben. Es finde sich keine Strukturveränderung, der das persistierende Beschwerdebild des Versicherten zugeordnet werden könnte. Die teilweise aber auch sehr diffusen Beschwerdeangaben, die zu den zahlreichen Eingriffen im Bereich der Kniegelenke geführt hätten, stünden - vor allem bei den ersten beiden Eingriffen eher diskreten intraoperativen Befunden gegenüber. Diese intraoperativen Eingriffe hätten zudem zu keiner Beschwerdebesserung geführt. Die Genese des vom Kläger geklagten Beschwerdebildes im Bereich beider Kniegelenke sei ungeklärt. Es fänden sich keine Hinweise für eine wesentliche Teilverursachung durch eine besondere Kniegelenksbelastung. Der Zusammenhang des Verlaufs mit einer durch die BK nach Nr. 2102 versicherten Tätigkeit sei medizinisch nicht wahrscheinlich. Hierauf gestützt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 26.03.1993 eine Rentengewährung ab. Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 13.08.1993). Hiergegen erhob der Kläger am 09.09.1993 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Das SG bestellte von Amts wegen Prof. Dr. I., Orthopäde, Dr. T. und Prof. Dr. W., Orthopäde, zu gerichtlichen Sachverständigen. Prof. Dr. I. führte unter dem 23.03.1994 zusammen mit Dr. K. aus, es fänden sich weder histologische noch berufsspezifische Hinweise für eine wesentliche Teilverursachung der Kniegelenksschädigung durch eine besondere Kniegelenksbelastung im Sinne einer BK der Nr. 2102. Den gutachterlichen Stellungnahmen von Dr. L. werde in vollem Umfang zugestimmt. Demgegenüber führte Dr. T., Internist/Sportmedizin, in seinem Gutachten vom 08.02.1995 aus, er könne den Vorgutachtern Dr. L. und Prof. Dr. I. nicht zustimmen. Der "Einzelfall" des Klägers sei vom TAD der Beklagten im Hinblick auf die Kniegelenksbelastung geprüft und dahingehend bewertet worden, dass der Kläger über mehr als 20 Jahre eine die Kniegelenke überdurchschnittlich belastende berufliche Tätigkeit mit teilweise erheblicher Kraftaufwendung ausgeführt habe. Diese Bewertung lasse sich nicht durch theoretische Überlegungen übergehen. Auch wenn der Kläger mehrjährig andauernde oder häufig wiederkehrende, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastende Tätigkeiten verrichtet habe, seien seine Beschwerden dennoch nicht eindeutig auf die Meniskusklaision zurückzuführen und auch, wenn die beschriebenen Läsionen ihrem Wesen nach einer primären degenerativen Meniskopathie zuzuordnen wären, sei das Ausmaß der nachgewiesenen degenerativen Veränderungen nicht dergestalt, dass zweifelsfrei eine Meniskopathie im Sinne der Nr. 2102 anerkannt werden könne. Prof. Dr. W. gelangte in seinem Gutachten vom 29.08.1996 zum gegenteiligen Ergebnis. Es sei davon auszugehen, dass die beruflichen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK der Nr. 2102 erfüllt seien. Auch die haftungsausfüllende Kausalität liege vor. Den verschiedenen vorliegenden Arztberichten sei nämlich zu entnehmen, dass sowohl am Innen- und Außenmeniskus des rechten Kniegelenkes als auch am Innenmeniskus des linken Kniegelenkes Gewebeschäden nachgewiesen worden seien. Soweit Dr. L. die Ansicht vertreten habe, die vom Kläger angegebenen Kniegelenksbeschwerden seien nicht durch die Meniskusschäden bedingt, sondern andere Ursachen haben müssten, sei dies nicht nachvollziehbar. Bei früheren orthopädischen Untersuchungen seien andere Kniegelenkserkrankungen nie festgestellt worden. Auch bei der jetzigen Untersuchung habe es keinen Hinweis auf irgendeine Erkrankung an den unteren Gliedmaßen gegeben, die die Beschwerden des Klägers erklären könnten. Als Schmerzursache blieben somit nur der Meniskusschaden bzw. die Folgen der Meniskusveränderungen aufgrund der durchgeführten operativen Eingriffe. Es sei deshalb bei der retrospektiven Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes keine andere Beurteilung möglich als die von Dr. K ... Dr. L. sei nur insoweit beizupflichten, als er darauf hingewiesen habe, dass zwischen initialer intraoperativer Symptomatologie und dem Beschwerdebild ein gewisses Mißverhältnis bestehe und er trotz der durchgeführten operativen Eingriffe nicht beschwerdefrei geworden sei. Dies spreche dafür, dass der nachgewiesene Meniskusschaden zumindest nicht allein die Ursache der vorgetragenen Beschwerden sein könne. Es dränge sich der Verdacht auf, dass der Kläger nach einem sekundären Krankheitsgewinn trachte. Dies ändere jedoch nichts daran, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und Meniskusschaden bzw. Kniegelenksbeschwerden an sich zu bejahen sei. Die Folgen der BK am linken Kniegelenk bestünden lediglich in einer reizlosen Operationsnarbe. Die Folgen der Meniskusschäden am rechten Kniegelenk bestünden in reizlosen Operationsnarben, einer Abmagerung der Oberschenkelmuskulatur sowie in einer Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks. Hierdurch werde eine MdE um 20 v.H. bedingt. Hiergegen wandte die Beklagte mit Schriftsatz vom 26.09.1996 ein, die Annahme von Prof. Dr. W., eine kniende bzw. in Hockstellung ausgeübte Tätigkeit von etwa 3 Stunden je Arbeitsschicht erfülle die beruflichen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach Nr. 2102, sei unzutreffend, weil eine solche Beanspruchung allein nach der Rechtsprechung eben gerade noch keine schädigende Tätigkeit darstelle, gefordert werde vielmehr eine Dauerzwangshaltung durch Hocken oder Knieen bei gleichzeitiger Kraftaufwendung. Einer derartigen Dauerzwangshaltung sei der Kläger nicht ausgesetzt gewesen. Er habe seine Körperstellung, wenn Ermüdungseinschränkungen eingetreten seien, verändern können. Hierzu führte Prof. Dr. W. in seiner Stellungnahme vom 20.11.1996 aus, die vorgetragene Argumentation gehe nach seinem Dafürhalten auch deshalb fehl, weil sie auf der Vorstellung basiere, dass Meniskusschäden dadurch vermieden werden könnten, dass der Betroffene die besondere Belastung des Meniskus spüre und sie deshalb reduziere oder gar ausschalte. Tatsächlich sei es jedoch so, dass am Innenmeniskus selbst keine Schmerzsymptome auftreten würden, es also zu Meniskusschädigungen kommen könne, ohne dass es der Betroffene verspüre. Würden infolge eines Meniskusschadens Gelenksbeschwerden auftreten, sei die Schädigung schon eingetreten. Es sei dann infolge des Meniskusschadens bereits zu reaktiven Veränderungen am Kniegelenk gekommen, die die Schmerzen verursachten. Der Standpunkt von Dr. L. und von Dr. T., beim Kläger seien nur geringfügige "degenerative Veränderungen" an den Menisken vorhanden gewesen, die das "altersübliche Maß" nicht überschritten hätten und nicht die Ursache der früher vorgetragenen Beschwerden sein könnten, sei in zweifacher Hinsicht unsicher. Zum einen gebe es kein "altersübliches Maß" für sogenannte degenerative Veränderungen, zum andern bedeute die Annahme, dass der Kläger wiederholt unter falschen Voraussetzungen behandelt worden sei, daß die präoperativ vorgenommenen diagnostischen Feststellungen also falsch seien. Der morphologische Nachweis sogenannter degenerativer Veränderungen sei für sich genommen ohnehin problematisch, da die mechanischen Eigenschaften des Meniskusgewebes erheblich verändert sein könnten, obwohl sich morphologisch nur vergleichsweise geringfügige Veränderungen zeigten. Es bestehe also keine Parallelität zwischen mechanischen und morphologischen Veränderungen des Meniskusgewebes. Die Negation eines erheblichen Meniskusschadens allein aufgrund morphologischer Befunde sei somit nicht schlüssig. Hierzu führten Dr. L. und Orthopäde B. in ihrer von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme vom 27.12.1996 aus, Meniskopathie und belastungskonforme Schadensbilder ließen sich nicht begründen. Von besonderer Bedeutung sei dabei der Behandlungsbeginn, weil durch wiederholte Eingriffe sekundäre Veränderungen zu erwarten seien, die Rückschlüsse auf den belastungsbedingten Befund nicht mehr zuließen. Über den eigentlichen Behandlungsbeginn lägen keine Informationen vor. Deshalb könnte nicht beurteilt werden, ob die geringen Veränderungen, die am 17.03.1989 gesichert worden seien, nicht auch bereits behandlungsbedingt und nicht schicksalsbedingt gewesen seien. Für die haftungsbegründende Kausalität komme es darauf an, ob eine Zwangshaltung der Kniegelenke arbeitsbedingt eingenommen werden müsse oder ob diese jeweils gewechselt werden könne. Es gehe nicht darum, dass die Haltung geändert werden könne, wenn der Meniskusschmerz bzw. meniskusbedingte Beschwerden manifest würden. Es gehe um die Vorstufe, um die Voraussetzungen, unter denen

es zu Veränderungen der Menisken kommen könne. Ernährungsstörungen der Menisken als Ursache von Veränderungen seien insbesondere dann zu erwarten, wenn belastende Haltungen der Kniegelenke in unphysiologischem Ausmaß eingenommen werden müssten. Die derartigen unphysiologischen Haltungen seien vor allen Dingen Zwangshaltungen, die arbeitsbedingt beibehalten werden müssten, obwohl die Durchblutung reduziert werde und obwohl es zu Druckerhöhungen im Gelenk komme, Veränderungen, die als belastend empfunden würden. Es handle sich um Körperhaltungen, die - wenn möglich - gemieden würden. Der Mensch weiche instinktiv Gefährdungen aus. Dieser Gesichtspunkt sei es, der Berufe mit aufgezwungener Haltungskonstanz von denjenigen unterscheide, die ihre Haltung weitestgehend frei wählen und ändern könnten. Deshalb bestünden berechtigte Zweifel daran, dass das Arbeitsprofil des Klägers mit einer signifikanten Gefährdung der Menisken verbunden gewesen sei. Hierzu holte das SG die schriftliche Auskunft von Dr. Beck, Orthopäde in Stuttgart, vom 09.06.1997 ein, der den Kläger vom 09.12.1986 bis 04.07.1989 behandelt hatte. Durch Urteil vom 26.01.1998 wies das SG die Klage ab. Es verneinte die haftungsausfüllende Kausalität, weil keine der beiden gutachterlichen Beurteilungen - Dr. K./Prof. Dr. W. einerseits und Dr. Kraus/Prof. Dr. I/Dr. L. andererseits - ein solches Übergewicht beizumessen sei, dass sich hierauf eine positive Sachentscheidung stützen lasse (Grundsatz der objektiven Beweislast). Auf die Entscheidungsgründe im Übrigen wird Bezug genommen. Gegen das ihm am 19.02.1998 zugestellte Urteil hat der Kläger am 16.03.1998 Berufung eingelegt und sich zur Begründung auf das Gutachten von Dr. K. berufen. Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.01.1998 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26.03.1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.08.1993 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, seine Kniegelenkerkrankung als BK der Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKVO festzustellen und ihm hierfür Rentenleistungen in gesetzlicher Höhe zu gewähren. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie verweist hierzu auf die angefochtene Entscheidung. Neben der fehlenden haftungsausfüllenden Kausalität liege jedoch auch die haftungsbegründende Kausalität nicht vor. Vom Kläger seien keine schädigenden Tätigkeiten ausgeübt worden. Eine solche sei keinesfalls bei einer knienden bzw. in Hockstellung verrichteten Tätigkeit anzunehmen. Gefordert werde vielmehr eine Dauerzwangshaltung durch Hocken oder Knien bei gleichzeitiger Kraftaufwendung (Merkblatt des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung - BMA - zur Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKVO). Einer derartigen Dauerzwangshaltung sei der Kläger nicht ausgesetzt gewesen, wie sich aus seinen eigenen Angaben ergebe. Der Senat hat von Prof. Dr. S., Chirurg und Orthopäde, das zusammen mit Assistenzarzt Dr. M. das Gutachten vom 18.08.1998 nebst Ergänzung vom 09.07.1999 sowie von Prof. Dr. R. von der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg das Gutachten vom 01.03.2000 nebst Ergänzungen vom 07.06. und 05.09.2000, 22.02. sowie 06.04.2001 eingeholt. Die Beklagte hat die Stellungnahmen von Dr. L. vom 02.11.1998, 12.09.1999 und 26.04.2000 vorgelegt. Im Gutachten vom 18.08.1998 heißt es, von einem Vorschaden bzw. einer Schadensanlage könne nicht ausgegangen werden. Im Bereich des rechten Kniegelenkes handle es sich um ausgefranste Meniskusanteile im Bereich des Innenmeniskushinterhorns. Der Innenmeniskusschaden im Bereich des linken Kniegelenkes werde in der diagnostischen Arthroskopie als Korbhenkelriß beschrieben. Diese beschriebenen Rissformen würden in der Literatur als eher degenerativ bedingter Meniskusschaden bezeichnet, also als Folgen von chronischen Dauerzwangshaltungen, insbesondere bei Belastungen durch Hocken oder Knien, wie sie in dem Merkblatt für die BK nach Nr. 2102 gefordert würden. Zudem seien Gewebeschäden an beiden Menisken beider Kniegelenke nachgewiesen. Die MdE werde auf 20 v.H. eingestuft. Hiergegen hat Dr. L. unter dem 02.11.1998 eingewandt, die Verdachtsdiagnose "Korbhenkelriss" im Innenmeniskus-"Hinterhorn" habe sich nicht bestätigt. Bekundet sei ein Längsriss im Bereich des Innenmeniskus-"Vorderhorns". Es sei also weder das Hinterhorn betroffen gewesen, noch habe sich ein "Korbhenkel" gefunden. Im Gegensatz zum Hinterhorn sei das Innenmeniskusvorderhorn nicht bevorzugt von degenerativen Veränderungen betroffen. Hierzu passe auch der feingewebliche Befundbericht, in dem es heiße, die Veränderung imponiere als "relativ frisch traumatisch". Soweit der Sachverständige seine Meinung, die Anfangsbefunde würden eine Meniskopathie belegen, maßgeblich auf Fremdbefunde stütze, reiche dies nicht aus. Letztere dürften nur dann Grundlage eines Gutachtens sein, wenn die ihnen zu Grunde liegenden Befunde mitgeteilt und aussagekräftig seien. Eine Verdachtsdiagnose sei kein Vollbeweis. Sichere klinische Meniskuszeichen gebe es nicht, es gebe also keine klinischen Befunde, durch die die Diagnose einer Meniskopathie wirklich gesichert sei. Vorliegend belege der Verlauf, die fehlende Therapierbarkeit der Beschwerden, dass deren Genese unklar sei. Hierzu hat Prof. Dr. S. am 09.07.1999 ausgeführt, er halte das Schadensbild einer Meniskopathie für wahrscheinlich. Darauf hat Dr. L. in seiner Stellungnahme vom 12.09.1999 erwidert, die Diagnose einer Meniskopathie sei weiterhin nicht gesichert. Prof. Dr. R. hat zusammen mit Privatdozent (PD) Dr. Sch. im Gutachten vom 01.03.2000 ausgeführt, die feingeweblichen Aufarbeitungen der eingesandten Meniskusteile (des rechten Innenmeniskus sowie des rechten Außenmeniskus) entsprächen dem Schadensbild einer Meniskopathie mit frischen Einrissen. Da Unfallvorgeschichten nicht dokumentiert seien, könnten diese Rissbildungen als sekundäre Erscheinungen des degenerativ veränderten Meniskusgewebes eingeschätzt werden. Insbesondere bei fehlender Unfallanamnese könne eine Meniskussymptomatik häufig auch eine beginnende Arthrosymptomatik des inneren Kniegelenkkompartementes vortäuschen. Es sei jedoch im August 1989 für das rechte Kniegelenk nur eine Chondropathie (Knorpelweichung I. bis II. Grades) des inneren Oberschenkelknorpelüberzuges gefunden worden, die das Altersmaß nur also nicht übersteige. Auch die jetzige Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenkes habe keine dem Altersmaß voraneilenden degenerativen Veränderungen ausgewiesen. Der arthroskopische Befund (also Aufsichts-befund des Gelenkknorpels) sowie der aktuelle röntgenologische Befund des rechten Kniegelenkes schlossen also aus, daß die beschriebene Meniskussymptomatik der Jahre 1989 sowie 1990 durch das Befundbild einer Kniegelenksarthrose vorgetäuscht worden sei. Die klinischen Vermutungsdiagnosen einer Meniskopathie durch verschiedene Fachärzte für Orthopädie bzw. Chirurgen belegten, dass vor den operativen Eingriffen stets das klinische Bild einer Meniskusschädigung anzunehmen war. Sowohl aus den präoperativen klinischen Befundbeschreibungen, wie auch aus den präoperativen Verdachtsdiagnosen, den intraoperativen Befundbeschreibungen und aus den histologischen Aufarbeitungen könne nur das Schadensbild von Meniskopathien von zumindest zwei der vier Menisken des Klägers angenommen werden. Für den auch operierten rechten Außenmeniskus fehlten solche Befundbeschreibungen. Eine wesentliche Kniegelenksarthrose als Ursache dieser Meniskussläsionen (im Sinne einer sekundären Meniskopathie) sei durch den arthroskopischen Befund des Gelenkknorpels des rechten Kniegelenkes vom 01.08.1989 wie auch durch den Röntgenbildbefund beider Kniegelenke bei der jetzigen gutachterlichen Untersuchung nicht wahrscheinlich. Somit sei aus medizinischer Sicht eine primäre Meniskopathie von drei der vier Menisken des Klägers wahrscheinlich. Im Bereich des rechten Kniegelenkes bestehe beim Kläger eine Streckhemmung sowie Muskel- und Knochenschwund im Bereich des rechten Kniegelenkes bei Zustand nach Innen- und Außenmeniskusentfernung. Am linken Kniegelenk fänden sich reizfreie Narbenverhältnisse nach Innenmeniskusentfernung. Diese Gesundheitsstörungen erfüllten die medizinischen Voraussetzungen als Folge belastender beruflicher Tätigkeit. Soweit die arbeitsplatztechnischen Voraussetzungen erfüllt seien, handle es sich um eine BK der Nr. 2102. Das rechte Kniegelenk weise eine endgradige Streckminderung auf. Muskel- und Knochenminderungen seien funktionelle Erscheinungen der langjährigen Schonung. Die MdE sei auf 10 v.H. einzuschätzen. Dagegen hat Dr. L. unter dem 26.04.2000 eingewandt, wesentliche Anknüpfungstatsachen in diesem Gutachten stimmten nicht, die feingeweblichen Befundberichte seien nicht nur falsch zugeordnet, sondern auch falsch interpretiert worden. Das von Prof. Dr. R. unterstellte behandlungsfreie Intervall in der Zeit von 1982 bis 1989 in Bezug auf das rechte Kniegelenk treffe nicht zu. Der Kläger sei in der Zeit vom 23. bis 31.08.1988 mit der Diagnose "Reizzustand rechtes Knie" arbeitsunfähig krank gewesen. Hierzu haben Prof. Dr. R. und PD Dr. Sch. am 07.06.2000 ausgeführt, nach den ihnen zur Verfügung gestellten Akten sei der Kläger viermal am rechten und zweimal am linken Kniegelenk operativ behandelt worden. Insgesamt sei der rechte Innenmeniskus in zwei Schritten letztendlich

weitgehend vollständig entfernt worden, der rechte Außenmeniskus und der linke Innenmeniskus vollständig. Bei sämtlichen Operationen beider Kniegelenke hätten keine wesentlichen Schädigungen der Gelenkknorpel nachgewiesen werden können. Sämtliche histologischen Aufarbeitungen zeigten degenerative Faserveränderungen des entnommenen Meniskusgewebes. Es sei also von einer voraneilenden Meniskusschädigung gegenüber weitgehend intaktem bzw. altersentsprechendem Befund der Gelenkknorpelüberzüge auszugehen. Konkurrierende Ursachen seien nicht bekannt. Bei weitgehend unauffälligen Gelenkknorpelüberzügen, dokumentierten Meniskussymptomen vor den operativen Eingriffen (nur im Juni 1989 sei die präoperative klinische Verdachtsdiagnose irreführend gewesen; es handle sich jedoch um die einzige nicht zutreffende klinische Verdachtsdiagnose gegenüber vier stimmigen klinischen Verdachtsdiagnosen) und nicht bekannten konkurrierenden Ursachen seien eine primäre Meniskopathie des rechten Innen- und Außen- sowie des linken Innenmeniskus hinreichend wahrscheinlich. Ergänzend haben Prof. Dr. R./PD Dr. Sch. in ihrer Stellungnahme vom 05.09.2000 ausgeführt, der Operationsbericht vom 18.06.1997 stehe im Widerspruch zu den Operationsberichten vom 26.02. und 05.03.1990. Letztere enthielten eine gleichsinnige Beurteilung des linken Kniegelenks des Klägers. Es erscheine deshalb wahrscheinlich, dass der 1997 beschriebene Befund des Innenmeniskusrestes irrtümlich als intakt interpretiert worden sei. Der Operationsbericht widerlege nicht die Beurteilung der bereits bekannten Anknüpfungstatsachen. Mit Schriftsatz vom 12.10.2000 hat die Beklagte ausgeführt, selbst Prof. Dr. R. und PD Dr. Sch. hielten eine primäre Meniskopathie nur für wahrscheinlich, was für den Nachweis nicht ausreichend sei. Weiterhin werde daran festgehalten, dass die arbeitsplatztechnischen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Einer Dauerzwangshaltung durch Bücken oder Knien bei gleichzeitiger Kraftaufwendung sei der Kläger nicht ausgesetzt gewesen. Auf Anfrage des Senats haben Prof. Dr. R./PD Dr. Sch. unter dem 22.02.2001 ausgeführt, der beim Kläger im Bereich des rechten Kniegelenks bestehende Muskel- und Knochenschwund könne nicht zwangsläufig auf die Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit zurückgeführt werden. Die Kniegelenksorthese schränke die Funktionsfähigkeit des Gelenkes nicht ein, sondern führe zu einer höheren Belastbarkeit. Der Beruf des FLa.s und Installateurs unterscheide sich von den im Merkblatt zu Nr. 2102 vom 11.10.1989 aufgeführten Berufsgruppen dadurch, dass auch stehende und sitzende Tätigkeiten möglich seien. Wie schon der TAD der Beklagten ermittelt habe, verrichte ein FLa./Installateur wie der Kläger nur 30 % seiner Tätigkeit in kniender bzw. hockender Haltung. Neue medizinische Erkenntnisse lägen seit der Veröffentlichung des Merkblattes nicht vor. Auf weitere Rückfrage haben Prof. Dr. R./PD Dr. Sch. mit Schreiben vom 06.04.2001 dargelegt, bei der Beurteilung eines Zusammenhanges zwischen degenerativen Veränderungen und Bewegungseinschränkungen z.B. eines Hüftgelenkes und einem anzunehmenden Muskel- und Knochenschwund müsse zwischen den medizinisch-naturwissenschaftlichen, somit organisch begründbaren Veränderungen (der Muskelummantelung und der Knochenstärke) und den verhaltensbedingten, somit nicht organisch begründbaren Folgen unterschieden werden. Im vorliegenden Fall sei das Ausmaß des Muskelschwundes sowie das Tragen einer Kniegelenksorthese nicht ausreichend organisch begründbar. Das Ausmaß der Kniegelenksarthrose rechts sei nämlich als geringfügig einzuschätzen. Mit dem Bewegungsausmaß des rechten Kniegelenks könnten die funktionell wesentlichen Tätigkeiten des rechten Beines gewährleistet werden (z.B. Treppensteigen). Das rechte Kniegelenk sei zudem bandstabil geführt. Das erhebliche Gegenspannen der kniegelenksstabilisierenden Muskulatur während der Untersuchungsgänge sei durch den organisch begründbaren Untersuchungsbefund nicht ausreichend erklärbar. Im vorliegenden Fall spreche somit mehr dagegen, dass der Muskel- und Knochenschwund des rechten Beines rechtlich wesentlich durch die Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit verursacht werde. Neben den organischen Ursachen kämen verhaltensbezogene Ursachen (z.B. der Schmerzbewertung, des Schmerzverhaltens und des Umgangs mit Schmerzen) in Betracht, um die Benutzung der Kniegelenksorthese und den übermäßigen Muskelschwund zu erklären. Somit sei nach medizinisch-wissenschaftlicher Lehrmeinung eine Erhöhung der MdE auf 20 v.H. nicht zu rechtfertigen. Zu bestätigen sei, dass sämtliche im Merkblatt aufgeführten Berufsgruppen (Parkett-, Teppich-, Fliesenleger) in ihrer beruflichen Exposition nicht mit den Zwangshaltungen des Untertagebergbauarbeiters gleichzusetzen seien, auch wenn dies der Verordnungsgeber so gesehen habe. Auch im Beruf des Gärtners seien stehende und sitzende Tätigkeiten anzunehmen, die im Beruf des Untertagebergbauarbeiters jedoch nicht möglich seien. Somit bestünde bezüglich des Berufes des FLa.s/Installateurs/Heizungsmonteurs eine Vergleichbarkeit zu den aufgeführten Berufsgruppen des Parkett-, Teppich- und Fliesenlegers sowie des Gärtners, nicht jedoch zu den Tätigkeiten des Untertagebergbauarbeiters. Die genannten Berufsgruppen beinhalteten zwar die Möglichkeit meniskusbelastender Tätigkeiten in Zwangshaltung und durch rauhe Bewegungsbeanspruchung, diese Tätigkeiten seien jedoch nicht ganztägig anzunehmen. Auch beim jetzigen Stand der medizinischen Wissenschaften sei nicht geklärt, wann eine beruflich bedingte Meniskusschädigung angenommen werden könne. So sei der Meniskusschaden des Berufsfußballspielers nicht dem eines Fliesenlegers gleichzusetzen. Ungeklärt sei, ob die von Dr. L. geforderte Trennung zwischen Kniegelenksbelastung und Meniskusbelastung eindeutig naturwissenschaftlich zu erbringen sei. Üblicherweise sollte daher von einem Meniskusschaden im Sinne der BK Nr. 2102 ausgegangen werden, wenn die Veränderungen der Meniskusfeinstrukturen den Veränderungen der Gelenkknorpelüberzüge des zugehörigen Kniegelenkes deutlich voraneilten. Diese medizinischen Voraussetzungen seien im vorliegenden Fall gegeben. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes wird auf die Akten der Beklagten, des SG sowie des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig. Berufungsausschlussgründe gemäß [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor. Die Berufung des Klägers ist auch begründet. Das angefochtene Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtswidrig, weil beim Kläger eine BK der Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKVO in rentenberechtigendem Ausmaß vorliegt. Im vorliegenden Fall sind nicht die zum 01.01.1997 in Kraft getretenen Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) VII anzuwenden, denn Gegenstand des Rechtsstreits ist ein Anspruch aus einem vor diesem Zeitpunkt eingetretenen Versicherungsfall ([§§ 212, 214 Abs. 3 SGB VII](#)), weshalb allein die bis zum 31.12.1996 geltenden Rechtsvorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) Anwendung finden. Aus demselben Grund sind auch nicht die zum 01.12.1997 in Kraft getretenen Vorschriften der Berufskrankheiten-Verordnung vom 31.10.1997 (BKV - BGBl. I S. 2623 -) anzuwenden, die aufgrund des SGB VII erlassen worden ist. Gemäß [§ 581 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 548 Reichsversicherungsordnung \(RVO\)](#) wird eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung in der dem Grad der Erwerbsminderung entsprechenden Höhe gewährt, wenn und solange ein Verletzter infolge eines Arbeitsunfalls in seiner Erwerbsfähigkeit um wenigstens ein Fünftel (20 v.H.) gemindert ist. Als Arbeitsunfall gilt gemäß [§ 551 Abs. 1 RVO](#) auch eine BK. Berufskrankheiten sind die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats als solche bezeichnet und die ein Versicherter bei einer versicherten Tätigkeit erleidet ([§ 551 Abs. 1 Satz 2 RVO](#)). Dabei wird die Bundesregierung ermächtigt, solche Krankheiten als BK zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 551 Abs. 1 Satz 3 RVO](#)). Eine Leistungspflicht wegen einer BK besteht - von einer MdE um wenigstens 20 v.H. abgesehen - nur dann, wenn die Gefährdung durch die schädigende Einwirkung ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen ist (haftungsbegründende Kausalität) und durch die schädigende Einwirkung die Krankheit verursacht oder wesentlich verschlimmert worden ist (haftungsausfüllende Kausalität). Wie bei einem Arbeitsunfall müssen auch hier die

anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen u.a. neben der versicherten Tätigkeit die Dauer und die Intensität der schädigenden Einwirkungen und die Krankheit gehören, erwiesen sein, während für den ursächlichen Zusammenhang die Wahrscheinlichkeit ausreichend, aber auch erforderlich ist (vgl. [BSGE 19, 52](#); [32, 203](#), 207-209; [45, 285](#), 287). Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller - wesentlichen - Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt (vgl. BSGE 45, 286); eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht (vgl. Mehrtens/Perlebach, BKVO-Kommentar, E § 551 RVO Anm. 12). Im vorliegenden Fall kommt eine BK nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKVO in Betracht. Sie betrifft Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten. Nach dem vom BMA herausgegebenen Merkblatt zu der BK-Nr. 2102 (BABI. 2/1990, S. 134 f.; vgl. auch Mehrtens/Perlebach a.a.O., M 2102 S. 1 f.), in dem die Ergebnisse der neuesten medizinischen Erkenntnisse und Erfahrungen (vgl. Mehrtens/Perlebach a.a.O., Nr. 12 zu [E § 9 SGB VII](#)) dargestellt sind, das der Senat im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten seiner Beurteilung zu Grunde legt, sind andauernde oder häufig wiederkehrende, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastende Tätigkeiten solche mit einer Dauerzwangshaltung (statische Belastung), die überwiegend im Fersensitz, Hocken und Knien bei gleichzeitiger Kraftaufwendung verrichtet werden. Beispielfhaft sind hier Parkett- und Fliesenleger, Rangierarbeiter, Bergmänner und Ofenmaurer angegeben. Ähnliche Verhältnisse liegen auch bei Teppichlegern, Gärtnern und Dachdeckern vor (Mehrtens/Perlebach a.a.O., S. 6). Hinsichtlich des Begriffs der Mehrjährigkeit lässt sich dem Wortlaut der Nr. 2102 lediglich entnehmen, dass die belastende Tätigkeit mindestens 2 Jahre durchgeführt worden sein muss. Dies gilt jedoch nur für Untertagearbeiten (vgl. Mehrtens/Perlebach a.a.O., S. 7). Bei Übertagearbeiten liegen diese Zeiten wesentlich höher und sind inzwischen auf über 20 Jahre angestiegen (Mehrtens/Perlebach a.a.O.). Der Kläger hat seinen Angaben zufolge (Fragebogen vom 29.03.1990 sowie Vermerk vom 23.07.1991) wenigstens 22 Jahre als FLa., Heizungsmonteur und Installateur Tätigkeiten verrichtet, bei denen die Kniegelenke durch Hock- und Kniestellungen beansprucht wurden. Was unter (die Kniegelenke) "überdurchschnittlich belastende Tätigkeiten" ansonsten zu verstehen ist, etwa im Hinblick auf die sonstigen Belastungen (Kraftaufwendung) und den Anteil dieser Tätigkeiten bezogen auf Zeit und Umfang der Gesamttätigkeit, lässt sich nirgends entnehmen. Aus den Angaben des Klägers laut dem Vermerk vom 23.07.1991, auf den auch die Beklagte abstellt, ist zu schließen, dass der Kläger zunächst im Zeitraum von 1958 bis 1965 3 Jahre und 5 Monate als FLa. kniend und in der Hocke Tätigkeiten verrichtet hat, die einen Anteil von rund 11 % ausmachen. Entsprechende Tätigkeiten als Heizungsmonteur wurden dann von 1980 bis 1981 14 Monate lang verrichtet, wobei rund 18,5 % der Arbeiten ausschließlich im Knien oder in der Hocke verrichtet wurden. Im Zeitraum von 1973 bis 1990 arbeitete der Kläger 17 1/2 Jahre als FLa., Installateur und im Heizungsbau. 68 % der dabei verrichteten Arbeiten waren dabei überwiegend kniebelastend mit gleichzeitiger Kraftaufwendung. Vergleicht man hier mit den im Merkblatt bzw. in der Kommentierung hierzu bei Mehrtens/Perlebach, aaO angeführten Personengruppen des Parkett-, Teppich- und Fliesenlegers, des Gärtners, des Dachdeckers sowie des Ofenmaurers, so handelt es sich auch hierbei nicht um Berufe, die dauernd im Knien und in der Hocke verrichtet werden und bei denen überhaupt eine besondere Kraftaufwendung üblich ist. Im Vordergrund steht vielmehr - fast ausschließlich -, dass die Arbeit als solche im Knien und in der Hocke verrichtet wird. Wenn deshalb in dem Vermerk vom 23.07.1991, der auf einem Gespräch beruhte, an dem neben dem Kläger sowohl ein TAB als auch der Sachgebietsleiter des Sachgebietes "Berufskrankheiten" teilnahmen, abschließend die Feststellung getroffen wurde, dass der Kläger insgesamt über mehr als 20 Jahre eine die Kniegelenke überdurchschnittlich belastende berufliche Tätigkeit mit teilweise erheblicher Kraftaufwendung durchführte, ist dies für den Senat nachvollziehbar und überzeugend und reicht seiner Auffassung nach aus, die haftungsbegründende Kausalität zu bejahen. Bestätigt wird dies durch die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. R. ... Zwar bestätigt er zunächst die von Dr. L. geäußerte Auffassung, dass die BK der Nr. 2102 sich am Berufsbild des Hauers mit dem Abraumhammer vor Ort orientiert, der in belastender Zwangshaltung der Kniegelenke gleichzeitig mit erheblicher Kraftanstrengung Arbeiten mit den Händen verrichtet. Zu diesem Personenkreis zählen, dies hat der Sachverständige weiter dargelegt, weder der Heizungsinstallateur/ FLa. noch die weiteren Berufsgruppen wie Parkett-, Teppich- und Fliesenleger sowie Gärtner und Rangierarbeiter. Jedoch zählen diese ausdrücklich im Merkblatt bzw. in der Kommentierung von Mehrtens/Perlebach aaO aufgeführten Handwerker-/Arbeitergruppen - offensichtlich nach dem Willen des Verordnungsgebers - zu dem besonders gefährdeten Personenkreis im Sinne der Nr. 2102. Prof. Dr. R. hat für den Senat nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass der Beruf des Heizungsmonteurs/Installateurs diesen sonstigen im Merkblatt aufgeführten Gruppen, die wie der Heizungsmonteur/Installateur die Möglichkeit meniskusbelastender Tätigkeit in Zwangshaltung und durch raue Bewegungsbeanspruchung beinhalten, gleicht, jedoch nicht ganztäglich. Der Senat hat deshalb keine Zweifel daran, dass die berufliche Tätigkeit des Klägers als Heizungsmonteur/Installateur für die haftungsbegründende Kausalität nach Nr. 2102 ausreichend ist. Im Übrigen hat Prof. Dr. R. noch bestätigt, dass sich seit Veröffentlichung des Merkblatts (das insoweit nur eine beispielhafte Aufzählung enthält) keine neuen Erkenntnisse (etwa im Sinne einer Begrenzung der angegebenen Berufsgruppen) ergeben haben. Zur Überzeugung des Senats ist es auch wahrscheinlich, dass die - relevante - berufliche Tätigkeit des Klägers ursächlich für die heute bei ihm im Bereich des rechten und linken Kniegelenks bestehenden Gesundheitsstörungen - laut Gutachten von Prof. Dr. R. vom 01.03.2000: Streckhemmung sowie Muskel- und Knochenschwund im Bereich des rechten Kniegelenks bei Zustand nach Innen- und Außenmeniskusentfernung rechts sowie reizfreie Narbenverhältnisse nach Innenmeniskusentfernung links - ist. Prof. Dr. R. hat unter ausführlicher Diskussion der gegenteiligen Auffassung, wie sie insbesondere von Dr. L. vertreten worden ist, zur Überzeugung des Senats mehrfach nachvollziehbar dargelegt, dass beim Kläger aufgetretene primäre Meniskopathien links und rechts mit frischen Einrissen degenerativ veränderten Meniskusgewebes (letztere als sekundäre Erscheinungen) ursächlich für die dann durchgeführten Operationen gewesen sind. Wenn die Beklagte hiergegen einwendet, Prof. Dr. R. habe in seiner Stellungnahme vom 07.06.2000 auf S. 8 unten/S. 9 oben eine solche Meniskopathie nur als hinreichend wahrscheinlich behauptet (wie im Übrigen auch auf S. 15 Mitte, seines Gutachtens vom 01.03.2000), so ist dies nicht geeignet, den erforderlichen Nachweis zu widerlegen. Zum einen weist schon die Formulierung "hinreichende Wahrscheinlichkeit" darauf hin, dass Prof. Dr. R., ein erfahrener Sachverständiger, der die Beweisgrundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung bestens kennt, damit gemeint hat, dass die erforderliche Wahrscheinlichkeit, für den Nachweis der Krankheit also die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, besteht. Im Übrigen lässt sich dem Gutachten von Prof. Dr. R. sowie dessen ergänzenden Stellungnahmen vom 07.06. und 05.09.2000 zweifelsfrei entnehmen, dass der Sachverständige aufgrund der Histologiebefunde die zunächst gestellten Verdachtsdiagnosen einer Meniskopathie zumindest im medizinischen Sinne als bestätigt sieht, d.h. als zutreffend und damit auch im juristischen Sinne als erwiesen. Besonders deutlich machen dies die Ausführungen auf S. 10 seiner Stellungnahme vom 07.06.2000, wonach die Gesamtschau aus klinischem Befund, intraoperativem Befund und histologischem Befund sehr wohl die Diagnose "Meniskopathie" sichert. Mit den Einwendungen von Dr. L. in dessen Stellungnahme vom 26.04.2000 hat sich der Sachverständige in seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 07.06. und 05.09.2000 ausführlich auseinander gesetzt und sie zutreffend widerlegt. Hierauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen. Mit dem Sachverständigen geht der Senat dabei davon aus, dass es sich bei dem im Operationsbericht vom 18.06.1997 angegebenen Befund eines intakten Innenmeniskus links um eine unzutreffende Angabe handelt, nachdem in den entsprechenden Operationsberichten vom 26.02. und 05.03.1990 ein Korbhenkelriss des linken Innenmeniskus bzw. ein - durch den Histologiebefund bestätigter - Innenmeniskuslängsriss angegeben worden war. Die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs hat Prof. Dr. R., wie auch der Gutachter Dr. K. sowie die Sachverständigen Prof. Dr. W. und Prof. Dr. S., für den Senat

überzeugend und nachvollziehbar damit begründet, dass konkurrierende Ursachen nicht ersichtlich sind. Diese Beurteilung steht auch in Übereinstimmung mit der hier anwendbaren, das Verfahren regelnden Vorschrift des [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#) (vgl. LSG Rheinland-Pfalz vom 02.02.1998 - [L 3 U 225/97](#), i.V.m. [§ 214 Abs. 4 SGB VII](#) in der Fassung des Art. 3 Nr. 19 b des 3. Wahlrechtsverbesserungsgesetzes vom 29.04.1997 [[BGBl. I S. 968](#), 970]). Es besteht auch Anspruch auf Verletztenrente für die o.a. Folgen der BK der Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKVO, denn diese bedingen eine MdE in rentenberechtigendem Grade (mindestens 20 v.H.). Die Beurteilung der unfallbedingten MdE ist eine Rechtsfrage, die im sozialgerichtlichen Verfahren ebenso wie im Feststellungsverfahren unter Berücksichtigung aller Umstände vorzunehmen ist, wobei schlüssige ärztliche Gutachten bedeutsame und vielfach unentbehrliche Anhaltspunkte bilden (vgl. [BSGE 4, 147, 149; 41, 99, 102](#)). Bei der Bewertung der MdE sind ferner die von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum gebildeten Erfahrungssätze zu beachten, die die Grundlage bilden für eine Gleichbehandlung aller Verletzten in den zahlreichen Fällen der täglichen Praxis (vgl. BSG SozR 2200 § 581 RVO Nr. 27). Maßgebend für die MdE-Bewertung ist nicht der erhobene Befund, sondern die hieraus resultierende Funktionseinschränkung. Hiervon ausgehend ist festzustellen, dass als funktionseinschränkende Folge der BK eine Beugebehinderung besteht, die nach Prof. Dr. R. 40° gegenüber links beträgt. Hingegen hat Dr. K. eine Beugebehinderung von 30° gegenüber rechts festgestellt bei einer Streckhemmung um 15°. Prof. Dr. W. hat sogar eine Beugebehinderung um 50° gegenüber rechts gemessen sowie eine Streckhemmung von 20° gegenüber rechts. Demgegenüber hat der Sachverständige Prof. Dr. S. nur eine Beugebehinderung um 10° gegenüber rechts festgestellt. Diese verschiedenen Werte zeigen, dass die Messungen von der ausreichenden Mitarbeit des Klägers abhängig sind. Entsprechend schreibt Prof. Dr. R. auch in seinem Gutachten, dass die volle Streckung nur nach längerem Entspannen erreicht werde. Bei allen Untersuchungsgängen in Richtung der Kniegelenksstreckung (gemeint ist aber die Kniegelenksbeugung) werde zunächst ein deutliches Gegenspannen verspürt. Auch Prof. Dr. W. hat von einem weichen Endwiderstand bei der Beweglichkeitsprüfung im rechten Kniegelenk gesprochen, die Gelenkstellungen seien bei wiederholter Prüfung widersprüchlich. Im Hinblick auf den Grundsatz der objektiven Beweislast kam deshalb allenfalls von der Messung ausgegangen werden, wie sie Prof. Dr. R. ermittelt hat. Nach den im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Bewertungsmaßstäben (vgl. etwa Mehrhoff/Muhr, Unfallbegutachtung, 10. Auflage, S. 153; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage, S. 675) bedingt eine Bewegungseinschränkung des Kniegelenkes mit einer Streckung/Beugung: 0/0/120° eine MdE um 10 v.H. und mit einer Streckung/Beugung: 0/0/90° eine solche um 20 v.H. ... Letzteren Wert erreicht der Kläger noch nicht (100°), sodass die MdE insoweit mit unter 20 v.H. (15 v.H.) zu bewerten wäre. Es ist jedoch weiter zu berücksichtigen, dass der Muskel- und Knochenschwund im Bereich des rechten Kniegelenkes, der sich nach der Beurteilung von Prof. Dr. R. nicht durch die unfallbedingte Bewegungseinschränkung des Kniegelenkes erklären lässt (und deshalb bei der MdE-Bewertung nicht mitberücksichtigt ist), auf einen - zusätzlichen - Mindergebrauch des rechten Beines durch den Kläger schließen lässt. Zwar erklärt Prof. Dr. R. diesen Mindergebrauch mit verhaltensbezogenen (grundsätzlich unfallunabhängigen) Ursachen wie z.B. der Schmerzbewertung, dem Schmerzverhalten und dem Umgang mit Schmerzen. Aus diesem Grunde hat Prof. Dr. R. in seinen beiden Gutachtensergänzungen vom 22.02. und 06.04.2001 ebenso wie im Hauptgutachten vom 01.03.2000 diesen durch die Muskel- und Knochenminderung dokumentierten - zusätzlichen - Mindergebrauch des rechten Beines bei der MdE-Bewertung nicht berücksichtigt. Insoweit vermag ihm der Senat jedoch nicht zu folgen. Auch wenn hier nicht berufskrankheitsbedingte persönliche Eigenschaften eine Rolle spielen, kann nach Auffassung des Senats nicht unberücksichtigt bleiben, dass es ohne die durch die berufliche Tätigkeit des Klägers bedingte Meniskusschädigung nicht zu der weiteren Minderbelastung des rechten Kniegelenkes gekommen wäre. Das Erleben des Schmerzes und das Reagieren auf diesen sind, bedingt durch die Persönlichkeit des Verletzten, sehr unterschiedlich (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO S. 235). Da jeder in dem Zustand versichert ist, in dem er sich bei Eintritt des Versicherungsfalls befunden hat, ist hinzunehmen, daß sich das Schmerzverhalten der Versicherten innerhalb einer relativ großen Bandbreite bewegt. Hier ist die Berufskrankheit nach Ansicht des Senats zumindest als rechtlich gleichwertige Mitursache neben der Persönlichkeit des Klägers zu werten, die in keinem der vorliegenden Gutachten als auffällig beschrieben wird (nur Prof. Dr. W. spricht von einem Verdacht auf einen sekundären Krankheitsgewinn). Zudem handelt es sich bei dem berufskrankheitsbedingten Kniegelenksbefund nicht um eine bloße Gelegenheitsursache. Dieser über die durch die berufskrankheitsbedingte Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit rechts hinausgehende Mindergebrauch des rechten Beines führt deshalb nach Auffassung des Senats in Übereinstimmung mit den Beurteilungen durch den Gutachter Dr. K. sowie die Sachverständigen Prof. Dr. W. und Prof. Dr. S. zu einer Höherbewertung der unfallbedingten MdE mit insgesamt 20 v.H. Für dieses Ergebnis sprechen im übrigen die folgenden Überlegungen. Aufgabe des Unfallversicherungsträgers ist es, die erforderliche Heilbehandlung nach Arbeitsunfällen und BKn in bestmöglicher Weise durchzuführen (vgl. [§ 34 SGB VII](#)). Dabei kann von dem Versicherten nach [§ 63 SGB I](#) auch verlangt werden, sich bestimmten Heilbehandlungen, z.B. zur Kräftigung der Muskulatur und zur Förderung der Beweglichkeit einer Extremität, zu unterziehen. Lehnt der Versicherte dies ab, kommt nach entsprechender Belehrung die Versagung von Leistungen, z.B. von Rente, gemäß [§ 66 Abs. 2 SGB I](#) in Betracht. Nichts dergleichen ist im vorliegenden Fall geschehen. Bei zutreffender Beurteilung der Sach- und Rechtslage hätte die Beklagte ab 1990 auf die Heilbehandlung der Meniskusschäden des Klägers Einfluß nehmen können. Sie kann ihm deshalb jetzt nicht fehlende Compliance bei der Durchführung der Heilbehandlung entgegenhalten. Eine darüber noch hinausgehende Höherbewertung der MdE wegen des Tragens der Kniegelenksorthese rechts ist nicht möglich. Wie nämlich Prof. Dr. R. hierzu in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22.02.2001 ausgeführt hat, führt die Kniegelenksorthese zu einer Stabilitätssteigerung des rechten Kniegelenkes, nicht jedoch zu einer weiteren Beeinträchtigung seiner Beweglichkeit, die im Übrigen ja voll bei der MdE-Bewertung berücksichtigt worden ist. Die Rente beginnt gemäß [§ 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO](#) i.V.m. [551 Abs. 3 RVO](#) am 12. September 1990, dem Tag der Untersuchung durch Dr. K. ... Zu diesem Zeitpunkt wurden nämlich erstmals Befunde im Kausalzusammenhang mit der BK erhoben, die eine MdE im rentenberechtigenden Mindestgrad von 20 v.H. bedingen. Für die Zeit davor läßt sich eine entsprechende Feststellung nicht mit hinreichender Sicherheit treffen. Nach alledem war die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide und des angefochtenen Urteils zur Gewährung einer Unfallrente zu verurteilen. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-11-16