

## L 1 U 682/22

Land  
Freistaat Thüringen  
Sozialgericht  
SG Nordhausen (FST)  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
1.  
1. Instanz  
SG Nordhausen (FST)  
Aktenzeichen  
S 10 U 487/15  
Datum  
10.10.2018  
2. Instanz  
Thüringer LSG  
Aktenzeichen  
L 1 U 682/22  
Datum  
01.12.2022  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

§ 9SGB VII, Anl. 1 Nr. 2112 BKV

Gesetzliche Unfallversicherung - Berufskrankheit gem. BKV Anl 1 Nr 2112 - haftungsbegründende Kausalität - arbeitsmedizinische Voraussetzung - Grad II nach Kellgren - Feststellung definitiver Osteophyten - Latenzzeit von 5 Jahren - Beweislast - Gonarthrose - Fliesenleger- entsprechender Schaden an der korrespondierenden Gelenkfläche

Leitsatz

1. Die Berufskrankheit Nr. 2112 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten Verordnung setzt in medizinischer Hinsicht das Vorliegen einer Gonarthrose (mindestens) vom Grad II nach Kellgren voraus. Ob dies angenommen werden kann, ist unter Heranziehung des zur Nr. 2112 ergangenen ärztlichen Merkblatts sowie der Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nr. 2112 zu klären.
2. Einer Anerkennung als Berufskrankheit steht danach entgegen, wenn zwischen dem Ende der kniebelastenden Tätigkeit und der erstmaligen Diagnose der Erkrankung eine zeitliche Latenz von mehr als 5 Jahren liegt. Kann anhand/mangels medizinischer Befunde nicht geklärt werden, ob sich innerhalb der Latenzzeit von 5 Jahren eine Gonarthrose im Sinne der BK 2112 entwickelt hat, geht dies zu Lasten des Klägers.

**Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 10. Oktober 2018 wird zurückgewiesen.**

**Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

### **Tatbestand**

Der Kläger begehrt die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2112 (BK 2112 Gon-arthrose) der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Der 1951 geborene Kläger erlernte den Beruf des Maurers von September 1965 bis Juli 1968. Er war danach mit kurzzeitiger Unterbrechung durch den Wehrdienst in verschiedenen Tätigkeiten, u. a. als Baufacharbeiter, Estrichleger, Betonbauer, Montagebauer, Einschaler, Stahlflechter, Straßenbauer tätig. Von Juni 1997 bis Mai 2005 war er mitarbeitender Geschäftsführer und Vorarbeiter bei der S1 GmbH (Ausbau, Estrich, Fundamente).

Mit Schreiben vom 3. Dezember 2012 teilte die A der Beklagten den Verdacht auf das Vorliegen einer BK 2112 mit. Der Kläger gab im Folgenden an, seit März 2005 wegen einer Gonarthrose in ärztlicher Behandlung zu sein. Die Beklagte zog daraufhin Behandlungsberichte hinsichtlich beider Kniegelenke bei. Daraus erfolgte am 27. Mai 2005 erstmals eine Arthroskopie des linken Kniegelenks unter der Diagnose einer Chondromalazie II. Grades. Vorgenommen wurde eine partielle mediale Menishektomie. Eine weitere Arthroskopie des linken Kniegelenks erfolgte am 5. August 2005 und am 18. April 2006 eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks. Bei letzterer wurde eine Chondromalazie II. Grades sowie ein basisnah rupturierter medialer Meniskus diagnostiziert.

Am 23. Oktober 2012 ergab eine weitere Arthroskopie des linken Kniegelenks die Diagnose einer fortgeschrittenen Varusgonarthrose und einer degenerativen medial-lateralen Meniskusläsion. Am 12. Februar 2013 erfolgte die Implantation eines künstlichen Kniegelenks links. Der Beratungsarzt der Beklagten K verneinte in einer Stellungnahme vom 30. April 2013 das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen einer BK 2112. Eine Röntgenaufnahme vom 17. Juli 2007 zeige eine Gonarthrose im Kellgren-Stadium I. Der Kläger habe jedoch seit 2005 nicht mehr kniebelastend gearbeitet. Die Gewerbeärztin W empfahl in einer Stellungnahme vom 18. Juni 2013, eine BK 2112 nicht anzuerkennen. Anhand der Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks vom 17. Juli 2007 seien keine definitiven Osteophyten zu erkennen, sodass der Grad II nach Kellgren noch nicht erreicht sei. Daraufhin lehnte die Beklagte durch Bescheid vom 4. September 2013 die Anerkennung einer BK 2112 ab. Voraussetzung für die Anerkennung einer BK 2112 sei, dass es sich um eine primäre Gonarthrose handle, deren Ausprägung mit mindestens Grad II nach Kellgren zu bewerten sei. Da der Kläger seit 2005 nicht mehr kniebelastend tätig sei, hätten diese Voraussetzungen damals vorliegen müssen. Den Röntgenbildern vom 17. Juli 2007 sei nur ein Grad I nach Kellgren zu entnehmen. Daher liege kein Krankheitsbild vor, was den Voraussetzungen der BK 2112 entspreche. Der Widerspruch des Klägers wurde durch Widerspruchsbescheid vom 29. Januar 2015 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 2. März 2015 Klage erhoben. Das Sozialgericht hat den Facharzt für Orthopädie S2 mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 25. Juni 2015 die Voraussetzungen einer BK 2112 verneint. Zentraler Stellenwert komme einem Arthroskopieprotokoll vom 27. Mai 2005 zu. Ausweislich dessen sei von einer sogenannten Chondromalazie II. Grades auszugehen, also einer Knorpelweichung im medialen Kompartiment. Sämtliche anderen Knorpeloberflächen, insbesondere auch im Kniescheibengelenk, seien seinerzeit als intakt und unauffällig beschrieben worden. Röntgenanatomisch habe seinerzeit lediglich eine beginnende Kompartiment-Arthrose im Schweregrad Kellgren I bestanden, wie sie auch heute noch am rechten Kniegelenk anzutreffen sei. Erforderlich für die Anerkennung einer BK 2112 sei aber ein Schweregrad von mindestens Kellgren II, wobei das Verteilungsmuster noch am ehesten eine Knorpelschädigung im Kniescheibengelenk erwarten lassen würde, während die klassische mediale Kompartiment-Arthrose eigentlich schon per se nicht anerkennungsfähig sei. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 25. April 2016 hat S2 an seiner Einschätzung festgehalten. Wenn die Röntgenaufnahmen vom 17. Juli 2007 nur eine Arthrose Grad Kellgren I darstellten, sei es völlig ausgeschlossen, dass 2005 eine deutlich fortgeschrittenere Arthrose vorgelegen haben könnte. Aller Erfahrung nach müsse die Arthrose zwei Jahre zuvor noch etwas geringer gewesen sein. Auf Antrag des Klägers hat das Sozialgericht anschließend nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) den Orthopäden und Unfallchirurgen N mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 26. Juni 2016 dargelegt, dass sich aufgrund der vorliegenden Befundkonstellation das Vorliegen einer BK 2112 nicht sichern lasse. Nach den Angaben des Technischen Aufsichtsdienstes sei von der Erfüllung der arbeitstechnischen Voraussetzungen (kumulative Einwirkdauer von 13.000 Stunden oder mehr) bei einer Gesamtstundenzahl von 17.246 Stunden auszugehen. Ausgehend von der Begutachtungsempfehlung für die BK 2112 sei der klinische Befund für eine Gonarthrose im Sinne der BK 2112 erfüllt. Denn bereits im Rahmen eines Befundes vom 21. November 2000 werde auf beiden Seiten ein Knochenreiben beschrieben. Somit sei das Kriterium einer Funktionsstörung entsprechend der Begutachtungsempfehlung erfüllt. Jedoch fehle es an der weiteren Voraussetzung, nämlich der röntgenologischen Diagnose einer Gonarthrose entsprechend Grad II bis IV nach Kellgren. Für das linke Kniegelenk stelle sich röntgenologisch erstmals ein Kellgren Stadium II auf der Röntgenaufnahme vom 20. August 2012 dar, aber eben erst sieben Jahre nach Aufgabe der Tätigkeit. Rechts stelle sich auf der Aufnahme vom gleichen Tag ein Kellgren Stadium I dar. Auch aufgrund der arthroskopischen Befunde am linken Knie lasse sich der geforderte Arthrosegrad nicht nachweisen. Dasselbe gelte für das rechte Knie. Hinsichtlich des Umstandes der beim Kläger vorliegenden Adipositas, könne diese nicht als alleiniger Grund für die Nichtanerkennung der BK 2112 herangezogen werden. Es könne jedoch dahinstehen, weil bereits andere Faktoren gegen das Vorliegen einer BK 2112 sprächen. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 13. Januar 2017 führt N aus, dass er dem Vorliegen der Adipositas keine überwiegende Bedeutung zugemessen habe.

Anschließend hat das Sozialgericht den Radiologen B mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 23. November 2017 die Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks vom 25. Mai 2005 und des rechten Kniegelenks vom 13. April 2006 bezüglich der Kellgren-Klassifikation für nicht verwertbar gehalten. Auch die Röntgenaufnahme des linken Kniegelenks vom 17. Juli 2007 könne zur Bestimmung der Gelenkspaltweite nach Kellgren nicht herangezogen werden, weil nicht klar sei, ob sie unter Belastung oder im Liegen angefertigt worden sei. Die Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenks vom 26. Februar 2014 ergebe einen Befund von Kellgren Grad I. Eine sichere Aussage zur Kellgren - Klassifikation gelinge daher nur in der Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenks vom 26. Februar 2014. Dort sei ein Schweregrad I nach Kellgren nachgewiesen. Hinsichtlich des linken Kniegelenks sei man auf die Röntgenaufnahme vom 17. Juli 2007 angewiesen. Dort seien keine Osteophyten nachweisbar, sodass eine Arthrose nicht diagnostiziert werden könne. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 27. April 2018 hat N daraufhin ausgeführt, dass in dem OP-Bericht vom 23. Oktober 2012 eine fortgeschrittene Varusgonarthrose mit zentraler Knochenglatzenbildung femoral als auch tibial beschrieben worden sei. Dieser Befund sei jedoch erst sieben Jahre nach Ende der kniebelastenden Tätigkeit diagnostiziert worden. Nach den Begutachtungsempfehlungen bestünden nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Expositionsende keine grundsätzlichen Bedenken hinsichtlich eines Ursachenzusammenhangs zwischen der Exposition und dem Krankheitsbild. Das Erfordernis des Vorliegens eines entsprechenden Schadens an der korrespondierenden Gelenkfläche ergebe sich aus den Begutachtungsempfehlungen zur BK 2112.

Durch Urteil vom 10. Oktober 2018 hat das Sozialgericht Nordhausen die Klage abgewiesen. Zwar seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die BK 2112 erfüllt, jedoch seien die medizinischen Voraussetzungen für eine Gonarthrose im Sinne der BK 2112 nicht gesichert. Im Falle des Klägers fehle es bereits an einer röntgenologischen Diagnose entsprechend Grad II-IV der Kellgren-Klassifikation hinsichtlich beider Kniegelenke innerhalb von fünf Jahren nach Aufgabe der kniebelastenden Tätigkeit im Jahr 2005. Eine Gonarthrose Grad II der Klassifikation nach Kellgren setze nach dem Merkblatt zur BK 2112 voraus, dass im Röntgenbild oder im Ergebnis anderer bildgebender Verfahren definitive Osteophyten und eine mögliche Verschmälerung des Kniegelenkspaltes festgestellt werden könnten. Nach der Begutachtungsempfehlung würden als definitive Osteophyten nur solche Randausziehungen eingeordnet, die eine Größe von mindestens 2 mm ab ursprünglicher Knochenform aufwiesen. Veränderungen in diesem Ausmaß seien weder im linken noch im rechten Knie des Klägers innerhalb des maßgeblichen Fünfjahreszeitraums nachzuweisen. Dies folge sowohl aus dem radiologischen Gutachten von B als auch aus den Ausführungen der Sachverständigen N und S2. Der Vortrag des Klägers, dass mögliche Osteophyten in den Jahren 2005 und 2006 durch die damals vorgenommenen Knorpelglättungen entfernt worden seien, sei durch die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte widerlegt. Auch aus den Arthroskopiebefunden des linken Knies aus dem Jahre 2005 könne das Vorliegen der Voraussetzungen für die BK 2112 nicht hergeleitet werden. Festzuhalten sei daher, dass für das linke Kniegelenk röntgenologisch erstmals ein Stadium Kellgren II nach der Röntgenaufnahme vom 20. August 2012 nachgewiesen sei. Dies liege jedoch außerhalb der Latenzzeit von mehr als fünf Jahren nach dem Ende der beruflichen Belastung.

Mit der Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Da nach dem radiologischen Gutachten von B die Röntgenaufnahmen nicht verwertbar seien, komme es auf die Auswertung der Arthroskopiebefunde an. Im Arthroskopiebefund vom 5. August 2015 werde ein Knorpelschaden mit einem Schweregrad von IV nach Kellgren diagnostiziert. Zudem prüfe das Gericht nicht, ob durch Extrapolation der Nachweis der Wahrscheinlichkeit, dass die Gonarthrose im Fünfjahreszeitraum nach Expositionsende entstanden sei, geführt werden könne. Der behandelnde Orthopäde S3 habe mehrfach ausgeführt, dass das Maß der Arthrose, wie sie im OP-Zeitraum im Oktober 2012 festgestellt worden sei, mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits 2009 bestanden habe. Der Kläger ist der Auffassung, dass es sehr unwahrscheinlich sei, dass die Krankheit fünf Jahre stabil bleibe und erst kurz vor der Operation des linken Kniegelenks am 23. Oktober 2012 aufgetreten sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 10. Oktober 2018 und den Bescheid der Beklagten vom 4. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2015 aufzuheben und das Vorliegen einer BK 2112 festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung bezieht sie sich auf die Ausführungen in dem angegriffenen Urteil. Den Sachverständigengutachten lasse sich nicht der erforderliche Nachweis des Entstehens einer Gonarthrose Grad II nach Kellgren im erforderlichen Latenzzeitraum von fünf Jahren nach Expositionsende entnehmen.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 11. Dezember 2020 hat N ausgeführt, dass ein Knorpelschaden Schweregrad II nach den Begutachungskriterien nicht für den erforderlichen Schweregrad der Arthrose ausreiche. Soweit der Prozessbevollmächtigte des Klägers eine fehlende Extrapolation beanstande, beruhe dies auf der Annahme, dass der Krankheitsverlauf linear erfolge. Dies sei bei einer Gonarthrose jedoch nicht der Fall. Es gebe eine Vielzahl im Einzelnen nicht exakt voraussehender Verläufe, sodass ein linearer Verlauf eher die Ausnahme als die Regel sei. Er habe auch bereits mehrfach ausgeführt, dass die Adipositas für die Beurteilung der Kausalitätsfrage für ihn nicht entscheidend sei.

Der Kläger sieht nach wie vor die Anforderungen an eine Kissinglesion als überdehnt an. Dasselbe gelte bezüglich der Führung des Nachweises des Vorliegens des geforderten Schweregrades der Gonarthrose durch Extrapolation. S3 gehe davon aus, dass das Ausmaß der Arthrose sich zwischen 2009 und 2012 nicht verändert habe.

Durch Beschluss vom 9. Juni 2021 hat der Berichterstatter das Ruhen des Verfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens L 3 U 1482/18 bezüglich des Vorliegens einer BK 2102 angeordnet. Soweit der Kläger gegen die ablehnende Entscheidung der Beklagten zur BK 2102 (Bescheid vom 21. August 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2015) Klage erhoben hat, hat der 3. Senat des Thüringer Landessozialgerichts durch Urteil vom 18. August 2021 die Berufung des Klägers gegen das abweisende Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 10. Oktober 2018 zurückgewiesen. Diese Entscheidung ist rechtskräftig seit Verwerfung einer Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision durch Beschluss des Zweiten Senats des Bundessozialgerichts vom 9. August 2022 (Az.: B 2 U 192/21 B). Danach wurde dieses Verfahren wieder aufgerufen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Verwaltungsvorgang und die Gerichtsakte dieses Verfahrens und des Verfahrens L 3 U 1482/18 Bezug genommen.

### Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung des Klägers hat keinen Erfolg. Das Sozialgericht Nordhausen hat die Klage zu Recht abgewiesen und einen Anspruch des Klägers auf Feststellung einer BK 2112 abgelehnt.

Der Bescheid der Beklagten vom 4. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 SGG](#)). Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Anerkennung einer Kniegelenksarthrose als Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV.

Nach [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer in den [§§ 2, 3](#) und [6 SGB VII](#) genannten Tätigkeiten erleidet. Nach § 1 der BKV sind Berufskrankheiten die in der Anlage 1 bezeichneten Krankheiten (sogenanntes Listenprinzip).

Für die Feststellung einer Listen-BK ist 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). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. 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, Urteil vom 17. Dezember 2015, Az.: [B 2 U 11/14 R](#)). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände diejenigen so stark überwiegen, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, dass darauf eine richterliche Überzeugung begründet werden kann (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, Az.: [B 2 U 1/05 R](#)). Sofern die notwendigen tatbestandlichen Voraussetzungen nicht von demjenigen, der sie geltend macht, mit dem von der Rechtsprechung geforderten Grad nachgewiesen werden, hat er die Folgen der Beweislast dergestalt zu tragen, dass dann der entsprechende Anspruch entfällt.

Die Nr. 2112 der Anlage 1 zur BKV bezeichnet die BK als Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht. Die Voraussetzungen dieser BK liegen nicht vor. Zwar war der Kläger den unter der Nr. 2112 genannten Einwirkungen ausgesetzt, nämlich einer Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht. Dies ergibt sich aus den arbeitstechnischen Ermittlungen der Beklagten.

Deren Technischer Aufsichtsdienst hat in einer Stellungnahme vom 7. Juni 2016 den Umfang der kniebelastenden Tätigkeit des Klägers bei Zugrundelegung einer Mindesteinwirkungsdauer von einer Stunde pro Schicht mit einer Gesamteinwirkungsdauer in Höhe von 17.246 Stunden beziffert.

Es kann jedoch nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass die im linken Kniegelenk des Klägers zum jetzigen Zeitpunkt vollbeweislich gesicherte Gonarthrose im Sinne der BK 2112 mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit ursächlich auf die beruflichen Belastungen zurückzuführen ist, denen der Kläger in seiner Berufstätigkeit ausgesetzt war. Hinsichtlich des rechten Kniegelenkes liegt bis jetzt keine Gonarthrose im Sinne der BK 2112 vor. Bezüglich der Klassifikation hinsichtlich des linken Kniegelenkes fehlt es an einer röntgenologischen Diagnose entsprechend II - IV der Kellgren-Klassifikation innerhalb von fünf Jahren nach Aufgabe der kniebelastenden Tätigkeit im März 2009. Der Senat folgt den wissenschaftlich fundierten Ausführungen des Sachverständigen N, dass nach den Ergebnissen der Konsensusarbeitsgruppe zur Begutachtung der Gonarthrose einer Latenz zwischen dem Ende der Exposition und der erstmaligen Diagnose der Erkrankung von bis zu fünf Jahren keine wesentliche negative Indizwirkung zukommt. Allerdings ist das erstmalige Auftreten einer Gonarthrose im linken Knie im Sinne der BK 2112 erst im Jahre 2012 gesichert worden. Dies ergibt sich aus der Auswertung der vorliegenden bildgebenden Befunde und den Ausführungen der Sachverständigen.

Eine Gonarthrose von Grad II der Klassifikation nach Kellgren setzt nach dem Merkblatt zur BK-Nr. 2112 voraus, dass im Röntgenbild oder im Ergebnis anderer bildgebender Verfahren „definitive Osteophyten“ und eine mögliche Verschmälerung des Kniegelenkspalts festgestellt werden können. Was unter „definitiven Osteophyten“ zu verstehen ist, ist zwar im Merkblatt nicht näher umschrieben. Nähere Aussagen hierzu sind jedoch der „Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nr. 2112 (Gonarthrose)“ mit Stand vom 3. Juni 2014 zu entnehmen. Diese beruht auf dem Konsens von Vertretern verschiedener Fachgesellschaften und Organisationen und ist - wie z. B. die Konsensempfehlung zu den BKen Nrn. 2108 und 2110 - bei der Beurteilung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands zugrunde zu legen, der - wie hier - für die Beantwortung wissenschaftlicher (insbesondere medizinischer) Fachfragen maßgeblich ist (vgl. BSG, Urteil vom 23. April 2015 - Az.: [B 2 U 10/14 R](#), zitiert nach Juris).

Als Osteophyten sind nach der Begutachtungsempfehlung knöchernen Randausziehungen anzusehen, die am Gelenkrand lokalisiert sind. Als „definitive“ Osteophyten gelten dabei nur solche Randausziehungen, die eine Größe von mindestens 2 mm ab ursprünglicher Knochenform aufweisen. Dabei sind Osteophyten an der Kniescheibe für die Begutachtung der BK 2112 nur dann bedeutsam, wenn sie sich seitlich an der Patella (Kniescheibe) befinden (zu alledem: Begutachtungsempfehlung S. 26).

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 radiologischen 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 ("Knorpelglatze") 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, denn Veränderungen in diesem Ausmaß liegen im linken Knie des Klägers innerhalb des maßgeblichen Fünfjahreszeitraums nicht vor. Der für die Anerkennung einer BK 2112 erforderliche Schweregrad der Kniegelenksarthrose links mit Kellgren II kann erst auf der Röntgenaufnahme vom 20. August 2012 festgestellt worden. Insoweit führt der Sachverständige N in seinem Gutachten vom 26. Juni 2016 aus, dass sich der Röntgenaufnahme des linken Kniegelenks vom 17. Juli 2007 nicht die erforderlichen knöchernen Ausziehungen (Osteophyten) entnehmen lassen. Festgestellt hat N nur winzige knöchernen Ausziehungen an der Rückfläche, die jedoch weit unterhalb von 2 mm Länge sind. Dies entspricht auch den Feststellungen des vom Sozialgericht beauftragten Radiologen B in seinem Gutachten vom 23. November 2017. Darin führt dieser sogar aus, dass der Röntgenaufnahme des linken Kniegelenks vom 17. Juli 2007 keine morphologischen Zeichen der Arthrose und vor allem keine Osteophyten entnommen werden können, sodass die Diagnose einer Arthrose nicht möglich ist. Eine Gelenkspaltverschmälerung ohne Osteophyten ist aber nicht denkbar. Insoweit kann auch offen bleiben, ob seinen weiteren Ausführungen, dass die Röntgenaufnahme eigentlich zur Bestimmung der Gelenkspaltweite nicht herangezogen werden könne, zu folgen ist.

Den sodann mit in die Bewertung einzubeziehenden arthroskopischen Befunden lässt sich der geforderte Schweregrad ebenfalls nicht entnehmen. Der Auswertung der im Rahmen der Arthroskopien erhobenen Befunde des Gelenkknorpels durch den Sachverständigen N lässt sich das Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen nicht entnehmen. Denn der nach den Begutachtungsempfehlungen insofern geforderte Nachweis eines Knorpelschadens einer Läsion entsprechend Grad III oder Grad IIIb bzw. Grad IV mit einer Mindestgröße von 2 cm<sup>2</sup> und das gleichzeitige Vorliegen eines entsprechenden Schadens an der korrespondierenden Gelenkfläche lässt sich weder für das linke noch für das rechte Kniegelenk führen. Insoweit weist N darauf hin, dass bei der ersten Arthroskopie vom 27. Mai 2005 am linken Kniegelenk ein Knorpelschaden II. Grades am inneren Gelenkanteil beschrieben worden ist. Bei der 10 Wochen später durchgeführten zweiten Arthroskopie am 5. August 2005 wurde bereits eine Knorpelglatze im Bereich des Kniescheibengleitlagers am Oberschenkelknochen von etwa 3 x 3 cm diagnostiziert. Daraus zieht N den Schluss, dass eine Knorpelglatze einen viertgradigen Knorpelschaden bedeutet. Damit wurde grundsätzlich bei der zweiten Arthroskopie des linken Kniegelenkes ein für die BK 2112 geforderter Knorpelschaden mit entsprechender Größe im Bereich des Kniescheibengleitlagers nachgewiesen. Es fehlt jedoch an einem nach der Begutachtungsempfehlung zu fordernden korrespondierenden Knorpelschaden ähnlichen Ausmaßes an der Kniescheibenrückfläche. Dort wurden nur Auffaserungen beschrieben. Daraus hat N nachvollziehbar den Schluss gezogen, dass sich aufgrund der arthroskopischen Befunde am linken Knie der geforderte Arthrosegrad nicht nachweisen lässt. Soweit der Kläger dem entgegenhält, dass N die Anforderungen an eine Kissingleision nach der Begutachtungsempfehlung überdehne, übersieht er, dass die Interpretation der Begutachtungsempfehlungen den medizinischen Sachverständigen vorbehalten ist. Bei den Begutachtungsempfehlungen handelt es sich nicht um einen verbindlichen normativen Text, weil diese ihre Geltung nicht auf den demokratisch legitimierten Gesetzgeber zurückführen können. Die Begutachtungsempfehlungen sind wie Konsensempfehlungen für Verwaltung, Gerichte oder Gutachter folglich nicht unmittelbar verbindlich, sodass sich deren Auslegung unter strikter Anwendung der Regeln der juristischen Methodenlehre verbietet (vgl. BSG, Urteil vom 6. September 2018 - [B 2 U 10/17 R](#), [BSGE](#)

[126, 244-258](#)). Sie dienen lediglich zur Erleichterung der Beurteilung im Einzelfall, um typische Befundkonstellationen im Hinblick auf die Kausalbeziehungen unter Zugrundelegung des aktuell wissenschaftlichen Erkenntnisstands einordnen zu können. Ihre Interpretation als im Wesentlichen medizinisch-naturwissenschaftlicher Text ist daher vorrangig sachkundigen Medizinerinnen vorbehalten. Eine rein am Wortlaut und den klassischen juristischen Auslegungsmethoden orientierte Interpretation eines solchen primär naturwissenschaftlichen Textes scheidet daher aus. Für das Verständnis solcher Textstellen der Begutachtungs-/Konsensempfehlungen ist besondere medizinische Fachkunde erforderlich. Nach der Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nummer 2112 (Gonarthrose), Stand: 3. Juni 2014, ist für die Anerkennung einer Arthrose aufgrund des alleinigen Nachweises schwerer Knorpelschäden bei fehlendem radiologischen Befund neben den von N bejahten Voraussetzungen der Schwere des Knorpelschadens mit einer Mindestgröße auch ein entsprechender Schaden an der korrespondierenden Gelenkfläche („Kissinglesion“) zu verlangen. Welche Anforderungen an deren Vorliegen zu stellen sind, legt N anhand medizinischer Kriterien dar. Insbesondere in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. April 2018 führt er aus, dass der Begriff „entsprechender Schaden“ mindestens einen Knorpelschaden vom Schweregrad IIIb verlangt. Die beim Kläger allein festgestellten Auffaserungen des Knorpels erfüllen diesen Schweregrad nicht. Dass Auffaserungen des Knorpels diesen Schweregrad nicht erreichen, ist bereits deshalb nachvollziehbar, weil diese die geforderte Mindestgröße des Defekts von 2 cm<sup>2</sup> ersichtlich nicht erreichen können, denn nach den Feststellungen von N in seinem Gutachten vom 26. Juni 2016 fand sich ein korrespondierender Knorpelschaden an der Kniescheibenrückfläche nicht. Insbesondere war der Knorpelschaden an der Innenseite ohne Größenausdehnung. Angesichts des festgestellten Fehlens einer Größenausdehnung des Defekts ist die anhand medizinischer Kriterien vorgenommene Verneinung eines entsprechenden Schadens an der korrespondierenden Gelenkfläche mehr als nachvollziehbar.

Bezüglich des rechten Kniegelenks konnte dem Arthroskopiebefund vom 18. April 2006 der geforderte Arthrosegrad ebenfalls nicht entnommen werden. Laut OP-Bericht liegt ein zweitgradiger Knorpelschaden der Kniescheibenrückfläche und ein lokal begrenzter Knorpeldefekt III. Grades in der Hauptbelastungszone am inneren Oberschenkelknochen vor. Es fehlt auch eine analoge Knorpelschädigung am inneren Schienbeinkopf. Die Argumentation des Klägers, dass durch die Eingriffe Osteophyten abgetragen worden seien, ist widerlegt. Dies ergibt sich zum einen aus den Angaben des die Arthroskopie durchführenden Arztes S3 als auch den Ausführungen von N in seinem Gutachten. Osteophyten können durch einen solchen Eingriff nicht verschwinden. Damit ist das geforderte Ausmaß des Knorpelschadens am linken und rechten Kniegelenk durch die Arthroskopiebefunde der Jahre 2005 und 2006 nicht nachgewiesen.

Der Anerkennung der Gonarthrose hinsichtlich des linken Kniegelenks steht entgegen, dass nicht mehr zu klären ist, zu welchem Zeitpunkt im Rahmen der fünfjährigen Latenzzeit nach Aufgabe der kniebelastenden Tätigkeit durch den Kläger im Jahre 2005 der Schweregrad nach Kellgren II erreicht worden ist. Fest steht nur, dass erstmals durch die Röntgenaufnahme vom 20. August 2012 und damit sieben Jahre nach Aufgabe der Tätigkeit der erforderliche Grad Kellgren II nachgewiesen worden ist. Soweit der Prozessbevollmächtigte des Klägers vorträgt, dass es sehr unwahrscheinlich sei, dass der erforderliche Schweregrad nach Kellgren nicht innerhalb des Fünfjahreszeitraums überschritten worden sei, wird letztlich nur eine Möglichkeit beschrieben, ohne dass sich der Senat hiervon mit hinreichender Wahrscheinlichkeit überzeugen konnte. Der Sachverständige N führt insbesondere in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 11. Dezember 2020 aus, dass eine Extrapolation in dem Sinne, dass die Gonarthrose im Fünfjahreszeitraum nach Expositionsende im geforderten Ausmaß vorhanden war, nicht vorgenommen werden könne, weil dies auf der Annahme beruhe, dass der Krankheitsverlauf linear erfolge. N legte insoweit nachvollziehbar dar, dass der Krankheitsverlauf von einer Vielzahl von Variablen abhängt, sodass ein linearer Verlauf eher die Ausnahme als die Regel darstellt. Arthrotische Veränderungen können langsam oder schnell voranschreiten.

Ausgehend von diesem medizinischen Befund ist nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die Gonarthrose im linken Kniegelenk des Klägers mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Belastung zurückzuführen ist. Nach der Begutachtungsempfehlung und dem Stand der medizinischen Literatur ist anerkannt, dass eine Latenzzeit von mehr als fünf Jahren zwischen Ende der beruflichen Belastung und dem Nachweis einer Gonarthrose im Sinne der BK 2112 entgegensteht. Seit 2005 ist der Kläger beruflich nicht mehr gefährdend tätig gewesen. Daher endet die fünfjährige Latenzzeit 2010. Letztlich bleibt jedoch offen, wann in dem Zeitraum zwischen 2009 und 2012 der Schweregrad nach Kellgren II überschritten worden ist.

In der Gesamtschau sprechen daher erhebliche Anhaltspunkte gegen eine beruflich bedingte Verursachung der Kniegelenksarthrose links im Falle des Klägers. Der Senat muss daher nicht entscheiden, ob eine Anerkennung der BK 2112 auch aus sonstigen Gründen (mögliche Asymmetrie bei beidseitiger beruflicher Kniegelenksbelastung, Konkurrenzursachen) ausscheidet.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2023-03-07