S 2 U 59/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	17
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 U 59/97
Datum	04.02.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 17 U 148/99
Datum	14.03.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts NÃ¼rnberg vom 04.02.1999 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung und EntschÃ¤digung eines WirbelsÃ¤ulenleidensdes KlÃ¤gers als Berufskrankheit (BK) streitig. Der am 1940 geborene KlÃ¤ger war von 1966 bis Mai 1973 als Hilfsarbeiter, insbesondere KohlentrÃ¤ger tÃ¤tig. Von Juni 1973 bis Mai 1978 arbeitete er als Stanzer. AnschlieÃend ging er einer BeschÃ¤ftigung als Bauhilfsarbeiter (Baufachwerker) nach. Diesen Beruf Ã¼bte er â mit krankheitsbedingten Unterbrechungen â bis Dezember 1996 aus. Seit Januar 1997 ist er arbeitlos gemeldet. Am 26.05.1993 unterrichtete die AOK WÃ¼rzburg die Beklagte Ã¼ber den Verdacht auf eine BK wegen degenerativer VerÃ¤nderungen der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS). Beschwerden an der WirbelsÃ¤ule machte der KlÃ¤ger seit 1985/1986 geltend. Zur AufklÃ¤rung des Sachverhalts zog die Beklagte die medizinischen Unterlagen und eine Krankheitsauskunft der AOK WÃ¼rzburg vom 06.10.1993, den HV-

Entlassungsbericht der Klinik Bavaria B. vom 04.01.1993, Befundberichte des OrthopÃ¤dischen Krankenhauses S. vom 05.09.1995, der Klinik Bavaria B. vom 21.09.1995, des Internisten Dr.F.N. (U.) vom 04.10.1995, des Allgemeinarztes Dr.B.E. (R.) vom 10.11.1995, der OrthopÃ¤den Dr.D.G. (B.) vom 09.11.1995 und Dr.W.P. (O.) vom 02.01.1996 sowie des Radiologen Dr.V.K. (W.) vom 20.11.1995 bei und veranlasste eine gutachtliche Stellungnahme des Dr.M.S. (Gewerbeaufsichtsamt W. vom 03.07.1996. Dieser ging von einem stÃ¤rkergradigen LWS-Syndrom mit Bandscheibenprotrusionen im Bereich der Segmente L3/L4, L4/L5 und L5/S1 aus. StÃ¤rkergradig ausgeprÃ¤gte VerÃ¤nderungen der Bandscheiben selbst, insbesondere ein Bandscheibenprolaps, konnten nicht nachgewiesen werden. Daneben lÃ¤gen im Bereich der LWS ausgeprÃ¤gte anlagebedingte krankhafte Befunde vor mit Torsionsskoliose der BWS und LWS sowie Wirbelgleiten im untersten LWS-Segment bei konstitutioneller lumbosakraler Ãbergangsstörung. Eine BK sei daher nicht wahrscheinlich. Mit Bescheid vom 05.09.1996 lehnte die Beklagte die GewÃ¤hrung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab, weil keine BK vorliege. Im Widerspruchsverfahren legte der KlÃ¤ger ein Ã¤rztliches Attest des Allgemeinarztes Dr.K.H. (U.) vom 16.09.1996 vor. Nach Einholung einer beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des Chirurgen Prof.Dr.S. vom 06.12.1996 wies die Beklagte mit Bescheid vom 27.01.1997 den Widerspruch zurÃ¼ck. Gegen diese Bescheide hat der KlÃ¤ger Klage zum Sozialgericht (SG) NÃ¼rnberg erhoben und beantragt, bei ihm eine BK nach Â§ 551 Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) iVm Nr 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKVO) anzuerkennen und Rente nach einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) um mindestens 20 vH zu gewÃ¤hren. Er hat vorgetragen, er habe als Bauhilfsarbeiter 16 Jahre lang Arbeiten mit Schaufeln und Pickeln ausfÃ¼hren mÃ¼ssen, also in stÃ¤ndiger Zwangshaltung. Außerdem habe er Randsteine und Pflastersteine mit einem Gewicht von ca 2 Zentner heben und tragen sowie große Kanal- bzw Wasserleitungsrohre drÃ¼cken und anheben mÃ¼ssen. Nach Beiziehung der einschlÃ¤gigen RÃ¶ntgenaufnahmen hat das SG ein Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.B.H. (WÃ¼rzburg) vom 16.07.1997 eingeholt. Dieser hat ausgefÃ¼hrt, dass anlagebedingte degenerative VerÃ¤nderungen in allen LendenwirbelkÃ¶rpern bestehen. AusgeprÃ¤gt und generalisierend imponierten sie gleichmÃ¤ßig in den drei WirbelsÃ¤ulenetagen. Im Lendenabschnitt seien sie verstÃ¤rkt durch eine konstitutionell bedingte sogenannte Spondylolisthesis bei L5/S1 (Wirbelgleiten) und eine anlagebedingte Spondylolyse. Es lÃ¤gen keinerlei fÃ¼r Ãberlastung typische Abnutzungserscheinungen an den Segmenten mit den entsprechenden Verteilungsmustern vor. Nach Vorlage eines Attestes des OrthopÃ¤den Dr.W.P. vom 03.03.1997 hat die Beklagte auf Veranlassung des KlÃ¤gers ein Gutachten nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) des Chirurgen Dr.R.A. (M.) veranlasst. In dem Gutachten vom 10.07.1998/29.01.1999 hat dieser eine erhebliche berufsbedingte BandscheibenschÃ¤digung im LWS-Segment und unteren BWS-Segment diagnostiziert. Das Ausmaß der Bandscheibendegenerationen sei so erheblich, dass eine Fehlstatik eingetreten sei. Es liege die BK Nr 2108 vor, die ab 1992 mit einer MdE von 20 vH zu bemessen sei. Die Beklagte hat ein Gutachten des OrthopÃ¤den Prof.Dr.V.B. (Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik M.) vom 14.09.1998 vorgelegt, in dem dieser eine Spondylolisthesis im Segment LWK5/SWK1 sowie eine anlagebedingte Torsionsskoliose als GesundheitsstÃ¶rungen

annahm neben degenerativen VerÃ¤nderungen im Bereich der HWS und BWS. Eindeutig stÃ¼nden aber schicksalhafte VerÃ¤nderungen des Achsenorganes im Vordergrund, wie das Wirbelgleiten sowie die Torsionsskoliose und die degenerativen VerÃ¤nderungen in den Ã¼brigen WirbelsÃ¤ulenabschnitten. Damit seien die medizinischen Voraussetzungen fÃ¼r die Anerkennung einer BK Nr 2108 nicht erfÃ¼llt. Mit Urteil vom 04.02.1999 hat das SG NÃ¼rnberg die Klage abgewiesen und sich dabei im Wesentlichen auf die Gutachten von Dr.S. , Dr.H. und Prof.Dr.B. gestÃ¼tzt. Zudem hat es die arbeitstechnischen Voraussetzungen als nicht vorliegend angesehen. Gegen dieses Urteil hat der KlÃ¤ger Berufung eingelegt und vorgetragen, er habe bereits im Beruf des KohlentrÃ¤gers und Stanzers schwere Lasten tragen mÃ¼ssen. Auf Veranlassung des Senats hat der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten am 10.08.2000 eine Stellungnahme abgegeben, in der unter BerÃ¼cksichtigung des sogenannten Mainz-Dortmunder-Dosismodells eine Gesamtdosis errechnet wurde, bei der der nach den epidemiologischen Erkenntnissen fÃ¼r ein erhÃ¶htes Erkrankungsrisiko festgelegter Grenzwert nicht Ã¼berschritten wurde. Insgesamt hat er fÃ¼r den Zeitraum 1966 â 1997 die arbeitstechnischen Voraussetzungen iS der Nr 2108 als nicht vorliegend angesehen.

Der Senat hat nach Beiziehung einer Krankheitsauskunft der AOK WÃ¼rzburg vom 21.09.2000, der Schwerbehindertenakte des Amtes fÃ¼r Versorgung und FamilienfÃ¶rderung NÃ¼rnberg sowie eines Befundberichtes des Allgemeinarztes Dr.K.H. vom 03.10.2000 ein Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.V.F. (MÃ¼nchen) vom 20.10.2000 eingeholt. Dr.F. hat an der LWS erhebliche AnlagestÃ¶rungen bestÃ¤tigt. Ursache hierfÃ¼r sei eine VerknÃ¶cherungsstÃ¶rung des Wirbelbogens, welche sich lÃ¤ngst vor Abschluss des Wachstumsalters manifestiert habe. Durch diesen sehr starken Gleitvorgang erklÃ¤re sich der praktisch vÃ¶llige Aufbrauch der untersten Lendenbandscheibe. Der Ã¼berwiegende Anteil der Bandscheibendegeneration sei durch die vorhandene Fehlstatik verursacht worden. Die Entwicklung der BandscheibenschÃ¤den, auch an HWS und BWS, mÃ¼sse aus innerer Ursache erfolgt sein. Es lasse sich nicht begrÃ¼nden, dass die Erkrankung durch die berufliche TÃ¤tigkeit des KlÃ¤gers verursacht worden sei. Der KlÃ¤ger hat hierzu ausgefÃ¼hrt, dass die Stellungnahme des TAD Ã¼ber die TÃ¤tigkeit als Stanzer von 1973 bis 1979 falsch sei. Er habe in diesem Zeitraum wesentlich schwerere Gewichte fÃ¼r NachtspeicherÃ¶fen gefertigt. Auch liege der Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung vor. Die SchÃ¤digung der HWS sei durch Ãberkopfarbeiten zu erklÃ¤ren. Diabetes, Alterszucker und etwaiger Alkoholabusus verursachten keine entsprechenden SchÃ¤den an der LWS. Auch seien keine erheblichen AnlagestÃ¶rungen vorhanden.

Der KlÃ¤ger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des SG NÃ¼rnberg vom 04.02.1999 sowie des Bescheides vom 05.09.1996 idF des Widerspruchsbescheides vom 27.01.1997 zu verurteilen, eine BK nach Â§ 551 Abs 1 RVO iVm Nr 2108 der Anlage 1 zur BKVO anzuerkennen und Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 vH zu gewÃ¤hren, hilfsweise ein Gutachten gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG von dem OrthopÃ¤den Dr.L. einzuholen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des SG

NÃ¼rnberg vom 04.02.1999 zurÃ¼ckzuweisen.

Zur ErgÃ¤nzung des Sachverhalts wird auf die beigezogene Akte der Beklagten, die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Schwerbehindertenakte des Amtes fÃ¼r Versorgung und FamilienfÃ¶rderung NÃ¼rnberg Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Berufung des KlÃ¤gers ist zulÃ¤ssig, jedoch unbegrÃ¼ndet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen, da die Voraussetzungen fÃ¼r die Anerkennung einer BK im Sinne des Â§ 551 Abs 1 RVO iVm Nr 2108 der Anlage 1 zur BKV nicht vorliegen.

Der Anspruch des KlÃ¤gers ist noch nach den Vorschriften der RVO zu beurteilen, da die behauptete BK vor dem Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) am 01.01.1997 eingetreten wÃ¤re (Art 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes, Â§ 212 SGB VII). Nach Â§ 551 Abs 1 RVO gilt als Arbeitsunfall auch eine BK. BK sind Krankheiten, wie sie die Bundesregierung durch Rechtsverordnung bezeichnet und die sich ein Versicherter bei einer versicherten TÃ¤tigkeit zugezogen hat. Voraussetzung fÃ¼r die Anerkennung und EntschÃ¤digung einer BK nach Nr 2108 der Anlage 1 zur BKV sind eine lendenwirbelsÃ¤ulenbelastende berufliche TÃ¤tigkeit infolge langjÃ¤hrigen Hebens und Tragens schwerer Lasten oder in extremer Rumpfbeugehaltung (sog arbeitstechnische Voraussetzung), ferner eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS (medizinische Voraussetzung), die zur Aufgabe der belastenden TÃ¤tigkeit gefÃ¼hrt hat. SchlieÃlich muss im Sinne der unfallrechtlichen KausalitÃ¤tslehre ein mit Wahrscheinlichkeit zu bejahender ursÃ¤chlicher Zusammenhang zwischen der belastenden beruflichen TÃ¤tigkeit und der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS bestehen (vgl BSG vom 18.11.1997 â 2 RU 48/96; Brackmann/Krasney, Handbuch der Sozialversicherung, Band 3, Â§ 9 SBG VII RdNrn 21 ff; Kasseler Kommentar â Ricke â Â§ 9 SGB VII RdNr 11). Nach Auffassung des Senates kann es dahingestellt bleiben, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK nach Nr 2108 der Anlage 1 zur BKV vorliegen. Bei dem KlÃ¤ger sind nÃ¤mlich bereits die medizinischen Voraussetzungen der BK nicht gegeben. Der Senat kann sich nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht davon Ã¼berzeugen, dass Ã¼berhaupt eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der Nr 2108 zu bejahen ist. Nach den AusfÃ¼hrungen der SachverstÃ¤ndigen Dr.V.F. , Dr.B.H. und weitgehend auch Prof.Dr.V.B. liegen bei dem KlÃ¤ger neben GesundheitsstÃ¶rungen im Bereich der BWS und â im erheblichen MaÃe â der HWS chronische FunktionsstÃ¶rungen der LWS ohne Nervenwurzelreizerscheinungen oder neurologische AusfÃ¤lle vor. Radiologisch lassen sich eine ausgeprÃ¤gte Drehseitverbiegung, ein Gleitvorgang des 5. LendenwirbelkÃ¶rpers des Stadiums II, ein asymmetrischer Aufsitz des letzten LendenwirbelkÃ¶rpers, krÃ¤ftige reaktive Randspornbildungen sowie Einengung vor allem der 5., weniger auch der 2. Bandscheibe erkennen. Es besteht eine GefÃ¼gestÃ¶rung im 3. Segment. Kernspintomographisch wurden Bandscheibenprotrusionen ohne Bandscheibenvorfall, massive destruktive WirbelbogengelenksverÃ¤nderungen in den beiden letzten Segmenten der LWS,

ebenfalls Randspornbildungen, Foramenstenosen und eine Einengung des Wirbelkanals gesehen. Von einer bandscheibenbedingten Erkrankung iSd Nr 2108 kann nur dann ausgegangen werden, wenn neben einem objektivierten Bandscheibenschaden die klinische Relevanz dieses Schadens gesichert ist. Es ist ein chronisches oder chronisch-rezidivierendes Beschwerdebild mit FunktionseinschrÃ¤nkungen erforderlich, dh es mÃ¼ssen neurologische Ausfallserscheinungen oder wenigstens ein Nervenwurzelreizsyndrom vorliegen, wobei dies mit den bildtechnischen Befunden korrelieren muss (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage, Seite 530; Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheiten-Verordnung, M 2108 RdNr 5). Diese Symptome lieÃen sich bei dem KlÃ¤ger nicht finden. Zwar liegt das morphologische Substrat eines VerschleiÃschadens an der LWS eindeutig vor, wobei allerdings die computertomographisch beschriebenen Bandscheibenprotrusionen â also kein Bandscheibenvorfall â im Lebensalter des KlÃ¤gers einen Normalbefund darstellen. Nirgends lÃ¤sst sich der geringste Hinweis auf eine Nervenwurzelirritation oder gar -lÃ¤sion im Sinne einer WurzelschÃ¤digung, insbesondere ein positiver Nervendehnschmerz, erkennen. Eher ist von einer nicht auf beruflichen EinflÃ¼ssen beruhenden toxischen Polyneuropathie auszugehen, die keinesfalls mit NervenwurzelbeschÃ¤digung verwechselt werden darf. Zu keinem Zeitpunkt ergaben sich motorische oder sensible AusfÃ¤lle. Allein die Feststellung degenerativer VerÃ¤nderungen genÃ¼gt nicht der Definition einer bandscheibenbedingten Erkrankung, die eben zusÃ¤tzliche neurologische Symptome erfordert. Abzustellen ist im Wesentlichen auf die erheblichen degenerativen VerschleiÃerscheinungen, die nicht auf die BerufstÃ¤tigkeit des KlÃ¤gers zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen. Hervorzuheben ist die massive Destruktion im letzten Segment der LWS. Hier handelt es sich um eine sehr stark ausgeprÃ¤gte Spondylochondrose. Daneben bestehen erhebliche AnlagestÃ¶rungen, so der massive Gleitvorgang des 5. LendenwirbelkÃ¶rpers im Stadium II. Dieser WirbelkÃ¶rper war bereits 1992 um 50 % nach vorne versetzt. Die Ursache liegt in einer VerknÃ¶cherungsstÃ¶rung des Wirbelbogens, also einem Leiden, welches sich bereits im Wachstumsalter manifestiert hatte. Durch den dadurch ausgelÃ¶sten sehr starken Gleitvorgang erklÃ¤rt sich auch der praktisch vÃ¶llige Aufbrauch der untersten Lendenbandscheibe. Die Einengung der zweiten Lendenbandscheibe beruht in erster Linie auf einer sehr starken Drehseitverbiegung, die durch eine Asymmetrie des Aufsitzes am Ãbergang zwischen LWS und Kreuzbein verursacht worden ist. Verbunden ist diese Seitverbiegung mit einer erheblichen Verdrehung der LendenwirbelkÃ¶rper, woraus im 4. Segment eine InstabilitÃ¤t im Sinne eines leichten Drehgleitens entstanden ist. Es besteht kein Zweifel, dass die Fehlstatik Ã¼berwiegend zur Bandscheibendegeneration beigetragen hat. Dabei muss nicht weiter darauf eingegangen werden, inwieweit der vor allem von Dr.F. erwÃ¤hnte Alkoholabusus sowie Fettstoffwechsel- und ZuckerstoffwechselstÃ¶rungen fÃ¼r das AusmaÃ der gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen verantwortlich sind. AuffÃ¤llig ist auch, dass an den Ã¼brigen WirbelsÃ¤ulenregionen erhebliche BandscheibenschÃ¤den vorhanden sind, so an der HWS zwischen dem 5. bis 7. HalswirbelkÃ¶rper mit sehr krÃ¤ftigen Ã¼berschieÃenden Randspornbildungen. Dieser Befund ist keineswegs geringer ausgeprÃ¤gt als die BandscheibenschÃ¤den der LWS, wobei sich diese SchÃ¤den nicht durch etwaige Ãberkopfarbeiten erklÃ¤ren lassen. Auch an der

BWS ergeben sich krÃ¤ftige Randspornbildungen und Einengungen von Bandscheiben in drei Segmenten. Damit sind also alle drei WirbelsÃ¤ulenabschnitte von VerschleiÃerscheinungen betroffen, am stÃ¤rksten die HWS und LWS, weniger die BWS. Auch dies spricht gegen eine berufsbedingte Ursache der GesundheitsstÃ¶rungen an der LWS. Der Einholung eines weiteren Gutachtens nach Â§ 109 SGG hat es nicht bedurft. Bereits in der ersten Instanz hat das SG den Chirurgen Dr.A. auf Veranlassung des KlÃ¤gers nach Â§ 109 SGG gehÃ¶rt. Einem wiederholenden Antrag muss der Senat nicht folgen, zumal keine besonderen UmstÃ¤nde dies rechtfertigen bzw sich neue Tatsachen ergeben haben (Meyer-Ladewig, SGG, 5.Auflage, Â§ 109 Anm 19). Nicht zu folgen vermag der Senat dem Gutachten des Dr.A. , insbesondere seiner Auffassung Ã¼ber eine ausgebrannte und vÃ¶llig destruierte LWS. Er schÃ¤tzt die radiologisch zwar imponierenden, in der Beurteilung aber weniger bedeutsam einzustufenden massiven reaktiven Randspornbildungen falsch ein. Dies lÃ¤sst sich bereits an den computertomographischen Befunden erkennen, wonach lediglich Protrusionen, aber keine BandscheibenvorfÃ¤lle gesehen werden konnten. Im Ãbrigen berÃ¼cksichtigt Dr.A. die wissenschaftliche Lehrmeinung nicht. Die Kriterien der KausalitÃ¤tsbeurteilung des Unfallrechts sind ihm teilweise nicht bekannt. Seinen radiologischen Interpretationen kann nicht zugestimmt werden. AuÃerdem lÃ¤sst er eine ausreichende klinische Befunderhebung vermissen. Da es somit an den medizinischen Voraussetzungen fÃ¼r die Anerkennung einer BK nach Nr 2108 der Anlage 1 zur BKV fehlt, ist das Urteil des SG NÃ¼rnberg vom 04.02.1999 nicht zu beanstanden und die Berufung zurÃ¼ckzuweisen. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG). GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 20.10.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024