

---

## 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 Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 04.02.1999 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

#### Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung und Entschädigung eines Wirbelsäulenleidens des Klägers als Berufskrankheit (BK) streitig. Der am 1940 geborene Kläger war von 1966 bis Mai 1973 als Hilfsarbeiter, insbesondere Kohlenträger tätig. Von Juni 1973 bis Mai 1978 arbeitete er als Stanzer. Anschließend ging er einer Beschäftigung als Bauhilfsarbeiter (Baufachwerker) nach. Diesen Beruf übte er mit krankheitsbedingten Unterbrechungen bis Dezember 1996 aus. Seit Januar 1997 ist er arbeitslos gemeldet. Am 26.05.1993 unterrichtete die AOK Würzburg die Beklagte über den Verdacht auf eine BK wegen degenerativer Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS). Beschwerden an der Wirbelsäule machte der Kläger seit 1985/1986 geltend. Zur Aufklärung des Sachverhalts zog die Beklagte die medizinischen Unterlagen und eine Krankheitsauskunft der AOK Würzburg vom 06.10.1993, den HV-

---

Entlassungsbericht der Klinik Bavaria B. vom 04.01.1993, Befundberichte des Orthopädischen 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 Orthopäden 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 stärkergradigen LWS-Syndrom mit Bandscheibenprotrusionen im Bereich der Segmente L3/L4, L4/L5 und L5/S1 aus. Stärkergradig ausgeprägte Veränderungen der Bandscheiben selbst, insbesondere ein Bandscheibenprolaps, konnten nicht nachgewiesen werden. Daneben ließen im Bereich der LWS ausgeprägte anlagebedingte krankhafte Befunde vor mit Torsionsskoliose der BWS und LWS sowie Wirbelgleiten im untersten LWS-Segment bei konstitutioneller lumbosakraler Übergangsstörung. Eine BK sei daher nicht wahrscheinlich. Mit Bescheid vom 05.09.1996 lehnte die Beklagte die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab, weil keine BK vorliege. Im Widerspruchsverfahren legte der Kläger ein ärztliches Attest des Allgemeinarztes Dr.K.H. (U.) vom 16.09.1996 vor. Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Chirurgen Prof.Dr.S. vom 06.12.1996 wies die Beklagte mit Bescheid vom 27.01.1997 den Widerspruch zurück. Gegen diese Bescheide hat der Kläger Klage zum Sozialgericht (SG) Nürnberg erhoben und beantragt, bei ihm eine BK nach § 551 Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) iVm Nr 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKVO) anzuerkennen und Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 vH zu gewähren. Er hat vorgetragen, er habe als Bauhilfsarbeiter 16 Jahre lang Arbeiten mit Schaufeln und Pickeln ausgeübt, also in ständiger Zwangshaltung. Außerdem habe er Randsteine und Pflastersteine mit einem Gewicht von ca 2 Zentner heben und tragen sowie große Kanal- bzw Wasserleitungsrohre drücken und anheben müssen. Nach Beiziehung der einschlägigen Röntgenaufnahmen hat das SG ein Gutachten des Orthopäden Dr.B.H. (Wärzburg) vom 16.07.1997 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass anlagebedingte degenerative Veränderungen in allen Lendenwirbelkörpern bestehen. Ausgeprägt und generalisierend imponierten sie gleichmäßig in den drei Wirbelsäulenetagen. Im Lendenabschnitt seien sie verstärkt durch eine konstitutionell bedingte sogenannte Spondylolisthesis bei L5/S1 (Wirbelgleiten) und eine anlagebedingte Spondylolyse. Es ließen keinerlei für Überlastung typische Abnutzungserscheinungen an den Segmenten mit den entsprechenden Verteilungsmustern vor. Nach Vorlage eines Attestes des Orthopäden Dr.W.P. vom 03.03.1997 hat die Beklagte auf Veranlassung des Klägers ein Gutachten nach § 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 Bandscheibenschädigung 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 Orthopäden 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 Gesundheitsstörungen

---

annahm neben degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und BWS. Eindeutig ständen aber schicksalhafte Veränderungen des Achsenorganes im Vordergrund, wie das Wirbelgleiten sowie die Torsionsskoliose und die degenerativen Veränderungen in den übrigen Wirbelsäulenabschnitten. Damit seien die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr 2108 nicht erfüllt. Mit Urteil vom 04.02.1999 hat das SG Nürnberg die Klage abgewiesen und sich dabei im Wesentlichen auf die Gutachten von Dr.S. , Dr.H. und Prof.Dr.B. gestützt. Zudem hat es die arbeitstechnischen Voraussetzungen als nicht vorliegend angesehen. Gegen dieses Urteil hat der Kläger Berufung eingelegt und vorgetragen, er habe bereits im Beruf des Kohlenträgers und Stanzers schwere Lasten tragen müssen. Auf Veranlassung des Senats hat der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten am 10.08.2000 eine Stellungnahme abgegeben, in der unter Berücksichtigung des sogenannten Mainz-Dortmunder-Dosismodells eine Gesamtdosis errechnet wurde, bei der der nach den epidemiologischen Erkenntnissen für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko festgelegter Grenzwert nicht überschritten wurde. Insgesamt hat er für den Zeitraum 1966 bis 1997 die arbeitstechnischen Voraussetzungen iS der Nr 2108 als nicht vorliegend angesehen.

Der Senat hat nach Beiziehung einer Krankheitsauskunft der AOK Würzburg vom 21.09.2000, der Schwerbehindertenakte des Amtes für Versorgung und Familienförderung Nürnberg sowie eines Befundberichtes des Allgemeinarztes Dr.K.H. vom 03.10.2000 ein Gutachten des Orthopäden Dr.V.F. (München) vom 20.10.2000 eingeholt. Dr.F. hat an der LWS erhebliche Anlagestörungen festgestellt. Ursache hierfür sei eine Verknöcherungsstörung des Wirbelbogens, welche sich längst vor Abschluss des Wachstumsalters manifestiert habe. Durch diesen sehr starken Gleitvorgang erklärte sich der praktisch völlige Aufbrauch der untersten Lendenbandscheibe. Der überwiegende Anteil der Bandscheibendegeneration sei durch die vorhandene Fehlstatik verursacht worden. Die Entwicklung der Bandscheibenschäden, auch an HWS und BWS, müsse aus innerer Ursache erfolgt sein. Es lasse sich nicht begründen, dass die Erkrankung durch die berufliche Tätigkeit des Klägers verursacht worden sei. Der Kläger hat hierzu ausgeführt, dass die Stellungnahme des TAD über die Tätigkeit als Stanzer von 1973 bis 1979 falsch sei. Er habe in diesem Zeitraum wesentlich schwerere Gewichte für Nachtspeicheröfen gefertigt. Auch liege der Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung vor. Die Schädigung der HWS sei durch Überkopparbeiten zu erklären. Diabetes, Alterszucker und etwaiger Alkoholabusus verursachten keine entsprechenden Schäden an der LWS. Auch seien keine erheblichen Anlagestörungen vorhanden.

Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des SG Nürnberg 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 gewähren, hilfsweise ein Gutachten gemäß [Â§ 109 SGG](#) von dem Orthopäden Dr.L. einzuholen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG

---

Nürnberg vom 04.02.1999 zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die beigezogene Akte der Beklagten, die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Schwerbehindertenakte des Amtes für Versorgung und Familienförderung Nürnberg Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen, da die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK im Sinne des [ 551 Abs 1 RVO](#) iVm Nr 2108 der Anlage 1 zur BKV nicht vorliegen.

Der Anspruch des Klägers 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 wäre (Art 36 des Unfallversicherungseinordnungsgesetzes, [ 212 SGB VII](#)). Nach [ 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 Tätigkeit zugezogen hat. Voraussetzung für die Anerkennung und Entschädigung einer BK nach Nr 2108 der Anlage 1 zur BKV sind eine lendenwirbelsaulenbelastende berufliche Tätigkeit infolge langjährigen 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 Tätigkeit gefährt hat. Schließlich muss im Sinne der unfallrechtlichen Kausalitatslehre ein mit Wahrscheinlichkeit zu bejahender ursächlicher Zusammenhang zwischen der belastenden beruflichen Tätigkeit 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,  9 SGB VII RdNr 21 ff; Kasseler Kommentar 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 Kläger sind nämlich bereits die medizinischen Voraussetzungen der BK nicht gegeben. Der Senat kann sich nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht davon überzeugen, dass überhaupt eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der Nr 2108 zu bejahen ist. Nach den Ausführungen der Sachverständigen Dr.V.F. , Dr.B.H. und weitgehend auch Prof.Dr.V.B. liegen bei dem Kläger neben Gesundheitsstörungen im Bereich der BWS und â  im erheblichen Maße â  der HWS chronische Funktionsstörungen der LWS ohne Nervenwurzelreizerscheinungen oder neurologische Ausfälle vor. Radiologisch lassen sich eine ausgeprägte Drehseitverbiegung, ein Gleitvorgang des 5. Lendenwirbelkörpers des Stadiums II, ein asymmetrischer Aufsitz des letzten Lendenwirbelkörpers, kräftige reaktive Randspornbildungen sowie Einengung vor allem der 5., weniger auch der 2. Bandscheibe erkennen. Es besteht eine Gefahstorung im 3. Segment. Kernspintomographisch wurden Bandscheibenprotrusionen ohne Bandscheibenvorfall, massive destruktive Wirbelbogengelenksveranderungen 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 Funktionseinschränkungen erforderlich, dh es müssen neurologische Ausfallerscheinungen oder wenigstens ein Nervenwurzelreizsyndrom vorliegen, wobei dies mit den bildtechnischen Befunden korrelieren muss (Schäfer/Inberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage, Seite 530; Mehrstens/Perlebach, Die Berufskrankheiten-Verordnung, M 2108 RdNr 5). Diese Symptome ließen sich bei dem Kläger nicht finden. Zwar liegt das morphologische Substrat eines Verschleißschadens an der LWS eindeutig vor, wobei allerdings die computertomographisch beschriebenen Bandscheibenprotrusionen also kein Bandscheibenvorfall im Lebensalter des Klägers einen Normalbefund darstellen. Nirgends lässt sich der geringste Hinweis auf eine Nervenwurzelirritation oder gar -läsion im Sinne einer Wurzelschädigung, insbesondere ein positiver Nervendehnschmerz, erkennen. Eher ist von einer nicht auf beruflichen Einflüssen beruhenden toxischen Polyneuropathie auszugehen, die keinesfalls mit Nervenwurzelbeschädigung verwechselt werden darf. Zu keinem Zeitpunkt ergaben sich motorische oder sensible Ausfälle. Allein die Feststellung degenerativer Veränderungen genügt nicht der Definition einer bandscheibenbedingten Erkrankung, die eben zusätzliche neurologische Symptome erfordert. Abzustellen ist im Wesentlichen auf die erheblichen degenerativen Verschleißerscheinungen, die nicht auf die Berufstätigkeit des Klägers zurückgeführt werden können. Hervorzuheben ist die massive Destruktion im letzten Segment der LWS. Hier handelt es sich um eine sehr stark ausgeprägte Spondylochondrose. Daneben bestehen erhebliche Anlagerungen, so der massive Gleitvorgang des 5. Lendenwirbelkörpers im Stadium II. Dieser Wirbelkörper war bereits 1992 um 50 % nach vorne versetzt. Die Ursache liegt in einer Verknöcherungsstörung des Wirbelbogens, also einem Leiden, welches sich bereits im Wachstumsalter manifestiert hatte. Durch den dadurch ausgelassen sehr starken Gleitvorgang erklärt sich auch der praktisch völlige 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 Übergang zwischen LWS und Kreuzbein verursacht worden ist. Verbunden ist diese Seitverbiegung mit einer erheblichen Verdrehung der Lendenwirbelkörper, woraus im 4. Segment eine Instabilität im Sinne eines leichten Drehgleitens entstanden ist. Es besteht kein Zweifel, dass die Fehlstatik überwiegend zur Bandscheibendegeneration beigetragen hat. Dabei muss nicht weiter darauf eingegangen werden, inwieweit der vor allem von Dr.F. erwähnte Alkoholabusus sowie Fettstoffwechsel- und Zuckerstoffwechselstörungen für das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigungen verantwortlich sind. Auffällig ist auch, dass an den übrigen Wirbelsäulenregionen erhebliche Bandscheibenschäden vorhanden sind, so an der HWS zwischen dem 5. bis 7. Halswirbelkörper mit sehr kräftigen überschießenden Randspornbildungen. Dieser Befund ist keineswegs geringer ausgeprägt als die Bandscheibenschäden der LWS, wobei sich diese Schäden nicht durch etwaige Überkopfarbeiten erklären lassen. Auch an der

---

---

BWS ergeben sich kräftige Randspornbildungen und Einengungen von Bandscheiben in drei Segmenten. Damit sind also alle drei Wirbelsäulenabschnitte von Verschleißerscheinungen betroffen, am stärksten die HWS und LWS, weniger die BWS. Auch dies spricht gegen eine berufsbedingte Ursache der Gesundheitsstörungen 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 Klägers nach [Â§ 109 SGG](#) gehört. Einem wiederholenden Antrag muss der Senat nicht folgen, zumal keine besonderen Umstände 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 über eine ausgebrannte und völlig destruierte LWS. Er schätzt die radiologisch zwar imponierenden, in der Beurteilung aber weniger bedeutsam einzustufenden massiven reaktiven Randspornbildungen falsch ein. Dies lässt sich bereits an den computertomographischen Befunden erkennen, wonach lediglich Protrusionen, aber keine Bandscheibenvorfälle gesehen werden konnten. Im übrigen berücksichtigt Dr.A. die wissenschaftliche Lehrmeinung nicht. Die Kriterien der Kausalitätsbeurteilung des Unfallrechts sind ihm teilweise nicht bekannt. Seinen radiologischen Interpretationen kann nicht zugestimmt werden. Außerdem lässt er eine ausreichende klinische Befunderhebung vermissen. Da es somit an den medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach Nr 2108 der Anlage 1 zur BKV fehlt, ist das Urteil des SG Nürnberg vom 04.02.1999 nicht zu beanstanden und die Berufung zurückzuweisen. Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Gründe für 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