
S 9 U 370/95

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---------------|---------------------------------|
| Land | Freistaat Bayern |
| Sozialgericht | Bayerisches Landessozialgericht |
| Sachgebiet | Unfallversicherung |
| Abteilung | 2 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | - |
| Normenkette | - |

1. Instanz

| | |
|--------------|--------------|
| Aktenzeichen | S 9 U 370/95 |
| Datum | 26.11.1997 |

2. Instanz

| | |
|--------------|--------------|
| Aktenzeichen | L 2 U 218/99 |
| Datum | 05.09.2001 |

3. Instanz

| | |
|-------|---|
| Datum | - |
|-------|---|

I. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 26. November 1997 aufgehoben. Der Bescheid der Beklagten vom 12. Juli 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 1995 wird aufgehoben. Es wird festgestellt, dass die beim Kläger bestehende bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule eine Berufskrankheit ist. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. ab 01. November 1997 zu gewähren.

II. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Verfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Parteien streiten um die Feststellung einer Lendenwirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit und um deren Entschädigung durch Verletztenrente.

Der 1938 geborene Kläger war nach Tätigkeiten in der elterlichen Landwirtschaft von 1952 bis 1959 und einer Tätigkeit in der eigenen Landwirtschaft mit Sägewerk von 1959 bis 1970 ab 01.01.1971 im Sägewerk seiner Ehefrau und

später seiner Tochter als versicherungspflichtiger Arbeitnehmer beschäftigt. Sowohl bezüglich des Zeitraumes ab 1959 als auch bezüglich des Zeitraumes ab 1971 ist der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten davon ausgegangen, dass die Tätigkeiten des Klägers wirbelsäulenbelastend im Sinne der Nr.2108 der Anlage zur BKVO gewesen seien. Bei der Stellungnahme zum Gesamtzeitraum ist ausgeführt, die Tätigkeit sei hoch belastend gewesen. Den Ermittlungen ist auch zu entnehmen, dass erst im Jahre 1982 eine gewisse Modernisierung des Sägewerkes vorgenommen wurde, die zu einer Minderung der belastenden Tätigkeiten führte. Der Kläger arbeitete im Sägewerk bis zu seiner Erkrankung im Oktober 1997, der Betrieb wurde zum 31.12.1997 abgemeldet. Arbeiten wurden bis dahin nicht mehr verrichtet. Nach einer ärztlichen Berufskrankheitsanzeige vom 25.10.1993 und Beiziehung von Unterlagen der AOK und der LVA Schwaben und einer Stellungnahme des Gewerbearztes vom 09.08.1994 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 12.07.1995 einen Anspruch auf Leistungen wegen einer Berufskrankheit bzw. einer drohenden Berufskrankheit ab, da der Kläger am 01.04.1988 keine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit ausgeübt habe. Den anschließenden Widerspruch des Klägers wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 20.10.1995 als unbegründet zurück, da der Vollbeweis einer belastenden Tätigkeit am 01.04.1988 nicht geführt sei.

Mit der anschließenden Klage hat der Kläger beantragt, seine Lendenwirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit anzuerkennen und ihm Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren.

Das Sozialgericht hat nach Einholung von Krankenkassenauskünften und Befundberichten und Beiziehung von Röntgenaufnahmen ein Gutachten von dem Orthopäden Dr.L. , F. , vom 01.10.1996 eingeholt. Der Sachverständige kommt zu dem Ergebnis, am Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung bestehe kein Zweifel, wengleich das Krankheitsbild sicher nicht ausschließlich durch die Folgesymptome der Bandscheibendegeneration, gegebenenfalls mit Nervenwurzelreiz gekennzeichnet sei, sondern auch wesentlich durch eine Segmentinstabilität bei Spondylolythese bei Aufbaustärkung des Lendenbeckenübergangs. Zu bedenken sei, dass die Bandscheibendegeneration hier im Speziellen wesentlich durch die Instabilität des Lumbosakralübergangs verursacht worden sei. Solche anlagemäßigen Formvarianten seien eine hochwirksame prädiskotische Deformität. Das Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung im eigentlichen Sinn (d.h. dass die primäre Ursache der Erkrankung in der Degeneration der Bandscheibe liege), liege hier also nur bedingt vor. Die prädiskotische Deformität sei eine konkurrierende Ursache für die Entstehung der Bandscheibendegeneration, was nicht zuletzt daraus hervorgehe, dass der Kläger bereits sehr frühzeitig unter entsprechenden Rücken-/Kreuzschmerzen und auch Ischialgien zu leiden gehabt habe, als die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer mindestens zehnjährigen belastenden Tätigkeit noch nicht gegeben gewesen seien. Ein belastungskonformes Schadensbild liege vor. Der belastungskonforme Verlauf lasse sich nicht eindeutig darlegen. Das frühzeitige Auftreten von Beschwerden spreche gegen die Annahme einer berufsbedingten Entstehung der den Beschwerden ursächlich zugrunde liegenden Veränderungen. Es sei auch zu bedenken, dass als

wesentliches Kriterium für eine belastungsindizierte Verschleißkrankheit der Lendenbandscheiben gelte, wenn mindestens drei oder mehr Bewegungssegmente der unteren Wirbelsäulenabschnitte, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, von Verschleißveränderungen betroffen seien. Der hier bisegmentale Befund spreche gegen die Annahme einer überwiegend durch äußere Faktoren ursächlich hervorgerufenen Erkrankung. Zusammenfassend sprechen die medizinischen Befunde gegen die Annahme, dass berufliche äußere Faktoren die Ursache der beim Kläger krankheitsauslösenden Veränderungen seien. Die als hoch belastend eingestufte berufliche Tätigkeit könne hier nur im Sinne einer Verschlimmerung auf das Anlageleiden eingewirkt haben, wobei dieser Verschlimmerungsanteil nicht nur vorübergehend und nicht exakt abgrenzbar sei, sondern letztlich als richtunggebend angesehen werden müsse, da die anlagebedingte Erkrankung des Skelettsystems durch die beruflich bedingte Einwirkung mit Wahrscheinlichkeit einen erheblich schwereren Verlauf genommen habe, als er ohne die Hebe- und Tragebelastungen anzunehmen gewesen wäre. Aus medizinischer Sicht habe der Zwang zur Unterlassung der Tätigkeiten, die für die Verschlimmerung und das Wiederauftreten der Krankheitserscheinungen ursächlich gewesen seien bzw. sein könnten, bestanden. Die MdE für eine anzuerkennende Berufskrankheit habe ab 01.12.1992 20 v.H. betragen.

In einer Stellungnahme für die Beklagte vom 04.11.1996 hat der Chirurg Dr.B. hierzu im Wesentlichen ausgeführt, es bestehe beim Kläger keine Bandscheibenerkrankung über das altersgemäße Maß hinaus. Die bestehenden Verschleißschäden seien eng begrenzt um den Anlageschaden herum, sie seien mono- bzw. bisegmental und ein arbeitsbedingter Anteil sei nicht abzugrenzen.

In einer gutachterlichen Stellungnahme vom 02.12.1996 hat Dr.L. hierzu im Wesentlichen ausgeführt, zwar spreche ein streng monosegmentaler Befund, noch viel mehr beim Vorliegen konkurrierender prädiskotischer Aufbaustörungen, gegen die Annahme eines ursächlichen berufsbedingt entstandenen Bandscheibenleidens. Die vom Kläger ausgeübte Tätigkeit sei jedoch durch den Technischen Aufsichtsdienst als hoch belastend eingestuft worden, dies müsse man berücksichtigen. Dies bedeute aber bei den konkreten Verhältnissen, dass eine solche hoch belastende Tätigkeit sich allerdings nur als Verschlimmerung eines anlagebedingten Bandscheibenleidens auf dessen Verlauf auswirken könne. Er habe zu begründen versucht, dass durch die berufliche Belastung die anlagebedingte Erkrankung einen erheblich schwereren Verlauf genommen habe, als dies ohne die berufliche Belastung mit Wahrscheinlichkeit geschehen wäre.

Hierzu hat Dr.B. erneut im Wesentlichen ausgeführt, ein dem Alter vorauseilender Bandscheibenschaden sei nicht erkennbar.

Mit Urteil vom 26.11.1997 hat das Sozialgericht die Klage als unbegründet abgewiesen und sich in den Urteilsgründen auf die Ausführungen des Dr.B. gestützt, ferner auf die des Dr.L., soweit dessen Gutachten Gesichtspunkte gegen das Vorliegen einer Berufskrankheit anführen.

Mit seiner Berufung macht der KlÄxger weiter die Berufskrankheit geltend, ferner einen Verletztenrentenanspruch nach einer MdE um mindestens 20 v.H.

Der Senat hat zunÄxchst Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens von dem OrthopÄxden Dr.G. , MÄxchen, vom 30.09.1999. Dieser fÄxhrt im Ergebnis aus, die medizinischen Voraussetzungen fÄx die Annahme einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LendenwirbelsÄxule, die mit Wahrscheinlichkeit auf die berufliche TÄxtigkeit als SÄxgewerksarbeiter zurÄxckzufÄxhren sei, lÄxgen im Sinne einer wesentlichen Teilursache vor. Allein von Seiten der Arbeitsbedingungen sei das Berufsbild des SÄxgewerksarbeiters geeignet, fÄx sich alleine ohne bestehende VorschÄxden bandscheibenbedingte Erkrankungen der LendenwirbelsÄxule auszulÄxsen bzw. zu verursachen. Der KlÄxger zeige jedoch anlagebedingte Anomalien der LendenwirbelsÄxule. Zum einen finde sich eine sogenannte lumbosakrale ÄxbergangsstÄxrung mit einem zusÄxtzlich freien WirbelkÄxrper und einer zusÄxtzlichen Bandscheibe durch sogenannte Lumbalisation des obersten Kreuzbeinabschnittes. Diese Variante fÄx sich alleine gesehen stelle keine prÄxdiskotische DeformitÄx dar. Als ungÄxnstig zeige sich jedoch, dass im lumbosakralen Äxbergangsbereich eine sogenannte Sacrum-acutum-Stellung vorliege mit einer groÄxen Winkelstellung zwischen den untersten beiden LendenwirbelkÄxrpern und dem Kreuzbein mit dadurch starker Scherbelastung der beiden untersten Bandscheiben. Diese ungÄxnstigen statischen VerhÄxtnisse kÄxnten, mÄxssen aber nicht einen verstÄxrkten VerschleiÄx der kaudalen Segmente verursachen. Die Aussage, dass die beim KlÄxger gefundenen radiologischen VerÄxnderungen nicht wesentlich Äxber altersentsprechende VerschleiÄxerscheinungen hinausgingen, sei kritisch zu werten. Bandscheibenbedingte Erkrankungen und degenerative WirbelsÄxulenverÄxnderungen seien multifaktoriell verursacht, wobei ein Ungleichgewicht zwischen Belastung und Belastbarkeit die zentrale Rolle spiele. Verminderte Belastbarkeit bestehe bei anlagebedingten Anomalien mit genetisch bedingter minderwertiger Gewebestruktur oder ungÄxnstigen statischen VerhÄxtnissen, wie im vorliegenden Fall, zum anderen eine Äxberdurchschnittliche Belastung, die auch normal angelegte Strukturen Äxberfordere. Im vorliegenden Fall treffe beides zu. Äxberdurchschnittliche kÄxrperliche Belastung bei durch Fehlstatik eingeschrÄxnkter Belastbarkeit habe zu frÄxzeitigem, verstÄxrktem VerschleiÄx der unteren LendenwirbelsÄxulenabschnitte gefÄxhrt. Auch die gefundenen radiologischen VerÄxnderungen zeigten eindeutig einen VerschleiÄx der unteren Bandscheiben sowie konsekutiv der unteren Bewegungskette, nÄxmlich der kleinen Wirbelgelenke, auf. Die verstÄxrkte berufliche Belastung habe zu einem chronisch-rezidivierenden Lumbalsyndrom gefÄxhrt, dies zeigten die sehr hÄxufigen Krankheitstage wegen akuter LWS-Beschwerden. Es handele sich um einen sogenannten rezidivierenden Facettenschmerz der unteren LendenwirbelsÄxule. Durch die chronische ZermÄxrbung der beiden kaudalen Bandscheiben sei es zu einer rezidivierenden Äxberlastung der Wirbelgelenke mit BewegungsunfÄxhigkeit und sogenannter pseudoradikulÄxrer Schmerzausstrahlung gekommen. Hinweise fÄx echte ischialgieforme Symptomatiken wie bei akutem Bandscheibenvorfall fÄxnden sich nicht. Aus all dem sei zu folgern, dass durch die lumbosakrale ÄxbergangsstÄxrung mit Sacrum-acutum-Stellung zwar eine entsprechend der heutigen Lehrmeinung unter der Norm belastbare

Lendenwirbelsäule vorliege, jedoch durch die schwere, die Lendenwirbelsäule ungünstig belastende, berufliche Tätigkeit eine wesentliche Teilursache mit einem chronischen Beschwerdebild vorliege. Ein medizinischer Zwang zum Unterlassen der potenziell schädigenden Tätigkeiten habe vorgelegen. Es liege eine MdE von 30 v.H. vor. Unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur bezüglich der Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane würden degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule mit anhaltender Funktionsbehinderung und häufigen, rezidivierenden, stärkeren und lang anhaltenden Nerven- und Muskelreizerscheinungen mit bis zu 30 v.H. bewertet. Diese MdE bestehe seit mindestens 1988.

Hierzu hat Dr.B. wiederum mit Stellungnahme vom 24.01.2000 ausgeführt, ein mehr als altersentsprechender und gleichzeitig beschwerderelevanter Bandscheibenschaden könne hier nicht zwanglos bestätigt werden. Die röntgenologische Darstellung ergebe eine deutliche Höhenminderung lediglich zwischen S 1 und S 2 bei einer bestenfalls diskreten Höhenminderung zwischen L 5 und S 1. Alle weiter kopfwärts gelegenen Bandscheibenniveaus kämen normalweit zur Darstellung. Die Wirbelkörper bieten nur ganz geringe ventrale Kantensporne an den Oberkanten der Wirbelkörper L 3 bis L 5. Bedenke man, dass die Höhenminderung zwischen S 1 und S 2 vordergründig in einem direkten Zusammenhang stehe mit der fehlwachstumsbedingten Isolierung bzw. Lumbalisierung des 1. Kreuzsegmentes, so sei hieraus nicht ohne Weiteres eine Bandscheibenzermüderung abzuleiten. Diese Höhenminderung liege von Anfang an seit den ältesten eingesehenen Röntgenaufnahmen unverändert vor. Es handele sich um eine anlagebedingte bzw. fehlwachstumsbedingte Höhenminderung. Hierzu passe, dass bei der Computertomographie vom 10.10.1989 in allen dargestellten Segmenten lediglich eine Bandscheibenprotrusion erkennbar gewesen sei, kein Bandscheibenvorfall. Solche Protrusionen seien ab dem 50. Lebensjahr eher die Norm als die Ausnahme. Für die Beschwerdesymptomatik seien vordergründig fehlstatische Funktionsstörungen, arthrotische Veränderungen an den Wirbelbogengelenken und an den Kreuzdarmbeinfugen sowie noch anderweitig begründete Allgemeinbeschwerden womöglich rheumatoider Art verantwortlich. Es sei auch nicht zu bestreiten, dass arthrotische Veränderungen an den Bogengelenken immer und ausschließlich die Folge zunächst einer Bandscheibenerkrankung bzw. Bandscheibenzerrüttung wären. Genausogut könnten primärarthrotische Veränderungen im Laufe der Zeit auch die Bandscheiben überlasten. Auch wenn entscheidungsrelevante Bandscheibenschäden vorhanden wären, sei kein ursächlicher Zusammenhang mit der Belastungsexposition zu konstatieren. Zunächst liege eine sehr frühzeitige Entstehung bereits ab dem 22. Lebensjahr vor. Dann ergäben sich deutliche Zeichen einer allgemeinen Binde- und Stützgewebsschwäche. Ferner ständen nur die untersten beiden Segmente zur Disposition, wobei das unterste Segment aufgrund der Wachstumsstörung nahezu auszuschneiden sei, so dass letztendlich nur ein monosegmentaler Schaden an typischer Stelle übrig bleibe. Hauptsächlich müsse aber die lumbosakrale Übergangsstörung als kausal bezeichnet werden.

Der Senat hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des

Orthopäden Dr.Z. , I. , vom 28.03.2000. Dieser kommt zu dem Ergebnis, wie die Verlaufsbeobachtung der Röntgenbilder seit 1974 eindeutig belege, habe in dem Zeitraum in den Bandscheibenschichten LWK 5/6 und LWK 6/SWK 1 eine zunehmende Zermürbung der jeweiligen Bandscheiben stattgefunden. Mittlerweile sei auch in geringerem Umfang der Zwischenwirbelraum L 4/L 5 in diesen Verschleißprozess einbezogen. Über die daraus folgende Höhenminderung sei es selbstverständlich auch zu einem entsprechenden Teleskopeffekt auf die Facettengelenke gekommen, die ihrerseits mit entsprechenden arthrotischen Behinderungen reagiert hätten. Dieser Pathomechanismus sei in der Wissenschaft bekannt.

In den kranialen Abschnitten der Lendenwirbelsäule sowie in den kaudalen Abschnitten der Brustwirbelsäule seien die degenerativen Veränderungen nicht über das altersübliche Ausmaß hinaus ausgebildet.

Es bestehe ferner eine Insuffizienz des ligamentären Bandapparates im Bereich des sakroiliakalen Übergangs. Ferner lägen beim Kläger auf orthopädischem Fachgebiet folgende Krankheitsbilder vor: Impingementsyndrom beider Schultergelenke, links ausgeprägter als rechts, initiale Coxarthrose rechtsseitig mit klinischem Hinweis einer eingeschränkten Innenrotationsfähigkeit sowie pathomorphologisch geringfügigen Veränderungen im Bereich des Pfannenerkers rechtsseitig.

Es sei sicherlich nicht zulässig, die vorliegende Symptomatik in ein generelles Syndrom der Stützgewebeschwäche einzugliedern. Betrachte man die gesamte Wirbelsäule, so liege der Schwerpunkt der degenerativen Veränderungen eindeutig im Bereich der kaudalen Abschnitte der LWS und des lumbosakralen Übergangs. Die von Dr.B. angeführte Zusammenfassung von schon seit 1960 bekannten und verfolgbaren Beschwerdesymptomen mit dem Endergebnis einiger Protrusionen an den unteren Lendenwirbelscheiben bildeten den tatsächlichen Prozess in der Zeitschiene nicht ab. Auch die erwähnten anderweitig begründeten Allgemeinbeschwerden womöglich rheumatoider Art, die wenig eindrucksvoll erklärten Beschwerden an beiden Schultergelenken und an allen Beimgelenken bei einer allergischen Diathese und der aktenkundigen Suche nach Rheumafaktoren scheine nur das Bemühen des BG-Gutachters zu belegen, entscheidungsperiphere Tatbestände auszuwerten, allerdings auf Kosten wesentlicher Aussagen in den Vorgutachten.

Die vorliegenden pathomorphologischen Störungen seien insbesondere im Segment LWK 6/SWK 1 sowie LWK 5/LWK 6 ausgeprägt. Sie zeigten seit 1974 eine zunehmend deutliche Ausprägung. Es könne davon ausgegangen werden, dass unter dem Blickwinkel des Dreigelenkesystems es im Laufe der Jahre zu zunehmenden Verschleißerscheinungen in den letzten beiden, präsakralen Bewegungssegmenten gekommen sei.

Die in den Röntgenbefunden beschriebene Sacrum-acutum-Stellung sei röntgenologisch nachvollziehbar, sie sei jedoch nur geringfügig ausgeprägt. Das Ausmaß der fehlwachstumsbedingten Aufbaustörungen werde in den

Ausführungen Dr.B. sicher überbewertet, ziehe man objektive Messmethoden heran. Es entspreche allgemeinem orthopädischen Grundverständnis, dass bei dem vorliegenden konkreten Schweregrad der genetisch bedingten Normabweichung solche Veränderungen in keinem notwendigen Zusammenhang mit einer entsprechenden Schmerz- bzw. funktionellen Defizitsymptomatik stehen bzw. im Längsschnittverlauf dazu führen müssten. Der Sachverständige verweist hierzu auf wissenschaftliche Veröffentlichungen. Wenn Dr.B. die vorliegende Beschwerdesymptomatik im Wesentlichen kausal auf die lumbosakrale Übergangsstörung zurückführt, könne dies wissenschaftlich und literaturmäßig sicherlich nicht belegt werden. Es liege auch bei funktioneller Betrachtungsweise eindeutig ein zweisegmentaler und nicht ein monosegmentaler Schaden vor. Richtig sei, dass es auch isolierte Spondylarthrosen wie isolierte Bandscheibenvorfälle gebe. Die übliche und auch im wissenschaftlichen Raum akzeptierte Verlaufsform des pathogenetischen Prozesses chronischer Verlaufsformen stelle sich jedoch üblicherweise im Bereich des Dreisegmentesystems Bandscheibe und Facettengelenke dar, wobei das führende pathogenetische Agens sicher die Bandscheibe sei.

Zu den Ausführungen des Dr.B. , wonach hauptsächlich kausal die lumbosakrale Übergangsstörung sei, führt der Sachverständige aus, dass eine solche Instabilität nur als Hypothese bestehe und nie durch entsprechende Funktionsaufnahmen erhärtet worden sei. Die im CT vom 10.10.1989 erhaltene Rotationsinstabilität sei aus der Befundlage nicht ableitbar und könne nur als eine mögliche Hypothese für die damals bestehende Beschwerdesymptomatik aufgefasst werden. Auch bei den jetzt erstmalig durchgeführten Funktionsaufnahmen der LWS und des lumbosakralen Übergangs sei eine solche Instabilität im lumbosakralen Übergangsegment nicht nachweisbar. Die vorbestehenden Strukturveränderungen der Lendenwirbelsäule hätten deshalb nicht den entscheidenden pathogenetischen Wert. Aufgrund des tatsächlichen Schweregrades dieser Veränderungen könne ihnen auch nicht, wie im Gutachten Dr.L. angenommen, die Rolle einer konkurrierenden Teilursache zukommen. Bei Wertung der vorliegenden Befundtatsachen komme den expositionsabhängigen Parametern in der Verursachung der vorliegenden Gesundheitsstörung im lumbalen lumbosakralen Übergangsabschnitt die entscheidende Bedeutung zu.

Die medizinischen Voraussetzungen für die Annahme einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule liegen damit vor. Im Vergleich zu den vorliegenden strukturellen, genetisch bedingten Veränderungen sei den beruflich expositionsbedingten Einwirkungen die führende Rolle in der Pathogenese des Krankheitsbildes im LWS- und lumbosakralen Übergangsbereich zuzurechnen. Die vorliegenden genetischen Veränderungen seien allenfalls mäßiggradig ausgeprägt. Auch in der wissenschaftlichen Literatur sei der Wert derartiger Veränderungen für die Entwicklung des vorliegenden Krankheitsbildes keinesfalls gesichert. Die berufsbedingten Faktoren seien deshalb eine wesentliche Teilursache in der Entstehung und Unterhaltung des Krankheitsbildes gewesen. Ein medizinisch begründeter Zwang zur Tätigkeitsaufgabe wird vom Sachverständigen bejaht. Der Sachverständige schätzt die MdE ab 01.12.1992 (Eintritt der Berufsunfähigkeit) auf 20 v.H. ein.

Hierzu hat Dr.B. gegenüber der Beklagten ausgeführt, dieses Gerichtsgutachten sei nicht so ganz einfach widerlegbar. Was ihm heute nun freilich auffalle, sei die Tatsache, dass lediglich einmal, nämlich am 10.10.1989 tomographiert worden sei und zwar im Sinne einer Computertomographie. Diese sei knochenspezifisch und bezüglich der Bandscheiben eigentlich weniger aussagekräftig. Zudem liege sie schon sehr lange zurück. Aufklärungsbedarf bestehe auch noch im Bezug auf die fragliche Spondylolisthesis vera, die damals vom Radiologen behauptet worden sei, vom aktuellen Gerichtsgutachter aber angezweifelt werde. Diese neuen Untersuchungsbefunde sollten zusammen mit den vorhandenen vorgelegt werden, damit hierzu Stellung genommen werden könne.

In einer weiteren beratungsfachärztlichen Stellungnahme vom 08.01.2001 hat Dr.B. erneut ausgeführt, er sehe einen mehr als altersentsprechenden lumbalen Bandscheibenschaden nicht und er sehe auch keine wirklich bandscheibenbedingte Erkrankung. Die leichten Abnutzungszeichen im ganzen unteren LWS-Abschnitt und am lumbosakralen Übergang seien absolut zwanglos und seines Erachtens ausschließlich begründet mit einer fehlwachstumsbedingten Aufbaustärkung und hieraus resultierenden Instabilitäten.

Der Kläger hat am 16.11.2000 ein MRT der Lendenwirbelsäule durchführen lassen. Diese hat den Verdacht auf lumbosakralen Übergangswirbel mit Lumbalisation des 1. Sakralwirbels ergeben, ferner einen subligamentären linken mediolateralen Bandscheibenvorfall L 4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L 5 links, Osteochondrose von LWK 3/4 bis LWK 5/SWK 1 und eine Foraminaenge L 3 bis S 1 beidseits, betont bei L 4/5 links.

Dr.Z. hat hierzu in einem Gutachten vom 19.02.2001 ausgeführt, mit Ausnahme des Verdachts auf den lumbosakralen Übergangswirbel mit Lumbalisation des 1. Sakralwirbels hätten sich ausschließlich tatsächliche Bandscheibenveränderungen bzw. die Folgen von Bandscheibenveränderungen ergeben. Unter pathophysiologischen Gesichtspunkten sei sicherlich naheliegend, die beschriebene Osteochondrose sowie die Foramenenge als belastungsadaptive Veränderungen bei vorliegenden Bandscheibenschädigungen zu sehen. Damit liege ein weiteres Beweismittel vor, dass im vorliegenden Fall eine bandscheibenbedingte Erkrankung festzustellen sei. Damit belege auch die Kernspintomographie den Tatbestand, dass eine entsprechende Bandscheibenschädigung in mehreren Segmenten der Lendenwirbelsäule vorliege.

In einer weiteren Stellungnahme vom 17.07.2001 führt Dr.B. hierzu aus, es könne bestätigt werden, dass grundsätzlich ein mehrsegmentaler lumbaler Bandscheibenschaden vorliege. Bedenke man jedoch, dass infolge der fehlwachstumsbedingten Lumbalisierung des 1. Kreuzsegments und vor allem die normalerweise nicht vorhandene Bandscheibe bzw. überhaupt das normalerweise nicht vorhandene Bewegungssegment zum 2. Kreuzsegment hin dysplastisch angelegt seien, dann ergebe sich in der Konsequenz eigentlich lediglich ein Bandscheibenvorfall bzw. ein entscheidungsrelevanter Bandscheibenschaden im untersten Übergangsegment, d.h. an hierfür typischer Stelle und eine

leichtergradige Schädigung im Segment darüber. Dies bei einem nun bereits 63-jährigen Mann, der elf Jahre früher computertomographisch noch keinen Bandscheibenvorfall, sondern lediglich einige Protrusionen geboten habe. Insofern könne er hier einen auffällig oder grob der Altersnorm vorseilenden Schaden bzw. eine entsprechende Schadensentwicklung nicht ohne Weiteres bestätigen. Es dürfe darauf hingewiesen werden, dass gerade Prof. Weber zum Ausdruck gebracht habe, dass belastungsbedingt aufgetretene diesbezügliche Schäden eigentlich nur eine vorübergehende Linksverschiebung erkennen ließen, d.h. eine Beschleunigung der Schadensentwicklung vorwiegend im vierten Lebensjahrzehnt, die sich am Ende des fünften und dann vor allem im Laufe des sechsten Lebensjahrzehntes wieder dem Erkrankungsniveau der Allgemeinbevölkerung angleiche. Mit anderen Worten, dass ein ursächlicher Zusammenhang in den höheren Altersklassen vergleichsweise eher unwahrscheinlich sei. Er sehe insofern keine wirklich zeitkonforme Schadensentwicklung, worauf er schon früher hingewiesen habe. Er sehe auch keine wirklich überzeugende belastungskonforme Entstehung. Zwar seien natürlich chondrotische und osteochondrotische, belastungsadaptive Erscheinungen im kaudalen bzw. untersten Lendenabschnitt zu bestätigen, es fehlten jedoch die ebenfalls zu fordernden belastungsadaptiven Reaktionen im Bereich der oberen Lendenwirbelsäule und im Bereich des thorakolumbalen Überganges. Solche seien in Form von überwiegend spondylotischen Veränderungen zu erwarten. Im oberen Lendenwirbelsäulenabschnitt sowie am thorakolumbalen Übergang ergäben sich im vorliegenden Falle eben überhaupt keinerlei derartige Veränderungen oder Reaktionen. Der Aussage, dass die Kernspintomographie eine bandscheibenbedingte Erkrankung beweise, könne nur teilweise zugestimmt werden. Bewiesen sei eine Bandscheibenerkrankung an sich, nicht ohne Weiteres bewiesen sei insoweit demgegenüber eine bandscheibenbedingte Erkrankung des Versicherten und erst recht nicht eine berufsbedingt entstandene oder zu entscheidenden Teilen verschlimmerte Bandscheibenerkrankung. Den aktuellen Fall betreffend könnten die schon in den 60-er und 70-er Jahren aufgetretenen Beschwerden nicht mit dem Bandscheibenvorfall im Segment L 5/S 1 begründet werden. Ebenso wenig die Beschwerden in den 80-er Jahren. Schließlich habe der Versicherte als 30-jähriger sicher noch keinen Bandscheibenvorfall und keine erkrankungsrelevanten Bandscheibenschäden bis mindestens 1989 gehabt. Und außerdem sei das früher bzw. langjährige Beschwerdebild des Versicherten auch zwanglos erklärbar mit der lumbosakralen Aufbaustärkung. Er halte absolut an seiner bisherigen Beurteilung fest und sehe keinen zeitkonform entstandenen lumbalen Bandscheibenschaden, keinen belastungskonform ausgebildeten lumbalen Bandscheibenschaden und einige beträchtliche nicht berufsbedingte Verursachungsmomente, nämlich eine Hyperlordose mit einem Sacrum acutum bei asymmetrischer Lumbalisation des 1. Kreuzsegmentes, einer wahrscheinlich Scheuermannschen Rundrückenbildung und einer allgemeinen Veranlagung zum Gelenkknorpel und Bandscheibenverschleiß auf dem Boden nicht zuletzt einer Binde- und Stützgewebsschwäche.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 26.11.1997 und den Bescheid der Beklagten vom 12.07.1995 in der Gestalt des

Widerspruchsbescheids vom 20.10.1995 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, eine Berufskrankheit nach Nr.2108 der Anlage 1 zur BKVO anzuerkennen und Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. ab 01.11.1997 zu gewährleisten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zum Verfahren beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung sind die Akte der Beklagten und die Akte des Sozialgerichts Augsburg in dem vorangegangenen Klageverfahren und in dem Verfahren S 11 Vs 669/96. Auf ihren Inhalt und das Ergebnis der Beweisaufnahme wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig; eine Beschränkung der Berufung nach [Â§ 144 SGG](#) besteht nicht. Die Berufung ist auch begründet.

Die Entscheidung in dem Rechtsstreit richtet sich nach dem seit 01.01.1997 geltenden SGB VII, weil die Anspruchsgrundlage der Nr.2108 der Anlage zur BKVO zum Eintritt des Versicherungsfalles das Unterlassen aller Tätigkeiten erfordert, die für die Entstehung, Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können und eine solche Tätigkeitsaufgabe erst im Jahre 1997 erfolgt ist ([Â§ 212 SGB VII](#)).

Nach [Â§ 9 Abs.1 SGB VII](#) i.V.m. Nr.2108 der Anlage zur BKVO sind Berufskrankheiten auch bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Diese Voraussetzungen liegen für die Lendenwirbelsäulenerkrankung des Klägers vor.

Dass der Kläger im Sinne des [Â§ 9 Abs.1 Satz 2 SGB VII](#) i.V.m. Nr.2108 der Anlage zur BKVO bei seiner versicherten Tätigkeit in erheblich höheren Grade als die übliche Bevölkerung Einwirkungen durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten ausgesetzt war, steht fest aufgrund der entsprechenden Ermittlungen der Beklagten und ist im Übrigen unstrittig.

Dass diese Einwirkungen wesentlich wenigstens Mitursache für die Lendenwirbelsäulenerkrankung des Klägers waren und zu Aufgabe aller belastenden Tätigkeiten geführt haben, ergibt sich übereinstimmend aus den vom Sozialgericht und vom Senat eingeholten Sachverständigengutachten. Dagegen sprachen allein die von der Beklagten vorgelegten gutachterlichen Ausführungen des Dr.B; Sie haben den Senat im Gegensatz zu den Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen nicht überzeugt. Abgesehen davon, dass sie ersichtlich allein darauf abgezielt haben, gegen den Anspruch sprechende Tatsachen aufzufindig zu machen, um einen Anspruch des Klägers möglichst abzuwehren, hat zuletzt der Sachverständige Dr.Z. , auch unter

Berücksichtigung der von Dr.B. geforderten MRT-Untersuchung, in wesentlicher Übereinstimmung mit den übrigen gerichtlichen Sachverständigen die von Dr.B. angeführten Argumente abgehandelt. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme sieht es der Senat demnach als bewiesen an, dass beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vorliegt, die zeitliche Entwicklung der bei einem beruflich erworbenen Bandscheibenschaden entspricht und ein schadenskonformes Verteilungsmuster vorliegt. Dass und in welchem Umfang eine lumbosacrale Übergangsstörung vorliegt und inwiefern sie als anlagebedingte Gesundheitsstörung an der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule mitgewirkt hat, ist von Dr.B. lediglich unter dem Gesichtspunkt einer gegen die Berufskrankheit sprechenden Gesundheitsstörung abgehandelt worden. Allein die gerichtlichen Sachverständigen haben in nachvollziehbarer Weise die Anteile der berufsbedingte Einwirkungen und der Anlagestörung gegeneinander abgewogen und nachvollziehbar begründet, warum die Anlagestörung nicht allein wesentliche Ursache war, vielmehr daneben die berufsbedingten Einwirkungen als wesentliche Mitursache anzusehen sind.

Bei der Einschätzung der MdE hat sich der Senat den Sachverständigen Dr.L. und Dr.Z. angeschlossen, weil sie im Gegensatz zu dem Sachverständigen Dr.G. der Bewertung nicht das gesamte bandscheibenbedingte Schadensbild der Lendenwirbelsäule, sondern lediglich den durch die beruflichen Belastungen bedingten und damit von der Beklagten zu entschuldigenden Anteil zugrunde gelegt haben.

Die Entscheidung über die Kosten stützt sich auf [Â§ 193 SGG](#) und folgt der Erwägung, dass der Kläger mit seinem Begehren obsiegt hat.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Erstellt am: 05.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024