
S 5 U 19/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 U 19/96
Datum	29.04.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 17 U 239/99
Datum	17.01.2001

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 29.04.1999 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob bei dem Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule (LWS) als Berufskrankheit (BK) anzuerkennen und nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20 vH zu entschädigen ist.

Am 30.12.1994 beantragte der am 11.12.1945 geborene Kläger die Anerkennung einer BK. Er gab an, seit Jahren Beschwerden an der Wirbelsäule zu haben.

Der Kläger war seit 1962 in einem Sägewerk als Gattersänger beschäftigt. Dort verrichtete er alle anfallenden Arbeiten, insbesondere das Ablängen von Rundholz, den Holztransport, den Holzeinschnitt am Vollgatter, Arbeiten an der Doppelsägemaschine und an der Hobelmaschine sowie an der Pendelsäge und

an den SÄxgeschÄxrfmaschinen. AuÄxerdem nahm er Arbeiten im Holzlager sowie an der TischkreissÄxge wahr. Dabei fiel Heben und Tragen äx vor dem und seitwÄxrts des KÄxrpers sowie auf der Schulter äx bis zu 70 kg an. Seit April 1993 ist er als selbstÄxndiger Unternehmer eines SÄxgewerks bis heute tÄxchtig und verrichtet im Wesentlichen die selben Arbeiten. Der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten schloss in seiner Stellungnahme vom 23.08.1995 aus, dass langjÄxhriges Heben und Tragen schwerer Lasten Äxber 25 kg vorlag.

Die Beklagte zog eine Krankheitsauskunft der AOK Aschaffenburg vom 23.02.1995, den HV-Entlassungsbericht der Rheumaklinik Bad A äx vom 09.02.1995 sowie Befundberichte der AllgemeinÄxrzte Dr.R.R äx (Kahl) vom 08.04.1995 und Dr.B.B äx (Kahl) vom 27.04.1995 sowie Äxrtliche Unterlagen des Chirurgen Dr.S.S äx (Kreiskrankenhaus A äx) bei und lehnte mit Bescheid vom 07.11.1995 einen Anspruch auf Leistungen wegen einer BK (WirbelsÄxulenerkrankung) ab, da die ausgeÄxbtete TÄxtigkeit keine GefÄxhrdung iS der BKV darstelle (bestÄxtigt durch Widerspruchsbescheid vom 19.12.1995).

Gegen die ablehnenden Bescheide hat der KlÄxger Klage zum Sozialgericht (SG) WÄxrzburg erhoben und beantragt, die WirbelsÄxulenerkrankung als BK nach Nr 2108 der Anl 1 zur BKV anzuerkennen und ab Januar 1995 mit einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 vH zu entschÄxdigenden. Er hat vorgetragen, dass die Angaben des TAD zur Belastung beim Heben und Tragen unzutreffend seien.

Der TAD der Beklagten hat mit Stellungnahme vom 19.08.1996 und 13.11.1996 ausgefÄxhrt, die TÄxtigkeit des KlÄxgers sei geeignet gewesen, eine WirbelsÄxulenerkrankung nach der Ziff 2108 zu verursachen.

Das SG hat die OrthopÄxdin Dr.B.Bl äx (WÄxrzburg) mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 08.01.1997 hat diese eine Fehlbelastung der LWS in Folge einer RundrÄxckenbildung in der BrustwirbelsÄxule (BWS) mit Abnutzungserscheinungen nach abgelaufenen Morbus Scheuermann und eine kompensatorische Hohlkreuzbildung in der LWS, die zu rezidivierenden wetter- und belastungsabhÄxngigen WirbelsÄxulenbeschwerden fÄxhrte, als Diagnose angegeben. Es liege eine beginnende FunktionsstÄxrung im Bereich der LWS vor. Eine Wurzelreizsymptomatik kÄxnne nicht nachgewiesen werden. Da der Bandscheibenschaden im Bereich L4/5 nur leicht sei, sei die Erkrankung als geringwertig einzuschÄxutzen und kÄxnne nicht iS der BK-Nr 2108 interpretiert werden.

Auf Antrag des KlÄxgers gem [Ä§ 109 SGG](#) hat das SG sodann ein Gutachten des Neurochirurgen Dr.H.P äx (WÄxrzburg) vom 12.11.1998 eingeholt. Dieser hat ausgefÄxhrt, der KlÄxger habe auf Grund seiner Äxber 30-jÄxhrigen schweren beruflichen TÄxtigkeit im SÄxgewerk ein Bandscheibenleiden der unteren LWS erworben. Eine MdE von 20 vH bestehe seit 1995. Die Beklagte hat dem mit der beratungsfachÄxrtlichen Stellungnahme des Chirurgen Dr.B.Br äx (MÄxnchen) vom 18.01.1999 widersprochen.

Mit Urteil vom 29.04.1999 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur BegrÄxndung hat

es sich im Wesentlichen auf das Gutachten der Frau Dr.B.BI â€¦ gestÃ¼tzt und den ursÃ¤chlichen Zusammenhang zwischen der beruflichen Einwirkung und der vorliegenden WirbelsÃ¤ulenerkrankung verneint.

Gegen dieses Urteil hat der KlÃ¤ger Berufung eingelegt und vorgetragen, die Fachqualifikation des Dr.H.P â€¦ sei ungleich hÃ¶her als die der Frau Dr.B.BI â€¦. Zudem leide das Urteil des SG unter verschiedenen Fehlern insbesondere hinsichtlich der Feststellung, dass im Bereich der BWS die VerschleiÃ¶erscheinungen stÃ¤rker ausgeprÃ¤gt seien als im Bereich des unteren LWS-Abschnitts. Auch seien der leicht abgelaufene Morbus Scheuermann sowie die leichte Keilwirbelbildung im KrÃ¤mmungsscheitel bei TH 8 sowie die ausgeprÃ¤gte RundrÃ¼ckenbildung unbedeutende UmstÃ¤nde.

Der Senat hat einen Befundbericht der AllgemeinÃ¤rztin Dr.C.W â€¦ (Kahl) vom 23.09.1999 sowie die einschliÃ¶ssigen RÃ¶ntgen- und CT-Aufnahmen zum Verfahren beigezogen und den OrthopÃ¤den Dr.V.F â€¦ (MÃ¼nchen) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In dem Gutachten vom 25.10.1999/30.11.1999/ 28.02.2000 hat dieser ausgefÃ¼hrt, es fehle vor allem an dem Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung. Aber auch auf Grund der mehrfachen konkurrierenden VerursachungsmÃ¶glichkeiten kÃ¶nne die Anerkennung einer BK nach der Ziff 2108 nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit begrÃ¼ndet werden.

Mit Schriftsatz vom 17.11.1999 hat der KlÃ¤ger vorgetragen, dass Dr.V.F â€¦ in seinem Gutachten die neue Technik der CT- und NMR-Aufnahmen ausgespart habe. Er fÃ¼hle sich mit der Diagnostik der RÃ¶ntgenaufnahmen offenbar besser. Zudem sei die Beurteilung der WirbelsÃ¤ule dem OrthopÃ¤den praktisch nicht mÃ¶glich. Die Beurteilung durch einen Neurochirurgen, insbesondere Dr.H.P â€¦, sei genauer und zuverlÃ¤ssiger. Auch sei nicht vertretbar, dass Dr.V.F â€¦ auf den Beratungsarzt der Beklagten, Dr.B.Br â€¦, Bezug nehme. Zudem gehe er von einer vÃ¶llig falschen KausalitÃ¤tslehre aus. Auch sei zu bemÃ¤ngeln, dass er sich auf die berufsgenossenschaftliche Literatur berufe und diese unkritisch anwende. Es werde daher nochmals eine Begutachtung beantragt.

Den Antrag des KlÃ¤gers auf Ablehnung des SachverstÃ¤ndigen Dr.V.F â€¦ wegen Besorgnis der Befangenheit hat der Senat mit Beschluss vom 23.11.2000 zurÃ¼ckgewiesen.

Der KlÃ¤ger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des SG WÃ¼rzburg vom 29.04.1999 sowie des Bescheides vom 07.11.1995 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19.12.1995 zu verurteilen, eine BK nach Ziff 2108 der Anl 1 zur BKV anzuerkennen und ab Januar 1995 Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 vH zu gewÃ¤hren, hilfsweise festzustellen, dass die sonstigen Voraussetzungen fÃ¼r die Anerkennung einer BK Ziff 2108 der Anl 1 zur BKV (mit Ausnahme des Unterlassungstatbestandes) vorliegen, weiter hilfsweise ein Gutachten nach [Â§ 109 SGG](#) einzuholen.

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

WÃ¼rzburg vom 29.04.1999 zurÃ¼ckzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird ergÃ¤nzend auf den Inhalt der beigezogen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Berufung des KlÃ¤gers ist zulÃ¤ssig, jedoch nicht begrÃ¼ndet.

Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf Anerkennung und EntschÃ¤digung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS als BK gem. Â§ 9 Abs 1 Sozialgesetzbuch (SGB VII) iVm Nr 2108 der Anl 1 zur BKV, auch nicht auf Feststellung des Vorliegens einer BK gem. [Â§ 9 Abs 4 SGB VII](#).

Nach [Â§ 9 Abs 1 SGB VII](#) sind BKen die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach Â§ 2, 3 oder 6 begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit erleiden. Nach Nr 2108 der Anl 1 zur BKV gelten als BKen bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS, die durch langjÃ¤hriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjÃ¤hrige TÃ¤tigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung hervorgerufen werden und zur Unterlassung aller TÃ¤tigkeiten gezwungen haben, die fÃ¼r die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursÃ¤chlich waren oder sein kÃ¶nnen. Es mÃ¼ssen also zum Einen die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK in der Person des Versicherten gegeben sein, zum Anderen das typische Krankheitsbild dieser BK vorliegen und dieses muss iS der unfallrechtlichen KausalitÃ¤tslehre mit Wahrscheinlichkeit auf die wirbelsÃ¤ulenbelastende berufliche TÃ¤tigkeit zurÃ¼ckzufÃ¼hren sein (vgl. Kasseler Komm. â Riecke â [Â§ 9 SGB VII](#), RdNr 11; Brackmann/Krasney, Handbuch der Sozialversicherung, Band III â Stand 1997 -[Â§ 9 SGB VII](#) RdNr 21 ff).

Da der KlÃ¤ger als selbstÃ¤ndiger Unternehmer weiterhin sÃ¤gewerkstypische TÃ¤tigkeiten ausÃ¼bt (s. GA Dr.B.BI â vom 08.01.1997), ist der Unterlassungstatbestand der Nr 2108 nicht erfÃ¼llt, so dass grundsÃ¤tzlich nur eine Feststellung gem. [Â§ 9 Abs 4 SGB VII](#) infrage kommen kann.

Der Senat kann aber auch keine derartige Feststellung treffen, weil die Ã¼brigen Voraussetzungen fÃ¼r die Anerkennung einer BK nicht erfÃ¼llt sind.

Ein Anspruch des KlÃ¤gers nach [Â§ 9 Abs 4 SGB VII](#) scheitert vor allem daran â obwohl die arbeitstechnischen Voraussetzungen gemÃ den Stellungnahmen der Beklagten vom 19.08.1996 und 13.11.1996 vorliegen -, dass nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme eine Erkrankung der LWS iS der Nr 2108 der Anl 1 zur BKV nicht nachgewiesen ist. Eine Erkrankung in dem genannten Sinne setzt nicht nur das Vorliegen eines Bandscheibenschadens voraus. Es muss auch die klinische Relevanz schadensgesichert sein (vgl. SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6.Aufl, S 530). Nach den Ã¼berzeugenden Gutachten des Dr.V.F

â¶ vom 22.10.1999/ 30.11.1999/28.02.2000 sowie Dr.B.BI â¶ vom 08.01.1997 belegen die medizinischen Befunde keine klinisch relevante Erkrankung der LWS. Danach liegen bei dem KlÃ¤ger an der LWS zwar leichtere Einengungen der 1., 4. und 5. Lendenbandscheibe mit kernspintomografisch nachgewiesener BandscheibenvorwÃ¶lbung zwischen dem 4. und 5. LendenwirbelkÃ¶rper sowie degenerative VerÃ¤nderungen der unteren Wirbelgelenke vor, also morphologische StrukturverÃ¤nderungen. Die Kreuzbeinbasis ist steil gestellt, so dass die LWS teils kompensatorisch auf Grund des RundrÃ¼ckens, teils auf der Basis des steil gestellten Kreuzbeines vermehrt nach rÃ¼ckwÃ¤rts gekrÃ¼mmt ist. Die Zuordnung eines entsprechenden klinischen Korrelats gelingt aber nicht. SensibilitÃ¤tsausfÃ¤lle, Kraftminderung, Reflexdifferenzen, positiver Nervendehnschmerz, Cauda-Syndrom mit Blasen- und DarmentleerungsstÃ¶rungen liegen nicht vor. SÃ¤mtliche Ã¤rztliche Berichte ergeben, dass die neurologischen Befunde vÃ¶llig unauffÃ¤llig gewesen sind. Auch der Gutachter des Vertrauens des KlÃ¤gers, Dr.H.P â¶, hat unter Heranziehung erweiterter Untersuchungsmethoden eine Nervenbeteiligung ausgeschlossen. Das Vorhandensein einer geringfÃ¼gigen BandscheibenvorwÃ¶lbung, leichter Bandscheibeneinengungen sowie geringfÃ¼giger degenerativer VerÃ¤nderungen der LWS ohne Nervenwurzelreizsymptomatik entsprechen nicht der Definition einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS, wie sie im Merkblatt des Bundesministeriums fÃ¼r Arbeit und Sozialordnung vom 01.03.1993 (BArbBl 1993, H 3, S 50) gefordert wird. Es fehlt an einem chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerdebild mit FunktionseinschrÃ¤nkung (SchÃ¶nberger aaO S 530; LSG BW vom 29.01.1998 â¶ [NZS 1999, 93](#); Brandenburg, Med Sach 94 [1998], S 111). Da keine erheblichen Bandscheibeneinengungen der LWS bestehen und auch kein Bandscheibenvorfall nachgewiesen ist, sind die radiologischen VerÃ¤nderungen insgesamt gesehen als geringfÃ¼gig zu bezeichnen. Sie stellen einen Befund dar, der, wie Dr.V.F â¶ zu Recht ausfÃ¼hrt, in faktisch jedem Kernspin- oder Computertomogramm eines Menschen jenseits des 3. Lebensjahrzehnts zu verzeichnen ist. Auch Dr.H.P â¶ stuft in seinem Gutachten die VerÃ¤nderung der LWS als mÃ¤Ãiggradig ein und weist darauf hin, dass im Kernspin nur leichte Protrusionen ohne Tangierung neuronaler Strukturen vorliegen.

Selbst bei Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung iS der Nr 2108 wÃ¤re die Feststellung nach [Ã§ 9 Abs 4 SGB VII](#) auch deshalb nicht mÃ¶glich, weil der ursÃ¤chliche Zusammenhang zwischen der wirbelsÃ¤ulenbelastenden TÃ¤tigkeit und der bandscheibenbedingten Erkrankung nicht mit hinreichender Sicherheit zu bejahen ist. Eine Wahrscheinlichkeit des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs liegt vor, wenn beim vernÃ¼nftigen AbwÃ¤gen aller UmstÃ¤nde die auf die berufliche Verursachung deutenden Faktoren so stark Ã¼berwiegen, dass darauf die Entscheidung gestÃ¼tzt werden kann. Beim KlÃ¤ger liegen aber erhebliche konkurrierende VerursachungsmÃ¶glichkeiten anlagebedingter Natur vor, insbesondere eine ausgeprÃ¤gte Fehlstatik der WirbelsÃ¤ule mit RundrÃ¼cken. Dieser und eine anlagebedingte Steilstellung der Kreuzbeinbasis fÃ¼hren zwangslÃ¤ufig zu einer vermehrten RÃ¼ckwÃ¤rtskrÃ¼mmung (Hohlkreuz) der LWS. Dadurch werden ScherkrÃ¤fte gerade in den unteren Segmenten hervorgerufen, in deren Bereich sich auch zwei Bandscheibeneinengungen finden. Daneben leidet der KlÃ¤ger an einer FettstoffwechselstÃ¶rung. Zudem sind ein Nikotinabusus und ein

relativ hoher Alkoholkonsum bekannt (siehe HV-Entlassungsbericht vom 09.02.1995). Insbesondere die Fettstoffwechselstörungen können zusätzlich für die Gesundheitsstörungen an der LWS verantwortlich gemacht werden (Hacks in: G.Hierholzer, G.Kunze, D.Peters [Hrsg], 13.Gutachtenskolloquium, S 148).

Danach kann der Senat in Übereinstimmung mit den vorgenannten Gutachtern nicht zu der Auffassung gelangen, dass eine Erkrankung der LWS iS der Nr 2108 der Anlage 1 zur BKV vorliegt, die im ursächlichen Zusammenhang mit der Berufsbelastung des Klägers steht.

Daran können auch die Ausführungen des Klägers nichts ändern. Bereits im Beschluss vom 23.11.2000 über die Zurückweisung seines Antrags auf Ablehnung des Sachverständigen Dr.V.F. Dr., hat der Senat ausgeführt, dass der Sachverständige eine rechtsverbindliche Interpretation von KSP- und CT-Aufnahmen nicht vornehmen darf. Dieser hat aber die schriftlichen radiologischen Auswertungen zur Kenntnis genommen und sie in seinem Gutachten einfließen lassen. Auch Gutachter sind darauf angewiesen, teilweise fachfremde Befunde mit in die Beurteilung einzubeziehen. Nicht nachvollziehbar ist die Auffassung des Klägers, die Wirbelsäule sei eine dem Orthopäden praktisch nicht zugängliche Spezialmaterie und die Beurteilung des Neurochirurgen sei genauer und zuverlässiger. Die Behauptung, Dr.V.F. Dr. gehe von einer völlig falschen Kausalitätslehre aus, trifft ebenfalls nicht zu. Vielmehr hält sich der Gutachter an die herrschende wissenschaftliche Auffassung der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS, wie sie sich insbesondere in dem Standardwerk von Schönbberger ua sowie in den Gutachtenskolloquien niedergeschlagen hat. Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass Dr.V.F. Dr. der Auffassung des Bevollmächtigten des Klägers mit unwissenschaftlichen Mitteln entgegengetreten ist. Die Gutachter Dr.B.Bl. Dr. und Dr.V.F. Dr. haben die medizinische Seite vollständig und überzeugend aufgeklärt, so dass es der Einholung eines weiteren Gutachtens nach [§ 106 SGG](#) nicht bedarf.

Nicht folgen vermag der Senat den Ausführungen des Dr.H.P. Dr. Dessen Gutachten weist deutliche Widersprüche auf, soweit es die Interpretation pathologischer und neuropathologischer Befunde betrifft. Eine regelrechte Untersuchung des Achsenorgans ist nicht erfolgt, zumindest liegen verwertbare Messergebnisse nicht vor. Dr.H.P. Dr. konnte auch keine bandscheibenbedingte Erkrankung nachweisen, da er keinerlei neurologische Ausfallserscheinungen fand. Seine Auffassung, dass degenerative Veränderungen der Bandscheibe eine BK darstellen, ist mit der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung nicht vereinbar. Der von ihm verwendete Score hat sich in der wissenschaftlichen Literatur nicht durchgesetzt. Unerfindlich bleibt zudem, aus welchem Grund eine MdE von 20 vH vorgeschlagen wird. Diese liegt weit oberhalb dessen, was selbst im Fall einer positiven Kausalitätsbeurteilung möglich wäre.

Der Senat sieht keine Veranlassung, auf Antrag des Klägers ein weiteres Gutachten nach [§ 109 SGG](#) einzuholen. Es handelt sich um einen wiederholenden Antrag, da bereits in der ersten Instanz Dr.H.P. Dr. ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) erstellt hat. Der Einholung eines weiteren Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) bedarf es

daher nicht. Auch liegen besondere Umstände, die dies rechtfertigen könnten, nicht vor (Meyer-Ladewig, SGG, 6.Aufl., [Â§ 109 SGG](#) RdNr 10 a).

Nach allem ist bei dem Kläger weder eine BK anzuerkennen und zu entschädigen noch eine Feststellung nach [Â§ 9 Abs 4 SGB VII](#) zu treffen. Die Berufung gegen das Urteil des SG Würzburg vom 29.04.1999 war daher zurückzuweisen.

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

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

Erstellt am: 05.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024