
S 8 U 345/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 U 345/00
Datum	30.10.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 418/02
Datum	05.11.2003

3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 30.10.2002 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Mit Berufskrankheitenanzeige vom 20.07.1992 und Arbeitgeber- anzeige vom 13.02.1995 wurde die Beklagte darüber informiert, dass der Kläger eine Lumboschialgie auf die Tätigkeit als Berufskraftfahrer zurückzuführen. Im Hinblick auf die Stellungnahmen des beratenden Arztes Dr.J. vom 02.09.1994 und der Gewerbeärztin Dr.H. vom 15.03.1995 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 24.07.1995 die Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule im Sinne der Nr.2108 und 2110 der Anlage zur BKV als Berufskrankheit ab.

Nach Widerspruch des Klägers führte der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten in der Stellungnahme vom 04.12. 1997 aus, im Beurteilungszeitraum werde der Richtwert für eine gesundheitsgefährdende Belastung im Sinne der

BK-Nr.2110 ebenso wie der BK-Nr.2108 unterschritten. Nach Durchführung weiterer Ermittlungen erklärte der TAD in den Stellungnahmen vom 13.09. 1999 und 18.11.1999, die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die BK-Nrn.2108 bzw. 2110 lägen für den Zeitraum vom 1970 bis 1997 vor.

Der Orthopäde Dr.S. fertigte im Gutachten vom 01.03.2000 aus, auf Grund der klinischen und röntgenologischen Untersuchung und Wertung der MRT-Befunde sei beim Kläger das Bild einer Spondylosis hyperostotica zu diagnostizieren. Hierbei handle es sich um ein schicksalhaftes Krankheitsbild ohne jeglichen Zusammenhang mit beruflicher Exposition. Die beruflichen Einwirkungen seien als untergeordnet zu betrachten.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 23.11.2000 zurück. Das medizinische Krankheitsbild einer BK 2108/2110 sei nicht erfüllt, da eine anlagebedingte Aufbaustörung vorliege, die die Beschwerden an der Wirbelsäule verursache.

Hiergegen hat sich die Klage zum Sozialgericht Landshut vom 15.12.2000 gerichtet, zu deren Begründung der Kläger ein Attest des Orthopäden Dr.H. vom 15.03.2001 übersandt hat. Beim Kläger bestanden im Lumbalbereich Degenerationen der Bandscheiben, insbesondere in Höhe L 5/S 1, mit Osteochondrose. Eine stärkergradige Spondylose oder ein Morbus Forestier sei zumindest auf den Aufnahmen von 1997 nicht nachweisbar. In einem weiteren Attest vom 26.02.2002 fertigte Dr.H. aus, im Segment L 4/5 bestanden stärkergradige Degenerationen mit Osteochondrose und Spondylose, in gleicher Höhe eine stärkergradige Spondylarthrose und massive Hyperlordose. Es bestehe eine dorsolumbale Übergangsstörung mit Stummelrippe am BWK 12 sowie eine lumbosakrale Übergangsstörung mit Sakralisation von L 5. Insbesondere die vertikalen Einwirkungen von Ganzkörperschwingungen im Sitzen hätten sich deutlich negativ auf die Bandscheibe L 4/5 und die Wirbelgelenke L 4/5 ausgewirkt. Die lumbosakrale Übergangsstörung sei nicht geeignet, die schweren Veränderungen im Segment L 4/5 zu bewirken. Hierzu erklärte der Orthopäde Dr.K. auf Anfrage der Beklagten in der Stellungnahme vom 16.04.2002, als konkurrierende Ursachen für die Entstehung des Bandscheibenschadens L 4/5 seien eine lumbosakrale Assimilationsstörung und die Steilstellung der Lendenwirbelsäule und der unteren Brustwirbelsäule nach abgelaufener Scheuermannscher Erkrankung zu nennen. Die Gesamtheit der anlagebedingten statischen Vorveränderungen reiche als wesentliche Teilursache für die Schädigung der Bandscheibe aus. Im übrigen sei ein belastungskonformes Schadensbild nicht zu diagnostizieren, da belastungsadaptive Reaktionen in den übrigen Segmenten der LWS und der unteren BWS fehlten.

Dr.H. hat im Attest vom 24.05.2002 erklärt, die sicherlich relativ umschriebenen Degenerationen im lumbosakralen Übergang seien nach seiner Ansicht plausibel dadurch entstanden, dass das unterste Glied in der Kette direkt die Hauptbelastung, nämlich die Stöße von unten im Sitzen, abfangen müsse.

Mit Urteil vom 30.10.2002 hat das SG die Klage abgewiesen. Neben dem Fehlen der

belastungsadaptiven Reaktionen seien Verursachungsalternativen im Sinne einer lumbosakralen Assimilationsstörung sowie ein Zustand nach abgelaufener Scheuermannscher Erkrankung zu berücksichtigen.

Hiergegen richtet sich die Berufung vom 27.12.2002; eine weitere Aufklärung des medizinischen Sachverhalts sei erforderlich.

Die Beklagte erklärte im Schreiben vom 28.03.2003, das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen habe darauf hingewiesen, dass auch bei der BK-Nr.2110 ein belastungskonformes Schadensbild zu fordern sei. Studien hätten ergeben, dass Ganzkörperschwingungen typischerweise neben einem maximalen Bandscheibenschaden im Bereich des vierten Lendenwirbels auch spondylotische Veränderungen an der unteren und mittleren Lendenwirbelsäule sowie am Übergang zur Brustwirbelsäule verursachen. Da beim Kläger nur eine isolierte Degeneration des Bandscheibenfaches L 4/5 vorliege, bestehe kein belastungsadaptives Schadensbild. Außerdem bestünden konkurrierende Ursachen.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde F. hat im Gutachten vom 22.08.2003 zusammenfassend ausgeführt, bei nicht zu sichernder Schadenslage und größtenteils nicht erfüllten medizinisch-rechtlichen Bedingungen könne die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Ziffer 2110 nicht empfohlen werden.

Der Kläger stellt die Anträge aus dem Schriftsatz vom 06.03.2003.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Gemäß [Â§ 7 Abs.1 SGB VII](#) sind Versicherungsfälle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit erleiden ([Â§ 9 Abs.1 Satz 1 SGB VII](#)). Maßgeblich ist seit 01.12. 1997 die Berufskrankheitenverordnung (BKV) vom 31.10.1997 (Bundesgesetzblatt I S.26, 23). Als Berufskrankheit kommen grundsätzlich nur solche Erkrankungen in Betracht, die von der Bundesregierung als Berufskrankheit bezeichnet und in die KV aufgenommen worden sind (Listenprinzip). Die Krankheit muss durch eine versicherte Tätigkeit verursacht oder wesentlich verschlimmert worden sein, d.h. die Gefährdung durch schädigende Einwirkungen muss

ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein und die Einwirkung muss die Krankheit verursacht haben (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, [Â§ 9 SGB VII](#) Rdnr.3). Alle rechtserheblichen Tatsachen müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen (vgl. [BSGE 45, 285](#)).

Der Kläger begehrt die Feststellung einer Berufskrankheit im Sinne der Nr.2110 der Anlage zur BKV, also einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule durch langjährige vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein könnten.

Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule sind weit verbreitet und kommen in allen Altersgruppen, sozialen Schichten und Berufsgruppen vor. Unter den beruflichen Einwirkungen stellt die langjährige (vorwiegend vertikale) Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen eine besondere Gefahrenquelle dar (vgl. Elster, Berufskrankheitenrecht, Nr.2110, Anm.I).

Nach den überzeugenden Ausführungen des Technischen Aufsichtsdienstes der Beklagten in den Stellungnahmen vom 13.09.1999 und 18.11.1999 steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen, nämlich die Einwirkung von Ganzkörperschwingungen, die zu Resonanzschwingungen des Rumpfes und der Wirbelsäule führen und auch Torsionen der Wirbelsegmente sowie Segmentverschiebungen verursachen können, gegeben waren.

Da für bandscheibenbedingte Erkrankungen eine multifaktorielle Verursachung typisch ist und die Entstehung oder Verschlimmerung vielfach geprägt ist durch das Zusammenwirken von endogenen und exogenen Faktoren, ist für die Anerkennung als Berufskrankheit neben der Berücksichtigung der Art, Dauer und Intensität der Exposition, wie sie nach den Stellungnahmen des Technischen Aufsichtsdienstes gegeben war, ein für die nachgewiesene Einwirkung charakteristisches, zumindest mit der Einwirkung konformes Krankheits- und Schadensbild erforderlich (Schäferberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, 7. Auflage 2003, S.575 ff., 577).

Wie der ärztliche Sachverständige Dr.F. im Gutachten vom 22.08.2003 überzeugend erläutert hat, ist eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule nicht mit Sicherheit festzustellen. In den Befundberichten vom 29.03.1999 und 15.02. 2000, beigezogen im rentenversicherungsrechtlichen Klageverfahren, konnte Dr.H. keinen neurologischen Befund erheben. Auch Dr.S. hat im Gutachten vom 01.03.2000 darauf hingewiesen, dass nur ein Pseudo-Lasègue zu finden war, Zeichen einer eindeutigen Nervenwurzelbeschädigung sich aber nicht ergaben. Dr.L. hat im Gutachten vom 04.12. 2000 im Rentenstreitverfahren keine Sensibilitätsstörung, sondern nur einen Pseudo-Lasègue beschrieben. Diese Feststellungen wurden durch die Untersuchung durch Dr.F. bestätigt. Es ergaben sich keine segmentalen Sensibilitätsstörungen, die

Gefäßabschwächung an der Außenseite des rechten Oberschenkels entsprach dem Krankheitsbild einer Hautnervenreizung, schwach auslösbare Beinreflexe und Sensibilitätsstörungen der Hände sprachen für eine Polyneuropathie, dagegen nicht für eine der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule entsprechende Schadenslage.

Die bildtechnisch nachweisbaren Veränderungen überschreiten das altersdurchschnittlich zu erwartende Ausmaß nur ganz knapp. Beim Kläger liegt lediglich ein deutlicher Verschleißschaden der fünften Lendenbandscheibe vor, der aber nur mit einer Bandscheibenprotrusion verbunden ist. Protrusionen treten, so Dr.F., bei praktisch jedem Menschen ab dem dritten Lebensjahrzehnt auf.

Weiter weist Dr.F. darauf hin, dass die Lokalisation der Veränderungen mit der beruflichen Einwirkung nicht korreliert. Auszugehen ist davon, dass Fahrzeugschwingungen die gesamte Lendenwirbelsäule betreffen, vermehrt die unteren Segmente, während in den oberen und mittleren Segmenten die Einwirkungen auf Grund der eigenständigen Schwingungsdämpfung der Lendenwirbelsäule geringgradiger ausgeprägt sind. Insofern wäre ein mehrsegmentaler Befall in von unten nach oben abnehmender Intensität zu fordern. Beim Kläger ist aber die zweite Bandscheibe leicht und die fünfte Bandscheibe stärker verschmälert. Die dazwischen liegenden beiden Bandscheiben sind gut weit, sodass ein belastungskonformes Krankheitsbild nicht zu verzeichnen ist. Darüber hinaus sind an der Halswirbelsäule und am Übergang von der Hals- zur Brustwirbelsäule deutlich mehr Segmente betroffen, als an der Lendenwirbelsäule. Am Übergang von der Hals- zur Brustwirbelsäule besteht sogar ein Bandscheibenvorfall.

Aus dem Leistungsauszug der AOK ergibt sich, dass der Kläger bereits 1967 wegen einer Lumbago arbeitsunfähig war, also schon deutlich vor Beginn der die Wirbelsäule belastenden Berufstätigkeiten 1970. Damit ist ein zeitlicher Zusammenhang zwischen erster Behandlungsbedürftigkeit und beruflicher Belastung nicht gesichert.

Hinzu kommt, dass drei wesentliche konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten von Dr.F. festgestellt werden konnten: einmal sind Schmorlsche Knötchen im ersten und zweiten Lendenwirbelkörper zu sehen, laut dem kernspintomographischen Befund ein weiteres Schmorlsches Knötchen im fünften Segment. Unter Schmorlschen Knötchen versteht man Deck- und Grundplatteneinbrüche durch Verlagerung von Bandscheibengewebe während des Wachstumsalters. Beim Kläger bestand also eine Scheuermanssche Erkrankung, die auch an der Brustwirbelsäule eindeutige Residuen in Form von Keilwirbeln hinterlassen hat. Auch dort sind vereinzelt kleinere Schmorlsche Knötchen zu sehen. Durch diese Verlagerung von Bandscheibengewebe in die Wirbelkörper erklärt sich, wie Dr.F. erläutert, die Entwicklung von Bandscheibeneinengungen. Insbesondere im kernspintomographischen Befund vom 09.04.1999 sind die Residuen der Scheuermansschen Erkrankung klar und eindeutig beschrieben.

Weiter leidet der KlÄger an Purin- und FettstoffwechselstÄrungen, wie sich aus den Befunden, die der Allgemeinarzt Dr.R. mitgeteilt hat, und dem Entlassungsbericht vom Heilverfahren in O. vom 26.05.1998 bis 23.06.1998 ergibt. Sowohl Entgleisungen des Purinstoffwechsels als auch eine HypercholesterinÄmie und HypertriglyzeridÄmie sind ursÄchlich fÄr die Entwicklung von BandscheibenschÄden.

Zudem deutet, so Dr.F. , der Befall der HalswirbelsÄule einschlieÄlich des Äbergangs zur BrustwirbelsÄule von degenerativen VerÄnderungen darauf hin, dass hier eine degenerative Entwicklung aus innerlicher Ursache ablÄuft. DafÄr sprechen auch die von Dr.H. festgestellten VerschleiÄerscheinungen der HÄft- und Kniegelenke.

Insgesamt sind daher die Voraussetzungen fÄr die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr.2110 der Anlage zur BKV nicht gegeben.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [Ä 193 SGG](#).

GrÄnde fÄr die Zulassung der Revision gemÄÄ [Ä 160 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Erstellt am: 17.02.2004

Zuletzt verÄndert am: 22.12.2024