

L 2 U 390/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 41 U 54/02

Datum

24.05.2004

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 390/04

Datum

21.06.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 251/06 B

Datum

08.11.2006

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 24.05.2004 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob eine Rotatorenmanschettenruptur als Berufskrankheit (BK) nach der Nr.2101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) bzw. wie eine BK anzuerkennen und zu entschädigen ist.

Der 1946 geborene Kläger suchte am 31.08.1994 den Orthopäden Dr. L. auf und berichtete, am 12.08.1994 habe er beim Bierverladen plötzlich einen Stich in der linken Schulter verspürt. Zunächst habe er wenig, in der Folge immer mehr Schmerzen gehabt und eine Kraftlosigkeit verspürt. Am 16.08.1994 - im Urlaub - habe er plötzlich einen starken Riss an der linken Schulter verspürt und deshalb seinen Urlaub abgebrochen.

Dr. L. diagnostizierte eine Rotatorenmanschettenruptur. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 09.12.1994 die Gewährung einer Entschädigung ab, da der angeschuldigte Vorfall nicht geeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Nach Einholung eines Gutachtens von Dr. L. vom 16.01.1995, in dem ausgeführt wurde, ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 12.08.1994 und dem später diagnostizierten und operierten Rotatorenmanschettendefekt sei nicht gegeben, wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 14.09.1995 zurück.

Im hiergegen gerichteten Klageverfahren (S 20 U 654/95) führte der Orthopäde Dr. G. im Gutachten vom 30.05.1996 aus, das Ereignis vom 12.08.1994 sei nicht geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen oder zu verschlimmern. Der Kläger erklärte das Klageverfahren für erledigt, da sich die Beklagte bereit erklärt hatte, über einen Antrag auf Anerkennung der Rotatorenmanschettenruptur als Berufskrankheit nach BK-Nr. 2101 oder nach § 551 Abs. 2 Reichsversicherungsordnung (RVO) zu entscheiden.

Im Bescheid vom 20.09.1996 führte die Beklagte aus, ein Arbeitsunfall sei auszuschließen. Allgemeine schicksalhaft entstandene Erkrankungen, die unabhängig von der beruflichen Tätigkeit in allen Bevölkerungsschichten auftreten könnten, fielen nicht unter die Krankheiten im Sinne des § 551 Abs. 2 RVO. Den Widerspruch des Klägers wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 20.11.1996 zurück.

Im Klageverfahren (S 24 U 923/96) übersandte der Kläger eine Stellungnahme des Betriebsarztes Dr. H. , in der ausgeführt wurde, ein Zusammenhang zwischen den beruflichen Belastungen und der Häufigkeit und Schwere von Rotatorenmanschettenschäden müsse nach dem gegenwärtigen Stand der arbeitsmedizinischen Erkenntnisse als gesichert angesehen werden.

Der vom Sozialgericht zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. F. führte im Gutachten vom 30.10.1997 aus, beim Kläger sei eine Verschleißschädigung und ein daraus resultierender Einriss der Rotatorenmanschette diagnostiziert, jedoch keine Erkrankung von Sehnenscheiden oder Sehnengleitgewebe sowie der Sehnen- und Muskelsansätze. Infolgedessen handle es sich um keine Erkrankung, die im Sinne einer BK nach Nr. 2101 anererkennungsfähig wäre. Nach neuen medizinischen Erkenntnissen lägen die Voraussetzungen für eine Entschädigung wie eine BK nicht vor. Dies sei schon rein theoretisch nicht vorstellbar, da Rotatorenmanschettenrupturen eine außerordentlich häufige Erkrankung darstellten, die ab dem 50. Lebensjahr bei 1/3 aller Fälle und ab dem 60. Lebensjahr in Form von Makrorissen in 2/3 aller Fälle, ab dem 70. Lebensjahr bei jedem Menschen gefunden würde.

Auf Anfragen des Sozialgerichts teilte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in den Schreiben vom 18.05.1998 und 15.03.1999 mit, der Verordnungsgeber habe weder aus Anlass der Änderung der Berufskrankheitenverordnung im Oktober 1997 noch davor die Frage eines möglichen ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer Rotatorenmanschettenruptur und Schulterbelastungen geprüft. Auch lägen derzeit keine neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Problematik vor. Der Kläger nahm die Klage im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 16.06.1999 zurück.

Mit Schreiben vom 31.03.2001 beantragte der Kläger gemäß § 44 des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X) die Überprüfung des Bescheides vom 20.09.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.1996 mit dem Begehren, die Rotatorenmanschettenerkrankung als Krankheit im Sinne des § 551 Abs. 2 RVO/§ 9 Abs. 2 Siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) anzuerkennen und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20 v.H. festzusetzen. Er übersandte eine Stellungnahme des Dr. H. vom 18.08.2000: Die anatomische Anfälligkeit der Rotatorenmanschette bei Überlastung werde in zahlreichen Grundlagenforschungen beschrieben. Epidemiologische Studien belegten den statistischen Zusammenhang zwischen belastenden Tätigkeiten und vermehrten Rotatorenmanschettenschäden. Eine große Zahl sonstiger wissenschaftlicher Arbeiten gehe übereinstimmend davon aus, dass Rotatorenmanschettendegenerationen durch berufliche und sportliche Überbelastungen mitverursacht würden. Rotatorenmanschettendegenerationen würden unter gewissen Bedingungen in Belgien, Dänemark, England, Frankreich, Schweden und den USA als berufsbedingt anerkannt. Zwar seien ab dem 30. Lebensjahr spontane Rotatorenmanschettendegenerationen auch bei einem wesentlichen Anteil der nicht belasteten Bevölkerung zu finden. Bei belastender Tätigkeit würden aber signifikant häufigere und schwerere Degenerationen festgestellt.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 17.04.2001 ab und wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.12.2001 zurück.

Im hiergegen gerichteten Klageverfahren teilte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung auf Anfrage des Sozialgerichts im Schreiben vom 30.04.2002 mit, zur Frage der Verursachung einer Rotatorenmanschettenruptur als Folge der beruflichen Belastung der Schulter lägen derzeit keine neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse im Sinne des [§ 9 SGB VII](#) vor. Die Meinung von Dr. H. sei zwar bekannt, der Sachverständigenbeirat habe die Fragestellung aber bisher nicht geprüft. Eine Prüfung sei derzeit auch nicht beabsichtigt. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften erklärte im Schreiben vom 09.07.2002, Anerkennungen in anderen EU-Ländern beruhten möglicherweise auch darauf, dass dort die rechtlichen Hürden nicht so hoch seien, das heißt, dass ein Kausalitätsnachweis im Einzelfall ausreiche.

Der vom Sozialgericht zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr. Dr. K. führte im Gutachten vom 28.06.2002 aus, beim schweren Tragen würden die oberen Gliedmaßen nach unten gezogen. Ein mechanisches Impingement trete dabei nicht auf. Im übrigen seien Muskeln und Sehnen von Druck- und Zugrezeptoren durchsetzt, die bei Annähern an eine kritische Belastung entsprechende Schmerzsignale abgeben; noch bevor es zu einem strukturellen Schaden kommen könne, werde die schädliche Trage-Hebebelastung infolge der Schmerzsignale abgebrochen. In Kenntnis der chirurgisch-orthopädisch-unfallmedizinischen Literatur sei nicht ersichtlich, dass bereits eine BK-positive Verdichtung der Art eingetreten sei, wie es für einen Meinungsumschwung erforderlich sei.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 24.05.2004 erklärte Dr. H. als sachverständiger Zeuge, der Kläger habe schwerste Hebe- und Tragearbeiten zu verrichten gehabt, die typischerweise eine erhöhte Belastung besonders der Rotatorenmanschetten beider Schultern darstellten.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 24.05.2004 die Klage abgewiesen. Gesicherte neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse, die zur Anerkennung im Sinne des [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) erforderlich wären, fehlten derzeit noch.

Der im Berufungsverfahren auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arbeitsmediziner Prof. Dr. H. führte im Gutachten vom 11.02.2006 aus, aufgrund der außergewöhnlich hohen beruflichen Belastung mit besonders schweren Lasten und der gesicherten Erkenntnisse über den Schädigungsmechanismus der Sehne des Muskulus supraspinatus halte er den wesentlichen Ursachenzusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Erkrankung des Klägers für gegeben. Für Schäden durch Überkopfarbeit mit Elevation der Oberarme und Schultern existiere zur Zeit keine hinreichende wissenschaftliche Basis, um diese in die Liste der Berufskrankheiten aufzunehmen. Dies gelte ebenso für Schäden durch schwere Lasten, die hängend an den Armen bewegt würden. Beim Kläger sei die Schädigung im Abstand weniger Jahre beidseitig und in einem für das übliche Krankheitsgeschehen sehr frühen Zeitpunkt aufgetreten. Daher werde trotz noch unzureichender epidemiologischer Datenlage über die generelle Eignung wegen der besonderen Lage des Einzelfalls die Anerkennung als Berufskrankheit empfohlen.

Die Beklagte erklärte in der Stellungnahme vom 27.03.2006, aus dem Gutachten könne keine geänderte Rechtslage zu Gunsten des Klägers hergeleitet werden. Der Kläger betonte, er sei besonders ungünstigen Arbeitsbedingungen ausgesetzt gewesen.

Der Kläger stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 24.05.2004 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17.04.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.12.2001 zu verurteilen, den Bescheid vom 20.09.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.1996 zurückzunehmen und bei ihm die Rotatorenmanschettenerkrankung wie eine Berufskrankheit anzuerkennen und mit einer Rente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu entschädigen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den 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.

Der angefochtene Bescheid vom 17.04.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.12.2001 ist rechtmäßig. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihren Bescheid vom 20.09.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.1996 zurückzunehmen, da bei Erlass des ursprünglichen Verwaltungsaktes weder von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen, noch das Recht unrichtig angewandt worden ist, so dass die Voraussetzungen des [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) für eine Rücknahme nicht vorliegen. Das Sozialgericht München hat die Klage mit Urteil vom 24.05.2004 zu Recht abgewiesen.

Der vom Kläger verfolgte Anspruch richtet sich nach den bis zum 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der als entschädigungspflichtig geltend gemachte Versicherungsfall vor dem Inkrafttreten des SGB VII am 01.01.1997 eingetreten ist (Art. 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes, [§ 212 SGB VII](#), vgl. BSG vom 04.06.2002, [B 2 U 20/01 R](#)), denn der Rotatorenmanschetten-Schaden wurde von Dr. L. bereits am 31.08.1994 festgestellt.

Gemäß § 551 Abs. 1 RVO gilt als Arbeitsunfall auch eine Berufskrankheit. Maßgeblich ist seit 01.12.1997 die Berufskrankheitenverordnung (BKV) vom 31.10.1997 (Bundesgesetzblatt I S. 26, 23). Als Berufskrankheit kommen grundsätzlich solche Erkrankungen in Betracht, die von der Bundesregierung als Berufskrankheiten bezeichnet und in die BKV aufgenommen worden sind (Listenprinzip). Die Krankheit muss durch eine versicherte Tätigkeit verursacht oder wesentlich verschlimmert worden sein, das heißt, 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, [§ 9 SGB VII](#) Rndnr 3). Alle rechtserheblichen Tatsachen müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen (vgl. [BSGE 45, 285](#)).

Eine Entschädigung aufgrund einer Anerkennung der Erkrankung als Berufskrankheit im Sinne des § 551 Abs. 1 RVO in Verbindung mit der Anlage zur BKV kommt nicht in Betracht, weil es sich bei der Rotatorenmanschettenruptur nicht um eine anerkannte Berufskrankheit im Sinne der Anlage zur BKV handelt.

Ein Anspruch des Klägers auf Anerkennung und Entschädigung seiner Erkrankung besteht auch nicht gemäß § 551 Abs. 2 RVO, nach dem eine Krankheit wie eine Berufskrankheit entschädigt werden kann. § 551 Abs. 2 RVO bestimmt, dass die Träger der Unfallversicherung im Einzelfall eine Krankheit, auch wenn sie nicht in der Rechtsverordnung bezeichnet ist und die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine Berufskrankheit entschädigen sollen, sofern nach neuen Erkenntnissen die übrigen Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllt sind. § 551 Abs. 1 Satz 3 RVO bestimmt als Voraussetzung für die Bezeichnung von Krankheiten als Berufskrankheit durch Rechtsverordnung, dass diese nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Mit dieser Regelung sollen Krankheiten zur Entschädigung gelangen, die nur deshalb nicht in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen wurden, weil die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft über die besondere Gefährdung bestimmter Personengruppen durch ihre Arbeit bei der letzten Fassung der Anlage zur BKV noch nicht vorhanden waren oder trotz Nachprüfung noch nicht ausreichten. Hierfür genügt es nicht, dass überhaupt medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zu dem jeweils relevanten Problemfeld existieren. Die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse müssen sich vielmehr jedenfalls zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Anspruch zur sogenannten Berufskrankheiten-Reife verdichtet haben. Dies ist der Fall, wenn sich diesbezüglich bereits eine herrschende Meinung im einschlägigen medizinischen Fachbereich gebildet hat. Im Regelfall kann die Annahme einer gruppentypischen Risikoerhöhung nur durch Dokumentation einer Fülle gleichartiger Gesundheitsbeeinträchtigungen und einer langfristigen Überwachung derartiger Krankheitsbilder begründet werden. Mit wissenschaftlichen Methoden und Überlegungen muss zu begründen sein, dass bestimmte Einwirkungen die generelle Eignung besitzen, eine bestimmte Krankheit zu verursachen. Solche Erkenntnisse liegen in der Regel dann vor, wenn die Mehrheit der medizinischen Sachverständigen, die auf den jeweils in Betracht kommenden Gebieten über besondere Erfahrungen und Kenntnisse verfügen, zu derselben wissenschaftlich fundierten Meinung gelangt sind (vgl. BVerfG SozR 2200 § 551 Nr. 11; BSG SozR 2200 § 551 Nr. 27, BSG [SozR 3-2200 § 551 Nr. 9](#)).

Solche neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen nicht vor. Die Rotatorenmanschette liegt zwischen dem Oberarmkopf und dem knöchern-bindegewebigen Schulterdach, gebildet von der Schulterhöhe (Acromion), dem Rabenschnabelfortsatz und einem straffen Band, das dazwischen verläuft. Sie bildet eine Sekundärpfanne zwischen Oberarmkopf und Schulterhöhe und kontrolliert die Roll-Gleitbewegungen des Oberarmkopfes. Die Rotatorenmanschette unterliegt in hohem Maße der Degeneration, die ab dem dritten Lebensjahrzehnt beginnt. Untersuchungen ergaben klinisch unauffällige Defekte bei 25% der über 40-jährigen, 75% der über 50-jährigen und bis zu 100% der über 60-jährigen. Neben dem traumatischen Riss können Rupturen entstehen durch lokale Minderdurchblutung oder zunehmenden Verschleiß der Sehnen durch Abrieb in der Enge des subacromialen Raumes. Dabei handelt sich um eine Störung der Gleitbewegung zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach. Jede Veränderung des subacromialen Raumes kann zu einem Engpass des Schultergelenkes führen mit degenerativen Erscheinungen einschließlich Teilrupturen, Kalkeinlagerungen, vorzeitigem Verschleiß des Schultergelenkes. (vgl. Schönberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, S. 503 f.).

Das Vorliegen neuer Erkenntnisse zur Erkrankung an einer Rotatorenmanschettenruptur bei Bierfahrern konnte nicht festgestellt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat in den Schreiben vom 18.05.1998, 15.03.1999 und 30.04.2002 mitgeteilt, dass neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zur Frage der Verursachung einer Rotatorenmanschetten-Ruptur als Folge der beruflichen Belastung der Schulter nicht vorliegen und eine erneute Überprüfung nicht beabsichtigt ist. Diese Ausführungen hat der ärztliche Sachverständige Prof. Dr. H. im Gutachten vom 11.02.2006 bestätigt. Zwar handelt es sich, wie Prof. Dr. H. überzeugend ausführt, bei den Tätigkeiten des Bierfahrers um besonders schwere Lastenhandhabungen, die zu hohen Beanspruchungen des Muskel-Skelettsystems und des Hand-Arm-Schulter-Systems führen. Die bisherigen epidemiologischen Untersuchungen weisen, so Prof. Dr. H., auf die praktische Relevanz der Überforderung des Sehngewebes für die Abnahme seiner Festigkeit hin, wobei eine mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit der Überforderung des Sehngewebes auch für chronisch-degenerative Läsionen gegeben ist. Allerdings weist Prof. Dr. H. darauf hin, dass in der wissenschaftlichen Literatur eine überraschend geringe Inzidenz von Rupturen bei Schwerarbeitern festgestellt wird. Dies bezieht sich auf alle Arten von Lastenhandhabungen, die aus praktischen Gründen nach Möglichkeit vor dem Körper mit herabhängenden Armen vollzogen werden. Dagegen stellt, so Prof. Dr. H., das Entladen der Bierwagen eine Ausnahmesituation dar. Sie ist wegen der Seltenheit dieser Tätigkeit bisher nicht in der Literatur mit epidemiologischen Daten beschrieben worden. Auch existieren in der

wissenschaftlichen Literatur keine Angaben zu Grenzen für die sichere und gesundheitlich gefährdungsarme Gestaltung der Arbeit. Die ermittelten Belastungen können daher nicht schlüssig und verbindlich bewertet werden. Insofern kommt Prof. Dr. H. zu der Feststellung, dass sowohl für die Überkopfarbeit mit Elevation der Oberarme und Schultern als auch für die Bewegung schwerer Lasten hängend an den Armen ohne erhebliche Elevation zur Zeit keine hinreichende wissenschaftliche Basis existiert, um diese in die Liste der Berufskrankheiten aufzunehmen. In diesem Zusammenhang sind auch die Ausführungen des ärztlichen Sachverständigen Dr. Dr. K. zu berücksichtigen, der darauf hinweist, dass Muskeln und Sehnen im Körper, also auch im Schulterbereich, von Druck- und Zugrezeptoren durchsetzt sind, die bei Annähern an eine kritische Belastung Schmerzsignale abgeben. Noch bevor es zu einem strukturellen Schaden kommen kann, wird die schädliche Trage-Hebebelastung infolge der Rotatoren-Schmerzsignale abgebrochen.

In Hinblick auf die noch unzureichenden epidemiologischen Erkenntnisse über die generelle Eignung hoher Schulterbelastung für die Verursachung einer Rotatorenmanschetten-Ruptur ist eine Anerkennung wie eine Berufskrankheit nicht möglich. Es konnte nicht festgestellt werden, dass zu dieser Frage eine herrschende Meinung im einschlägigen medizinischen Fachgebiet existiert. Nicht entscheidungserheblich ist, ob die beim Kläger bestehende Rotatorenmanschettenenerkrankung ursächlich auf seine Tätigkeit zurückzuführen ist. Denn mit der Regelung des § 551 Abs. 2 RVO soll gerade nicht in der Art einer "Generalklausel" erreicht werden, dass jede Krankheit, deren ursächlicher Zusammenhang mit der Berufstätigkeit im Einzelfall nachgewiesen oder wahrscheinlich ist, wie eine Berufskrankheit zu entschädigen ist.

Daher war die Berufung zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-11-15