

## L 3 U 219/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 23 U 198/00

Datum

28.01.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 219/05

Datum

11.07.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 28.01.2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung und Entschädigung seiner Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit (BK) nach der Nr.2108 der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Der 1955 geborene Kläger war von 1971 bis 1973 Krankenpflegevorschüler, von 1973 bis 1976 Krankenpflegeschüler. Als Zeitsoldat arbeitete er vom 01.12.1977 bis 31.03.1980 im Bundeswehrkrankenhaus M. als Krankenpfleger im Bereich der Anästhesie. Vom 01.09.1980 bis 31.12.1980 arbeitete er im Krankenhaus D. ebenfalls im Bereich der Anästhesie. Ab 1981 bis 1984 war der Kläger beim Landratsamt D. als Sachbearbeiter tätig. Von 1984 bis zum 22.05.1995 war er als Operationspfleger im Krankenhaus M. eingesetzt. Aufgrund eines Bandscheibenvorfalles L5/S1 war der Kläger von Mai 1995 bis März 1996 fast durchgehend arbeitsunfähig. Vom 16.03.1996 bis 31.12.1997 übte der Kläger administrative Tätigkeiten im Bereich EKG aus. Das Arbeitsverhältnis wurde zum 31.12.1997 beendet. Im Auflösungsvertrag ist festgehalten, dass der Kläger aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr an seinem Arbeitsplatz eingesetzt werden kann.

Nach einer Verdachtsmeldung hinsichtlich des Vorliegens einer Berufskrankheit über die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zog die Beklagte zur Aufklärung des Sachverhalts Auskünfte des Städtischen Krankenhauses M. vom 13.02.1997, ein Vorerkrankungsverzeichnis der Techniker-Krankenkasse, ein Vorerkrankungsverzeichnis der AOK, einen Befundbericht des Dr. O. , Arzt für Orthopädie, vom 16.06.1997, einen Befundbericht des Dr. S. , Allgemeinarzt, Sozialmedizin, vom 01.07.1997, Auskünfte des Klägers hinsichtlich seiner Tätigkeit im Bundeswehrkrankenhaus M. sowie im Kreiskrankenhaus D. , insbesondere die entsprechenden Arbeitszeugnisse, eine Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes (TAD) vom 11.08.1998, eine gewerbeärztliche Stellungnahme des Dr. V. , Internist, Arzt für Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, vom 17.12.1998 sowie ärztliche Unterlagen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bei. Hinsichtlich der Tätigkeit im Bundeswehrkrankenhaus sowie bei der Kreisklinik D. waren keine weiteren Unterlagen mehr vorhanden.

Der TAD führte aus, dass eine langjährige und regelmäßig häufige Belastung im Sinne der BK-Nr.2108 nicht vorliege.

Dr. V. legte dar, dass beim Kläger mehrfach Behandlungstermine wegen HWS-, BWS- sowie LWS-Beschwerden dokumentiert seien. Bereits daraus ergebe sich ein deutliches Moment für eine dispositionelle Verursachung des Schadensbildes bei Betroffenheit des gesamten Achsenorgans. Insbesondere aber aufgrund der fehlenden arbeitstechnischen Voraussetzungen könne eine BK-Nr.2108 nicht empfohlen werden.

Mit Bescheiden vom 23.02.1999 und 07.06.1999 lehnte die Beklagte einen Entschädigungsanspruch aus Anlass der Wirbelsäulenerkrankung ab. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung als Berufskrankheit lägen nicht vor. Die Betroffenheit der gesamten Wirbelsäule spreche zudem für eine dispositionelle Verursachung der Erkrankung.

Den dagegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14.02.2000 als unbegründet zurück.

Gegen diese Bescheide hat der Kläger Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben und beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 07.06.1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.02.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, das Lendenwirbelsäulen-

Syndrom sowie den Nukleusprolaps L5/S1 und Nukleusprolaps L3/L4 als Berufskrankheit nach Nr.2108 der Anlage zur BKV anzuerkennen und dem Kläger Verletztenrente zu bewilligen.

Das SG hat die einschlägigen Röntgenaufnahmen beigezogen und ein Gutachten des Dr. F. , Arzt für Orthopädie, vom 27.12.2002 sowie eine weitere Auskunft des Krankenhauses M. vom 25.11.2003 eingeholt und die Zeugin S. G. im Rahmen eines Erörterungstermins am 30.04.2004 einvernommen. Die Beklagte hat eine weitere Stellungnahme des TAD vom 01.07.2004 vorgelegt.

Dr. F. hat ausgeführt, dass bereits die erforderliche Schadenslage in Form des Bestehens einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule nicht nachgewiesen sei. Zwar seien morphologisch Bandscheibenschäden belegbar. Es fehlten jedoch segmentale neurologische Ausfallserscheinungen oder wenigstens Nervenwurzelirritationen. Gleichwertige degenerative Veränderungen lägen zudem im Bereich der nicht belasteten HWS und BWS vor und deuteten mithin auf ein schicksalhafteres Leiden.

Das Krankenhaus M. hat mitgeteilt, dass der Kläger vom 01.10.1984 bis 15.03.1996 im Zentral-OP mit der Lagerung von Patienten befasst gewesen sei. Ab dem 16.03.1996 habe er administrative Tätigkeiten im Bereich EKG ausgeübt. Patiententransfers ohne Hilfsmittel seien durchschnittlich zwei bis dreimal täglich angefallen, Patiententransfers mit Hilfsmitteln durchschnittlich täglich 20. OP-Lagerungen (z.B. Bauch-, Seitenlage) seien durchschnittlich arbeitstäglich drei erfolgt, wobei die durchschnittliche Dauer der Hebe- bzw. Haltearbeit pro Vorgang zehn Minuten betragen habe. Als Hilfsmittel sei ein Gleitbrett ab 1986 zur Verfügung gestanden und ab 1984 eine elektronische Patientenschleuse, die sehr gering reparaturanfällig gewesen sei.

Die Pflegedienstleiterin des Krankenhauses M. hat in dem Beweistermin vom 30.04.2004 im Wesentlichen die Angaben des Krankenhauses M. bestätigt. Sie gab an, im Normaldienst habe ein Lagerungspfleger durchschnittlich täglich 10 Patienten einzuschleusen und auszuschleusen gehabt. In der normalen Schicht sei damit durchschnittlich 20-mal eine Umbettung angefallen. Technische Hilfsmittel seien gegeben gewesen. Auch der Operateur und der Anästhesist seien immer bei der Lagerung beteiligt. Die technischen Hilfsmittel seien nur gering anfällig gewesen. Bei einzelnen Operationen seien mehrere Lagerungsvorgänge erforderlich, z.B. bei Bandscheibenoperationen. Die Pfleger hätten aber in unterschiedlichen Bereichen gearbeitet und seien wechselnd eingesetzt worden.

Unter Berücksichtigung dieser Angaben hat der TAD ausgeführt, dass die Kriterien nach dem sog. Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell (MDD) sowohl in Bezug auf die Höhe der Einwirkungen als auch auf die Langjährigkeit nicht erfüllt seien. Zugrunde gelegt worden sei der Zeitraum vom 01.10.1984 bis 30.03.1996, 220 Frühschichten bei 11,5 Jahren. Für die Einzeltätigkeit werde eine Dauer von 7,5 Sekunden zugrundegelegt, hinsichtlich der Häufigkeit pro Schicht werde von 26 ausgegangen, hinsichtlich der Last in Kilogramm von 37,5. Es seien die Zahlenangaben des Arbeitgebers herangezogen worden, da diese eine höhere Lastanzahl benannten als das Ergebnis der Zeugenbefragung. Die Berechnung habe ergeben, dass sowohl das Ergebnis der Schichtdosis mit 3,036 kNh als auch das der Gesamtdosis mit 7,681 MNh deutlich unter den Richtwerten von 5,5 kNh bzw. von 25 MNh lägen.

Mit Urteil vom 28.01.2005 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Es hat sich dabei auf die Auskünfte des Krankenhauses M. vom 13.02.1997 und 25.11.2003, die Aussage der Pflegedienstleiterin Frau S. G. und die Stellungnahmen des TAD vom 11.08.1998 und 01.07.2004 gestützt. Zugunsten des Klägers sei von 26 durchschnittlichen Arbeitsvorgängen ausgegangen worden. Die Behauptung des Klägers, es seien 40 - 50 Vorgänge gewesen, sei nicht bewiesen. Auch die zu bewegend Last von 37,5 kg werde unter Berücksichtigung der technischen Hilfsmittel und der Tatsache, dass nach der Operation der Patient nicht vom Pfleger alleine gelagert werde, als zutreffend angesehen. Auch die angenommene Dauer der belastenden Tätigkeit von 11,5 Jahren sei nicht zu beanstanden. Dabei sei bereits zugunsten des Klägers berücksichtigt, dass er im Zeitraum von Februar 1984 bis 15.03.1996 entsprechend tätig gewesen sei, obwohl der Kläger seit 22.05.1995 bis auf wenige Tage durchgehend arbeitsunfähig gewesen ist. Dass der Kläger in einem längeren Zeitraum einer die Lendenwirbelsäule schädigenden Belastung ausgesetzt gewesen sei, sei nicht bewiesen. Die nach dem MDD kritische Belastungsdosis seien 5.500 Nh. Der Kläger erreiche nur 3036 Nh, der Grenzwert sei demnach deutlich unterschritten. Auch der Richtwert für die Gesamtdosis von 25 MNh sei deutlich unterschritten, da sie beim Kläger 7,681 MNh betrage.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger Berufung eingelegt. Es sei der gesamte Zeitraum von 1971 bis 1996 zu würdigen. Es seien auch nicht nur täglich 26 Umbettungsvorgänge zu berücksichtigen, sondern mindestens doppelt so viele. Belastend seien zudem nicht nur die Umbettungsvorgänge, sondern auch weitere, von ihm durchzuführende Arbeiten gewesen, wie schwere Trage- und Hebearbeiten technischer Geräte, schwere Transportarbeiten durch das Schieben und Tragen von Gegenständen und Personen. Zu berücksichtigen sei zudem, dass zum damaligen Zeitpunkt ein extremer Notstand an Pflegekräften bestanden habe, so dass das männliche Pflegepersonal bei Hebe- und Tragetätigkeiten besonders beansprucht worden sei. Hilfsmittel seien kaum zur Verfügung gestanden, weil diese ständig defekt gewesen seien. Auch in der Zeit als Krankenpflegevorschüler und Krankenpflegeschüler sowie als Anästhesiepfleger habe er ständig schwere Hebe- und Tragetätigkeiten ausüben müssen.

Der Senat hat die einschlägigen Röntgenaufnahmen beigezogen und ein Gutachten des Dr. R. , Chirurg, Unfallchirurg/Dr. L. , Unfallchirurg, vom 03.07.2006 eingeholt.

Dr. R./Dr. L. haben ausgeführt, Dr. F. sei darin zuzustimmen, dass die Schadenslage nicht mit der notwendigen Sicherheit zu belegen sei. Dem morphologischen Substrat könne keine klinische Symptomatologie zugeordnet werden, d.h. es fehlten segmentale neurologische Ausfallserscheinungen. Es bestünden gleichwertige degenerative Veränderungen im Bereich der nicht belasteten HWS und BWS, die auf ein schicksalhafteres Leiden deuteten. Der Kläger habe bereits im Jahr 1991 Beschwerden an der Wirbelsäule gehabt. Im Jahr 1983 habe bereits eine ärztliche Behandlung eines LWS-Syndroms stattgefunden. Eine BK nach der Nr.2108 liege daher nicht vor. Unabhängig davon würde das Beschwerdebild auch in seiner Gesamtheit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Grade keinesfalls rechtfertigen.

Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 28.01.2005 und der Bescheide vom 23.02.1999 und 07.06.1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14.02.2000 zu verurteilen, bei ihm eine Berufskrankheit nach der Nr.2108 der Anlage zur BKV anzuerkennen und zu entschädigen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 28.01.2005 zurückzuweisen.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen und zur Ergänzung des Tatbestandes wird im Übrigen auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts München vom 28.01.2005 ist nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung einer Berufskrankheit nach der Nr.2108 der Anlage zur BKV. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß [§ 54 Abs.1](#) und [§ 55 Abs.1 Nr.1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig. Geht es in einem gerichtlichen Verfahren nicht um konkrete Ansprüche auf bestimmte Leistungen, sondern zunächst nur um die Frage, ob eine Erkrankung als entschädigungspflichtige Berufskrankheit anzuerkennen ist, kann der Antrag auf "Entschädigung" nicht als Leistungsklage angesehen werden. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) kann der Versicherte in dieser Situation die Grundlagen der in Frage kommenden Leistungsansprüche vorab im Wege einer isolierten Feststellungsklage klären lassen (BSG, Urteil vom 15.02.2005, [B 2 U 1/04 R](#), [SozR 4-2700 § 8 Nr.12](#); BSG, Urteile vom 07.09.2004, Az.: [B 2 U 46/03 R](#), [SozR 4-2700 § 2 Nr.3](#), [B 2 U 45/03](#), [SozR 4-2700 § 2 Nr.2](#); BSG, Urteil vom 28.04.2004, Az.: [B 2 U 21/03 R](#), [SozR 4-5671 Anl.1 Nr.5101 Nr.2](#)).

Die Feststellungsklage ist jedoch nicht begründet. Eine Berufskrankheit nach der Nr.2108 der Anlage zur BKV kann nicht anerkannt werden.

Anzuwenden sind die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII), die für alle nach seinem Inkrafttreten am 01.01.1997 eingetretenen Versicherungsfälle gelten ([§ 212 SGB VII](#)). Vorliegend kann der Versicherungsfall erst mit der Aufgabe der für wirbelsäulenschädlich gehaltenen Tätigkeit eingetreten sein. Der Kläger hat seine Tätigkeit am 31.12.1997 beendet. Soweit er eine rückwirkende Feststellung für die Zeit vor dem 01.01.1997 mit Beendigung der Tätigkeit im Jahr 1996 geltend macht, würde dies keine andere Beurteilung ergeben, da die BK Nr.2108 zwischenzeitlich nicht geändert worden ist.

Nach Eintritt eines Arbeitsunfalls oder einer BK gewährt der Träger der Unfallversicherung Entschädigungsleistungen, insbesondere Verletztenrente ([§ 26 ff. SGB VII](#)). Berufskrankheiten sind Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleidet ([§ 9 Abs.1 Satz 1 SGB VII](#)). Eine solche Bezeichnung nimmt die BKV mit den Listenkrankheiten vor. Hierzu gehören nach Nr.2108 bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung (sogenannte arbeitstechnische Voraussetzungen), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Mit der Aufnahme einer Krankheit in die Liste der Berufskrankheiten wird indes nur die mögliche Ursächlichkeit einer beruflichen Schädigung generell anerkannt und die Erkrankung als solche für entschädigungswürdig befunden. Im Einzelfall ist für das Vorliegen des Tatbestands der Berufskrankheit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß im Sinne des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreicht (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.2000, Az.: [B 2 U 29/99 R](#)). Nach dem in der Unfallversicherung geltenden Prinzip der wesentlichen Mitverursachung ist nur diejenige Bedingung als ursächlich für eine Berufskrankheit anzusehen, die im Verhältnis zu anderen Umständen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg und dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs ist gegeben, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die auf die berufliche Verursachung deutenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann. Eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach geltender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden. Die für den Kausalzusammenhang sprechenden Umstände müssen die gegenteiligen dabei deutlich überwiegen (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, [§ 8 SGB VII](#) Anm.10.1 m.w.N.). Lässt sich eine Tatsache nicht nachweisen oder ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) zu Lasten dessen, der einen Anspruch aus der nicht erwiesenen Tatsache bzw. dem nicht wahrscheinlich gemachten Kausalzusammenhang für sich herleitet ([BSGE 19, 52, 53](#); [30, 121, 123](#); [43, 110, 112](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sind die beim Kläger vorliegenden Erkrankungen der Wirbelsäule keine Berufskrankheit nach der Nr.2108 der Anlage zur BKV. Zu diesem Ergebnis gelangt der Senat aufgrund der Ermittlungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren, insbesondere aufgrund des Gutachtens des Dr. R ... Es sind weder die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Entstehung einer Berufskrankheit nach Nr.2108 der Anlage zur BKV gegeben noch sind die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung der Berufskrankheit erfüllt.

Hinsichtlich der Bewertung der arbeitstechnischen Voraussetzungen wurde für die BK Nr.2108 ein Verfahren entwickelt, in welchem die in Frage kommenden Wirbelsäulenbelastungen nach den Kriterien Schwere der Lasten, Häufigkeit und Dauer belastender Vorgänge, Gesamtzeit der belastenden Einwirkungen, Körperhaltung, Häufigkeit und Dauer von Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, erfasst und bewertet werden. Nach diesem sog. Mainz-Dortmunder-Dosis Modell (MDD) werden aus dem Tätigkeitsfeld des Versicherten auf der Grundlage eines biomechanischen Berechnungsmodells die Hebe- und Tragetätigkeiten herausgefiltert, bei denen ein geschlechtsspezifischer Belastungsgrenzwert erreicht/überschritten wird. Dieser Grenzwert beträgt bei Männern 3,2 kg/N. Die zu berücksichtigenden Tätigkeiten werden nach ihrer Häufigkeit pro Arbeitsschicht erfasst. Auf dieser Grundlage erfolgt eine Zusammenrechnung der Druckkräfte. Solche Tätigkeiten werden berücksichtigt, bei denen eine definierte Belastungsdosis pro Arbeitsschicht erreicht oder überschritten wird. In der dabei verwendeten Berechnungsformel bilden Lastgewichte, Häufigkeit und Dauer der

Hebe- und Tragevorgänge die Berechnungsfaktoren für die Belastungsdosis. Die errechnete individuelle Gesamtbelastungsdosis wird mit einem geschlechtsspezifischen Beurteilungsrichtwert für die Gesamtbelastungsdosis verglichen. Diese Beurteilungsrichtwerte kennzeichnen die Gesamtbelastungsdosis, bei deren Überschreitung nach aktuellem Stand epidemiologischer Erkenntnisse ein erhöhtes Risiko für eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS anzunehmen ist. Das MDD bildet nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 18.03.2003, SozR 4-2700 § 9 Nr.19) aufgrund des derzeitigen Standes der medizinischen Erkenntnisse eine hinreichend bestimmte Grundlage für eine gleichmäßige Rechtsanwendung. Es dient letztlich der Konkretisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe "langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten" und basiert auf der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch äußere Einwirkungen verursacht werden können und dafür eine gewisse Belastungsdosis im Sinne eines Drucks auf die Bandscheiben notwendig ist. Insofern handelt es sich um die Zusammenfassung medizinischer Erfahrungstatsachen (vgl. Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), Kommentar, M 2108 Rdnr.2.3).

Unter Zugrundelegung des MDD sind beim Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach Nr.2108 der Anlage zur BKV nicht gegeben. Die nach dem MDD kritische Belastungsdosis sind 5.500 Nh. Der Kläger erreicht jedoch nur 3.036 Nh. Auch der Richtwert für die Gesamtdosis von 25 MNh ist deutlich unterschritten, da sie beim Kläger 7,681 MNh beträgt. Die vom TAD zugrunde gelegten Kriterien sind nicht zu beanstanden. Der Senat verweist zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit auf die zutreffende Darstellung der Entscheidungsgründe des Sozialgerichts München ([§ 153 Abs.2 SGG](#)). Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die vorgebrachten Einwände im Berufungsverfahren eine andere Beurteilung nicht rechtfertigen.

Hinsichtlich der zugrundegelegten Zeiten ist darauf hinzuweisen, dass bei der Berücksichtigung des Zeitraums vom 01.10.1984 bis 15.03.1996 bereits ein Zeitraum miteinbezogen ist, in dem der Kläger keiner Belastung ausgesetzt war, denn er war ab 22.05.1995 bis auf wenige Tage durchgehend arbeitsunfähig. Eine Berücksichtigung des Zeitraums ab dem Jahr 1971 ist zu Recht nicht erfolgt. In der Zeit von 1971 bis 1976 war der Kläger Krankenpflegevorschüler und Krankenpflegeschüler. Der Senat geht nicht von einer wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit in dieser Zeit aus. Der Kläger hat auch nicht näher konkretisiert, inwieweit er bereits bei seiner Ausbildung schwere Hebe- und Tragetätigkeiten ausführen musste. Insbesondere hat er nicht dargelegt, dass entsprechende Umbettungsvorgänge angefallen wären. Dies gilt auch für die Behauptung, dass er als Anästhesiepfleger entsprechende schwere Arbeiten vornehmen hätte müssen. Hinsichtlich der Tätigkeit als Anästhesiepfleger in der Zeit vom 01.12.1977 bis 31.12.1980 liegen entsprechende Unterlagen der Arbeitgeber nicht mehr vor. Eine Belastung im Sinne der Nr.2108 der Anlage zur BKV mit Hebe und Tragevorgängen über 25 kg ist für diese Zeiträume nicht belegt. Der Senat sieht die Stellungnahme des TAD vom 11.08.1998, die sich auf allgemeine Erfahrungssätze stützt, als überzeugend an. Hinsichtlich der Belastungssituation ist daher zutreffend auf die Tätigkeit im Klinikum B. von 1984 bis 1996 abzustellen.

Soweit der Kläger geltend macht, dass nicht nur die Umbettungsvorgänge bandscheibenbelastend gewesen seien, sondern auch die weiteren von ihm durchzuführenden Arbeiten, wie z.B. schwere Trage- und Hebearbeiten technischer Geräte, schwere Transportarbeiten durch das Schieben und Tragen von Gegenständen und Personen, kann dies eine andere Beurteilung nicht rechtfertigen. Zu berücksichtigen ist für eine Anerkennung nach Nr.2108 der Anlage zur BKV allein langjähriges schweres Heben und Tragen. Andere körperlich belastende Arbeitsvorgänge sind nicht miteinzubeziehen. Entscheidend ist das Heben und Tragen von Lasten von über 25 kg und zwar mit Regelmäßigkeit und Häufigkeit. Dass insoweit weitere Vorgänge in erheblichem Maße mit gewisser Regelmäßigkeit und Häufigkeit zu berücksichtigen wären, ist durch die Beweisaufnahme nicht bestätigt. Weitere für die Anerkennung der BK Nr.2108 wesentliche Arbeitsvorgänge sind nicht nachgewiesen. Hinsichtlich der Art der Tätigkeiten wurde die Tätigkeit am Patienten durch den TAD berücksichtigt.

Hinsichtlich der Berücksichtigung der einzelnen Lagerungsvorgänge ist der TAD zugunsten des Klägers ohnehin von durchschnittlich 26 Arbeitsvorgängen ausgegangen. Die Behauptung des Klägers, es seien 40 bis 50 Vorgänge gewesen, ist nicht belegt. Auch das Vorbringen, dass Hilfsmittel kaum zur Verfügung gestanden hätten, weil diese ständig defekt gewesen seien, ist durch das Ergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere der Aussagen der Pflegedienstleitung, die für den Senat ebenfalls glaubhaft sind, nicht bestätigt.

Nach der Berechnung nach dem MDD unterschreitet die Tätigkeit im Klinikum B. in der Zeit von 1984 bis 1996 sowohl die Schicht- als auch die Gesamtbelastungsdosis deutlich. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen sind demnach nicht erfüllt.

Aufgrund der medizinischen Beweisaufnahme ist zudem auch nicht davon auszugehen, dass die beim Kläger jetzt vorliegende Wirbelsäulenerkrankung mit Wahrscheinlichkeit durch die Tätigkeit verursacht wurde. Selbst bei Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen wäre daher eine Anerkennung einer BK nach der Nr.2108 nicht möglich.

Es ist bereits das Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne der Nr.2108 der BKV nicht nachgewiesen.

Bandscheibenbedingte Erkrankungen sind Krankheiten, die mit einer Bandscheibenschädigung in ursächlicher (Wechsel)Beziehung stehen. Den Tatbestand der BK Nr.2108 erfüllen nur solche Schäden der Wirbelsäule, die sich als das Resultat einer langjährigen schädigenden Einwirkung auf den entsprechenden Wirbelsäulenabschnitt darstellen. Beim Kläger liegt zwar das dafür erforderliche morphologisch objektivierbare Schadenssubstrat in Form von Bandscheibenschäden vor. Neben einem objektivierten Bandscheibenschaden muss aber die klinische Relevanz dieses Schadens gesichert sein, damit der Begriff einer bandscheibenbedingten Erkrankung erfüllt ist (Mehrtens/Brandenburg, aaO, M 2108 Rdnr.3). Erforderlich ist, dass ein chronisches oder chronisch-rezidivierendes Beschwerdebild mit Funktionseinschränkungen vorliegt. Beim Kläger fehlen aber segmentale neurologische Ausfallserscheinungen. Auch unter Berücksichtigung der Befunde in der Vergangenheit sind nach den Ausführungen des Dr. R., der das Gutachten des Dr. F. bestätigt, neurologische Ausfallserscheinungen oder wenigstens eine Nervenwurzelirritation nicht festzustellen gewesen. Wurzelsyndrome sind in der Regel diagnostisch objektivierbar durch Feststellung von entsprechenden Schmerzausstrahlungen und Sensibilitätsausfällen, von Kraftminderungen in wurzelspezifischen Kennmuskeln sowie Reflexausfällen (vgl. Mehrtens/Brandenburg a.a.O.). Derartige Erscheinungen lagen beim Kläger nicht vor.

Gegen einen beruflichen Zusammenhang spricht zudem, dass beim Kläger degenerative Veränderungen über alle drei Wirbelsäulenabschnitte verteilt sind. Die Verschleißerscheinungen der Halswirbelsäule sind kaum geringer als an der Lendenwirbelsäule ausgeprägt.

Ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen im Bereich der Lendenwirbelsäule ist somit nicht hinreichend wahrscheinlich. Im Rahmen der Abwägung überwiegen vielmehr die gegen einen Zusammenhang sprechenden Umstände.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 28.01.2005 war somit zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-11-07