

## L 6 U 124/05

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6.

1. Instanz

SG Halle (Saale) (SAN)

Aktenzeichen

S 6 U 5/02

Datum

25.08.2005

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 6 U 124/05

Datum

03.09.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Der Antrag der Klägerin auf Übernahme der durch die gutachtliche Anhörung des Sachverständigen Dr. Pl. entstandenen Kosten auf die Staatskasse wird abgelehnt.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Übernahme der Kosten für das Gutachten von Dr. P. auf die Staatskasse.

Die Klägerin hat im Hauptsacheverfahren die Anerkennung einer Berufskrankheit der Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) begehrt. Sie zeigte der Beklagten am 7. April 1998 eine Berufskrankheit der Wirbelsäule an. Die Beklagte zog diverse Befundberichte bei. In dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik A. in B S vom 21. April 1997 führte Dr. H. aus, die Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 30. April 1996 zeige u.a. eine skoliotische Fehlhaltung mit Rechtskonvexität im Übergang der LWS zum Kreuzbein, eine Hyperlordose, spondylarthrotische Veränderungen der unteren Segmente sowie eine beginnende, leichtgradige Verschmälerung der Zwischenwirbelräume bei L5/S1. Diese sei anlagebedingt. Ferner erhielt die Beklagte einen Befundbericht der Radiologen Dr. S. und Partner mit der Auswertung eines Magnetresonanztomogramms (MRT) der LWS vom 22. Juli 1997. Dieses zeige einen mäßiggradigen mediolateralen chronischen Prolaps bei L4/5 mit Tangierung der angrenzenden Nervenwurzel L5 beidseits. Es lägen geringe diffuse Protrusionen bei L5/S1 und L3/4 vor.

Mit Bescheid vom 21. Juni 2000 lehnte es die Beklagte ab, die Wirbelsäulenbeschwerden der Klägerin als Berufskrankheit der Nr. 2108 anzuerkennen. Hiergegen erhob die Klägerin am 18. Juli 2000 Widerspruch.

Die Beklagte zog weitere ärztliche Unterlagen bei: In dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik D. H führten die Ärzte aus, das Röntgenbild der LWS vom 19. November 1999 zeige eine Linksskoliose mit Ergänzungswinkel nach Cobb von 10 Grad und geringer Torsion bei L2 und L3. Die Intervertebralräume bei L3/4 und L4/5 seien niedrig ohne wesentliche Deformität. Bei L5/S1 liege eine spondylarthrotische Störung vor. Die Strukturen seien mäßig rarefiziert. Das MRT der LWS vom 29. Dezember 1999 zeige eine leichte Osteochondrose in den Segmenten L3/4, L4/5 und L5/S1 mit jeweils flachen Bandscheibenprotrusionen, die bei L4/5 leichtgradig gegen den Duralsack drückten.

Die Beklagte beauftragte den Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik M. Prof. Dr. N. mit der Erstattung des Gutachtens vom 18. Juni 2001, der ausführte, das MRT vom 29. Dezember 1999 zeige einen mäßiggradigen Bandscheibenprolaps L4/5 mit Tangierung der angrenzenden Nervenwurzel L5 beidseits und eine geringe Bandscheibenprotrusion bei L5/S1 und L3/4 bei einer beginnenden Spinalkanalstenose L4/5. Die Röntgenaufnahme vom 7. Februar 2001 zeige eine geringgradige Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes L5/S1, Knochenanbauten in L3 und eine Lumbalisation von S1 bei leichter Seitenausbiegung der LWS und verstärkter Hyperlordose. Es handele sich um eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Berufskrankheit Nr. 2108. Die beruflichen Einwirkungen seien wesentliche Ursache für die Entstehung der Erkrankung der LWS.

Die Beklagte beauftragte ferner den Chefarzt der Abteilung Orthopädie des Evangelischen W S Prof. Dr. N. mit der Erstattung des Gutachtens vom 25. Oktober 2001. Prof. Dr. N. diagnostizierte bei der Klägerin u.a. ein chronisches pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren zwei Bewegungssegmente mit Bandscheibenprotrusionen, Spondylarthrose und Osteochondrose sowie anlagebedingt einen leichten Beckenschiefstand, eine Lumbalskoliose, eine dysplastische Anlage des Wirbelbogens des 5. Lendenwirbelkörpers bei stark rudimentärer Ausbildung des Dornfortsatzes, ein tief stehendes Sacrum ohne bewiesene

Übergangsstörung im Sinne einer Lumbalisation S1 und Nichtanlage der 12. Rippe. Es handele sich dabei nicht um eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS. Der Zustand gehe auf die anlagebedingten Grundleiden zurück, welche rechtlich wesentliche Ursache seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Dezember 2001 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch der Klägerin zurück. Hiergegen hat sich die Klägerin mit der am 7. Januar 2002 vor dem Sozialgericht Halle erhobenen Klage gewendet. Sie hat dem Gericht den Befundbericht der Radiologen Dipl.-Med. H. und M vom 10. Mai 2004 vorgelegt. In Auswertung eines MRT der LWS vom 7. Mai 2004 haben diese ausgeführt, es bestünden leichte Osteochondrosen und Spondylosen L3/4 bis L5/S1 bei Nachweis eines zungenförmigen Diskusprolapses in Höhe L4/5 mit jeweils leicht bedrängenden Effekten auf L5 und den Duralsack sowie eine Bandscheibenprotrusion im Segment L5/S1 mit berührten Nerven S1 und L4.

Das Sozialgericht hat den Chefarzt der Orthopädischen Abteilung des Klinikums M L Dr. S. mit der Erstattung des Gutachtens vom 1. April 2005 nach Aktenlage beauftragt. Dr. S. hat ausgeführt, es liege eine sekundäre Bandscheibenschädigung als Folge anlagebedingter Veränderungen der Wirbelsäule in Form einer Schiefstellung des 5. Lendenwirbels mit nachfolgender Lumbalskoliose vor, die die Statik der Wirbelsäule erheblich verändert hätten. Es seien einzelne Abschnitte der HWS, BWS und LWS nahezu gleich betroffen. Es fänden sich degenerative Veränderungen in allen Bereichen der Wirbelsäule, wobei lediglich im Segment L4/5 computertomographisch ein Bandscheibenvorfall nachgewiesen sei. Die LWS sei nahezu in allen Segmenten gleich betroffen, lediglich das Segment L5/S1 sei etwas stärker verschmälert. Die Veränderungen seien durch die anlagebedingte Fehlförmigkeit der unteren LWS begründet. Es sei davon auszugehen, dass ein beruflicher Einsatz in einem körperlich leichten Beruf ohne Hebe- und Trageleistungen zu gleichen Veränderungen hätte führen können. Die medizinischen Voraussetzungen einer Berufskrankheit der Wirbelsäule der Nr. 2108 lägen nicht vor.

Mit Urteil vom 25. August 2005 hat das Sozialgericht Halle die Klage abgewiesen. Hiergegen hat sich die Klägerin mit der am 28. September 2005 eingelegten Berufung gewendet.

Auf Antrag der Klägerin hat das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt den Facharzt für Orthopädie PD Dr. P. nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) mit der Erstattung des Gutachtens vom 22. Juli 2008 nach Untersuchung der Klägerin am 6. Mai 2008 beauftragt. Dr. P. hat bei der Klägerin ein chronisches Lumbalsyndrom bei lumbosakraler Übergangsstörung L5/S1 mit Schiefstellung des 5. Lendenwirbelkörpers und resultierenden degenerativen Veränderungen der kaudalen Bewegungssegmente diagnostiziert. Auf den Röntgenbildern der LWS vom 30. April 1996 scheine der Wirbelbogen des kaudalen Lendenwirbelkörpers dysplastisch. Die Facettengelenke zum kranial gelegenen Wirbelkörper zeigten eine Gelenkspaltverschmälerung und subchondrale Sklerosierungen als Zeichen einer Facettenarthrose. Der Wirbelkörper als Ganzes weise eine nach links abkippende Schiefstellung auf. Der Gesamteindruck spreche für eine Übergangsstörung des kaudalen lumbalen Wirbelkörpers zum Sakrum. Die Röntgenaufnahmen der LWS vom 19. November 1999 zeigten keine Veränderungen zu den Aufnahmen aus 1996. Die lumbosakrale Übergangsstörung betreffe den Lendenwirbelkörper 5. Die Röntgenbilder der LWS vom 7. Februar 2002 ließen im Vergleich zu den Voraufnahmen des Jahres 1999 keine relevante Zunahme der Degeneration erkennen. Die Röntgenaufnahmen der LWS vom 21. Juni 2005 bildeten eine Schiefstellung des Lendenwirbelkörpers 5 infolge lumbosakraler Übergangsstörung L5/S1 sowie eine Facettenarthrose L4/5 ab. Dies spreche ebenso wie die Wirbelbogendysplasie und die Schiefstellung für eine Fehlanlage des 5. Lendenwirbelkörpers. In dem MRT der LWS vom 22. Juli 1997 sei in den Segmenten L3/4, L4/5 eine diskrete und in dem Segment L5/S1 eine ausgeprägte Vorwölbung ohne relevante Kompression der Nervenwurzeln oder Verdrängung des Duralsackes zu erkennen. Das MRT der LWS vom 29. Dezember 1999 zeige die bereits bekannten Protrusionen. Im Segment L5/S1 werde eine deutliche Facettenhypertrophie mit teilweise nicht einsehbarem Facettenspalt bei hierdurch bedingtem engen Spinalkanal abgebildet. Die Klägerin leide unter einer anlagebedingten Übergangsstörung des letzten Lendenwirbelkörpers zum ersten Kreuzbeinwirbel. Folge der anlagebedingten lumbosakralen Übergangsstörung L5/S1 mit Schiefstellung des 5. Lendenwirbelkörpers und resultierenden degenerativen Veränderungen der kaudalen Bewegungssegmente sei eine kompensatorisch skoliotische Wirbelsäulenfehlstellung und eine sekundäre Degeneration der Bandscheibe des Segmentes L5/S1, geringer ausgeprägt auch der Segmente L3/4 und L4/5. Es handle sich daher nicht um eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS. Die festgestellten Gesundheitsstörungen gingen auch nicht über das altersentsprechende Maß hinaus.

Mit rechtskräftigem Urteil vom 5. November 2009 hat das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt die Berufung der Klägerin zurückgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, es sei unter Heranziehung der Konsensempfehlungen nicht wahrscheinlich, dass die Lendenwirbelsäulenerkrankung der Klägerin ursächlich auf ihre berufliche Tätigkeit als Krankenschwester zurückzuführen sei. Es seien mindestens die unteren Segmente der Lendenwirbelsäule von L4/5 sowie der Übergang von L5 zum Sakralwirbel S1 von Veränderungen betroffen. Bei der Klägerin liege aber nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. S. eine wesentliche konkurrierende Ursache in Form einer anlagebedingten Schiefstellung des 5. Lendenwirbels vor, die der Sachverständige Dr. P. als dysplastischen Wirbelbogen L5 mit einer nach links abkippenden Schiefstellung beschrieben habe. Nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. P. handele es sich um eine anlagebedingte Übergangsstörung von L5 zu S1, die nicht auf die beruflichen Tätigkeiten der Klägerin ursächlich zurückzuführen sei.

Die Klägerin behauptet, das Gutachten von Dr. P. stütze das Klagebegehren weitestgehend, entspreche ihrem gestellten Antrag und habe das Verfahren gefördert. Sie ist der Auffassung, eine Übernahme der Kosten auf die Staatskasse komme auch dann in Betracht, wenn das Urteil negativ ausgefallen ist, das Gutachten nach [§ 109 SGG](#) aber zur Aufklärung des Sachverhaltes und zur konkreten Erledigung beigetragen habe.

Die Klägerin beantragt nach ihrem Vorbringen,

die Kosten für die Erstellung des Gutachtens durch Dr. P. auf die Staatskasse zu übernehmen.

Die Staatskasse hat zu dem Antrag nicht Stellung genommen.

II.

Der zulässige Antrag hat in der Sache keinen Erfolg.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten des Gutachtens von Dr. P. auf die Staatskasse. Für das bei der Entscheidung nach [§ 109 SGG](#) bestehende Ermessen ist leitend, ob das Gutachten die Beweislage der Klägerin verbessert oder neue, entscheidungserhebliche Erkenntnisse vermittelt. Beides ist hier nicht der Fall.

Das Gutachten von Dr. P. hat das Begehren der Klägerin nicht gestützt. Dr. P. hat die Erkrankung der Klägerin an der Lendenwirbelsäule auf die angeborene Störung des lumbo-sakralen Übergangs L5 zu S1 zurückgeführt und die anlagebedingte Erkrankung für die wesentliche Ursache der Erkrankung angesehen. Mit dieser Einschätzung hat sich die Beweislage für die Klägerin nicht verbessert. Der Senat hat in seiner Entscheidung vom 5. November 2009 die Berufung der Klägerin mit Hinweis auf Gutachten von Dr. S. und Dr. P. zurückgewiesen.

Dr. P. hat auch keine neuen, entscheidungserheblichen Erkenntnisse vermittelt. Seine Befunderhebung stützt sich auf Röntgenbilder und Magnetresonanztomogramme aus den Jahren 1997 bis 2005. Lediglich die Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 2005 lagen vor der Begutachtung durch Dr. S. noch nicht vor. Auf diese ist es jedoch bei der Entscheidung des Landessozialgerichts nicht wesentlich angekommen. Das Landessozialgericht stützt seine Entscheidung im Wesentlichen auf das anlagebedingte Leiden der Klägerin im Übergang von L5 zu S1, welches als wesentliche konkurrierende Ursache gegen die hinreichende Wahrscheinlichkeit einer Verursachung der Leiden der Klägerin an der Lendenwirbelsäule spricht. Bereits vor Dr. P. haben mehrere Ärzte die anlagebedingte Fehlstellung der Lendenwirbelsäule im Sakralbereich beschrieben und für die Erkrankung der Klägerin verantwortlich gemacht. Auf eine skoliotische Fehlstellung mit Rechtskonvexität der Lendenwirbelsäule im Kreuzbein hatte bereits Dr. H. nach Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 30. April 1996 hingewiesen. In dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik D. H vom 19. November 1999 wird bei L5/S1 eine spondylarthrotische Störung beschrieben. Prof. Dr. N. hat in seinem Gutachten vom 18. Juni 2001 von einer Seitenausbiegung der Lendenwirbelsäule bei S1 und einer Hyperlordose berichtet. Prof. Dr. N. hat in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 25. Oktober 2001 u.a. ausgeführt, die Klägerin leide an einer Lumbalskoliose, einer dysplastischen Anlage des Wirbelbogens des 5. Lendenwirbelkörpers bei stark rudimentärer Ausbildung des Dornfortsatzes, einem tief stehenden Sacrum ohne bewiesene Übergangsstörung im Sinne einer Lumbalisation S1 und Nichtanlage der 12. Rippe. Dabei handele es sich nicht um eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule, sondern diese gehe auf die anlagebedingten Grundleiden zurück, welche rechtlich wesentliche Ursache seien. Schließlich hat auch Dr. S. in seinem Gutachten vom 1. April 2005 eine anlagebedingte Fehlförmigkeit der unteren Lendenwirbelsäule beschrieben, die zu den Veränderungen der Lendenwirbelsäule geführt habe.

Dem Gutachten von Dr. P. sind daher keine neuen und entscheidungserheblichen Erkenntnisse zu entnehmen.

Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) unanfechtbar.

gez. Eyrich gez. Dr. Ulrich gez. Boldt  
Rechtskraft  
Aus  
Login  
SAN  
Saved  
2012-09-20