

L 2 U 8/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 239/00

Datum

19.11.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 8/03

Datum

14.04.2004

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 197/04 B

Datum

15.02.2005

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 19.11.2002 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Mit Antrag vom 08.04.1993 beehrte der Kläger die Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lenden- und Halswirbelsäule als Berufskrankheit.

Der Arbeitgeber, die Baustoff-Großhandlung O. & Co. KG, erklärte, der Kläger sei seit 1974 als Außendienstmitarbeiter beschäftigt gewesen. Nach seinen Angaben seien erstmals 1975 Rückenbeschwerden als Folge des Hebens in gebückter Haltung beim Be- und Entladen und des langjährigen Autofahrens eingetreten. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr.F. bestätigte in der ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit ein chronisches Lumbalsyndrom, Cervikalsyndrom und Bandscheibenschaden, Bandscheibenvorfall L 5/S 1, Wirbelsäulenschäden.

Der Kläger gab an, er habe von 1951 bis 1952 als Auszubildender im Büro gearbeitet, von 1952 bis 1955 in Büro und Fabrikation, zuletzt im Außendienst, von 1955 bis 1958 im Außendienst; von 1958 bis 1973 sei er selbständiger Handelsvertreter gewesen. Seit 1974 sei er bei der Firma O. im Außendienst beschäftigt. Er verkaufe Fliesen, Kacheln, Baustoffe und Öfen. Er habe schon von 1951 bis 1974 häufig schwer heben und tragen müssen. Auf die Tätigkeit, die er seit 1974 ausübe, führe er die seit etwa 1975/1980 beginnenden Beschwerden zurück. Er habe täglich 10 bis 12-mal Mustertafeln, -kästen und -mappen im Gewicht bis 40 kg heben müssen. Der Transport habe etwa 20 % der Arbeitszeit ausgemacht, etwa zwei Stunden täglich. Er habe die Lasten vor dem Körper und seitwärts vom Körper getragen. Er habe sie häufig anheben müssen, dreißig bis vierzigmal am Tag. Etwa 30 % der Arbeitszeit habe er in extremer Beuge- und Verdrehungshaltung des Rumpfes gearbeitet. Außerdem habe er jährlich ca. 35.000 km zu fahren gehabt, zum Teil auf sehr schlechten Straßen. Die Erkrankung habe sich erstmals 1974 als Cervikalsyndrom bemerkbar gemacht, dann sei es immer häufiger zum Hexenschuss gekommen.

Der Kläger übersandte ein Gutachten der Chirurgen und Orthopäden Prof.Dr.M. und Dr.E. vom 04.06.1986 für das Landgericht M ... Darin wurde ausgeführt, es bestünden mäßige degenerative Veränderungen an der unteren Halswirbelsäule, der mittleren Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule. Die Beschwerden seien glaubhaft. Hinweise auf schwerwiegende Bandscheibenschädigungen seien nicht gefunden worden. Neurologische Ausfallerscheinungen seien nicht objektiviert.

Medizinaldirektor Dr.K. bestätigte am 14.03.1985 für die Lebensversicherungsanstalt eine alimentäre Fettsucht von Krankheitswert, knöcherne Gefügestörung der Wirbelsäule mit Beschwerden, Bluthochdruck mit Herz-Kreislaufschaden, vorzeitigen cerebralen Abbau, Zustand nach Bruch eines Großzehngliedes.

Nach stationärer Behandlung vom 15.06. bis 16.07.1984 wurden im Krankenhaus für Sportverletzte H. die Diagnosen gestellt: Rechtsseitige Ischialgie bei computertomografisch nachgewiesener Protrusion L 5/S 1, nachweisbare Wurzelschädigung L 4 rechts. Die Ärzte des Allgemeinen Krankenhauses für die Stadt H. stellten nach stationärer Behandlung vom 14.03. bis 31.03.1989 die Diagnose: chronische lumboschialgieforme Beschwerden bei nachgewiesenem Bandscheibenvorfall L 5/S 1. Im Kurbericht vom 08.04.1986 lauten die Diagnosen: Lumbales Bandscheibensyndrom mit Wurzelreizschädigung, besonders L 4 rechts, Bandscheibenprotrusion L 5/S 1, im Kurbericht vom 27.04.1987: L 5/S 1-Bandscheibensyndrom rechts mit Bandscheibenprolaps, zur Zeit ohne neurologische Ausfälle. Das Versorgungsamt Dortmund stellte im Bescheid vom 25.04.1988 u.a. als Behinderungen fest: Verschleißveränderungen und Bandscheibenschaden der Wirbelsäule mit Nervenwurzelreizung. Der Orthopäde Dr.K. attestierte am 10.12.1974 ein Cervikalsyndrom, das in den vergangenen Jahren

in wechselnder Stärke häufig aufgetreten sei.

Der Arbeitgeber bestätigte, dass der Kläger seit 01.01.1974 als Außendienstmitarbeiter Reisetätigkeit mit Pkw mit Vorlage und Bemusterung von Fliesen, Klinkern, Musterkästen und Materialproben zu verrichten gehabt habe. Er habe beim Be- und Entladen des Kofferraumes in Beuge- und Verdrehungshaltung zu arbeiten gehabt. Lasten bis zu 40 kg habe er vor dem Körper und seitwärts vom Körper getragen und zwar etwa 20 % der Arbeitszeit an 45 Wochen im Jahr. In extremer Beuge- und Verdrehungshaltung habe er 30 % der Arbeitszeit gearbeitet.

In der Stellungnahme vom 09.08.1993 erklärte die Beratungsärztin Dr.H. , es bestünden Verschleißerscheinungen an der gesamten Wirbelsäule und an der Brustwirbelsäule ein Morbus Scheuermann. Die Tätigkeit sei nicht geeignet gewesen, eine Berufskrankheit der Nrn.2108 bis 2110 zu verursachen, weil nur in 30 % der Arbeitszeit schweres Heben erfolgt sei. Die Gewerbeärztin B. erklärte am 06.10.1993, eine Berufskrankheit nach Nr.2108 oder 2109 sei nicht wahrscheinlich.

Mit Bescheid vom 21.01.1994 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Entschädigung aus Anlass der Wirbelsäulenbeschwerden ab. Ein Zusammenhang der Wirbelsäulenveränderungen mit der beruflichen Tätigkeit sei unwahrscheinlich. Eine Berufskrankheit nach Ziff.2108 bis 2110 der Anlage zur BKV sei somit auszuschließen.

Den Widerspruch vom 03.02.1994 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 18.04.1994 zurück.

Hiergegen richtete sich die Klage vom 03.05.1994 zum Sozialgericht Dortmund (S [17 U 106/94](#)). Der zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Prof.Dr.P. führte im Gutachten vom 18.01.1995 aus, es ergäben sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr.2108 - 2110. Beim Kläger bestehe eine schicksalsbedingte Verschleißerkrankung der Wirbelsäule, die durch die Bedingungen des Arbeitslebens weder ausgelöst noch richtunggebend verschlimmert worden sei. Es habe sich das typische Bild einer altersentsprechenden Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule ergeben. Ab C 4 könne man in allen Segmenten der Halswirbelsäule eine fortgeschrittene Verschleißerkrankung nachweisen, ähnlich auch im Bereich der Brust- und im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule. Die topographische Verteilung dieser Verschleißerscheinungen entspreche der typischen Verteilung bei der Normalbevölkerung. Dem biomechanischen Gutachten des Prof.Dr.B. vom 31.03.1995 sei zu entnehmen, dass die biomechanische Analyse keine Hinweise auf eine Auslösung oder richtunggebende Verschlimmerung durch die Bedingungen des Arbeitslebens zeige.

Mit Urteil vom 09.10.1995 wies das Sozialgericht die Klage ab. Unabhängig vom Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen scheidet die Anerkennung der Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit nach Ziff.2108 aus medizinischen Gründen aus. Die stärksten Verschleißerscheinungen lägen im Bereich L 5/S 1. Nach dem gesicherten Wissen der Orthopädie seien diese Segmente bei der Normalbevölkerung die am stärksten degenerativ veränderten. Eine abweichende Verteilung der Verschleißerkrankung oder ein zusätzliches Auftreten von Verschleißerkrankungen sei nicht nachzuweisen. Die biomechanische Analyse zeige ebenfalls, dass im Bereich der Lendenwirbelsäule keine Abweichung des Verteilungsmusters der degenerativen Veränderungen nachweisbar sei.

Hiergegen richtete sich die Berufung zum Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (L 15 U 277/95).

Die Beklagte übersandte eine Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes vom 19.03. und 27.03.1996, nach der davon auszugehen ist, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen im Sinne der Ziff.2108 gegeben sind, dagegen nicht im Sinne der Ziff.2110.

Der ärztliche Sachverständige, der Chirurg Prof.Dr.B. , führte im Gutachten vom 29.07.1996 aus, beim Kläger lägen verbildende Bandscheibenveränderungen an der unteren Halswirbelsäule, Zeichen eines abgelaufenen Morbus Scheuermann der unteren Brustwirbelsäule sowie ein weit fortgeschrittener Bandscheibenschaden des lumbosacralen Übergangs vor. Die Veränderungen bei L 5/S 1 seien als bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule anzusehen. Die MdE sei auf 10 vom 100 einzuschätzen.

Im Termin vom 28.10.1996 schlossen die Beteiligten einen widerruflichen Vergleich, in dem die Beklagte anerkannte, dass beim Kläger eine Berufskrankheit nach Nr.2108 der Anlage zur BKV vorliege und sich verpflichtete, zu prüfen, ob Leistungen gewährt würden. Diesen Vergleich widersprach der Kläger am 04.11. 1996.

Er übersandte ein Gutachten des Neurologen Prof.Dr.B. vom 29.10.1997 für das Landgericht Münster, in dem zusammenfassend ausgeführt wurde, beim Kläger liege ein chronisches Wurzelreizsyndrom der Lendenwirbelsäule vor. Die Symptomatik sei auf dem Boden einer larviert-depressiven Entwicklung verstärkt.

Der gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Neurologe Dr. B. kam im Gutachten vom 03.11.1997 und der ergänzenden Stellungnahme vom 13.01.1998 zu dem Ergebnis, es bestehe eine anhaltende Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit häufig rezidivierenden stärkeren Nerven- und Muskelreizerscheinungen, die mit 20 v.H. zu bewerten sei. Dies bedeute kein Anerkenntnis einer berufsbedingten Erkrankung. Ein Zusammenhang mit der beruflichen Belastung sei bislang nur für die Etage L 5/S 1 konstatiert worden. Dr. B. bezog sich auf sein computertomographisches Gutachten vom 07.01.1998, in dem er ausführte, es bestehe ein vermutlich ausgedehnter subligamentärer Sequester der deutlich degenerierten L 4/L 5-Bandscheibe. Bei fehlenden knöchernen, spinalen oder foraminale Stenosen sei die Bandscheibe L 3/L 4 allenfalls minimal protrudiert. Die L 5/S 1-Bandscheibe sei mäßig vorgewölbt, ohne dass es jedoch hier zu einer deutlicheren Störung gekommen sei.

Der zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.S. führte im Gutachten vom 03.05.1998 aus, gegen den Kausalzusammenhang spreche, dass kein altersvoraussetzender Verschleiß der Lendenwirbelsäule vorliege. Ferner bestehe eine gleichförmige Degeneration der gesamten Wirbelsäule ohne Akzentuierung des exponierten LWS-Abschnittes. Außerdem sei der zweifelsfreie Nachweis einer konkurrierenden Ursache zu berücksichtigen, nämlich die LWS-Skoliose mit Beckenschiefstand, die mit Wahrscheinlichkeit Einfluss auf die Neigung zur Bandscheibendegeneration genommen habe. Auch sei die Erstmanifestation, nahezu zeitgleich mit der Aufnahme der Tätigkeit, nicht belastungsadäquat. Insgesamt ergebe sich für den Zusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung nicht die notwendige Wahrscheinlichkeit. Die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr.2108 lägen nicht vor.

Im Termin vom 25.08.1998 verpflichtete sich die Beklagte, nach rechtskräftigem Abschluss des Rechtsstreits auf Antrag erneut über den Entschädigungsanspruch des Klägers zu entscheiden. Der Kläger erklärte, er betrachte das Verfahren als erledigt.

Am 28.07.1999 beantragte der Kläger die Anerkennung einer Berufskrankheit.

Der technische Aufsichtsdienst der Beklagten überprüfte nochmals die arbeitstechnischen Voraussetzungen.

Mit Bescheid vom 10.02.2000 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Entschädigung ab, da weder eine Berufskrankheit vorliege, noch die konkrete Gefahr des Entstehens einer Berufskrankheit bestehe. Eine berufsbedingte Erkrankung der Halswirbelsäule sei auszuschließen, weil Lasten mit einem Gewicht von wenigstens 50 kg nicht auf der Schulter getragen worden seien. Soweit Ganzkörperschwingungen aufgetreten seien, hätten diese nicht den für eine Gefährdung der Lendenwirbelsäule maßgeblichen Grenzwert erreicht. Auch nach nochmaliger Auswertung sämtlicher Gutachten habe ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den Lendenwirbelsäulenbeschwerden und der beruflichen Tätigkeit im Sinne einer Berufskrankheit nach Ziff. 2108 der Anlage zur BKV nicht wahrscheinlich gemacht werden können.

Den Widerspruch vom 14.02.2000 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19.05.2000 zurück. Vom Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen seit 1974 werde ausgegangen. Auch leide der Kläger an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule. Die Krankheit sei aber schon vor 1974 aufgetreten, wie Dr.K. am 10.12.1974 bestätigt habe. Unmittelbar vor der 1974 aufgenommenen Tätigkeit habe der Kläger nicht belastend gearbeitet, sondern drei Jahre als Angestellter und 16 Jahre als selbständiger Handelsvertreter. Langjährig im Sinne von Ziff.2108 bedeute aber regelmäßig, dass belastende Tätigkeiten ca. 10 Jahre verrichtet worden seien. Wenn die Erstmanifestation alsbald nach Aufnahme der gefährdenden Tätigkeit, hier sogar vorher, auftrete, spreche dies für einen schicksalhaften Verlauf. Auch das Schadensbild lasse nicht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit schließen. Die Verschleißerscheinungen beschränkten sich auf die unteren Segmente der Lendenwirbelsäule. Im Vergleich mit den übrigen Wirbelsäulenabschnitten, die nicht einer besonderen Belastung ausgesetzt gewesen seien und dennoch vergleichbare Veränderungen aufwiesen, zeige sich, dass ein berufsbedingtes Leiden nicht vorliege. Im Gegenteil bestünden an der Halswirbelsäule sogar mehr Bandscheibenschäden als an der Lendenwirbelsäule. Als konkurrierende Ursachen seien Schadensanlagen wie eine diagnostizierte Skoliose bei Beckenschiefstand, eine Adipositas und eine durchgemachte Scheuermann sche Erkrankung zu berücksichtigen. Die Anerkennung einer Berufskrankheit scheitere also daran, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Erkrankung und gefährdender Tätigkeit nicht wahrscheinlich sei.

Hiergegen hat sich die Klage zum Sozialgericht Augsburg gerichtet, zu deren Begründung der Kläger vorgetragen hat, er habe 1974 noch nicht an einer Erkrankung der Lendenwirbelsäule gelitten. Erstmals 1984 sei es zu einem sogenannten Hexenschuss gekommen. Die von der Beklagten erwähnten angeblich mitursächlichen Erkrankungen seien nachweislich erst nach dem 01.01.1984 diagnostiziert worden. Ein Bericht vom 28.04.1989 bestätige einen Beckengradstand und widerlege damit die Behauptung hinsichtlich eines vor 1994 vorhandenen Beckenschiefstandes. Im Übrigen habe die Belastung den Richtwert des Mainz-Dortmunder-Dosismodells um mehr als das Dreifache überschritten. Die Auswirkungen dieser erheblich belastenden Tätigkeit überwögen etwaige gesundheitliche Beeinträchtigungen bei weitem.

Die Beklagte hat hierzu ausgeführt, auch bei Erfüllung des Kriteriums einer langjährigen Überlastung müsse ein Ursachenzusammenhang zwischen der Erkrankung und den berufsbedingten Wirbelsäulenbelastungen begründet werden. Dabei seien insbesondere konkurrierende Ursachen, wie die beim Kläger diagnostizierte Skoliose bei Beckenschiefstand, das ausgeprägte Übergewicht sowie die durchgemachte Scheuermann sche Erkrankung zu berücksichtigen. Für die Anwendung eines Anscheinsbeweises sei daher kein Raum.

Der Allgemeinmediziner Dr.F. erklärte im Befundbericht vom 27.10.2000, er habe den Kläger zuletzt vorwiegend wegen Diabetes mellitus, davor wegen Stoffwechselstörungen, linksseitigen Thorax-Arm-Schmerzen und LWS-Syndrom behandelt. 1989 sei der Kläger wegen eines Bandscheibenvorfalles L 5/S 1 behandelt worden.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.L. hat im Gutachten vom 09.01.2001 zusammenfassend ausgeführt, beim Kläger liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vor. Es spreche mehr gegen als für die Annahme, dass die dieser Erkrankung zugrunde liegenden Verschleißprozesse ursächlich durch berufliche Belastungsfaktoren entstanden seien. Es bestehe zwar eine im Wesentlichen das Segment L 5/S 1 betreffende altersvoraussetzende Degenerationsveränderung. Beim Kläger liege aber zweifelsohne eine anlagebedingte prädiskotische Deformität im Sinne eines Beckenschiefstandes mit Seitverbiegung der Lendenwirbelsäule vor. Der Kläger habe die belastende Tätigkeit 1974 aufgenommen, aber bereits zwischen 1975 und 1980 seien Rückenbeschwerden angegeben, die 1984 erstmalig im massiven Vollbild des Bandscheibenleidens in Erscheinung getreten seien. Die früher geklagten Beschwerden wie Hexenschuss seien Ausdruck eines sich langsam bemerkbar machenden Bandscheibenschadens. Nicht belastungskonform sei die eindeutige Verschlimmerung der Verschleißkrankheit nach 1992. Das Fortschreiten eines Bandscheibendegenerationsleidens in einem nicht unerheblichen graduellen Sprung in ein anderes Bandscheibenfach mit Ausbildung eines massiven Vorfalles nach Beendigung der belastenden Tätigkeit entspreche nicht der Belastungskonformität und sei ein Indiz dafür, dass körpereigene Faktoren die eigentliche Ursache seien. Ebenso sei hierfür ein Indiz der radiologische Befund der Halswirbelsäule. Hier seien die radiografischen Hinweise für ein Bandscheibendegenerationsleiden sogar stärker ausgeprägt als an der Lendenwirbelsäule.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat eingewandt, das Gutachten beruhe hinsichtlich der körperlichen Belastungen auf unzutreffenden Voraussetzungen. Der Kläger sei nicht nur Hebe- und Tragebelastungen von bis zu 300 kg am Tag ausgesetzt gewesen, sondern von etwa 350 kg. Von 1990 bis 1994 sei er einer täglichen Belastung von ca. 8.700 kg ausgesetzt gewesen. Nicht zutreffend sei, dass der Kläger bereits ab 1975 an Wirbelsäulenerkrankungen gelitten habe. Dr.L. bestätige im Übrigen eine polysegmentale Wirbelsäulenerkrankung mit Höhenminderung im Bereich L 5/S 1, L 4/L 5 und L 3/L 4.

Auf Anfrage des SG teilte die Firma M. Produkt und Service mit, der Kläger sei vom 01.01.1974 bis 30.09.1998 als kaufmännischer Angestellter beschäftigt gewesen. 1984 sei dem Kläger ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden. Er habe trotzdem als vollwertige Arbeitskraft gegolten. Er habe nicht über körperliche Beschwerden geklagt und bis zu seinem Austritt voll gearbeitet.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.A. hat im Gutachten vom 01.10.2001 zusammenfassend ausgeführt, es bestehe ein Bandscheibenleiden im lasttragenden Anteil der Wirbelsäule. Anlagebedingte Schädigungen der Wirbelsäule lägen nicht vor. Ursache des Beckenschiefstandes sei kein anlagebedingtes Leiden, sondern die Bandscheibendegeneration.

Der Kläger habe auch eine Bandscheibenschädigung im Segment L 4/ L 5. Die MdE sei mit 20 v.H. zu bewerten.

Hierzu hat die Chirurgin Dr.H. im Auftrag der Beklagten am 17.12.2001 Stellung genommen: Beim Kläger liege unstreitig eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L 5/S 1 vor. Nach Tätigkeitsaufgabe habe sich noch ein Bandscheibenschaden im Segment L 4/L 5 eingestellt. Als endogene Faktoren, die eine Bandscheibendegeneration begünstigten, seien nicht nur ein Beckenschiefstand und eine Skoliose zu berücksichtigen, sondern auch Diabetes mellitus, Arteriosklerose, Morbus Scheuermann und außerdem die Adipositas. Der zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufgabe festgestellte Bandscheibenschaden im Segment L 5/S 1 sei nicht als altersüberschreitend aufzufassen. Beim Kläger bestehe ein völlig allgemeines Aufbrauchsleiden des gesamten Achsenorgans ohne Bevorzugung der Lendenwirbelsäule. Die bandscheibenbedingte Erkrankung sei unter allgemeine Abnutzungserscheinungen zu subsumieren.

Dr.A. hat in der Stellungnahme vom 06.10.2002 ausgeführt, bereits 1987 sei von Prof.M. eine Wurzelschädigung L 4 rechts festgestellt worden. Somit treffe es nicht zu, dass zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufgabe ein Bandscheibenschaden im Segment L 4/L 5 nicht nachweisbar gewesen sei. Die Fehlstatik der Wirbelsäule ergebe sich durch die Bandscheibenzermüpfung vorwiegend in den Segmenten L 5/S 1 und L 4/L 5. Nikotinkonsum und Diabetes mellitus hätten für einen Bandscheibenschaden keine Bedeutung.

Im Termin vom 19.11.2002 hat der Kläger angegeben, er habe die Mustertafeln gleichmäßig rechts und links neben dem Körper getragen, manchmal auch nur eine Tafel vor dem Körper. Er habe sie aus dem Kofferraum heben und wieder einladen müssen. Er habe ca. 7 bis 10 Kunden täglich besucht und die Tafeln in die Ausstellungsräume, auch im 1. Stock, tragen müssen. Seit 1994 trage er einen Schuhhöhenausgleich. Damals sei der Beckenschiefstand festgestellt worden. Er habe seit 1974 Rückenbeschwerden, aber keine Wirbelsäulenbeschwerden gehabt.

Mit Urteil vom 19.11.2002 hat das Sozialgericht Augsburg die Klage abgewiesen. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen seien höchst zweifelhaft, die medizinischen Voraussetzungen nicht gegeben. Es liege eine im Wesentlichen das Segment L 5/ S 1 betreffende altersvoraussetzende Degenerationsveränderung vor. Der Kläger habe die belastende Tätigkeit 1974 aufgenommen, aber bereits zwischen 1975 und 1980 Rückenschmerzen angegeben. Nicht belastungskonform sei auch die eindeutige Verschlimmerung der Bandscheibenverschleißkrankheit nach 1992. Zu diesem Zeitpunkt sei die belastende Tätigkeit aufgegeben worden. Dies habe der Kläger mehrmals gegenüber verschiedenen Ärzten angegeben. Später habe er dann die Aufgabe der Außendiensttätigkeit auf den 30.06.1994 gelegt. Dies widerspreche sämtlichen vorher gemachten Angaben und sei nicht glaubhaft. Das Fortschreiten des Bandscheibendegenerationsleidens in einem nicht unerheblichen graduellen Sprung in eine anderes Bandscheibenfach (von L 5/S 1 auf L 4/L 5) entspreche nicht der Belastungskonformität des Schadensbildes und sei ein Indiz dafür, dass hier körpereigene Faktoren die eigentliche Ursache seien. Hinzu komme, dass die radiographischen Hinweise für ein Bandscheibendegenerationsleiden an der Halswirbelsäule stärker ausgeprägt seien als an der Lendenwirbelsäule. Weiter bestehe eine prädiskotische Deformität im Sinne eines Beckenschiefstandes.

Hiergegen legte der Kläger Berufung ein, zu deren Begründung er vorträgt, die arbeitstechnischen Voraussetzungen lägen unzweifelhaft vor, wie die Ermittlungen des technischen Aufsichtsdienstes vom 19.03.1996 und 22.12.1999 zeigten. Er habe die schädigende Tätigkeit vom 01.01.1974 bis 30.06. 1993 ausgeführt. Die bandscheibenbedingte Erkrankung habe sich 1984 erstmals manifestiert. Zwischen 1989 und 1994 habe sich eine Fehlstatik der Lendenwirbelsäule entwickelt. Dr.L. bestätige, dass außer einem Beckenschiefstand mit Seitverbiegung keine weiteren konkurrierenden Ursachen vorlägen. Aus den Berichten des Krankenhauses L. von 1984 und des Krankenhauses H. von 1989 sowie aus dem Gutachten von Prof.Dr.M. sei nachweisbar, dass die Lendenwirbelsäule vor 1984 skoliosiefrei gewesen sei. Zwischen 1986 und 1994 sei es zu einer wesentlichen Ausweitung und Verschlimmerung der LWS-Erkrankung gekommen. Dabei habe sich auch die Fehlstatik und Skoliose entwickelt. Als Ursache werde von Dr.A. die Bandscheibendegeneration und Zermüpfung angeführt. Zwischen 1970 und 1984 habe der Kläger lediglich Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich, nicht im Lendenbereich, gehabt. Im CT-Bericht des Krankenhauses H. vom 14.06.1984 werde eine Spondylarthrosis deformans im Bereich L 4/L 5 und L 5/S 1 festgestellt. Also habe bereits 1984 eine bandscheibenbedingte Erkrankung vorgelegen.

Die Beklagte erklärte, beim Kläger liege unstreitig eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L 5/S 1 vor, die bereits 1984 diagnostiziert worden sei. Später sei ein Bandscheibenschaden im Segment L 4/L 5 hinzugetreten. Außerdem hätten seit 1974 deutliche Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule bestanden. Die 1984 diagnostizierte Spondylarthrosis deformans in den Bereichen L 4/L 5 und L 5/ S 1 sei eine primäre Spondylarthrosis, die nicht als bandscheibenbedingt einzustufen sei. Im Übrigen habe der Kläger selbst angegeben, er habe 1974 zunächst ein Cervikalsyndrom gehabt, dann immer häufiger sog. Hexenschuss.

Der Kläger stellt die Anträge aus dem Schriftsatz vom 30.12.2002. Hilfsweise beantragt er ein weiteres Gutachten zu den Röntgenaufnahmen 1974, aus denen sich ergibt, dass an der Halswirbelsäule keinerlei voraussetzende Veränderungen sich zeigten und zu dem CT 1984 des Allgemeinen Krankenhauses H. dazu, dass die Abschnitte L 5/ S 1 und L 4/L 5 bereits durch eine Spondylarthrose bandscheibenbedingt geschädigt waren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der Akten der Beklagten, des Sozialgerichts Dortmund, des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Gemäß [§ 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 ([§ 9 Abs.1 Satz 1 SGB VII](#)), 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 [§ 9 SGB 7](#) Rdnr.3. Alle rechtserheblichen Tatsachen müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Maßgeblich ist seit 01.12.1997 die Berufskrankheitenverordnung (BKV) vom

31.10.1997 (Bundesgesetzblatt I S.26, 23).

Der Kläger begehrt die Feststellung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit. Nach Nr.2108 der BKV ist Voraussetzung das Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Zu Recht hat es die Beklagte abgelehnt, eine Berufskrankheit anzuerkennen. Der ärztliche Sachverständige Dr.L. hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers und unter Berücksichtigung der Aktenunterlagen im Gutachten vom 09.01.2001 überzeugend ausgeführt, dass die bandscheibenbedingte Lendenwirbelsäulenerkrankung des Klägers nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die Berufstätigkeit zurückzuführen ist.

Um einen Zusammenhang zwischen bandscheibenbedingter Erkrankung der Lendenwirbelsäule und Berufsbelastung herstellen zu können, müssen die arbeitstechnischen Bedingungen gegeben sein, es muss der Nachweis einer tatsächlichen bandscheibenbedingten Erkrankung geführt werden können, die bildtechnisch nachweisbaren Veränderungen müssen das altersdurchschnittlich zu erwartende Ausmaß überschreiten, der zeitliche Zusammenhang muss gesichert sein und konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten anlagebedingter, statischer, entzündlicher oder unfallbedingter Genese müssen ausgeschlossen sein.

Wie der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten am 12.01.2000 festgestellt hat, sind die arbeitstechnischen Voraussetzungen im Sinne der Nr.2108 der BKV gegeben.

Beim Kläger liegt, wie Dr.L. erläutert, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vor. Nachgewiesen sind degenerative Veränderungen, nämlich erhebliche Verschleißschäden der letzten Lendenbandscheibe. Computertomographisch wurde 1984 vom Krankenhaus für Sportverletzte H. eine Bandscheibenschädigung in L 5/S 1 diagnostiziert. Ein wesentlicher Bandscheibenschaden in Höhe L 4/L 5 konnte zum damaligen Zeitpunkt noch nicht festgestellt werden. Allerdings wurde eine Nervenwurzelerschädigung L 4 rechts beschrieben, obwohl die Bandscheibe zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel damals noch unauffällig war. Dies hat Dr.L. bei Auswertung der Computertomographie vom 13.06.1984 ausdrücklich bestätigt: zwischen L 4/L 5 zeigte sich damals keine wesentliche Bandscheibenverwölbung. Eine Spondylarthrose wurde nicht festgestellt. Die Ärzte des Allgemeinen Krankenhauses für die Stadt H. diagnostizierten nach stationärer Behandlung des Klägers vom 14.03. - 31.03.1989 zwar chronische lumbalgiforme Beschwerden bei Bandscheibenvorfall L 5/S 1, aber gleichfalls keine Spondylarthrose, auch nicht bei L 4/L 5. Die Wurzelerschädigung L 4 wurde 1987 auch röntgenologisch bestätigt. Damals bestand kein Hinweis für eine Wurzelerschädigung L 5. Der übersichtsradiographische Befund zeigt eine erhebliche Degeneration mit Sekundärveränderung der Bandscheibe L 5/S 1. Die sekundären Veränderungen an den Wirbelknochen sind Ausdruck der Bandscheibendegeneration. Dagegen weist der Zwischenraum L 4/L 5 nur geringe Höhenminderungen auf, die allerdings graduell zunehmend sind. Die oberen Bewegungssegmente der Lendenwirbelsäule waren zwischen 1984 und 2000 röntgenologisch regulär. Somit ist, so Dr.L., von einer im Wesentlichen das Segment L 5/S 1 betreffenden Degenerationsveränderung zu sprechen. 1998 zeigte das CT einen deutlichen Bandscheibenvorfall bei L 4/L 5, der allerdings, wie Dr.L. betont, erst nach der Beschäftigungsaufgabe 1993 aufgetreten ist. Noch im Gutachten vom 29.07.1996 stellte Prof. Dr.B. lediglich eine bandscheibenbedingte Erkrankung bei L 5/S 1 fest. Erstmals in der neurologischen Gutachtensergänzung vom 13.01.1998 wies Dr. B. auf einen Bandscheibenvorfall auch bei L 4/L 5 hin. Insofern sind weitere Ermittlungen zu der Frage, ob die Wirbelsäule bei L 5/S 1 und L 4/L 5 bereits 1984 bandscheibenbedingt geschädigt war, nicht erforderlich.

Zwar handelt es sich bei diesem Befund, nämlich einem Bandscheibenvorfall im letzten und vorletzten Segment der Lendenwirbelsäule, um keine alterstypische Erkrankung, sondern der Befund überschreitet das altersdurchschnittlich zu erwartende Ausmaß. Gesichert ist damit aber nur ein bisegmentaler Befall. Exogene Druckbelastungen belasten die gesamte Lendenwirbelsäule einschließlich des Übergangs zur Brustwirbelsäule in von unten nach oben abnehmender Intensität. Es wäre also zu erwarten, dass nicht nur die beiden untersten Segmente durch Arbeitsbelastungen geschädigt werden, sondern weitere Segmente. Ein Zusammenhang zwischen Berufsbelastung und bandscheibenbedingter Erkrankung ist um so unwahrscheinlicher, je weniger Segmente betroffen sind und je weiter kaudal die Veränderungen angesiedelt sind. Denn gerade im letzten Bewegungssegment der Lendenwirbelsäule manifestieren sich auch bei beruflich nicht exponierten Menschen die Bandscheibenschäden in über 90 % aller Fälle. Dies hängt damit zusammen, dass dieses Segment schon unter physiologischen Bedingungen den stärksten Belastungen ausgesetzt ist, weil hier der Übergang der beweglichen Lendenwirbelsäule in den starren Abschnitt des Kreuzbeines stattfindet.

Im Hinblick darauf, dass beim Kläger Bandscheibeneinengungen auch an der Hals- und Brustwirbelsäule festzustellen sind, ist davon auszugehen, dass sich die Verschleißerscheinungen aus innerlicher Ursache entwickelt haben. Dr.L. hat auf die Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule vom 22.07.1996 und 29.05.2000 Bezug genommen und betont, dass die radiographischen Hinweise für ein Bandscheibendegenerationsleiden hier sogar stärker ausgeprägt als an der Lendenwirbelsäulen sind. Insofern kann die Frage, ob die Veränderungen an der Halswirbelsäule 1974 als vorauseilend zu bewerten waren, dahingestellt bleiben. Jedenfalls ist der Befund an der Halswirbelsäule, wie er sich Dr.L. darstellte, ein Indiz für das Vorliegen körpereigener Faktoren, die den Verschleißprozess bestimmen.

Hinzu kommt, dass die Wirbelsäulenbeschwerden nach Angaben des Klägers schon sehr frühzeitig begonnen haben. So hat der Kläger zunächst angegeben, Rückenbeschwerden hätten sich zwischen 1975 und 1980 eingestellt, gegenüber Prof.Dr.B. erklärte er, seit fünf bis sechs Jahren, also seit 1981/82, bestünden Lendenwirbelsäulenbeschwerden, und gegenüber Dr.S. gab der Kläger an, schon einige Jahre vor 1984 sei es zu rezidivierenden Hexenschüssen gekommen. Bei einem Beginn von Lendenwirbelsäulenbeschwerden bereits 1981/82 hat der Kläger zuvor lediglich 7 bis 8 Jahre belastende Tätigkeiten ausgeübt. Diese Expositionsdauer ist viel zu gering, um einen zeitlichen Zusammenhang sichern zu können, da nach der früheren Anschauung eine mindestens 10-jährige, nach neueren Richtlinien sogar eine 20-jährige Expositionsdauer bis zur Erstmanifestation des Bandscheibenschadens gefordert wird. Die früher geklagten Beschwerden wie Hexenschuss sind, so Dr.L., als Ausdruck eines sich langsam-schleichend bemerkbar machenden Bandscheibenschadens zu werten. Hierbei handelt es sich um einen ganz typischen Verlauf.

Gegen einen Ursachenzusammenhang der bandscheibenbedingten Erkrankung mit der Berufstätigkeit spricht auch die eindeutige Verschlimmerung der Bandscheibenverschleißkrankheit nach 1993. Erst Dr. B. beschreibt 1998 eine diskrete Wurzelerschädigung L 5 als Ausdruck des nachfolgend festgestellten Bandscheibenvorfalles zwischen L 4/L 5, während noch Prof.Dr.B. im Gutachten vom 29.10.1987

zwar Hinweise auf eine Irritation der Wurzel L 4, aber nicht der Nervenwurzel L 5 erwähnt, womit bestätigt ist, dass auch zu diesem Zeitpunkt ein wesentlicher Bandscheibenvorfall in Höhe L 4/L 5 noch nicht bestand. Das Fortschreiten eines Bandscheibendegenerationsleidens in einem nicht unerheblichen graduellen Sprung in ein anderes Bandscheibenfach mit Ausbildung des massiven Vorfalls nach Beendigung der belastenden Tätigkeit entspricht nicht der Belastungskonformität des Schadensbildes und ist somit ein weiteres Indiz für die Annahme, dass hier körpereigene Faktoren die eigentliche Ursache der Erkrankung sind, wie Dr.L. betont.

Zudem liegt beim Kläger ein Beckenschiefstand mit Seitverbiegung der Lendenwirbelsäule nach links vor, eine prädiskotische Deformität, die vorzeitige Bandscheibenschäden verursachen kann. Infolge Beinlängendifferenz kann es zum Beckenschiefstand mit folgender Fehllage der Wirbelsäule und strukturellen Veränderungen kommen. Erhebliche Deformierungen der Wirbelsäule können die Folge sein (vgl. Schönberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit 7. Auflage 2003, Seite 542). Auf den Beckenschiefstand wurde bereits im Kurbericht von 1986 hingewiesen, ebenso von Prof. Dr.B. im Gutachten vom 29.07.1996 und von Dr.S. im Gutachten vom 03.05.1998. Die Annahme von Dr.A., dass die Skoliose nicht anlagebedingt, sondern Folge der Bandscheibendegeneration ist, kann insofern nicht überzeugen. Wie Dr.L. betont, muss hier von einer anlagemäßig vorhandenen Beckenschiefstellung ausgegangen werden.

Dr.H. hat in der Stellungnahme vom 17.12.2001 zudem noch auf weitere konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten hingewiesen wie Diabetes mellitus, Arteriosklerose, in der Jugend durchgemachter Morbus Scheuermann und Adipositas.

Mit der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs befindet sich Dr.L. in Übereinstimmung mit Prof.Dr.P., Dr.S. und Dr.H., die gleich ihm in ihren Gutachten und Stellungnahmen die Auffassung vertreten haben, dass es sich hier um eine schicksalsbedingte Verschleißerkrankung handelt. Nicht überzeugen können dagegen die Ausführungen von Prof.Dr. B. und Dr.A. ... Prof.Dr.B. führt aus, in der beruflichen Überbelastung müsse zumindest eine wesentliche Teilursache für den Bandscheibenverschleiß, insbesondere auch in den beiden kritischen Bandscheibensegmenten L 4/L 5 sowie L 5/S 1 gesehen werden. Diese Argumentation kann aber im Hinblick darauf, dass der Kläger vor Beginn der ersten Beschwerden noch nicht 10 Jahre wirbelsäulenbelastend tätig gewesen war, nicht überzeugen. Ebenso wenig überzeugen kann die Auffassung von Dr.A., es gebe kein altersübliches Maß der zu erwartenden degenerativen Veränderung. So weist auch Schönberger-Mehrtens-Valentin (a.a.O. S.567) auf die Notwendigkeit, das Krankheitsbild von einem altersüblichen Degenerationszustand zu unterscheiden, hin.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-04-21