

## L 2 U 574/10

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 281/09

Datum

17.11.2010

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 574/10

Datum

16.10.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 8/14 BH

Datum

13.08.2014

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zum Fehlen der medizinischen Voraussetzungen einer Berufskrankheit nach Nrn. 2018 und 2110 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung bei monosegmentalem Bandscheibenschaden.

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 17. November 2010 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger Anspruch auf Feststellung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule (LWS) als Folge einer Berufskrankheit (BK) nach den Nrn. 2108 und 2110 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) hat.

Der 1961 geborene Kläger beantragte bei der Beklagten mit Schreiben vom 03.11.2007 die Feststellung einer BK wegen eines Wirbelsäulensyndroms. Er habe, erstmals seit dem Jahre 1999, laufend Wirbelsäulenbeschwerden im Bereich Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (HWS, BWS und LWS).

Der Kläger war vom 26.06.1978 bis 08.04.1988 als Berufssoldat in der Britischen Armee tätig, vom 20.02. bis 20.03.1988 als Gastronom, vom 01.05.1988 bis 05.09.1988 im Hotel B. als Aushilfskraft, vom 10.10.1989 bis 24.06.1995 als Zusteller bei U. (U.) Deutschland, vom 01.01.1995 bis 30.06.1995 als LKW-Fahrer bei der Spedition G. und vom 03.02.1997 bis 13.11.1998 als Kommissionierer bei der Fa. E. beschäftigt, mit Ausnahme einer Arbeitsunfähigkeit vom 25.02.1997 bis 11.10.1998 (AU nicht wegen Wirbelsäulenbeschwerden).

Die Beschäftigung bei der Fa. E. kündigte der Kläger mit Schreiben vom 15.10.1998 aus gesundheitlichen Gründen zum 13.11.1998 mit Verweis auf ein ärztliches Attest des Klinikums K., Abteilung Kardiologie vom 06.05.1998. Darin wurden ein persistierender Ductus arteriosus, eine pulmonale Hypertonie und eine erhebliche linksventrikuläre Hypertrophie des Herzens beschrieben. Seitdem war der Kläger nicht mehr erwerbstätig.

Auf die Angaben des Klägers zu wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten im Hotel B., für U., bei der Fa. E. und in der Britischen Armee, dort insbesondere als Fahrer, wird verwiesen.

Die Beklagte holte Befundberichte bzw. ärztliche Unterlagen der Orthopäden Dres. S. und S., Dr. H. und Dr. S., der Radiologen Dr. V. und M. vom 29.03.2008, des Neurochirurgen Dr. A. vom 30.09.2003 sowie der Allgemeinärztin Dr. L. vom 11.03.2008 ein.

Nach Arztbrief von Dr. S. vom 17.08.2003 stellte sich der Kläger erstmals am 25. 03.1999 wegen Rückenschmerzen der gesamten Wirbelsäule, vornehmlich im LWS-Bereich, vor, im weiteren Verlauf auch wegen Beschwerden im HWS- und BWS-Bereich. Röntgenbilder im Mai 2002 zeigten eine leichte rechtskonvexe Torsionsskoliose mit Osteochondrosen und Verschmälerung des Zwischenwirbelsraums im Segment L3/4 und L5/S1 sowie eine persistierende Apophyse (Knochenfortsatz) vorne oben beim 4. Lendenwirbelkörper (LWK).

Im MRT-Befund der LWS vom 23.09.2003 wurde ein sehr flacher linksmedialateraler Bandscheibenvorfall L5/S1 ohne erkennbare Wurzelkompression beschrieben sowie eine leichte zirkuläre Protrusion L3/4 mit Limbus vertebrae (Sonderform des Schmorl'schen

Knötchens), Schmorl'sche Knötchen im thorakolumbalem Übergang sowie im Bereich der Grundplatte von BWK 11. Dr. A. empfahl angesichts dieses MRT, das neben der Bandscheibenprotrusion L5/S1 auch eine deutliche Hypertrophie der Facettengelenke und Spondylarthrosen zeige, eine Facettentestinfiltration.

Im MRT-Befund vom 14.04.2008 wurde ein mediolateraler linksseitiger Bandscheibenvorfall mit Verdacht auf Beteiligung von S 1 beschrieben sowie eine Osteochondrose im Bereich L3/4 und BWK 11/12 (dort mit Schmorl'schen Knötchen).

Neurologische Ausfälle oder Besonderheiten hinsichtlich der LWS wurden von den behandelnden Ärzten nicht festgestellt, insbesondere war der Lasègue negativ, die Reflexe waren seitengleich auslösbar und Motorik wie Trophik waren ungestört.

Nach Mitteilung der Krankenkasse des Klägers (AOK Bayern) war der Kläger wegen Wirbelsäulenbeschwerden arbeitsunfähig vom 29.07. bis 15.08.2002 (wegen Kreuzschmerzen) und vom 28.08.2003 bis 20.12.2003 (wegen Radikulopathie und Bandscheibendegeneration).

Die Beklagte holte ferner Auskünfte zu den Wirbelsäulenbelastungen im Sinne der BK 2108 und 2110 bei U. und der Fa. E. ein.

Nach Einholung der gewerbeärztlichen Stellungnahme des Arbeitsmediziners Dr. S. vom 15.05.2008 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 20.06.2008 die Anerkennung der Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit nach Nrn. 2108 oder 2110 der Anlage 1 zur BKV ab. Es bestehe auch nicht die konkrete Gefahr, dass eine solche Berufskrankheit entstünde, denn der Kläger habe eine entsprechend belastende Tätigkeit nicht über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren ausgeübt.

Mit Widerspruch vom 22.06.2008 führte der Kläger aus, dass die Beklagte auch Zeiten vor 1988 in der britischen Armee berücksichtigen müsse. Er sei als Fahrer beschäftigt gewesen und habe schwere Lasten tragen müssen.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme der Chirurgen Dr. H. vom 31.10.2008 ein. Diese führte aus, es lägen in den Segmenten L3/4 und L5/S1 dehydrierte Bandscheiben, im Segment L5/S1 ein Bandscheibenvorfall vor, wobei sich in Höhe L3/4 Hinweise für einen Morbus Scheuermann fänden. Die in Arztbriefen genannte Vorderkantenabsprengung sei keine Absprengung, sondern eine Apophysenstörung und damit eine Anlagevariante. Der Bandscheibenschaden L5/S1 sei altersvoraussetzend, das Segment L4/5 hingegen unauffällig. Es bestehe eine Konstellation B3 nach den Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung.

Die Beklagte holte ferner Stellungnahmen der Technischen Aufsichtsdiene der für die Beschäftigungsfirimen zuständigen Berufsgenossenschaften ein. Ermittelt wurde eine Gesamtbelastung von insgesamt 9,6 MNh, nämlich

- während der Arbeit als Zusteller für U. vom 10.10.1989 bis 24.03.1995 7,7 MNh,

- während der Beschäftigung als Kommissionierer für die Fa. E. vom 03.02.1977 bis 13.11.1998 (ohne Abzug der AU-Zeit vom 25.02. bis 11.10.1998), von 1,6 MNh und

- während der Tätigkeit als Auslieferungsfahrer für die Spedition G. vom 08.01.1996 bis 26.07.1996 von 0,3 MNh.

Während der viermonatigen Tätigkeit als Aushilfskraft beim Spülen im B. vom 01.05.1988 bis 05.09.1988 seien keine nennenswerten Hebe- und Tragetätigkeiten verrichtet worden, da nur zwei- bis dreimal pro Woche jeweils ein Getränkekasten beidhändig vor dem Körper aus dem Keller bzw. eine Dose von 3 kg geholt werden mussten.

Zu den Vibrationsbelastungen der vom Kläger genannten Fahrzeuge (ausgestattet nur mit Polstersitz) ergaben die Ermittlungen des Präventionsdienstes keine Beurteilungsbeschleunigung in vertikaler Richtung in Höhe der für eine Belastung erforderlichen Mindestdosis.

Auf Einwände des Klägers, dass er als Kommissionierer nicht nur über 3 m Gewichte habe tragen und er auch große Tiefkühlboxen habe entladen müssen, hat der Präventionsdienst dargelegt, dass sicher unterschiedliche Entfernungen zwischen 0,5 bis 5 m gegeben seien, nach allgemeiner Erfahrung aber für Kommissionierarbeiten in einem Lebensmittelgroßhandel 3 m als Durchschnitt herangezogen werden könne. Tiefkühlboxen seien verfahrbare Rollbehälter, die geschoben oder gezogen werden könnten.

Die Beklagte beauftragte den Orthopäden Dr. K. mit der Erstellung eines Gutachtens. Dieser führte am 07.07.2009 aus, dass sich im MRT vom 24.06.2009 osteochondrotische Veränderungen der HWS, BWS und LWS zeigten mit Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten C 2/3, C 6/7, Th 11/12 und L 3/4 sowie ein Bandscheibenprolaps L5/S1. Die Röntgenbilder machten in der BWS mäßige degenerative Veränderungen im Sinne einer Spondylose deformans deutlich, im Bereich der LWS einen Zustand nach Morbus Scheuermann und Zustand nach Apophysenstörung bei L4, Osteochondrose bei L3/4 und L5/S1 sowie mäßige degenerative Veränderungen im Sinne einer Spondylosis deformans.

Der Kläger beklagte Schmerzen im Bereich der LWS und zunehmend im Bereich von BWS und HWS. Der Sachverständige diagnostizierte ein HWS-Syndrom mit Muskelhartspann und Blockaden ohne sensomotorische Defizite bei Protrusionen C2/3 und C6/7 sowie ein chronisches LWS-Syndrom mit Muskelhartspann und Blockaden ohne sensomotorische Defizite bei einer Osteochondrose des unteren BWS-Bereichs, Bandscheibenvorfall L5/S1 und eine Protrusion L3/4 mit Spondylarthrose. Keine dieser Erkrankungen sei durch die beruflichen Einwirkungen verursacht. Die bildtechnisch nachweisbaren Bandscheibenveränderungen überschritten das altersentsprechende Maß nicht und korrelierten nicht mit der Funktionseinschränkung und der beruflichen Exposition. Der Degenerationszustand der Bandscheibenschäden der LWS nehme beim Kläger nicht von oben nach unten zu und belastungsadaptive Veränderungen fehlten. Außerdem könne bei Fehlen jeglicher sensomotorischer Defizite bei regelrechter Beweglichkeit der LWS mit Finger-Boden-Abstand von 0 cm und guter Ausrundung der LWS, Schober von 10:14 cm und Seitneigung beidseits von 30° nicht davon ausgegangen werden, dass die Aufgabe des Berufs als Kommissionierer aufgrund orthopädischer Erkrankungen erfolgte. Vielmehr sei davon auszugehen, dass dafür die internistischen Erkrankungen ausschlaggebend waren. Die degenerativen Veränderungen stellten eine schicksalhafte konstitutionelle Situation dar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.10.2009 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück.

Dagegen hat der Kläger am 22.10.2009 Klage zum Sozialgericht Augsburg (SG) erhoben und zur Begründung Unterlagen u.a. über durch die HWS verursachte Sehstörungen sowie MRT-Befunde übersandt. Im Arztbrief des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. H. vom 30.06.2007 wurde die Möglichkeit psychosomatischer Zusammenhänge erörtert. Er hat insbesondere vorgetragen, Osteochondrosen seien schon ab 1999 festgestellt worden und der Befund sei auf keinen Fall altersentsprechend gewesen. Es fehle die Beurteilung der Zeit vor der Tätigkeit bei der Fa. E., zumal er bei der Artillerie und nicht der Infanterie der Britischen Armee gewesen sei. Ein Geschoss habe ca. 15 kg gewogen.

Es müsse ein Auffahrunfall während der Tätigkeit für U. berücksichtigt werden, da ein einfaches HWS-Schleudertrauma in Frage komme, obwohl damals keine Beschwerden aufgetreten seien.

Das SG hat einen Befundbericht von Dr. L. vom 01.12.2009 eingeholt und die Schwerbehindertenakte des Klägers beim Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), die Gerichtsakten Az.: S 5 SB 427/09 und die LSG-Akte Az.: L 4 R 597/04 beigezogen. Im Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. P. vom 08.11.2005 für das LSG (Az.: L 6 R 59//05) wurde ausgeführt, dass der Kläger eine britische Kriegsopferrente beziehe (wohl wegen Knochendeformitäten des 5. Finger links, zentrale Gefäßschädigung, Gehörminderung). Er sei bei der Britischen Armee nahezu während der gesamten Zeit als Fahrer eingesetzt gewesen. Früher ausgeübtes Segelfliegen und Skifahren sei finanziell nicht mehr möglich. Dr. P. diagnostizierte u.a. eine Somatisierungsstörung und geringe degenerative Wirbelsäulenveränderungen und Ansatzdysplasien, wobei keine neurologischen Auffälligkeiten festgestellt wurden.

Anschließend hat das SG ein Gutachten des Chirurgen Dr. R. vom 18.09.2010 eingeholt. Dr. R. hat nach Untersuchung des Klägers am 05.07.2010 in seinem Gutachten vom 18.09.2010 ausgeführt, dass beim Kläger im Bereich der Wirbelsäule ein chronisch-rezidivierendes HWS-Syndrom bei beginnenden, noch altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der HWS besteht, ein chronisch-rezidivierendes LWS-Syndrom bei teils überbrückender Spondylose der mittleren und unteren BWS, vermehrter Kyphose und Morbus Scheuermann der BWS (leichte Veränderungen BWK 11/L1, ausgeprägte BWK 11/12), ein medial betonter Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 ohne relevante Bedrängung nervaler Strukturen und ohne segmentbezogene Funktionsausfälle, ein altersgemäß unauffälliges Segment L4/5 und ein lumbaler Morbus Scheuermann mit Betonung des zusätzlich durch eine Randleistenstörung veränderten Segmentes L3/4. Nennenswerte, die Altersnorm überschreitende Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose oder eine Begleitspondylose in den oberen Abschnitten der LWS könne nicht gesichert werden.

Zwar bestehe beim Kläger ein Bandscheibenschaden; eine entsprechend korrelierende klinische Symptomatik und damit eine bandscheibenbedingte Erkrankung könne aber nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit gesichert werden. Das lokale Lumbalsyndrom mit allenfalls pseudoradikulärer Ausstrahlung könne angesichts der morphologischen Veränderungen der LWS nicht zwingend als bandscheibenbedingte Erkrankung eingeordnet werden. Ein radikulärer Schaden über ein pseudoradikuläres Schmerzsyndrom hinaus sei beim Kläger zu keiner Zeit, auch nicht in der eigenen Untersuchung gesichert worden. Es fehlten segmentbezogene Befunde, die Entfaltungsstörung der unteren LWS sei wenig ausgeprägt und klinische Beschwerden bestünden in allen Abschnitten des Achsorgans. Der altersvorausseilende Bandscheibenschaden im Segment L3/4 bei Schmorl'schen Einbrüchen der Grundplatte des 3. und 4. LWK sei Folge der Randleistenstörung und des hier vorliegenden Morbus Scheuermann. Sicherer Beleg dafür, dass diese Schäden belastungsunabhängig seien, sei das altersgemäß unauffällige zweitunterste lumbale Segment (L4/5) ohne Erniedrigung der Bandscheibe, Verminderung des Wassergehaltes (black disc), altersüberschreitende Osteose, Chondrose, Protrusion oder Prolaps der Bandscheibe. Daher sei von einem monosegmentalen Schaden mit Bandscheibenvorfall L5/S1 auszugehen. Ein belastungskonformes Schadensbild mit Blick auf die von BK Nr. 2108 und 2110 geforderte Exposition liege mangels Begleitspondylose oder weiterer Begleitbefunde nicht vor. Eine sehr ausgeprägte Belastung liege nicht vor und sei auch unter Maßgabe des Zeitpunkts des Auftretens erster relevanter Beschwerden auch für die Zeit in der britischen Armee auszuschließen. Der Sachverständige hat eine plausible zeitliche Korrelation zwischen beruflicher Belastung und Entwicklung der Bandscheibenschäden verneint. Auch für den Fall, dass der Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfülle, sei keine BK nach den Nrn. 2108 bzw. 2110 der Anlage 1 zur BKV festzustellen.

Bei der Untersuchung hat Dr. R. eine Bewegungsarmut der BWS bei vermehrter Kyphose erhoben, während die LWS gut beweglich war, ohne nennenswerte Myogelosen der Rückenstreckmuskulatur, ohne erkennbare Bewegungsstörungen. Die Seitneigung des Rumpfes ist bis 45° (Normalwert 30-45°), die Drehung bis 30° (Normalwert: 30-40°) möglich gewesen, der FBA hat 12 cm betragen bei Ott von 30:31,5cm, Schober lumbal von 10:16 cm (Normalwert 10:15 cm) und Schober thorakolumbal von 10:12,5 cm (Normalwert: 10:13 cm). Der neurologische Befund hat sich als unauffällig erwiesen.

Das SG hat dem Kläger das Gutachten mit Schreiben vom 18.10.2010 übersandt zur Stellungnahme bis 25.11.2010. Der Kläger hat mit Schreiben vom 20.10.2010 eingewandt, Dr. R. habe die 10 Jahre bei der Army nicht berücksichtigt und es fehlten Diagnosen im Vergleich zu Dr. K ... Mit Schreiben vom 27.10.2010, beim SG eingegangen am 28.10.2010, hat der Kläger den Sachverständigen Dr. R. wegen Befangenheit abgelehnt, weil dieser im Verfahren unter dem Az. S 5 SB 427/09 beteiligt gewesen sei. Außerdem habe er zwei Unfallschäden als angeboren gewertet. Es habe ein Auffahrunfall stattgefunden bei U., wobei Symptome der HWS erst später aufgetreten seien. Wenn der Morbus Scheuermann bereits zuvor bestanden hätte, hätte er nicht als Berufssoldat eingesetzt werden können. Der Klägerbevollmächtigte hat mit Schreiben vom 02.11.2010 ergänzt, dass der Gutachter nach Auffassung des Klägers befangen sei, weil er bereits in einem andern Verfahren wegen Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) als Gutachter tätig geworden sei.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 17.11.2010 als unbegründet abgewiesen und sich dabei auf das Gutachten von Dr. R. gestützt. Es könne offenbleiben, ob der Kläger Einwirkungen im Sinne der BK nach Nrn. 2108 und 2110 der Anlage 1 zur BKV mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit während seiner beruflichen Tätigkeiten ausgesetzt gewesen sei und die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt seien. Denn die beruflichen Einwirkungen hätten keine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS verursacht. Ein belastungskonformes Schadensbild sei nicht festzustellen. Beim Kläger liege ein monosegmentales Schadensbild ohne Begleitspondylose oder sonstige Begleitbefunde vor. Die Bandscheibenveränderungen in Höhe L3/4 seien Folge einer Randleistenstörung bzw. des Morbus Scheuermann, da es unwahrscheinlich ist, dass ein derartiges Schadensbild unter Aussparung des Segments L4/5 durch belastungsinduzierte Einwirkungen verursacht wird. Unabhängig davon sei aufgrund der fehlenden segmentbezogenen Befunde und der wenig ausgeprägten Entfaltungsstörung der unteren LWS sowie der alle Abschnitte des Achsenorgans betreffenden klinischen Beschwerdesymptomatik zweifelhaft, ob beim Kläger die erforderliche klinische Symptomatik eines Bandscheibenschadens bestehe. Ferner sei angesichts der geringfügigen funktionellen Einschränkungen der LWS bei völliger freier Beweglichkeit und fehlender neurologischer Defizite nicht erwiesen, dass der Kläger seinen Beruf als Kommissionierer wegen der bandscheibenbedingten Erkrankung habe aufgeben müssen.

Gegen den am 23.11.2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Klägerbevollmächtigte am 22.12.2010 beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und Antrag auf Prozesskostenhilfe gestellt, den der Senat mit Beschluss vom 22.03.2011 mangels hinreichender Erfolgsaussicht abgelehnt hat.

Der Kläger hat ausgeführt, er habe bereits gegen Dr. R. Antrag auf Ablehnung wegen Befangenheit gestellt. Seine Beschwerden könnten nicht altersentsprechend sein. Zehn Jahre seines Arbeitslebens seien nicht mitgerechnet worden. Er habe über Jahre in der Artillerie der

Britischen Armee schwer (Kisten von 70 kg) heben und tragen müssen und er habe viel im Gelände ohne Sitzfederung fahren müssen. Die ärztlichen Unterlagen lagen bereits vor. Auch bei monosegmentalem Schadensbild sei eine Anerkennung möglich. Er habe eine Begleitspondylose und Skoliose mit unter 45 Jahren. Der Schaden bei L3/4 sei Folge eines Unfalls von 1993 gewesen. Er hat auf ein Urteil des LSG vom 24.11.2010 ([L 2 U 423/05](#)) hingewiesen.

Mit Schreiben vom 26.04.2011 hat er erneut Prozesskostenhilfe mit Beordnung von Rechtsanwalt B. beantragt. Der Senat hat auf die Unanfechtbarkeit des PKH-Beschlusses hingewiesen.

Der Kläger hat auf den Arztbrief von Dr. A. vom 30.09.2003 verwiesen. Eine deutliche Hypertrophie der Facettengelenke und Spondylarthrosen bestünden normalerweise erst ab dem 50. Lebensjahr. Auf das Urteil des BSG vom 30.10.2007 (Az.: [B 2 U 4/06 R](#)) hat er hingewiesen. Ferner hat er einen Auszug des Gutachtens des Internisten Dr. L. für die Deutsche Rentenversicherung vom 25.09.2002 vorgelegt, worin in der Anamnese ausgeführt wird: "1995 Treppensturz mit dem Steißbein aufgekommen, später Vorderkantenabsprengung am LWK 4 festgestellt". Außerdem hat er ein Attest der praktischen Ärztin Dr. H. vorgelegt, wonach er am 23.11.1993 nach einem Sturz im Schwimmbad in Behandlung gewesen sei mit der Diagnose "Verdacht auf LWS-Prellung"; eine Überweisung zum Orthopäden sei erfolgt, Unterlagen lägen nicht vor. Der Kläger hat ferner einen Beleg für seinen Service in der Royal Artillery (vom 26.06.1978 bis 08.04.1978 und 13.07.1980 bis 12.10.1980 in Irland, vom 15.06.84 bis 01.08.84, vom 03.05.86 bis 29.05.86 und vom 03.07. bis 30.07.88 in Canada; sonst in Deutschland) vorgelegt.

Der Senat hat den erneuten Antrag des Klägers, für das Berufungsverfahren vor dem LSG Prozesskostenhilfe zu bewilligen und Rechtsanwalt B. beizuordnen, mit Beschluss vom 14. Oktober 2013 abgelehnt. Den vor dem Sozialgericht gestellten Antrag auf Ablehnung des Sachverständigen Dr. R. hat der Senat mit Beschluss vom 16.10.2013 in der mündlichen Verhandlung abgelehnt. Auf die Niederschrift der Sitzung wird verwiesen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 17.11.2010 und den Bescheid der Beklagten vom 20.06.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.10.2009 aufzuheben und festzustellen, dass bei ihm eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 und / oder Nr. 2110 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung vorliegt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig ([§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG), jedoch unbegründet.

Der Senat konnte in Abwesenheit des Klägers bzw. dessen Prozessbevollmächtigten entscheiden, da dieser ordnungsgemäß geladen war und in der Ladung auf die Möglichkeit der Entscheidung auch im Falle des Ausbleibens hingewiesen wurde ([§§ 110, 126, 132 SGG](#)).

Zu Recht hat das Sozialgericht Augsburg die Klage auf Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 oder Nr. 2110 der Anlage 1 zur BKV als unbegründet abgewiesen.

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)).

Eine BK nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV sind "bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben ursächlich waren oder sein können". Eine BK nach Nr. 2110 der Anlage 1 zur BKV sind "bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können."

Voraussetzung für die Anerkennung einer BK nach Nrn. 2108 bzw. 2110 der Anlage 1 zur BKV ist daher, dass der Versicherte durch die versicherte Verrichtung den beschriebenen beruflichen Einwirkungen ausgesetzt war (langjähriges Schweres Heben und Tragen, langjährige Arbeit in extremer Rumpfbeugehaltung, langjährige vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen) und dass durch die spezifischen, der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden besonderen Einwirkungen eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS entstanden sein muss, die noch besteht. Zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen muss ein innerer/sachlicher Zusammenhang und zwischen diesen Einwirkungen und der Erkrankung muss ein (wesentlicher) Ursachenzusammenhang bestehen.

Das BSG hat im Urteil vom 04.12.2001 ([B 2 U 37/00 R](#), veröffentlicht in Juris, ab RdNr. 34 ff.) bereits dargelegt, dass der Ordnungsgeber in der BKV nur Regelungen über Krankheiten treffen darf, die durch Einwirkungen verursacht sind, die im Zusammenhang mit einer versicherten Tätigkeit stehen und z.B. bei zeitlichen Mindestanforderungen zur Einwirkung nur solche Zeiten herangezogen werden dürfen, während der ein Erkrankter versichert war.

Der Versicherte muss darüber hinaus gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben. Als Folge dieses Unterlassungszwangs muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, liegt eine BK nach Nr. 2108 bzw. 2110 der Anlage 1 zur BKV nicht vor (vgl. Urteil des BSG vom 30.10. 2007 - [B 2 U 4/06 R](#) - Juris sowie Urteile vom 18.11.2008 - [B 2 U 14/07 R](#) - und - [B 2 U 14/08 R](#) - jeweils zitiert nach Juris).

Über die allgemeine berufliche Gefährdung hinaus muss als wahrscheinlich nachgewiesen sein, dass die berufliche Tätigkeit wesentliche (Mit-)Ursache für die Gesundheitsstörungen war (vgl. hierzu BSG SozR 2200 § 551 Nr. 1 und 18). Nach der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung maßgeblichen Theorie der wesentlichen Bedingung sind dabei nur solche Ursachen rechtserheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (vgl. BSG v. 30. Januar 2007, Az. [B 2 U 23/05 R](#); vom 2. April 2009, Az.: [B 2 U 9/08 R](#)). Dabei reicht für die Bejahung der Kausalität der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit aus. Diese liegt vor, wenn nach aktueller wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (vgl. BSG SozR 2200 § 548 RVO Nr. 38).

Für die Bewertung des Ursachenzusammenhangs zwischen beruflichen Belastungen und Bandscheibenerkrankung ist der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand zu berücksichtigen; daher sind neben der Begründung des Ordnungsgebers auch die Merkblätter des zuständigen Bundesministeriums, die wissenschaftliche Begründung des ärztlichen Sachverständigenbeirates sowie die sogenannten Konsensusempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe ("Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule", Bolm-Audorff, Franz, Grosser, Schröter, Seidler u.a., Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211 ff.) zu beachten.

Vor diesem Hintergrund kommt die Anerkennung einer BK nach Nrn. 2108 oder 2110 der Anlage 1 zur BKV beim Kläger nicht in Betracht. Dabei kann der Senat offenlassen, ob der Kläger entgegen den bisherigen Ermittlungen der Beklagten die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt und ob im Rahmen der BK nach Nrn. 2108 und 2110 der Anlage 1 zur BKV auch Zeiten der Tätigkeit in der Britischen Armee zu berücksichtigen sind. Denn selbst wenn dies unterstellt wird, liegen die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach Nrn. 2108 oder 2110 der Anlage 1 zur BKV nicht vor, wie Dr. R. schlüssig und überzeugend dargelegt hat.

Denn beim Kläger ist schon eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der BK nach Nr. 2108 bzw. 2110 der Anlage 1 zur BKV nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit belegt.

Zu der Frage, was unter einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS im Sinne der BKV zu verstehen ist, hat der Ordnungsgeber in der Begründung zur Zweiten Änderungsverordnung (2. ÄndVO), durch welche die BK Nr. 2108 in die Berufskrankheitenliste aufgenommen worden ist (BR-Drucks 773/92 S. 8), eingehende Ausführungen gemacht. Danach sind unter bandscheibenbedingten Erkrankungen zu verstehen: Bandscheibendegeneration (Diskose), Instabilität im Bewegungssegment, Bandscheibenvorfall (Prolaps), degenerative Veränderungen der Wirbelkörperabschlussplatten (Osteochondrose), knöcherne Ausziehungen an den vorderen seitlichen Randleisten der Wirbelkörper (Spondylose), degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke (Spondylarthrose) mit den durch derartige Befunde bedingten Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule (vgl. hierzu auch BSG vom 31.03.2005 - [B 2 U 12/04 R](#)). Als mögliche sekundäre Folgen des Bandscheibenschadens können bildgebend darstellbare Veränderungen wie die Spondylose, die Sklerose der Wirbelkörperabschlussplatten, die Retrospondylose, die Spondylarthrose, die degenerative Spondylolisthesis und eine knöcherne Enge des Spinalkanals auftreten (vgl. 1.3 Konsensusempfehlungen). Allerdings können derartige Veränderungen auch unabhängig von einem Bandscheibenschaden vorkommen, wie bei der primären Spondylarthrose, der Spondylarthrose aufgrund eines Hohlkreuzes oder dem anlagebedingt engen Spinalkanal, so dass insoweit eine Abgrenzung durch den Gutachter erforderlich ist.

Dabei ist der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens (Höhenminderung und / oder Vorfall) unabdingbare, aber nicht eine bereits hinreichende Voraussetzung für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung (vgl. 1.3 der Konsensusempfehlungen); vielmehr muss eine korrelierende klinische Symptomatik wie eine neurologische Ausfallsymptomatik hinzukommen. Nach dem Merkblatt zu der BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vom 1.09.2006 (Bundesarbeitsblatt 10-2006, S. 30 ff, veröffentlicht in Mehrtens/Brandenburg "Die Berufskrankheitenverordnung") müssen chronische oder chronisch-rezidivierende Beschwerden und Funktionseinschränkungen bestehen, die therapeutisch nicht mehr voll kompensiert werden können und die den geforderten Unterlassungstatbestand begründen.

Das BSG hat mit Urteil vom 31.05.2005 ([B 2 U 12/04 R](#), veröffentlicht in Juris) dargelegt, dass eine bloß röntgenologisch feststellbare Veränderung der LWS ohne Funktionsbeeinträchtigung zur Erfüllung des Tatbestandsmerkmals der bandscheibenbedingten Erkrankung nicht ausreicht angesichts der Materialien und der sinnorientierten Auslegung der Regelung unter Beachtung des Gesamtzusammenhangs. Denn angesichts des geforderten Unterlassungszwangs ist Voraussetzung für diese BK, dass das Krankheitsbild über einen längeren Zeitraum andauert, also chronisch oder zumindest chronisch wiederkehrend ist, und dass es zu Funktionseinschränkungen geführt hat, die eine Fortsetzung der genannten Tätigkeit unmöglich macht; daher ist ein klinisches Beschwerdebild mit Funktionseinschränkungen Voraussetzung für die Anerkennung einer Berufskrankheit Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV.

Beim Kläger besteht zwar ein Bandscheibenschaden, nämlich in den Bereichen L3/4 und L5/S1.

Der Senat hat in Übereinstimmung mit Dr. R. aber keinen Zweifel daran, dass der altersvoraussetzende Bandscheibenschaden im Segment L3/4 wesentlich auf die Einbrüche des 3. und 4. LWK zurückzuführen sind und nicht auf eine berufliche Belastung im Sinne der BKen Nr. 2108 oder 2110 als wesentliche (Teil-)Ursache. Die Beurteilung von Dr. R., dass diese Einbrüche Schmorl'sche Knötchen und damit Folge einer anlagebedingten Randleistenstörung und eines Morbus Scheuermanns sind, stimmt mit der Bewertung von Dr. H. und Dr. K. überein. Insbesondere hatte Dr. H. dargelegt, dass keine Vorderkantenabspaltung, sondern eine Apophysenstörung vorliege, die anlagebedingt sei. Ebenso hatte der behandelnde Orthopäde Dr. S. eine persistierende Apophyse im Bereich LWK 4 diagnostiziert. Für einen Morbus Scheuermann spricht, dass auch im thorakolumbalen Übergang (BWK 12/L1) und im Bereich der BWS (BWK 11) Schmorl'sche Knötchen beschrieben sind, so im MRT vom 23.09.2003 und im MRT der LWS vom 14.4.2008 (BWK 11/12, BA 88), worauf auch Dr. H. hingewiesen hat.

Soweit der Kläger geltend macht, die Einbrüche des 4. LWK seien auf einen Unfall am 23.11.1993 zurückzuführen mit Sturz auf einer Treppe im Schwimmbad, ist darauf hinzuweisen, dass die damals behandelnde Hausärztin nur von einer Prellung der LWS ausgegangen ist und keine weitergehenden Unterlagen mehr darüber hat, der seit 1999 behandelnde Orthopäde von einer Apophysenstörung ausgegangen ist und der Kläger selbst im Fragebogen vom 01.12.2007 mitgeteilt hatte, er habe nie einen Unfall erlitten, bei dem die Wirbelsäule betroffen gewesen sei. Selbst wenn aber ein Wirbelkörper einbruch wesentlich durch einen Unfall verursacht wurde, spricht das gerade dagegen, dass dieser Einbruch Folge von langjährigem Arbeiten mit schweren Heben und Tragen, Ganzkörpervibrationen oder in extremer Rumpfbeuge gewesen ist.

Wie Dr. R. überzeugend dargelegt hat, spricht gegen eine Belastungsabhängigkeit des Bandscheibenschadens im Bereich L3/4 die Tatsache, dass das darunterliegende und daher von Belastungen im Sinne der BK Nr. 2108 und 2110 aus mechanischen Gründen stärker belastete Segment L4/5 altersgemäß unauffällig ist und keine Bandscheibenerniedrigung, keine Verminderung des Wassergehalts (black disc), keine altersüberschreitende Osteose, keine Chondrose, keinen Prolaps und keine Protrusion der Bandscheibe aufweist.

Vor diesem Hintergrund ist von einem monosegmentalen Schaden mit Bandscheibenvorfall L5/S1 auszugehen. Zwar ist dem Kläger zuzugestehen, dass nach den Konsensusempfehlungen auch im Fall eines monosegmentalen Bandscheibenvorfalles eine BK nach den Nrn. 2108 bzw. 2110 der Anlage 1 zur BKV in Betracht kommt. Allerdings fehlt es beim Kläger nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. R. sowohl an den Grundvoraussetzungen, nämlich einer entsprechenden klinischen Symptomatik, einer plausiblen zeitlichen Korrelation von beruflicher Exposition und Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung sowie an den weiteren erforderlichen Kriterien wie ein belastungskonformes Schadensbild.

Eine entsprechende korrelierende klinische Symptomatik konnte Dr. R. weder auf Grundlage der vorliegenden ärztlichen Unterlagen noch bei seiner eigenen Untersuchung sichern. Eine relevante Bedrängung nervaler Strukturen oder segmentbezogene Funktionsausfälle war nicht festzustellen. Ein radikulärer Schaden über ein pseudoradikuläres Schmerzsyndrom hinaus war beim Kläger zu keiner Zeit gesichert worden. So waren korrespondierende neurologische Ausfälle bei den zahlreichen Untersuchungen und Begutachtungen des Klägers nicht gesichert worden, wie Dr. R. dargelegt hat. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass erstmalige Beschwerden des Klägers im März 1999 dokumentiert sind und auch von dem damals behandelnden Orthopäden (Praxis Dres. S. und S.) neurologische Störungen ausgeschlossen wurden. Das gilt ebenfalls für Dr. S. und Dr. A. sowie die Gutachter Dr. P., Dr. S. (Gutachten vom 19.05.2004) und Dr. H. (Gutachten vom 11.05.2009).

Das lokale Lumbalsyndrom konnte Dr. R. angesichts der morphologischen Veränderungen der LWS nicht mit hinreichender Sicherheit dem Bandscheibenschaden zuordnen. Es fehlten segmentbezogene Befunde, die klinischen Beschwerden betrafen alle Abschnitte des Achsorgans und die Entfaltungsstörung der unteren LWS war wenig ausgeprägt.

So hatte Dr. R. bei seiner Untersuchung eine Bewegungsarmut der BWS bei vermehrter Kyphose erhoben. Die LWS war hingegen gut beweglich, ohne nennenswerte Myogelosen der Rückenstreckmuskulatur und ohne erkennbare Bewegungsstörungen. Sowohl die Seitneigung als auch die Drehung lagen im Normbereich und der Schober lumbal wies mit 10:16 cm auf eine sehr gute Entfaltbarkeit der LWS hin angesichts des Normalwertes von 10:15 cm bei nur leichter Einschränkung der Beweglichkeit im thorakolumbalen Übergang (dort Schober 10:12,5 cm bei Normalwert 10:13 cm).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Dr. K. bei Untersuchung im Juni 2009 eine gute Beweglichkeit von LWS und BWS festgestellt hatte, mit FBA von 0 cm bei guter Ausrundung der LWS und Seitneigung beidseits bis 30° und Schober von 10:14 cm. Auch in weiteren Gutachten (z.B. Gutachten zur beruflichen Rehabilitation bei Untersuchung am 03.11.1998; Gutachten von Dr. S. vom 19.05.2004) wurde keine erhebliche Entfaltungsstörung der LWS erhoben bei Schober von 10:15 cm / 10: 16 cm und FBA von 18 bzw. 20 cm. Die von Dres. S./ S. Blockierungssymptomatik L3/L4 links ist nicht auf den Bandscheibenschaden L5/S1 zurückzuführen.

Darüber hinaus ist beim Kläger nach den übereinstimmenden Ausführungen von Dr. R. und Dr. K. kein belastungskonformes Schadensbild gegeben. Denn es fehlt an einer Begleitspondylose und eine sogenannte "black disc" findet sich nicht in mindestens zwei angrenzenden Segmenten von L5/S1, sondern - unter Aussparung des Segments L4/5 - nur im Segment L3/4. Eine besonders intensive Belastung oder ein besonderes Gefährdungspotential durch hohe Belastungsspitzen (bei Männern ab 6 kN) ist nach den vorliegenden arbeitstechnischen Stellungnahmen ausgeschlossen. Ferner hat Dr. R. dazu ausgeführt, dass eine sehr ausgeprägte Belastung auch für die Zeit in der Britischen Armee auszuschließen ist, unter Maßgabe des Zeitpunkts erster relevanter Beschwerden. Denn diese sind erstmals 1999 aufgetreten und damit über 10 Jahre nach Beendigung der Tätigkeit als Berufssoldat.

Vor diesem Hintergrund vermag sich der Senat auch nicht davon zu überzeugen, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung den Kläger gezwungen hat, alle gefährdenden Tätigkeiten zu unterlassen (sog. objektiver Unterlassungszwang). Tatsächlich hat der Kläger die Beschäftigung als Kommissionierer bei der Fa. E. im November 1998 nicht wegen Wirbelsäulenbeschwerden, sondern wegen seiner internistischen Erkrankungen beendet unter Vorlage eines entsprechenden Attestes, während nach seinen Angaben gegenüber der Beklagten Wirbelsäulenbeschwerden erstmals 1999, also nach dem Ende seiner abhängigen Beschäftigung aufgetreten seien.

Mit dem Sachverhalt im zitierten Urteil des Senats vom 24.11.2010 (Az.: [L 2 U 423/05](#)) ist der Fall des Klägers nicht vergleichbar. Denn dort lagen Bandscheibenschäden in den drei untersten Etagen der LWS vor mit sensiblem Wurzelreizsyndrom, eine Begleitspondylose und nachgewiesene Belastungsspitzen.

Es liegen somit weder die Voraussetzungen einer BK nach Nr. 2018 noch nach Nr. 2110 der Anlage 1 zur BKV vor. Die Berufung war daher unter Bezugnahme vor allem auf das Gutachten des Dr. R. zurückzuweisen. Der Senat konnte dieses Gutachten verwerten, nachdem der Antrag wegen Besorgnis der Befangenheit mit Beschluss vom 16. Oktober 2013 abgelehnt wurde. Das Gutachten ist überzeugend und berücksichtigt umfassend den medizinischen Sachverhalt einschließlich der Konsensusempfehlungen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-01-20