L 17 U 248/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
17
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 3 (16) U 152/05
Datum
16.08.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 17 U 248/07
Datum
04.05.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 16. August 2007 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung von Übergangsleistungen nach § 3 Abs. 2 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Der 1968 geborene Kläger war nach seiner von 1985 bis 1988 dauernden Ausbildung zum Bäcker und anschließender Ableistung seines Zivildienstes seit dem 01.08.1990 zunächst als Rettungssanitäter und seit 1992 als Rettungsassistent bei der K-Unfall-Hilfe in E im Rettungsdienst und Krankentransport tätig. Im Juli 1997 wurde er vom Rettungs- in den Sanitätsdienst auf dem Flughafen E versetzt und schied Ende Juli 1998 aus dem Beschäftigungsverhältnis bei der K-Unfall-Hilfe aus.

Bereits im April 1997 hatte der Kläger einen Antrag auf Anerkennung und Entschädigung seiner Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit (BK) gestellt. Der Rheinische Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV), der Rechtsvorgänger der Beklagten, lehnte mit Bescheid vom 06.01.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.09.2000 die Gewährung von Entschädigungsleistungen wegen einer BK nach den Nrn. 2108 und 2109 der Anlage zur BKV mit der Begründung ab, Wirbelsäulenbeschwerden seien verstärkt seit 1996 aufgetreten, so dass eine langjährige belastende Tätigkeit nicht nachgewiesen sei, weil eine Gefährdungszeit von 10 Jahren als Mindestvoraussetzung nicht vorliege. Die dagegen am 19.10.2000 vor dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhobene Klage (S [6 U 219/00](#)) erklärte der Kläger, der bereits im Widerspruchsverfahren die Erteilung eines rechtsbehelfsfähigen Bescheides hinsichtlich der Gewährung von Übergangsleistungen erbeten hatte, am 08.05.2003 für erledigt, nachdem sich der Beklagte verpflichtet hatte, den Kläger rechtsbehelfsfähig darüber zu bescheiden, ob ihm Leistungen gemäß § 3 BKV zu gewähren seien.

Mit Bescheid vom 01.09.2003 lehnte der Rheinische GUVV Leistungen nach § 3 BKV mit der Begründung ab, die Gefahr der Entstehung einer BK 2108 habe mangels einer entsprechenden Hebe- und Tragebelastung nicht bestanden. Der gegen diese Entscheidung erhobene Widerspruch, mit dem der Kläger geltend machte, dass Rettungsassistenten regelmäßig schwer zu heben und zu tragen hätten und ein Rettungsassistent deshalb im Vergleich zur Normalbevölkerung erheblich höher gefährdet sei, an einer Wirbelsäulenerkrankung zu erkranken, wurde mit Widerspruchsbescheid vom 18.05.2005 nach Durchführung ergänzender Ermittlungen zu den beruflichen Einwirkungen unter Berücksichtigung des Mainz-Dortmunder-Dosis-Modells (MDD) zurückgewiesen. Es fehle nach dem MDD an den Mindestvoraussetzungen, da der Tagesdosisrichtwert von 5500 Nh nicht erreicht werde. Dementsprechend habe bei Fortführung der bisherigen Tätigkeiten keine konkrete Gefahr der Entstehung einer BK bestanden.

Dagegen hat der Kläger am 16.06.2005 Klage vor dem SG Düsseldorf erhoben.

Das SG hat von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens von Dr. L, Facharzt für Orthopädie in E. Der Sachverständige (SV) hat in seinem Gutachten vom 02.03.2006 ausgeführt, röntgenologisch seien an allen drei Wirbelsäulenabschnitten normale Befunde sichtbar. Ein nennenswerter Krankheitsbefund am Bewegungssystem bestehe nicht. Die Befundbeschreibungen der im Jahre 1997 angefertigten Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule (LWS) und auch ein Computertomogramm der LWS zeigten ebenfalls keinen nennenswerten krankhaften Befund. Insofern sei es unverständlich, dass der behandelnde Orthopäde dem Kläger in seinem Attest vom 20.06.1997 eine schwere Erkrankung der Wirbelsäule attestiert habe. Es sei lediglich denkbar, dass der Kläger zwischenzeitlich stärkere Beschwerden an der Wirbelsäule verspürt habe und deshalb habe behandelt werden müssen. Heute bestehe kein behandlungsbedürftiger Zustand am Bewegungssystem mehr und aufgrund der objektiven Untersuchungsbefunde auch kein Hinweis darauf, dass die berufliche

Tätigkeit des Klägers als Rettungssanitäter zu einer Berufserkrankung geführt habe. Die Gefahr der Entstehung oder Verschlimmerung einer BK 2108 bzw. 2109 habe aufgrund der ausgeübten Tätigkeit ebenfalls nicht bestanden.

Mit Urteil vom 16.08.2007, auf dessen Entscheidungsgründe Bezug genommen wird, hat das SG die Klage daraufhin abgewiesen.

Gegen das ihm am 25.10.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 26.11.2007 (Montag) Berufung eingelegt.

Er trägt vor, für die Gewährung von Übergangsleistungen brauche die BK nicht entstanden zu sein oder im Vollbild vorliegen, vielmehr genüge der prophylaktische Ansatz. Entscheidend sei, dass ihm die Hebevorgänge und die Fortsetzung der Tätigkeit nicht mehr zuzumuten gewesen seien.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 16.08.2007 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 01.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.05.2005 zu verurteilen, ihm Übergangsleistungen nach § 3 Abs. 2 BKV zu gewähren, hilfsweise, ein Kernspintomogramm der Lendenwirbelsäule zur Objektivierung eines beginnenden Krankheitsbildes im Sinne der BK 2108 nach [§ 106 SGG](#) gemäß der Empfehlung des Sachverständigen Dr. W in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13.09.2010 einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens bei Dr. W, Arzt für Orthopädie in S. Dieser hat in seinem Gutachten vom 11.02.2009 ausgeführt, es lasse sich nicht nachweisen, dass der Kläger im Jahre 1998 an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS gelitten habe. In einem Bericht über eine Röntgenuntersuchung der LWS vom März 1997 würden eine Linksabweichung und Steilstellung beschrieben, also keine für eine bandscheibenbedingte Erkrankung spezifischen Befunde, während einschlägige altersuntypische morphologische Veränderungen, wie etwa eine Osteochondrose, nicht genannt würden. Bei einer Computertomographie der LWS vom März 1997 sei zwar eine angedeutete Protrusion L4/L5 und L5/S1 gesehen worden, der röntgenmorphologische Befund lasse aber nicht mit ausreichender Sicherheit erkennen, dass es sich hierbei um einen altersuntypischen Befund gehandelt habe, der im damaligen Alter des Klägers nach den Konsensempfehlungen erst dann anzunehmen wäre, wenn sich die Bandscheibe mindestens 3 mm über die Verbindungslinie der dorsalen Begrenzung der Wirbelkörperhinterkante vorgewölbt hätte. Auch die weiteren in der neurologischen Abteilung des N-hospitals E 1997 durchgeführten bildgebenden Untersuchungen ließen sichere Hinweise auf eine altersuntypische bandscheibenbedingte Veränderung nicht erkennen, denn in dem Bericht über die kernspintomographische Untersuchung der LWS vom Juni 1997 würden nur flache Protrusionen in den Segmenten L3/L4 bis L5/S1 beschrieben. In dem Bericht des Allgemeinmediziners Dr. Q würden zum einen unspezifische klinisch-körperliche Befunde beschrieben, die nicht sicher eine Segmenterkrankung erkennen ließen, zudem habe der Schwerpunkt der Veränderungen offensichtlich im Bereich der oberen LWS gelegen, also nicht belastungskonform mit der BK 2108. Die Bescheinigung des Orthopäden Dr. X vom 20.06.1997 lasse nicht erkennen, ob und gegebenenfalls welche altersuntypischen Befunde vom ihm festgestellt worden seien. Soweit dort eine Lumboischialgie L5/S1 und ein instabiles Facettensyndrom der Lendenwirbelsäule beschrieben werde, bezeichne der Begriff "Lumboischialgie" zunächst nur das Phänomen, dass Schmerzen vom Rücken in das Bein ausstrahlten, ohne dass hierdurch die tatsächliche Ursache der Schmerzen erkennbar würde. Ebenso sei nicht erkennbar, aufgrund welcher gesicherten morphologischen bandscheibenbedingten Veränderungen ein instabiles Facettensyndrom festgestellt worden sei, zumal die übrigen aktenkundigen Befunde keine Hinweise auf eine bandscheibenbedingte Veränderung zeigten, die plausibel begründbar ein instabilitätsbedingtes Facettensyndrom, also Schmerzsyndrom der Wirbelgelenke aufgrund einer bandscheibenbedingten Erkrankung, nachweisen würden. Auch Dr. L beschreibe auf Röntgenaufnahmen vom März 2006 eine normale Höhe und Form der Wirbelkörper und normale Weite der Bandscheibenräume. Dies korrespondiere im Ergebnis mit den in der Akte dokumentierten klinisch-körperlichen Untersuchungsbefunden, die keinen gesicherten Hinweis auf eine Segmenterkrankung der unteren LWS ergäben, wie sie bei der BK 2108 zu erwarten wäre. Die aktenkundig dokumentierten Befunde korrespondierten im Übrigen mit dem Ergebnis der jetzigen Untersuchung, bei der sich Zeichen eines muskulären Hals- und Lendenwirbelsäulen-Syndromes ohne eindeutigen segmentalen Bezug gefunden hätten. Die Beschwerden im Bereich der LWS würden weit über die unteren Segmente der LWS hinaus beklagt. Es lasse sich daher nicht wahrscheinlich machen, dass Ende Juli 1998 oder früher bei dem Kläger die konkrete Gefahr bestanden habe, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der BK 2108 entstehe, wiederauflebe oder sich verschlimmere.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat sodann ein Gutachten bei Dr. C, Facharzt für Orthopädie in P, vom 20.07.2009 eingeholt. Darin hat dieser SV ausgeführt, der Kläger habe im Jahre 1998 nicht an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS gelitten. Zwar sei wegen der zwischenzeitlichen Vernichtung der damals angefertigten Röntgenaufnahmen und Computertomographie-Bilder deren Auswertung nach Huxthal nicht mehr möglich, da aber Röntgenaufnahmen aus dem Jahre 2009 keine Verschmälerung von Bandscheibenräumen und somit keine bandscheibenbedingte Erkrankung ergeben hätten, sei auszuschließen, dass 1998 entsprechende Veränderungen vorgelegen haben könnten. Denn eine einmal bestehende Osteochondrose mit Verschmälerung des Bandscheibenraumes könne sich nicht zurückbilden. Auch ein Bandscheibenvorfall sei nicht nachgewiesen worden. Zwar hätten sich Protrusionen gefunden, deren Ausmaß sei allerdings nicht quantifiziert worden. Bemerkenswert seien dabei die voneinander abweichenden radiologischen Befunde, denn je nach Technik seien unterschiedliche Segmente als pathologisch beschrieben worden. Während es in der Computertomographie vom 13.03.1997 Protrusionen L 4/5 und L 5/S 1 seien, seien es in der Magnetresonanztomographie vom 19.03.1997 geringe Protrusionen bei Th 12/L 1 und L 1/2 und in der Myelographie vom 19.03.1997 seien es Protrusionen bei L 2/3, L 3/4 und L 4/5. Sofern nun 1997 tatsächlich bandscheibenbedingte Erkrankungen vorgelegen hätten, so wäre nach 12 Jahren zwangsläufig eine progrediente Veränderung der radiomorphologischen Befunde hin zu Chondrosen, Sklerosen oder Spondylophyten eingetreten, die sich indes in keiner der beschriebenen Etagen entwickelt hätten. Auch die Befunde betreffend die klinischen Symptome und Beschwerden seien widersprüchlich. Die vom Kläger jetzt für 1996/1997 beschriebenen Sensibilitätsstörungen in strumpfförmiger symmetrischer Ausprägung seien charakteristisch für eine Polyneuropathie und nicht typisch für segmentbezogene Nervenwurzelreizungen durch eine bandscheibenbedingte Erkrankung. Typisch seien vielmehr asymmetrische, in der Regel einseitig auftretende, streifenförmige Sensibilitätsausfälle entsprechend der Segmentausbreitung an den unteren Extremitäten. Der behandelnde Orthopäde Dr. S aus E habe am

03.03.1997 über ein beidseits erst bei 70° positives Laseguesches Zeichen ohne Nachweis neurologischer Ausfälle berichtet. Für die von Dr. X in seinem Bericht vom 20.06.1997 diagnostizierte Lumboischialgie L 5/S 1 habe sich kein entsprechender klinischer Beleg gefunden. Auch in dem Entlassungsbericht betreffend die stationäre Behandlung im Nospital E im März 1997 sei nur eine thorakale und an beiden Beinen distal betonte Hypästhesie unklarer Genese diagnostiziert worden. Im Rahmen einer ambulanten Untersuchung im Nhospital E am 02.06.1997 sei abgesehen von einer röhrenförmigen Hypästhesie der übrige neurologische Befund unauffällig gewesen und als Ursache der Beschwerden eine gewisse Fehlhaltung vermutet worden, so dass der klinische Befund damals nicht typisch für einen Bandscheibenvorfall oder eine andere bandscheibenbedingte Reizung von Nervenwurzeln gewesen sei. Klinisch habe es sich am ehesten um eine Lumbalgie bei gleichzeitig bestehender Polyneuropathie gehandelt. Angesichts der aktuellen Befunde sei unwahrscheinlich, dass 1997 eine bandscheibenbedingte Erkrankung mit einem entsprechenden radiomorphologischen und klinisch/apparativ-neurologischen Befund im Sinne von Nervenwurzelbeeinträchtigungen vorgelegen habe. Unabhängig davon habe am 12.10.1996, dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit wegen der Wirbelsäulenerkrankung, auch bei Einsatz geeigneter technischer oder organisatorischer Präventivmaßnahmen für den Kläger die konkrete Gefahr bestanden, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der BK 2108 entstehe. Sowohl ärztliche Berichte als auch ein arbeitsamtsärztliches Gutachten hätten festgestellt, dass der Kläger aus medizinischem Zwang seine bisherige Tätigkeit als Rettungssanitäter mit dem gehäuften Heben und Tragen von schweren Lasten aufgeben müsse. Nach Beendigung der Exposition habe sich die Symptomatik auch gebessert und der Kläger sei nur noch gering in der Funktion der LWS eingeschränkt. Es spreche mehr dafür als dagegen, dass der Kläger bei Fortsetzung seiner Tätigkeit als Rettungssanitäter eine bandscheibenbedingte Erkrankung bekommen hätte, die über die Protrusionen hinausgegangen wäre. Das Fehlen entsprechender radiologischer Veränderungen im Sinne einer bandscheibenbedingten Erkrankung spreche nicht gegen eine solche zu erwartende Entwicklung, da der Kläger offensichtlich noch rechtzeitig seine Exposition beendet habe und damit wahrscheinlich einer krankhaften Entwicklung zuvor gekommen sei. Das Risiko, an einer BK 2108 zu erkranken, sei beim Kläger auch größer als bei anderen Versicherten in einer vergleichbaren Beschäftigung als Rettungssanitäter/ Rettungsassistent, weil er bei einer Körpergröße von 190 cm ungünstigere Hebelverhältnisse und Kraftvektoren beim Heben und Tragen schwerer Lasten aus der üblichen Arbeitshöhe für seine LWS gehabt habe.

Nach einem Hinweis des Senats auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), aufgrund derer es für die hier streitigen Übergangsleistungen nicht erforderlich sei, dass die für die Feststellung einer bestimmten BK erforderlichen Einwirkungs Voraussetzungen bereits erfüllt seien, hat die Beklagte eine Stellungnahme ihrer Präventionsabteilung vom 20.07.2010 überreicht, in der festgestellt wurde, dass der Kläger bei seiner Tätigkeit im Sanitätsdienst am Flughafen Düsseldorf weiter im Sinne des MDD gefährdend tätig gewesen sei, wobei für den Zeitraum Juli 1997 bis Juli 1998 eine Teilbelastungsdosis von 0,5376 MNh ermittelt wurde.

Anschließend hat der Senat bei Dr. W eine ergänzende Stellungnahme vom 13.09.2010 eingeholt. Darin hat er ausgeführt, soweit Dr. C davon ausgehe, dass es sich bei den Protrusionen um altersuntypische Veränderungen gehandelt habe, da der Kläger im Jahre 1997 noch nicht 40 Jahre alt gewesen sei, erscheine die Grundlage dieser Einschätzung zumindest nicht eindeutig gesichert, weil das Ausmaß der Protrusionen nicht beschrieben worden sei und geringe Bandscheibenvorwölbungen auch im Alter eines 30jährigen nicht eindeutig altersuntypisch seien. Tatsächlich gehe ja auch Dr. C davon aus, dass 1998 eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS des Klägers nicht vorgelegen habe. Die Annahme von Dr. C, das Risiko für den Kläger, an einer BK 2108 zu erkranken, sei größer gewesen als bei anderen Versicherten, weil er bei einer Körpergröße von 190 cm ungünstigere Hebelverhältnisse beim Heben und Tragen habe, erscheine nicht ausreichend, um die konkrete Gefahr der Entwicklung einer BK 2108 zu begründen, denn gesicherte Zusammenhänge zwischen der Körpergröße, der Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung an der LWS und der beruflichen Belastungen existierten nicht. Bei der für die Anwendung des § 3 BKV vorzunehmenden Gesamtbetrachtung aller Risikofaktoren müsse nach Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, zumindest ein beginnendes Krankheitsbild im Sinne der BK 2108 einschließlich röntgenmorphologischer Veränderungen objektiviert sein. Eine solche Objektivierung eines zumindest beginnenden Krankheitsbildes lasse sich indes nicht sicher feststellen, wenn berücksichtigt werde, dass weder 1998 noch anlässlich der jetzt durch Dr. C durchgeführten Röntgenuntersuchung ein altersuntypischer Befund vorgelegen habe. Insofern gebe es keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass 1998 die konkrete Gefahr des Entstehens einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS bestanden habe.

Hierzu hat abschließend Dr. C in einer auf Antrag des Klägers eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 29.12.2010 ausgeführt, er stimme mit Dr. W überein, dass 1997 wahrscheinlich keine bandscheibenbedingte Erkrankung mit einem entsprechenden radiomorphologischen und klinisch/apparativ-neurologischen Befund im Sinne von Nervenwurzelbeeinträchtigungen vorgelegen habe. Nicht zustimmen könne er dagegen der Auffassung, es müssten röntgenmorphologische Veränderungen objektiviert sein, um eine konkrete Gefahr zur Entstehung einer bandscheibenbedingten Erkrankung erkennen zu lassen, denn röntgenmorphologische Veränderungen hinkten immer hinter der klinischen Symptomatik und den Beschwerden hinterher. Es charakterisiere eine bandscheibenbedingte Erkrankung, dass diese zunächst nur klinisch in Erscheinung trete, während röntgenmorphologische Veränderungen immer Ausdruck einer bereits fortgeschrittenen Erkrankung seien. Auch das Fehlen klinisch/apparativ-neurologischer Befunde im Sinne von Nervenwurzelbeeinträchtigungen sei nicht notwendig mit dem Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung verknüpft, denn eine solche könne laut Konsensempfehlungen auch in Form eines lokalen Lumbalsyndroms ohne neurologische Ausfallerscheinungen auftreten. Befunde wie Schmerz durch Bewegung, Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz, Entfaltungsstörung der Lendenwirbelsäule, erhöhter Tonus und gegebenenfalls pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung seien für den Kläger für das Jahr 1997 zumindest anteilig aktenkundig. Das Fehlen radiologischer Veränderungen im Sinne einer bandscheibenbedingten Erkrankung bis heute spreche nicht gegen die Gefahr der Entwicklung einer solchen Erkrankung im Jahre 1997, da der Kläger offensichtlich noch rechtzeitig seine Exposition beendet habe und damit einer krankhaften Entwicklung zuvor gekommen sei. Bei Fortsetzung seiner Tätigkeit als Rettungssanitäter hätte der Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung bekommen, die über die Protrusionen hinausgegangen wäre.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakte verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der angefochtene Bescheid vom 01.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.05.2005 ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Darin hat die Beklagte die Gewährung von Übergangsleistungen nach § 3 Abs. 2 der BKV im Ergebnis zu Recht abgelehnt.

Nach § 3 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 1 und 2 BKV hat der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung einem Versicherten, der die gefährdende Tätigkeit unterlässt, weil die Gefahr, dass eine BK entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, nicht zu beseitigen ist, zum Ausgleich der hierdurch verursachten Minderung des Verdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile eine Übergangsleistung zu gewähren. Liegen diese Voraussetzungen vor, besteht ein Anspruch auf Gewährung einer Übergangsleistung, deren Höhe, Dauer und Zahlungsart allerdings im Ermessen des Unfallversicherungsträgers steht. Als Übergangsleistung wird gemäß § 3 Abs. 2 BKV ein einmaliger Betrag bis zur Höhe der Jahresvollrente oder eine monatlich wiederkehrende Zahlung bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente längstens für die Dauer von fünf Jahren gezahlt (vgl. [BSGE 93, 164](#) = [SozR 4-5671 § 3 Nr. 1](#)).

§ 3 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 1 und 2 BKV regelt einen eigenständigen ("kleinen") Versicherungsfall, der nicht den Eintritt des ("großen") Versicherungsfalls einer BK voraussetzt. Auf der anderen Seite genügt weder eine arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr ([§ 1 Nr. 1, § 14 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch \(SGB VII\)](#)) noch ein Arbeitsunfall ([§ 8 SGB VII](#)), denn die Übergangsleistungen sind immer auf mindestens eine bestimmte BK bezogen. Für den Anspruch auf Übergangsleistungen ist es vielmehr ausreichend, aber auch erforderlich, dass der Versicherte aufgrund seiner versicherten Tätigkeit Einwirkungen auf seine Gesundheit ausgesetzt ist, die aktuell eine konkrete individuelle Gefahr (u.a.) des Entstehens einer BK begründen, wegen der fortbestehenden Gefahr die gefährdende Tätigkeit eingestellt wird, und es dadurch zu einer konkreten Verdienstminderung und/oder sonstigen wirtschaftlichen Nachteilen kommt. Das ergibt sich sowohl aus dem Wortlaut des § 3 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 1 und 2 BKV, der eine Gefahr voraussetzt, "dass eine Berufskrankheit entsteht" und "fortbesteht", als auch aus der präventiven Zielrichtung der Vorschrift. Die von vergangenheitsbezogenen Leistungen zur Entschädigung bereits eingetretener Versicherungsfälle zu unterscheidende zukunftsgerichtete Übergangsleistung soll vor aktuellen Gesundheitsgefahren schützen und dient der Vorbeugung sowie Krankheitsverhütung. Damit wird die vorrangige Aufgabe der Unfallversicherung konkretisiert, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle, BKen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten ([§ 1 Nr. 1 SGB VII](#)). Um der Gefahr, an einer BK zu erkranken zu entgehen, bedarf es der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit (vgl. BSG [SozR 3-5670 § 3 Nr. 5](#); BSG, Urteil vom 05.08.1993 - [2 RU 46/92](#)).

Die mit berufsbedingten Einwirkungen auf den Gesundheitszustand verbundene Gefahr, dass eine BK entsteht, liegt vor, wenn das Risiko einer Schädigung für den Versicherten im Vergleich zu anderen Versicherten mit einer gleichartigen Tätigkeit erhöht ist. Erforderlich ist die auf den einzelnen Versicherten konkret bezogene Feststellung, ihm drohe bei Fortsetzung der gefährdenden Tätigkeit (u.a.) das Entstehen einer BK (vgl. BSG, Urteil vom 05.08.1993, [a.a.O.](#)). Dabei kommt es individuell auf die Besonderheiten des Einzelfalls, auch auf den Gesundheitszustand sowie die Konstitution des Betroffenen an. Eine abstrakte Gefahr reicht nicht aus. Bei der zur Gefahrenfeststellung erforderlichen "Risikoprognose", die eine hypothetische "Kausalitätsprognose" umfasst, ist die Würdigung aller Umstände des Einzelfalls unter Berücksichtigung des Standes der arbeitsmedizinischen Erkenntnisse entscheidend (vgl. BSG, Urteil vom 12.01.2010 - [B 2 U 33/08 R](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen ist der Senat, gestützt insbesondere auf die Darlegungen von Dr. W, zu der Überzeugung gelangt, dass bei dem Kläger zum Zeitpunkt der Aufgabe seiner Tätigkeit als Rettungsassistent lediglich eine abstrakte, nicht aber eine konkret-individuelle Gefahr des Entstehens einer BK 2108 bestand.

Zunächst stimmen sämtliche im Laufe des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens gehörten SVen darin überein, dass bei dem Kläger zum Zeitpunkt der Aufgabe seiner Tätigkeit als Rettungsassistent keine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vorgelegen hat. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung wird nach den medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der LWS, die als sog. Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung auf Anregung der vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe anzusehen sind (vgl. Trauma und Berufskrankheit, Heft 3/2005, S. 211 ff) und welche nach wie vor den aktuellen Stand der Diskussion zur Verursachung von Erkrankungen der LWS durch körperliche berufliche Belastungen darstellen (vgl. auch BSG, Urteil vom 27.06.2006 - [B 2 U 13/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 9 Nr. 9](#) sowie zuletzt Urteil vom 27.10.2009 - [B 2 U 16/08 R](#)), als Kombination aus einem Bandscheibenschaden (Höhenminderung und/oder Vorfall) mit korrelierender klinischer Symptomatik im Sinne eines lokalen Lumbalsyndromes oder eines lumbalen Wurzelsyndromes definiert. Auch das BSG hat - unabhängig von den Konsensempfehlungen - deutlich gemacht, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS (nur) dann vorliegt, wenn neben einem durch Veränderungen an der Bandscheibe verursachten objektivierten Schaden chronische oder chronisch wiederkehrende Beschwerden mit Funktionseinschränkungen gegeben sind (vgl. BSG, Urteil vom 31.05.2005 - [B 2 U 12/04 R](#) - [SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2](#)). Vorliegend hat Dr. C darauf hingewiesen, dass selbst die Röntgenaufnahmen aus dem Jahre 2009 keine Verschmälerung von Bandscheibenräumen ergeben haben, so dass auch 1998 entsprechende Veränderungen nicht vorgelegen haben können, weil sich eine einmal bestehende Osteochondrose mit Verschmälerung des Bandscheibenraumes nicht zurückbilden kann (vgl. insoweit auch das Merkblatt zur BK 2108, BArbBl. 10/2006, S. 30). Auch ein Bandscheibenvorfall ist zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen worden. Neben dem fehlenden bildgebenden Nachweis eines Bandscheibenschadens im Sinne einer Höhenminderung und/oder eines Bandscheibenvorfalles - Protrusionen haben nach den Konsensempfehlungen nur dann Krankheitswert, wenn zusätzlich, wofür vorliegend kein Anhaltspunkt besteht, ein enger Spinalkanal vorliegt (vgl. Trauma und Berufskrankheit, Heft 3/2005, S. 218) - ist nach den Darlegungen von Dr. W und Dr. C auch eine korrelierende klinische Symptomatik zum Zeitpunkt der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit nicht nachgewiesen, denn die SVen vermochten unter Auswertung der aktenkundigen Befundunterlagen keine klinisch-körperlichen Untersuchungsbefunde festzustellen, die einen gesicherten Hinweis auf eine Segmenterkrankung der unteren LWS ergeben hätten.

Zwar trägt der Kläger zutreffend vor, dass die Gewährung von Übergangsleistungen angesichts der präventiven Zielrichtung von § 3 Abs. 2 BKV nicht das Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS im Vollbild voraussetzt. Soweit Dr. C allerdings die hypothetische "Kausalitätsprognose" trifft, dass der Kläger bei Fortsetzung seiner Tätigkeit als Rettungsassistent eine bandscheibenbedingte Erkrankung iSd BK 2108 bekommen hätte, erscheint diese Prognose mangels belastbarer Anknüpfungspunkte letztlich rein spekulativ, so dass der Senat ihr nicht zu folgen vermag. Vielmehr geht der Senat in Übereinstimmung mit Dr. W davon aus, dass bei der für die Anwendung des § 3 BKV vorzunehmenden Gesamtbetrachtung aller Risikofaktoren zumindest ein beginnendes Krankheitsbild im Sinne der BK 2108 einschließlich röntgenmorphologischer Veränderungen objektiviert sein muss. Daran aber fehlt es hier.

Zunächst trifft bereits der Begründungsansatz von Dr. C, wonach eine bandscheibenbedingte Erkrankung zunächst nur klinisch in Erscheinung trete, während röntgenmorphologische Veränderungen, die immer hinter der klinischen Symptomatik und den Beschwerden hinterher hinken, Ausdruck einer bereits fortgeschrittenen Erkrankung seien, nicht zu. Denn bei radiologisch nachgewiesenen Veränderungen liegen keineswegs zwangsläufig auch klinisch in Erscheinung tretende Beschwerden vor. Vielmehr können Veränderungen im Röntgenbild auch bei beschwerdefreien Personen nachweisbar sein (vgl. Merkblatt zur BK 2108, a.a.O.). Dementsprechend ist auch nach

den Konsensempfehlungen der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens nur die unabdingbare, nicht aber die hinreichende Voraussetzung für die Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung (vgl. Trauma und Berufskrankheit, Heft 3/2005, S. 215). Im Falle des Klägers lagen zum Zeitpunkt der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit überdies weder klinische Untersuchungsbefunde vor, die einen eindeutigen Hinweis auf eine Segmenterkrankung der unteren LWS ergeben hätten, noch gab es einen entsprechenden röntgenmorphologischen Befund. Angesichts des Fehlens einer Verschmälerung von Bandscheibenräumen - Dr. C vermochte aufgrund der von ihm erhobenen Röntgenbefunde selbst eine Chondrose wenigstens I. Grades in keinem LWS-Segment festzustellen - kommen als einziger Hinweis auf eine beginnende Erkrankung der Bandscheiben die bei dem Kläger 1997 beschriebenen Bandscheibenprotrusionen in Betracht. Selbst wenn nun mit Dr. C davon ausgegangen wird, dass diese Bandscheibenprotrusionen, deren Ausmaß nicht quantifiziert worden ist, unabhängig von ihrer Ausprägung angesichts des damals noch deutlich unter 40 Jahre alten Klägers als altersuntypisch zu beurteilen sein sollten - was Dr. W in dieser Allgemeinheit nicht bestätigt - so ist in diesem Falle problematisch, dass nicht einmal gesichert ist, in welchem Segment die Protrusionen überhaupt vorgelegen haben. Insoweit hat Dr. C selbst auf die widersprüchlichen Befunde hingewiesen, denn Protrusionen sind zunächst im CT-Befund vom 13.03.1997 (nur) für die Segmente L 4/5 und L 5/S 1, im MRT-Befund vom 19.03.1997 dagegen für die Segmente Th 12/L 1 und L 1/2 und schließlich im Myelographie-Befund, ebenfalls vom 19.03.1997, bei L 2/3, L 3/4 und L 4/5 beschrieben worden. Der Allgemeinmediziner Dr. Q erwähnt lediglich Beschwerden des Klägers im Bereich der "oberen LWS". Eine konkret-individuelle Gefahr des Entstehens einer BK 2108 ließe sich indes nur dann begründen, wenn die Gefährdung vor allem die unteren LWS-Segmente beträfe. Denn das typische Krankheitsbild der BK 2108 zeichnet sich durch ein so genanntes belastungskonformes Verteilungsmuster der Erkrankung an der Wirbelsäule aus. Art, Ausprägung und Lokalisation des Krankheitsbildes müssen der spezifischen Einwirkung bzw. der beruflichen Exposition entsprechen. Der nach dem anzuwendenden BK-Tatbestand mit einer bestimmten Einwirkung korrespondierende Wirbelsäulenabschnitt muss besonders betroffen sein. Die bandscheibenbedingte Erkrankung im beruflich belasteten Abschnitt muss sich vom Degenerationszustand belastungsferner Abschnitte deutlich abheben. Für die BK 2108 ist hierbei in der Regel ein von oben nach unten in der Ausprägung zunehmender Befund erforderlich, weil die Belastungen durch langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeuge bzw. Heben schwerer Lasten insbesondere bei den Lendenwirbelsegmenten L5/S1 und L4/5 kumulieren. Diese Belastung ist brustwirbelsäulenwärts abnehmend, so dass die Segmente L3/4, L2/3 und L1/2 zwar auch, jedoch nur geringer belastet sind, so dass lediglich eine Betonung der Bandscheibenschäden an den unteren drei Segmenten eher für einen Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Belastung spricht (vgl. Trauma und Berufskrankheit, Heft 3/2005, S. 216). Eine solche Betonung ist angesichts der widersprüchlichen Befunde indes keineswegs gesichert.

Im Übrigen vermag auch das Argument von Dr. C, bei dem Kläger sei das Risiko, an einer BK 2108 zu erkranken, deshalb größer als bei anderen Versicherten in einer vergleichbaren Beschäftigung als Rettungssanitäter/Rettungsassistent gewesen, weil er bei einer Körpergröße von 190 cm ungünstigere Hebelverhältnisse und Kraftvektoren beim Heben und Tragen schwerer Lasten aus der üblichen Arbeitshöhe für seine LWS gehabt habe, nicht zu überzeugen. Denn abgesehen davon, dass sich bei dem Kläger trotz seiner mehrjährigen belastenden Tätigkeit noch kein beginnendes Krankheitsbild iSd BK 2108 entwickelt hatte, hat Dr. W in seiner ergänzenden Stellungnahme auch zutreffend dargelegt, dass keine gesicherten Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen der Körpergröße, der Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung an der LWS und der beruflichen Belastungen existieren. Vor diesem Hintergrund mag in Anbetracht der damaligen Rückenbeschwerden des Klägers zwar die Aufgabe seiner Tätigkeit als Rettungsassistent aus medizinischen Gründen geboten gewesen sein, die konkret-individuelle Gefahr des Entstehens einer BK 2108 lässt sich aber nicht begründen.

Schließlich war auch dem Hilfsantrag des Klägers, ein Kernspintomogramm der LWS zur Objektivierung eines beginnenden Krankheitsbildes im Sinne der BK 2108 einzuholen, nicht zu entsprechen. Zwar hat Dr. W in seiner ergänzenden Stellungnahme eine entsprechende Vorgehensweise angedacht, zugleich hat er aber einschränkend darauf hingewiesen, dass der Kläger inzwischen 42 Jahre alt ist, so dass Anfangsbefunde im Sinne einer Protrusion nicht mehr als altersuntypisch angesehen werden könnten. Unabhängig davon hat der Kläger seine gefährdende Tätigkeit auch vor mehr als zehn Jahren aufgegeben mit der Folge, dass eine aktuelle kernspintomographische Aufnahme keine Aussage über das damalige Ausmaß und die Lokalisation entsprechender Veränderungen zu treffen vermag. Dementsprechend wird auch in den Konsensempfehlungen ausgeführt, dass bei bereits länger zurückliegender Aufgabe der belastenden Tätigkeit der Befund zum Zeitpunkt der Aufgabe der belastenden Tätigkeit wegweisend ist (vgl. Trauma und Berufskrankheit, Heft 3/2005, S. 214).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-09-13