

L 1 U 18/03

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Lübeck (SHS)

Aktenzeichen

S 20 U 140/99

Datum

22.10.2002

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 1 U 18/03

Datum

14.04.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 22. Oktober 2002 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Kosten für das Gutachten gem. [§ 109 SGG](#) einschließlich der Zusatzgutachten werden von der Staatskasse übernommen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger wegen einer Berufskrankheit im Sinne der Ziffer 2101 der Anlage I zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKVO) zu entschädigen ist.

Der am 1944 geborene Kläger durchlief eine Lehre zum Klempner und Installateur und war anschließend bis Juli 1967 in diesem Beruf tätig. Nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit unterzog er sich von Januar 1968 bis März 1971 einer Umschulung zum Masseur und Bademeister. Er war seit April 1971 als solcher tätig, und zwar seit Januar 1976 selbstständig. Nach eigenen Angaben arbeitete der Kläger seit dem 1. Juli 1996 nicht mehr in seiner Praxis mit. Er übergab diese an einen Stellvertreter und vermietete später die Praxisräume an einen Arzt. Seit dem 1. August 2002 übt der Kläger eine leichte körperliche Tätigkeit als Rezeptionist, Hausmeister und Bote aus.

Am 30. Juli 1996 beantragte der Kläger, die Beschwerden in seinen Armen als Berufskrankheit anzuerkennen. Hierzu äußerte er sich mit Schreiben vom 7. Oktober 1996 ausführlich. Aus seiner ausschließlich manuellen Tätigkeit als Masseur habe sich eine Arthrose in den Grund- und Mittelgelenken des Daumens, Zeige- und Mittelfingers der rechten Hand entwickelt. Hinzu kämen ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom wie auch eine mittlerweile operierte Dupuytren schein Kontraktur des linken Kleinfingers und Lendenwirbelsäulenbeschwerden. Außerdem bestehe beidseitig eine chronische Epicondylitis mit nicht beschreiblich starken Schmerzen, so dass er während der Behandlung seine Arbeit des öfteren unterbrechen müsse. Die Beklagte zog ärztliche Berichte bei, die eine Epicondylitis, seit 1995 bestehende Taubheitsgefühle in den Fingern I bis 3 rechts mit Parästhesien, ein Karpaltunnelsyndrom rechts und eine Polyarthrose bestätigten. Der Handchirurg Dr. R von der Klinik L in K bezeichnete die Beschwerden in seinem Bericht vom 30. Dezember 1996 als nicht berufsbedingt.

Durch Bescheid vom 13. Oktober 1997 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit ab. Weder die Epicondylitis beidseits noch die Polyarthrose in den Fingergelenken, die Dupuytren schein Fingerkontraktur oder die Überlastung der Halswirbelsäule gingen auf die berufliche Tätigkeit als Masseur und Bademeister zurück. Eine Berufskrankheit nach Ziffer 2101 der Anlage I zur BKVO sei nur dann anzuerkennen, wenn einseitige langandauernde mechanische Beanspruchungen im Beruf vorkämen. Dies sei bei einem Masseur nicht der Fall.

Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte die Stellungnahme des Arbeitsmediziners Dr. Ra vom 27. April 1998 ein. Außerdem äußerte sich der Landesgewerbeamte Dr. H am 14. August 1998 im Wesentlichen zur Symptomatik eines Karpaltunnelsyndroms wie auch einer Epicondylitis und gelangte zu der Auffassung, allein dem Aktenmaterial sei eine berufliche Ursache der Erkrankungen des Klägers nicht zu entnehmen.

Nachdem aufgrund dieser Stellungnahme der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten am 19. November 1998 die ehemaligen Praxisräume des Klägers besichtigt und seinen damaligen Arbeitsalltag geschildert hatte, wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 2. Juni 1999 u. a. unter Hinweis auf die ärztlichen Äußerungen von Dr. R und Dr. Ra sowie auf das Ermittlungsergebnis des Technischen Aufsichtsdienstes zurück. Es bestehe kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Tätigkeit des Klägers als Masseur und Medizinischer Bademeister und der bei ihm aufgetretenen generalisierten Erkrankung des Stütz- und

Gewebeapparates.

Dagegen hat der Kläger am 24. Juni 1999 Klage beim Sozialgericht Lübeck erhoben. Zur Begründung hat er sich insbesondere auf das Attest des Orthopäden Dr. Ha vom 7. Januar 2000 berufen. Dieser hatte zum Zusammenhang der erhobenen Befunde ausgeführt, bei der Epicondylopathie handele es sich um eine Enthesiopathie, die durch einseitige Überlastung entstehe. Bei fast allen Massagetechniken sei eine muskuläre Stabilisierung im Ellenbogengelenk in zwar wechselnden, sich aber ständig wiederholenden Winkelgraden erforderlich, damit eine kontrollierte Kraftübertragung auf die Hände und eine entsprechend gesteuerte Kraftentfaltung der Hände und besonders der Finger erfolgen könne. Die von Natur aus kräftigeren Beugemuskeln erforderten dabei eine stärkere Gegenkraft der Streckmuskulatur, die in der Hauptmasse am radialen Humerus Epicondylus ansetzten. Bei Bindegewebsmassagen und den häufig angewandten Quersfraktionstechniken werde letztere besonders stark und andauernd einseitig beansprucht.

Der Kläger hat beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 13. Oktober 1997 und 2. Juni 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, bei dem Kläger eine Epicondylitis beidseits als Berufskrankheit nach Ziffer 2101 der Anlage I zur BKVO anzuerkennen und dem Kläger ab dem 1. Juli 1996 entsprechende Versorgung zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich insbesondere auf die Stellungnahme der Orthopädin A vom 15. Juli 2000 bezogen. Danach sind Massagetätigkeiten zwar stark belastender, aber keineswegs eintöniger Natur. Der Kläger, der die aus dem Daumen oder dem 3./4. Finger heraus zu erarbeitende Bindegewebsmassage nach eigener Aussage nur in geringem Umfang durchgeführt habe, sei eindeutig für seine Erkrankungen prädisponiert. Die an der Halswirbelsäule deutlich nachweisbaren degenerativen Veränderungen zeigten zudem, dass eine zusätzliche Überlagerung im Sinne eines zervikobrachialen Schmerzsyndroms eine nicht unwesentliche Rolle spielen dürfte.

Das Sozialgericht hat von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F und dem Allgemeinarzt Dr. Fa die Berichte vom 22. Oktober und 8. November 1999 beigezogen. Es hat sodann von Prof. Dr. M (Berufsgenossenschaftliche Klinik B in B) das Gutachten vom 1. März 2001 erstellen lassen. Schließlich hat das Sozialgericht das Arbeitsmedizinische Gutachten des Prof. Dr. Ma (Berufsgenossenschaftliches Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin an der Universität B) vom 8. März 2002 beigezogen.

Mit Urteil vom 22. Oktober 2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen ist ausgeführt: Die Tätigkeit eines Masseurs gelte in der arbeitsmedizinischen Wissenschaft bisher als nicht geeignet, eine Epicondylitis hervorzurufen oder zu verschlimmern. Dazu seien die getätigten Bewegungsabläufe nicht geeignet. Dem Gutachten von Prof. Dr. Ma könne sich die Kammer deshalb nicht anschließen. Nach dessen eigenen Darlegungen seien einschlägige epidemiologische Studien noch nicht vorhanden. Studien zu anderen Berufsgruppen ließen sich schon angesichts unterschiedlicher Bewegungsabläufe, Repetitivitäten und Momentanbelastungen nicht auf die Tätigkeit eines Masseurs übertragen.

Gegen dieses dem Kläger am 11. Februar 2003 zugestellte Urteil richtet sich seine Berufung, die am 24. Februar 2003 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Der Kläger stützt sich insbesondere auf das Gutachten von Prof. Dr. Ma.

Er beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 13. Oktober 1997 und den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 2. Juni 1999 sowie das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 22. Oktober 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, bei dem Kläger eine Epicondylitis beidseits als Berufskrankheit nach Ziffer 2101 der Anlage 1 zur BKVO anzuerkennen und dem Kläger ab 1. Juli 1996 Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte verteidigt das erstinstanzliche Urteil und beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Gericht hat die Gutachten des Chirurgen B , Schleswig, und des Orthopäden Dr. N , Aukrug, eingeholt. Der Senat hat ferner das arbeitsmedizinische Gutachten des Privatdozenten Dr. Ba vom 12. Oktober 2004 nebst neurologischem Zusatzgutachten des Dr. K vom 19. Juli 2004 und orthopädischem Zusatzgutachten des Dr. P vom 15. Juli 2004 - alle aus W - erstatten lassen. Schließlich hat der Senat den Facharzt für Chirurgie Dr. Ka zur Erläuterung seines schriftlichen Gutachtens vom 15. Februar 2005 gehört. Es hat den Beteiligten Gelegenheit gegeben, hierzu schriftlich Stellung zu nehmen. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne weitere mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Dem Senat lagen die den Kläger betreffenden Verwaltungs- und Gerichtsakten sowie Röntgenbilder vor. Hierauf wird Bezug genommen. Der Inhalt dieser Unterlagen ist Gegenstand der Berufungsverhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat gem. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne erneute mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Kläger hat Anspruch weder auf Verletztenrente noch auf Anerkennung der bei ihm aufgetretenen Epicondylitis als Berufskrankheit.

Die Voraussetzungen einer Berufskrankheit gemäß [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) in Verbindung mit Nr. 2101 der Anlage I zur BKVO sind nicht erfüllt. Danach muss eine infolge einer versicherten Tätigkeit erlittene Erkrankung der Sehenscheiden oder des Sehngleitgewebes oder

der Sehnen- oder Muskelansätze vorliegen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Eine Tätigkeitsaufgabe liegt hier vor. Der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen der früheren Tätigkeit des Klägers als Masseur und dem Auftreten der Epicondylitis lässt sich dagegen nicht feststellen. Zwar kommt dem Kläger die für den Bereich der haftungsausfüllenden Kausalität geltende Beweiserleichterung zugute, wonach der Ursachenzusammenhang nach dem Gesamtergebnis der Ermittlungen nur hinreichend wahrscheinlich sein muss. Auch diese Wahrscheinlichkeit ist hier aber nicht gegeben, denn es spricht nicht mehr für als gegen die berufliche Verursachung der Krankheit (1). Der Rentenanspruch scheidet überdies an der gemäß § 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII erforderlichen Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um wenigstens 20 v. H. (2).

1) Der Senat geht zwar davon aus, dass es entgegen der Auffassung Dr. N s eine auf berufliche Überbeanspruchung zurückzuführende Epicondylitis gibt. Das belegt insbesondere die im Termin vom 17. März 2005 eingehend erörterte Studie von Barrot (Arbeitstechnische Voraussetzungen für die Entstehung einer BK 2101, ErgoMed 1999, S. 26), die Dr. Ba und auch Dr. Ka ihren Beurteilungen zugrunde gelegt haben. Danach ist die Tätigkeit als Masseur nicht geeignet, eine Epicondylitis hervorzurufen. Barrot betont, dass der organisch und funktionell gesunde Bewegungsapparat durchschnittlichen und sogar hohen Berufsbelastungen weitgehend gewachsen ist. Er verlangt zur Krankheitsverursachung repetitive Arbeitsverrichtungen mit statischen und dynamischen Anteilen, bei denen eine einseitige, von der Ruhestellung stark abweichende Haltung der Gliedmaßen erforderlich ist. Den Inhalt geeigneter Tätigkeiten umschreibt er näher dahin, dass es sich um kurzzyklische, immer wiederkehrende Bewegungsabläufe handeln muss, bei denen im Handbereich ganz genau die gleichen Muskeln und Sehnen unter gleichartiger Belastung betätigt werden. Insbesondere ist eine sich ständig wiederholende Zugbeanspruchung der Sehnenansätze erforderlich. Als Beispiele nennt er den immer wiederkehrenden Rückhandschlag eines Tennis- bzw. Tischtennispielers, langwährendes Hämmern oder das Betätigen eines Schraubendrehers. In Betracht kommen auch solche repetitiven Arbeitsverrichtungen, bei denen eine wiederholte grobe Kraftanwendung bei hoher Auslenkung des Handgelenks im Sinne einer unphysiologischen Haltung erforderlich ist (Drehen, Montieren, Obstpflücken, bestimmte Handwerkertätigkeiten). Da der Trainingszustand eine entscheidende Rolle spielen kann, ist eine Epicondylitis im Sinne der BK 2101 gerade nach langjähriger beschwerdefreier Tätigkeit eher ungewöhnlich (Barrot a. a. O.).

Vergleicht man diese Anforderungen mit der Tätigkeit des Klägers als Masseur, so ist deren Kausalität für das Auftreten der Epicondylitis nicht wahrscheinlich. Das Beschwerdebild ist erst nach ca. 20-jähriger Tätigkeit des Klägers und damit zu einer Zeit aufgetreten, in der der Kläger längst die Techniken einer physiologisch günstigen Arbeitsausübung mit geringstmöglicher Belastung der beteiligten Muskel- und Sehnenpartien erlernt hatte. Diesem Gesichtspunkt, auf den im Verwaltungsverfahren schon Dr. Ra hingewiesen hat, lässt sich nach Auffassung des Senats nicht entgegenhalten, dass nach Barrots Ausführungen auch langandauernde repetitive Tätigkeit krankheitsverursachend sein könne. Die Arbeit Barrots enthält insoweit unterschiedliche Aussagen (zunehmende Adaption belastungsvermindernder Arbeitsausführung einerseits, Gefährdung durch langjährige Tätigkeit andererseits) und überzeugt in diesem Punkt den Senat nicht. Beim näheren Hinsehen zeigt sich nämlich, dass Barrot sich bei der Frage einer Schädigung durch Langzeittätigkeit auf Dritterhebungen stützt, in denen die erforderliche Dauer der Lebenszeitbelastung bei einzelnen Arbeitsverrichtungen sehr unterschiedlich beurteilt wird (Spalleck und Kuhn 1996: 10 Jahre; Pöllmann 1995: 35 Jahre; Sogatz nach Feuck 1992: 10 Jahre). Die mindestens fünfjährige Dauer der Tätigkeit, die Barrot für erforderlich hält, findet, soweit ersichtlich, keine Unterstützung und wird von ihm auch nicht weiter begründet. In diesem Punkt kann man daher nicht von gesicherten medizinischen Erkenntnissen sprechen. Für Tätigkeiten wie die eines Masseurs würde im übrigen am ehesten das Ergebnis der Untersuchung von Pöllmann gelten, bei der es um kraftvolles Zugreifen ging. Die danach für die Annahme einer beruflichen bedingten Epicondylitis erforderliche Tätigkeit von 35 Jahren erreicht der Kläger jedoch nicht.

Nach Ansicht des Senats spricht auch gegen eine berufsbedingte Epicondylitis des Klägers, dass es an den erforderlichen monotonen und repetitiven Bewegungsabläufen fehlt. Einzelne von Barrot geschilderte Belastungen in Form etwa einer wiederholten unphysiologischen Auslenkung der Handgelenke kommen zwar bei der Tätigkeit eines Masseurs durchaus vor. Diese ist aber mit einem häufigen Wechsel in der Bewegungsrichtung und der Art der Kraftentfaltung verbunden, so dass die von Barrot geforderte Betätigung genau der gleichen Muskeln und Sehnen unter gleichartiger Belastung im Handbereich, insbesondere eine sich ständig wiederholende Zugbeanspruchung der Sehnenansätze, nicht vorliegt. Vielmehr erfolgt bei einem Wechsel der Handgriffe eine Entlastung der zuvor beanspruchten Muskel-/Sehnenpartien. Das ergibt sich aus den überzeugenden Ausführungen von Dr. Ka, die er im Termin noch weiter erläutert hat. Danach lässt sich der Bereich der Muskelmassagen, die der Kläger weit überwiegend durchgeführt hat, in fünf Elementargriffe (Streichen, Reiben, Kneten, Klopfen und Erschüttern) mit unterschiedlichen Bewegungsabläufen und demgemäß unterschiedlicher Muskel- und Sehnenbelastung einteilen. Bestätigt wird diese Aussage durch das Gutachten von Dr. Ba, in dem vier unterschiedliche Massagetechniken durch Fotos dokumentiert sind. Wenn Dr. Ba gleichwohl auf der Grundlage der Arbeit von Barrot und anderer erwähnter Fallstudien zu dem Ergebnis kommt, eine berufliche Krankheitsverursachung liege vor, kann ihm der Senat darin nicht folgen. Denn die von Dr. Ba beim Kläger festgestellte Kumulation von 11 (von 25) Gefährdungsfaktoren, die das Epicondylitis-Risiko signifikant erhöhe, bezieht sich gerade nicht auf die immer gleiche Tätigkeit, sondern auf die Gesamtheit der vom Kläger ausgeführten Massagevorgänge. Damit aber fehlt es am entscheidenden Merkmal einer monotonen und repetitiven Arbeitsausführung. Dr. Ka hat überzeugend dargelegt, dass je nach ausgeführtem Massagegriff etwa die Greifweite der Hand oder die Auslenkung des Handgelenks durchaus unterschiedlich sind.

In die Beurteilung, ob eine berufliche Krankheitsursache mit Wahrscheinlichkeit vorliegt, sind auch weitere Feststellungen der Gutachter einzubeziehen, die allesamt gegen eine solche Kausalität sprechen. So haben Frau A, Prof. Dr. M, Dr. Ra und mit Einschränkungen auch Prof. Dr. Ma auf eine beim Kläger vorhandene Bindegewebschwäche hingewiesen, die auf eine berufsunabhängige Krankheitsursache hindeutet. Dem hat sich Dr. Ka angeschlossen u. a. mit der Erwägung, der 1987 behandelte Bandscheibenschaden und das beim Kläger vorliegende Carpaltunnelsyndrom könnten als Hinweise auf die Bindegewebschwäche interpretiert werden. Bei Ausbruch der Krankheit war der Kläger überdies 46 Jahre alt und somit in einem Alter, in dem eine Epicondylitis - so Dr. Ka - auch ohne besondere Belastungsfaktoren auftreten kann. Schließlich hat Prof. Dr. M aus der rechts stärkeren Ausprägung der Erkrankung gefolgert, dass eher eine konstitutionelle Ursache vorliegt. Auch diese Beobachtung spricht nach Ansicht des Senats gegen eine berufsbedingte Ursache der Epicondylitis.

Mit den obigen Feststellungen folgt der Senat dem Gutachten des medizinischen Sachverständigen Dr. Ka. Dieser Facharzt hat nach Auffassung des Senats ein in allen Punkten überzeugendes Gutachten abgeliefert und dieses auch in der mündlichen Verhandlung nachvollziehbar erläutert. Seine Ausführungen stehen im Einklang mit den Darlegungen von Prof. Dr. M, Dr. Ra, Dr. R und der Orthopädin A. Die Gutachten bzw. Stellungnahmen des Orthopäden Dr. Ha, des Chirurgen B, von Prof. Dr. Ma und Dr. Ba sind dadurch widerlegt. Es ist

Dr. Ka gelungen, dem Senat die Schwächen dieser Gutachten aufzuzeigen und insbesondere überzeugend herauszuarbeiten, dass gerade die Studie von Barrot die Schlussfolgerungen Dr. Ba s nicht trägt. Dass der Beruf des Masseurs insbesondere durch die Kraft charakterisiert und dadurch die Epicondylitis des Klägers verursacht worden ist, wie Prof. Dr. Ma in seiner Stellungnahme vom 24. März 2005 noch einmal abschließend betont, ist durch die Ausführungen von Barrot widerlegt.

2) Abgesehen von den obigen das Urteil tragenden Gründen scheidet die Entschädigung des Klägers daran, dass die Krankheitsfolgen nicht mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v. H. zu bewerten sind. Zwar will Dr. Ba wegen der Epicondylitis eine MdE von 30 v. H. zubilligen. Das aber ist nach einhelliger Auffassung der übrigen gehörten Ärzte angesichts der freien Beweglichkeit der Ellenbogen und einer qualitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Wesentlichen nur beim Heben und Tragen schwerer Lasten überhöht (Dr. K , Dr. G: 10 %; Dr. Ka: 10 %; zuvor Prof. Dr. Ma und ihm folgend B: 20 %). Eine MdE über 10 % ist deshalb auch nach der vollen Überzeugung des Senats aus den von Dres. Kranz, Gerlach und Ka dargelegten Gründen nicht zu rechtfertigen. Denn bei den Leistungseinschränkungen kommt es nicht auf die zuvor ausgeübte Tätigkeit, sondern auf den allgemeinen Arbeitsmarkt an. Die Funktionseinschränkung des rechten Arms ist auf diesen Arbeitsmarkt bezogen nur geringfügig. Das belegt im Übrigen auch die uneingeschränkte gegenwärtige Tätigkeit des Klägers auf diesem Arbeitsfeld.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§§ 183, 193 SGG](#). Da das gem. [§ 109 SGG](#) eingeholte Gutachten die Sachaufklärung wesentlich gefördert hat, sind die vom Kläger vorgeschossenen Kosten der Staatskasse aufzuerlegen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-06-22