

## L 2 U 174/98

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 2 U 95/97

Datum

17.03.1998

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 174/98

Datum

25.04.2001

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung des Beklagten hin wird das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 17.03.1998 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am ...1947 geborene Kläger war nach der Anzeige über das Vorliegen einer Berufskrankheit des Allgemeinarztes W ... seit 1974 als Rettungsassistent beim Bayerischen Roten Kreuz (BRK) A ...-Land tätig. Der Allgemeinarzt W ... erstattete am 14.12.1995 Anzeige über das Vorliegen einer Berufskrankheit und zwar eines degenerativen Wirbelsäulenleidens und eines degenerativen Kniegelenksleidens. Im Vordergrund stünden ausgeprägte Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule, die erstmals im Oktober 1985 aufgetreten seien und seit 1995 zunähmen. Die Beklagte zog einen Bericht des Dr.W ... vom 12.06.1996 über die Behandlungen des Klägers wegen Wirbelsäulenbeschwerden seit 29.04.1988 bei. Im Jahr 1990 seien beim Kläger Bandscheibendegenerationen L 3/L 4, kein abgrenzbarer Prolaps, verstärkte arthrotische Veränderungen am rechten Gelenk L 5/S 1 mit Kapselverkalkung festgestellt worden, am 28.09.1995 kyphotische Fehlhaltung, Spondylose im Segment LWK 1 bis 3, Zwischenwirbelraum LWK 4 bis 5 und L 5/S 1 regelrecht weit, nur geringe Arthrosenreaktion in diesem Bereich. Ein Computertomogramm des cerviko-thorakalen Übergangs vom 23.02.1995 habe eine Osteochondrose und Spondylarthrose deformans mit relativer Einengung des Wirbelkanals bei HWK 6 bis 7 erbracht. Die Barmer Ersatzkasse teilte mit, der Kläger sei seit 08.02.1995 laufend wegen akuter Lumboischialgie, degenerativem LWS-Syndrom, Bandscheibenprotrusion bei C 5/C 6 und 6/7 und einem Wurzelreizsyndrom L 5/S 1 arbeitsunfähig. Das BRK teilte mit Fragebogen vom 05.03.1996 mit, der Kläger sei vom 18.09.1972 im Rettungsdienst beschäftigt gewesen. Seine Funktionsbezeichnung sei Rettungsassistent. Er sei mit der Rettung und Betreuung kranker und verletzter Menschen befasst gewesen. Wegen Wirbelsäulenbeschwerden sei er vom 07.10.1985 bis 21.01.1987, vom 25.03.1991 bis 05.10.1992, vom 04.01.1994 bis 29.05.1994 und vom 08.02.1997 bis auf Weiteres arbeitsunfähig gewesen. Die Erkrankung sei auf ständiges Heben und Tragen schwerer Lasten (Patienten auf Krankentragen) zurückzuführen. Der Kläger sei mit Heben und Tragen sowie Beförderung von Personen über Böschungen und Treppen in oft mehrstöckigen Häusern oder Wohnblocks in sehr ungünstiger Körperhaltung sowie mit dem Bergen von Verletzten bei Verkehrsunfällen in den unmöglichsten Körperstellungen befasst gewesen. Die Arbeitszeit habe ursprünglich 60 Stunden in der Woche, zuletzt 45 Stunden pro Woche im Schichtbetrieb betragen. Es sei unterschiedlich gehoben und getragen worden. Im Jahr seien ca. 200 Schichten gewesen. Es sei vor dem Körper, seitwärts des Körpers, eng am Körper, körperfern und mit starker Rumpfbeugung gehoben und getragen worden. In den letzten Jahren seien Fernotragen und Gesundheitssitze im Rettungsfahrzeug zur Verfügung gestanden. Zur Art der Tätigkeiten mit starker Rumpfbeugung führte der Arbeitgeber aus, Heben und Tragen sowie Beförderung von Personen seien zu einem unterschiedlichen Anteil und in unterschiedlicher Häufigkeit in einem Beugewinkel von 90 ° und mehr und in einem Drehwinkel von 30 ° erfolgt. Die gefährdende Tätigkeit sei noch nicht aufgegeben worden. Der Kläger selbst erklärte, die Rückenbeschwerden hätten sich im April 1983 durch Heben und Tragen von Patienten im LWS-Bereich gelegentlich bemerkbar gemacht. Vom Juni 1984 an sei er bei Dr.W ... in Behandlung gewesen. Er sei deshalb 1984 und 1990 sowie seit 08.02.1995 bis heute arbeitsunfähig krank gewesen. Vor Aufnahme der beruflichen Tätigkeit seien keine Rückenbeschwerden aufgetreten. Er habe keine Unfälle erlitten, die die Wirbelsäule betroffen hätten. Er habe bisher keinen aktiven Sport getrieben. Der letzte Tag der gefährdenden Tätigkeit sei der 07.02.1995 gewesen. Seitdem arbeite er nicht mehr. Sein Arbeitsbereich beinhalte Heben, Tragen, Bergen, Transportieren und Versorgung von Patienten sowie Umlagern vom Bett zur Trage bei 1. Verkehrsverunfällen, 2. Arbeitsverunfällen, 3. häuslich Verunfällen, 4. sportlich Verunfällen, 5. internistisch Kranken, 6. alten Menschen, 7. Ambulanzfahrten. Es sei davon auszugehen, dass pro Schicht zwischen vier bis 12 Einsätze vorkämen. Es sei selten vorgekommen, dass kein Einsatz stattgefunden habe. Die Patienten müssten immer vom Boden, Bett oder Fahrzeug vor dem Körper hochgehoben werden. Beim Bergen des Verunglückten, bei dessen Transport und beim Ablegen über ebenes und unebenes Gelände, bei Reanimation, Herzdruckmassage (kniend) sei vor dem Körper, seitwärts des Körpers, eng am Körper, körperfern, auf dem Rücken, auf der Schulter, mit

starker Rumpfbeugung und/oder Drehung gehoben und getragen worden. Heben, Tragen, Bergen, Transportieren, Lagern und Umbetten sei etwa ca. drei Stunden an ca. 200 Arbeitsschichten im Jahr erfolgt. An Hebe- und Tragehilfen seien Ferntrage und ein Tragetuch sowie der Rautekberggriff verwendet worden. Beim Transport der häuslich Verunfallten sei immer mit einer vermehrten Rumpfbeugehaltung bei gleichzeitiger Drehung, bedingt durch den Transport in engen Treppenhäusern, Fluren und Baulichkeiten gearbeitet worden. Nach Ambulanzfahrten würden Patienten wieder zurück zur Wohnung und ins Bett gehoben. Die internistischen Patienten müssten aus dem Bett gehoben werden, aus dem Sessel, vom Fußboden, per Rautekgriff und Rumpfbeuge- und Drehung zur Trage und dasselbe geschehe im Krankenhaus. Dies gelte für sportlich Verunfallte und internistisch Kranke und akut Kranke sowie alte Menschen. Sämtliche Beugewinkel von 0 ° bis 90 ° kämen je nach Situation vor, das Gleiche gelte für Drehwinkel. Der Zeitanteil liege je nach Fall von fünf Sekunden bis drei Minuten pro Rumpfbeugung, im ungünstigen Fall (Bergung aus Führerhaus) noch länger. Die Häufigkeiten seien abhängig von Art und Schwere der Fälle. In der Darstellung des beruflichen Werdegangs gab der Kläger an, von 1961 bis 1965 als Maler und Lackierer, von 1965 bis 1967 als Disponent, von 1967 bis 1968 als Sanitäter beim Wehrdienst, von 1968 bis 1970 als Disponent, von 1970 bis 1971 als Betriebsverkaufsleiter, im Jahr 1972 als Campingplatzverweiser und seit September 1972 bis heute als Rettungsassistent bzw. Rettungsassistent (ab 26.09.1974) tätig gewesen zu sein. Die Beklagte zog einen Arztbrief der Fachklinik E ... vom 09.04.1990 bei, wonach beim Kläger eine sekundäre Gonarthrose beidseits (komplexe Knieverletzung rechts 1985, Innenmenishektomie links 1975), Osteochondrose L 3/L 4, Spondylarthrose L 5/S 1, Asthma bronchiale, intermittierende Bronchitis und Adipositas vorlägen. In einer Stellungnahme vom 05.08.1996 führte der beratende Arzt des Beklagten Dr.Br ... aus, die Protrusionen im Lendenabschnitt überstiegen das altersentsprechende Normalmaß an Bandscheibendegenerationen nicht, zudem lägen ganz gleichartige Protrusionen auch im Halsabschnitt vor, der beruflich nicht entsprechend belastet worden sei. Dazu geselle sich ein nicht unbeträchtliches Übergewicht, das zweifelsfrei auch ursächlich sein dürfte und wahrscheinlich auch noch eine psychovegetative Regulationsstörung, worauf die Asthma-Vorgeschichte hinweise. Insgesamt lasse sich eine Berufskrankheit im Sinn der Nr.2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung nicht hinreichend wahrscheinlich machen. Dieser Meinung schloss sich die Staatliche Gewerbeärztin Dr.B ... in der Stellungnahme vom 04.09.1996 an. Es sprächen mehr Aspekte für das Vorliegen einer anlagebedingten, schicksalhaften Erkrankung als für das Vorliegen von berufsbedingten Abnutzungserscheinungen. Mit Verwaltungsakt vom 19.09.1996 stellte der Beklagte fest, die beim Kläger bestehende Erkrankung der Wirbelsäule könne nicht als Berufskrankheit nach Nr.2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung angesehen werden. Der Beklagte bezog sich dabei auf die Stellungnahme des Dr.Br ... und der Staatlichen Gewerbeärztin Dr.B ... Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein, den er mit einem Attest des Allgemeinmediziners W ... vom 20.01.1997 stützte. Der Arzt W ... führte darin aus, in Widerspruch zu den Beurteilungen des Dr.Br ... und der Staatlichen Gewerbeärztin Dr.B ... bestehe mit Sicherheit ein Zusammenhang zwischen der Entstehung der Wirbelsäulenkrankheit des Klägers und der beruflichen Tätigkeit als Rettungsassistent. Der Kläger sei bei seinem Beruf ständig mit Heben und Tragen schwerer Lasten beschäftigt, insbesondere der Transport von Kranken auf einer Trage oder entsprechenden Tragevorrichtung durch enge Treppenhäuser oder das Bergen oder Versorgen von Schwerstverletzten aus Unfallfahrzeugen etc. stelle für die gesamte Wirbelsäule eine Extremlast dar. Hinzu komme, dass in den Rettungsfahrzeugen aufgrund der oft vorhandenen geringen Höhe des Fahrzeugs und dem notwendigen Kontakt zum Patienten eine ständige Zwangshaltung eingenommen werden müsse, die nicht nur die Lenden- sondern auch die Halswirbelsäule enorm belaste. Das gleichzeitige Vorhandensein von Schäden am Hals und der Lendenwirbelsäule lasse sich zwanglos durch die arbeitstechnischen Forderungen im Beruf des Rettungsassistenten erklären und dürfe zwingend zur Entstehung der beim Patienten nachweisbaren Bandscheiben- und Wirbelveränderungen beigetragen haben. Auf das Attest wird verwiesen. Mit Widerspruchsbescheid vom 19.02.1997 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Dagegen hat der Kläger Klage erhoben. Vorgelegt wurde ein Gutachten des Dr.P ... vom 21.02.1996, erstattet im Verfahren S 5 Al 189/95. Das Sozialgericht zog Leistungsauszüge der AOK Augsburg bei und holte ein Gutachten des Orthopäden Dr.Bü ... vom 17.10.1997 ein. Dieser führte aus, es lägen beim Kläger ein chronisch-therapieresistentes, im Wesentlichen lokales Lumbalsyndrom mit ausgeprägter Funktionsstörung sowie ausgeprägten muskulären Reizzuständen und nur relativ gering entwickeltem Nervenwurzelreizsyndrom vor. Röntgenmorphologisch bestünden deutliche degenerative Veränderung der LWS mit Osteochondrosen und Spondylosen von L 1 bis L 3 sowie ausgeprägte Spondylarthrosen L 4 bis S 1, im CT Nachweis von Bandscheibendegenerationen in den Segmenten L 3/4 sowie L 4/5 mit Protrusionen, jedoch kein umschriebener Prolaps, Luft einschüsse in L 4/5, konsekutiv bestehe Unfähigkeit zu längerem Sitzen und Stehen, es sei überhaupt kein Bücken, Heben und Tragen mehr möglich. Weiter bestünden erstgradig medial und retropatellar bedingte Gonarthrose rechts, zweitgradige medial und retropatellar betonte Gonarthrose links, drittgradiges Impingement-Syndrom an der rechten Schulter, Spreizfuß, Hallux rigidus rechts mehr als links, Peronäusteilparese rechts, vollständige Parese der Großzehenhebung, Schwäche der Fußhebung und Fußaußenrandhebung. Im vorliegenden Fall sei die entsprechende Arbeitsbelastung durch Bescheinigung des BRK vom 05.03.1996 und Angaben des Klägers vom 15.03.1996 über den Zeitraum ab 1972 bis 1995 ermittelt worden. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit 2108 erschienen erfüllt. Dies abschließend zu beurteilen sei jedoch nicht Aufgabe des medizinischen Gutachters sondern des Technischen Aufsichtsdienstes. Bandscheibenbedingte Erkrankungen seien alle Erkrankungen der Bewegungssegmente der Lendenwirbelsäule, die in einer ursächlichen Beziehung mit einer Bandscheibenschädigung stünden. Diese Voraussetzung sei im Prinzip erfüllt. Im CT und in konventionellen Röntgenaufnahmen seien entsprechende Bandscheibendegenerationen und Sekundärveränderungen nach Bandscheibendegeneration in Form von Spondylosen und Spondylarthrosen festgestellt, klinisch seien anhand der aufgeführten Befundberichte, beginnend seit 1988 entsprechende lokale Lumbalsyndrome mit schmerzhaften Bewegungseinschränkungen dokumentiert. Vor allem die degenerativen Veränderungen der oberen LWS gingen deutlich über das altersübliche Ausmaß hinaus, ebenfalls die Spondylarthrosen der unteren LWS. Form- und Funktionsstörungen an der Wirbelsäule, die die Bandscheibendegeneration in einem oder mehreren Bewegungssegmenten begünstigten, lägen beim Kläger nicht vor. Die aufgeführten Fakten sprächen für eine Anerkennung der Funktionsbeeinträchtigung im Bereich der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit im Sinn der Nr.2108. Gegen die Anerkennung einer Berufskrankheit könnte der gleichzeitige Nachweis von degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS sprechen, die nicht einer entsprechenden beruflichen Belastung ausgesetzt gewesen sei. Aus den aufgeführten Befundberichten gehe jedoch eindeutig hervor, dass die Symptomatik von Seiten der HWS gegenüber derjenigen der LWS immer im Hintergrund gestanden habe. Radikuläre Symptome von Seiten der HWS seien nicht erwähnt worden. Es sei davon auszugehen, dass bei belastungsbedingter Schädigung der lumbalen Bandscheiben im Sinn der Berufskrankheit Nr.2108 die Segmente L 4/5 und L 5/S 1 am ehesten betroffen seien, da sie im Allgemeinen auch am meisten belastet würden. Auch könne man im vorliegenden Fall die Bandscheibendegenerationen mit auf das inzwischen erhebliche Übergewicht des Klägers zurückführen. Der Kläger gebe jedoch glaubhaft an, dass er ca. bis Ende der 80-er Jahre annähernd Normalgewicht gehabt habe. Erst durch die zunehmenden gesundheitlichen Probleme habe sich das Übergewicht ergeben. Allein aus diesen Gründen könne man seines Erachtens bei der sich sonst eindeutig darstellenden Beweislage die Anerkennung einer Berufskrankheit Nr.2108 nicht ablehnen. Die MdE durch die bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS betrage 20 v.H. Die Beklagte legte daraufhin eine Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes vom 12.12.1997 vor, nach der die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Ausfüllung der Kriterien der Regelmäßigkeit und Häufigkeit der belastenden Tätigkeit im Sinn der Berufskrankheit Nr.2108 nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit gegeben seien. Der Kläger habe im 12-Stunden-Schicht-Dienst von 06.00

bis 18.00 Uhr und von 18.00 bis 06.00 Uhr gearbeitet. Nach Angaben des Betriebs seien früher im Durchschnitt ca. 350 bis 380 Einsatzstunden pro Monat und Mitarbeiter geleistet worden. Die wöchentliche Arbeitszeit sei stufenweise von früher 60 Stunden auf 45 Stunden pro Woche verringert worden. Früher seien auch keine weiteren Hilfsmittel, wie z.B. Fernotragen, zur Verfügung gestanden. Nach Einschätzung des Betriebs seien früher sogar noch mehr Einsätze pro Rettungsassistent gefahren worden als heute. Die geleisteten Arbeitseinsätze beim BRK Kreisverband Augsburg-Land gliederten sich auf wie folgt: 1993 1.360 Gesamteinsätze (536 Krankentransporte, 439 Notarzteinsätze, 385 Notfalleinsätze) bei einer Personalstärke von hauptamtlich sechs Personen 1994 1.401 Gesamteinsätze (457 Krankentransporte, 523 Notarzteinsätze, 421 Notfalleinsätze) bei hauptamtlich sechs Personen 1995 1.454 Gesamteinsätze (527 Krankentransporte, 555 Notarzteinsätze, 370 Notfalleinsätze) bei hauptamtlich sechs Personen 1996 1.411 Gesamteinsätze (453 Krankentransporte, 566 Notarzteinsätze, 392 Notfalleinsätze) bei hauptamtlich sechs Personen. Vor 1987 seien in der Rettungswacht Z ... nur vier hauptamtliche Mitarbeiter tätig gewesen. Bis etwa 1979 seien Rettungsdienstfahrzeuge eingesetzt worden, bei denen durch die Höhe des Fahrzeugtisches und fehlendem Kippmechanismus das Ein- und Ausladen der Trage mit abgewinkelten Armen in Verbindung mit einer Rumpfdrehung und nicht eng am Körper getragener Last habe vorgenommen werden müssen. Ab ca. 1988 bis 1992 seien in den Rettungsdiensten die Rolltragen (z.B. Fernotrage) eingeführt worden, die auf ebenem befahrbarem Gelände eingesetzt hätten werden können und somit in begrenzten Fällen eine Entlastung beim Patiententransport auf der Trage für den Rettungsassistenten gebracht hätten. Bergungshilfen (wie z.B. Schaufeltrage) seien seit ca. 1988 in Betrieb. Bei der Rettung eines Patienten fielen Gewichte von 30 Kilo (Trage) + 80 Kilo (Patient) = 110 Kilo, d.h., pro Rettungsassistent also ca. 55 Kilo bei einer Häufigkeit von ca. sechs Mal pro Schicht an. Beim Patientenabtransport von der Unfallstelle zum Fahrzeug müssten in Treppenhäusern z.B. über Kopf und/oder in gebückter Haltung getragen und gehoben werden. In den Häusern würden oft beengte Verhältnisse angetroffen, die den Einsatz von Tragehilfen (z.B. Tragestuhl, Bergetuch, Vakuumatratze) anstelle der Trage erfordern. Seien auch diese Transporthilfen nicht einsetzbar, müsse der Patient persönlich getragen werden. Dabei fielen erneut pro Rettungsassistent ca. 55 Kilo an. Bei Transport ohne Rolltrage sei bis zum Fahrzeug zu tragen. Dort setze der Vordermann mit seitlicher Drehbewegung die Trage mit Patient auf den Kippmechanismus des Tragetisches im Fahrzeug auf. In Groß- und Mittelstädten könnten hier in der Regel 12 Tragevorgänge pro Schicht angegeben werden, für Landrettungswachen könnten hier sechs bis acht Tragevorgänge pro Schicht angesetzt werden. Unter Umständen könne hier der Einsatz von Tragehilfen, z.B. Tragetuch, vier bis fünf Mal pro Schicht erforderlich werden. Die Belastung beim Ausladen im Krankenhaus sei wie beim Einladen. Der weitere Transport erfolge hier mit fahrbaren Trageaufsätzen z.B. in die Ambulanz. Das Rettungsdienstpersonal lagere den Patienten von der Trage auf Untersuchungstischliege, Röntgentisch oder Krankenbett um. Eine Mithilfe des Pflegepersonals erfolge in der Regel nicht, da der Patient vom Rettungsdienst an das Krankenhaus übergeben werde. Der Krankentransport sei wie der Notfalltransport ohne Versorgung am Notfallort zu behandeln. Der Rettungsassistent trage zusätzlich das Gepäck des Patienten für den Krankenhausaufenthalt (ca. 20 Kilo). Bei Ambulanzfahrten werde der Patient von einer Klinik zu einer Spezialuntersuchung hin- oder von der Wohnung zur Klinik und zurück transportiert. Der Vorgang sei wie der Krankentransport zu beurteilen. Eine Verlegungsfahrt von einer Klinik zur anderen und Heimfahrten von der Klinik seien ebenfalls wie ein Krankentransport zu beurteilen. Bei einem Inkubatortransport fielen 80 Kilo Gesamtgewicht an. Der Transport erfolge von Klinik zu Klinik. Bei "Babyexpress" (Spezialeinsatz) mit Zubehör fielen ein Gewicht von ca. 130 Kilo an. Im Rettungsdienst werde der Rettungstransportwagen (RTW) oder Notarztwagen (NAW) eingesetzt; für Krankentransporte der Krankentransportwagen (KTW). In der Regel seien die Fahrzeuge mit zwei Kräften besetzt. Dabei werde meist eine Hauptkraft und ein Zivildienstleistender im Krankentransport eingesetzt. Im Rettungsdienst seien in der Regel zwei hauptamtliche Kräfte im Einsatz. Des Weiteren seien Geräte zu tragen, so dass auch Lastgewichte von ca. 130 bis 150 Kilo (inclusive Patient) transportiert werden müssten. Von jeder Rettungswache würden heute die Einsatzzeiten und die Art des Einsatzes aufgezeichnet. Das Kriterium langjährig im Sinne der Nr.2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung werde in dem Beschäftigungszeitraum beim Mitgliedsbetrieb bzw. in der Berufsgruppe Rettungsassistent in dem vorliegenden Fall nicht nur erfüllt, sondern deutlich überschritten. Die aufgetretenen Lasten bei den Tätigkeiten im Rettungsdienst überschritten dabei die Lastgewichte nach Tabelle 2 des Merkblattes zur Berufskrankheit 2108 deutlich und erfüllten das Kriterium schwerer Lasten. Die Einsatzhäufigkeit beim Mitgliedsbetrieb während des Beschäftigungszeitraums könne unter Berücksichtigung der früheren Gegebenheiten als typisch für das Berufsbild des Rettungsassistenten angesehen werden. Eine überdurchschnittliche Tätigkeit im Berufsbild liege nicht vor. Durchschnittlich gesehen werde hier die Anzahl von ca. sechs bis 12 Einsätzen mit schweren Lasten pro Schicht in der Regel nicht deutlich überschritten worden sein. Diese Tragevorgänge könnten jedoch zeitlich jedenfalls lediglich mit Sekunden- bis im Einzelfall wohl Minutendauer angegeben werden. Aus der Sicht des Technischen Aufsichtsdienstes seien unter Einbeziehung des derzeitigen Standes der Fachdiskussion zur Berufskrankheit Nr.2108 die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Ausfüllung der Kriterien der Regelmäßigkeit und Häufigkeit der belastenden Tätigkeit nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit gegeben. Arbeitsbedingungen, die die Kriterien einer Berufskrankheit Nr.2109 (langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter) erfüllten, seien im Rettungsdienst/Krankentransport nicht gegeben. Weiter hat die Beklagte einen Bericht des beratenden Arztes Dr.Br ... vom 19.01.1998 vorgelegt. Dr.Br ... hat ausgeführt, dass er von seiner früheren Feststellung doch abweichen wolle und eine mehr als altersentsprechende Bandscheibendegeneration bestätigen wolle, wobei allerdings die beschriebenen Schäden ohne ausgesprochene Prolabierung keine stark dem Alter vorausseilende Degeneration oder Erkrankung darstellten. Es sei von einer leicht- bis mittelgradig dem Alter vorausseilenden Schädigung auszugehen. Es könne auch von einer zeitkonformen Entstehung im Hinblick auf die belastende Tätigkeit seit dem Jahr 1972 ausgegangen werden. Belastungskonform sei der Schaden nicht zwanglos. Nach den sonstigen Erfahrungswerten wären entsprechende Schäden vorwiegend in den untersten Segmenten zu erwarten, also beginnend am lumbosakralen Übergang zwischen L 5 und S 1, folgend dann zwischen L 4 und L 5 usw. Diese unteren, normalerweise gefährdetsten Bandscheiben führten bei dem Versicherten jedoch überhaupt keinerlei nennenswerte Schädigung. Dies werfe die Frage auf, ob nicht anderweitige Ursachen im Spiel seien, zumal vergleichbare Schäden und Erkrankungen weit entfernt auch an der Halswirbelsäule aufschienen, neben entsprechenden osteochondrotischen und spondylarthrotischen Veränderungen seien im Jahr 1995 auf mediale Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten C 5/C 6 und C 6/C 7 festgestellt worden. Es müsse abgeklärt werden, inwieweit nicht anderweitige Verursachungsalternativen eine Rolle gespielt hätten. Selbst 12 Einsätze mit entsprechenden Tragebelastungen pro Tag reflektierten nicht das, was medizinisch für eine Bandscheibenschädigung vorausgesetzt werde, nämlich eine fortgesetzte und sehr häufige Hebe- und Tragebelastung ohne zwischenzeitliche Erholungsphasen des Bandscheibengewebes. Gerade letzteres sei ja genau der springende Punkt. Im Termin am 17.03.1998 hat das Sozialgericht den Kläger zur Sache gehört. Der Kläger hat geltend gemacht, die Feststellung des TAD, die Tragevorgänge könnten zeitlich jeweils lediglich mit Sekunden- bis im Einzelfall wohl Minutendauer angegeben werden, treffe nicht zu. Er habe in G ... mit der Arbeit angefangen (1972 bis 1974), wo die Zahl der Einsätze höher gewesen sei, weil das damalige Hauptkrankenhaus A ..., wohin die meisten Transporte gingen, näher gewesen sei. In den engen Wohnungen und Fluren habe oft die Trage nicht zum Einsatz gebracht werden können. Man habe die Patienten im sogenannten Rautekgriff von der Wohnung zum Einsatzfahrzeug getragen und vorher aus dem Bett heben müssen. In Z ... seien die einzelnen Einsätze länger gewesen, weil dann auch die Fahrt zum Hauptkrankenhaus angefallen sei, die naturgemäß länger gedauert habe. Es seien immer niedrige Fahrzeuge gewesen. Der Betreuungssitz sei auf Kopfhöhe gewesen, wenn andere Körperteile verletzt gewesen seien, hätten sich während der Fahrt die entsprechenden Zwangshaltungen ergeben. Der Zuständigkeitsbereich sei ein besonders

unfallträchtiger gewesen. Beim Bergen von Unfallopfern, z.B. aus einem Silo, seien natürlich entsprechende Zwangshaltungen angefallen. Nur sekundenweise Schäden seien nur ausnahmsweise angefallen. Ein Rettungsfahrzeug der neuen Art hätten sie erst seit ca. zehn Jahren. Die Fernotrage bringe eine Erleichterung nur in der entsprechenden Umgebung, wenn man die Rollen einsetzen könne. Zu sehen sei, dass diese Trage etwa 30 Kilo schwerer sei als die früheren Tragen. Der Notarzt sei sehr engagiert gewesen, so dass von ihnen oft eine Stunde reanimiert wurde und zwar in gebückter Körperhaltung. Zuletzt habe er eine Frau von ca. 100 Kilo von zu Hause nach Wertingen transportiert. Die Frau sei ca. 30 Meter über einen Schotterweg zu transportieren gewesen. Bei einem solchen Einsatz könne die Fernotrage nicht benutzt werden. Im groben Durchschnitt seien jeweils sechs bis 12 Einsätze arbeitstäglich angefallen. Es sei darauf hinzuweisen, dass 80 % Notfalleinsätze gewesen seien. Bei einem bloßen Verdacht auf Herzanfall sei der Patient liegend zu transportieren. Es seien dann die entsprechenden Transportvorgänge mit Heben und Tragen angefallen. Mit Urteil vom 17.03.1998 verurteilte das Sozialgericht Augsburg den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 19.09.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.02.1997 unter Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr.2108 der Anlage 1 zur BKVO, ab 08.02.1995 Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren. Zur Begründung legte es dar, die Ausführungen in der Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes, dass es sich bei der Tätigkeit nur um Tragevorgänge mit lediglich Sekunden, im Einzelfall mal Minutendauer gehandelt habe, sei der Kammer nach der allgemeinen Lebenserfahrung unter Berücksichtigung der glaubhaften Schilderung des Klägers nicht nachvollziehbar. Im Übrigen schloss es sich voll dem Gutachten des Sachverständigen Dr.Bü ... an. Der Beklagte hat dagegen Berufung eingelegt. Er hat dazu vorgebracht, es sei bereits mehr als fraglich, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen gegeben seien. Diesbezüglich hat er auf die Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes vom 12.12.1997 und die des Beratungsarztes vom 19.01.1998 hingewiesen. Diese Frage müsse hier wegen der bestehenden großen Unsicherheit auch über das Ausmaß der beruflichen Exposition, die nötig sei, um Bandscheiben zu schädigen, letztlich offen bleiben. Unabhängig von der Frage, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen vorlägen, sei die haftungsausfüllende Kausalität zu verneinen. Die beim Kläger bestehenden leicht- bis allenfalls mittelgradig dem Alter vorausseilenden bandscheibenbedingten Erkrankungen im Wirbelsäulenabschnitt L 1 bis L 4 sei nicht als belastungskonform einzustufen, denn die Bandscheiben in den untersten Segmenten der LWS, die normalerweise der höchsten Belastung ausgesetzt seien, wiesen keinerlei nennenswerte Schädigungen auf. Dagegen fänden sich auch an der Halswirbelsäule vergleichbare Schäden bzw. Erkrankungen, was für eine schicksalsmäßige Entstehung auch des LWS-Schadens spreche. Der Senat hat nach Beiziehung mehrerer ärztlicher Berichte ein Gutachten des Orthopäden Dr.F ... eingeholt. Dieser ist zu dem Ergebnis gelangt, beim Kläger liege keine Berufskrankheit vor. Auf die Arztberichte und das Gutachten wird verwiesen. Der Kläger vertrat im Schriftsatz vom 28.01.2000 dazu die Auffassung, gegenüber dem Gutachten des Dr.Bü ... lasse Dr.F ... eine fundierte Auseinandersetzung mit den vorliegenden Beschwerden und deren Ursachen vermissen. Die Ausführungen des Dr.F ... zu den gesicherten medizinischen Erkenntnissen, welche körperlichen Belastungen vorliegen müssten, um eine Berufskrankheit Nr.2108 bejahen zu können, seien ausgesprochen dünn. Die entsprechenden Voraussetzungen seien ausführlich im Gutachten des Dr.Bü ... auf Seite 42 f. dargestellt. Die Frage, ob seine Tätigkeit nach diesen Erkenntnissen die an die berufsbedingte Entstehung oder Verschlimmerung bandscheibenbedingter Erkrankung der LWS zu stellenden Anforderungen erfülle, beantworte der Sachverständige nicht selbständig und fundiert im Gegensatz zu den Ausführungen im Gutachten des Dr.Bü ... Zur Feststellung der arbeitstechnischen Voraussetzungen seien weder er noch der zuständige Personalrat hinzugezogen worden. Im Anschluss wird erneut die Tätigkeit, wie bereits in der mündlichen Aussage des Klägers beschrieben, angeführt. Die Knieläsionen des Klägers hätten dazu geführt, dass er seit 1985 ausschließlich nur in extremer Rumpfbeugehaltung arbeiten könne. Zu den letztgenannten Erkrankungen hat z.B. der Orthopäde Dr.P ... im Gutachten vom 21.02.1996, erstattet im Rechtsstreit S 5 An 189/95 ausgeführt, beim Kläger lägen ein muskulär kompensiertes Wackelknie rechts mit beginnender Gonarthrose und eine Gonarthrose links vor. Der Kläger hat weiter ausgeführt, er lege ein schriftliches Gutachten des Arztes W ... vor, der selbst regelmäßig als Notarzt tätig sei und seit 01.02.1989 ärztlicher Obmann des Notarztstands Z ... Dabei habe er sich Kenntnisse über das Berufsbild des Rettungssanitäters und der damit verbundenen körperlichen Belastungen erwerben können. Es werde angeregt, den Arzt W ... zu der Frage, ob beim Kläger die Merkmale der Berufskrankheit Nr.2108 erfüllt seien, zu befragen, hilfsweise ihn gemäß [§ 109 SGG](#) als Sachverständigen zu obigem Beweisthema zu hören. Der Arzt für Allgemeinmedizin W ... führt in der Stellungnahme vom 10.01.2000 aus, bei der Berufsausübung des Rettungssanitäters komme es durchaus mit Regelmäßigkeit und Häufigkeit in der überwiegenden Zahl der Arbeitsschichten zum Heben und Tragen von Lasten, die weit über 20 Kilo lägen. Des Weiteren müsse durchaus in Ausübung der Tätigkeit rezidivierende Rumpfbeugehaltung durchgeführt werden, und somit werde die Wirbelsäule besonders belastet. Dies gelte insbesondere für den Kläger, der ja aufgrund langjähriger Kniegelenksbeschwerden (seit ca. 1985 zunehmend) diese nicht voll habe einsetzen und belasten können, so dass hierdurch extreme Rumpfbeugehaltung und Belastung der Wirbelsäule in diesem Einzelfall noch gravierender sei. Der Arzt schildert sodann die Tätigkeit des Klägers, die bereits durch die Einvernahme des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht bekannt ist. Als seit vielen Jahren im Rettungsdienst tätiger Arzt habe er sich gute Kenntnisse über die körperlichen Belastungen, denen der Rettungssanitäter ausgesetzt sei, erwerben können und sei der Meinung, dass die beim Kläger vorliegende Erkrankung der Wirbelsäule ursächlich auf seine Tätigkeit zurückzuführen sei. Der Senat hat weiter eine ergänzende Stellungnahme des Dr.F ... vom 13.03.2000 zu den medizinischen Voraussetzungen für eine Berufskrankheit im Sinn der Nr.2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung eingeholt. Auf die Stellungnahme wird Bezug genommen. Hierzu hat der Kläger mit Schriftsatz vom 11.05.2000 im Wesentlichen vorgetragen, es bestünden sehr wohl radiologisch nachgewiesene Osteochondrosen und Spondylarthrosis deformans im Bereich der Wirbelsäule. Die klinische Relevanz in Form des Nachweises von Nervenwurzelreizungen sei bei ihm vorhanden und nach Untersuchungen feststellbar und von den untersuchenden Neurologen bereits festgestellt. Die Behauptung des Dr.F ..., die Verschleißerscheinungen seien wenig gravierend, sei nicht objektiv. Die Behauptung, die Bandscheibenprotrusionen stellten keinen gravierenden Befund dar und welche Verschiebungen fänden sich in jedem Kernspin- oder CT des Menschen ab dem 3. Lebensjahrzehnt, sei eine bloße, nicht wissenschaftlich bewiesene Behauptung. Die tatsächlich bei ihm bestehende Peronäuslähmung rechts sei vom Sachverständigen nicht ausdrücklich genannt worden. Zusätzlich sei neurologischerseits am 08.01.1999 ein Nervenwurzelreizsyndrom N 4 rechts diagnostiziert worden. Es handle sich hierbei um eine bandscheibenbedingte Erkrankung. Insoweit werde angeregt, eine fachneurologische Begutachtung anzuordnen. Die Lokalisation der Veränderungen korrelierten mit den beruflichen Einwirkungen, denen er ausgesetzt gewesen sei. Auch Veränderungen an der Hals- und Brustwirbelsäule könnten bei der Berufsausübung als Rettungssanitäter durchaus durch diese Tätigkeit hervorgerufen werden. Seit 1985 bestehe eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung bei ihm, und seitdem habe er ausschließlich in extremer Rumpfbeugehaltung arbeiten können. Dagegen spreche nicht, dass die Beugefähigkeit bei der Untersuchung durch den Sachverständigen noch möglich sei. Es werde die Einholung eines neuerlichen Gutachtens beantragt, hilfsweise, nach [§ 109 SGG](#) durch den behandelnden Arzt W ... In einem Termin zur Beweisaufnahme vom 16.06.2000 wurde der Kläger erneut zu seiner Tätigkeit gehört. Er hat ausgeführt, dabei zu bleiben, dass pro Arbeitsschicht etwa vier bis 12 Einsätze angefallen seien. Seine Tätigkeit hat er im Wesentlichen wie bereits früher schon geschildert. Die Griffe der Trage müssten in Rumpfbeugehaltung erfasst werden. Die Trage werde am Auto auf dem Tragetisch abgesetzt, wobei sich der Vornestehende zum Absetzen seitlich umdrehen müsse. Der Tragetisch stehe dabei noch schräg, so dass der Hintermann die gesamte Tragelast halten müsse, bis der Tisch in das Auto geschoben sei. Der Kläger übergab eine Aufstellung der Gewichte der Einsatzgeräte bzw. der Gewichte der Trage oder des Tragestuhls. Weiter übergab einer Beschreibung des Beladevorgangs am Krankenfahrzeug mit Skizze. Er

wies darauf hin, dass vor dem Verbringen der Trage in das Auto, diese habe abgesetzt werden müssen, damit sich der Vordermann habe umdrehen können. Bei einem ganz normalen Krankentransport hätten die reinen Hebe- und Tragevorgänge vom Krankenbett bis zum Krankenfahrzeug zwischen acht und 15 Minuten in Anspruch genommen. Nach seiner Schätzung seien etwa zwei Drittel der Einsätze Notfalleinsätze gewesen, wozu auch die Notarzteinätze zählten. Von diesen wiederum seien etwa ein Drittel Verkehrsunfälle gewesen. Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Sitzungsniederschrift vom 16.06.2000 verwiesen. Die Beklagte hat hierzu im Schriftsatz vom 24.08.2000 die Auffassung vertreten, dass die vom Kläger im Termin am 16.06.2000 geschilderten Wirbelsäulenbelastungen auf Extrembedingungen abstellten. Die Behauptung, dass pro Arbeitsschicht vier bis 12 Einsätze angefallen seien, stehe im krassen Widerspruch zu den Feststellungen des Technischen Aufsichtsdienstes vom 12.12.1997. Unter Zugrundelegung der Aufstellung durch den Technischen Aufsichtsdienst seien im Durchschnitt 2 1/2 Einsätze pro Arbeitsschicht und Arbeitsteam angefallen. Auch wenn man von nur vier hauptamtlichen Mitarbeitern ausgehe, komme man bei vergleichbaren Einsatzzahlen lediglich auf durchschnittlich 3,6 Einsätze je Tag. Bei Krankentransporten sei auch eine hohe Zahl von Sitzendtransporten möglich, d.h., viele Patienten seien so mobil, dass sie nur der Hilfestellung und Überwachung durch die Saniäter bedürften. Die Angabe, dass manchmal ein Patient mit Rautekgriff aus der Wohnung verbracht werden müsse, könne sich auf sehr wenige Fälle beschränken. Der Umstand, dass die Fahrzeuge bis Mitte 1980 niedrig gewesen seien, bedeute nicht, dass die ganze Zeit in gebückter Haltung habe gearbeitet werden müssen. Nach der durchgeführten Versorgung des Patienten habe selbstverständlich die Möglichkeit bestanden, sich auf den Stuhl neben oder den Notsitz am Kopfende des Patienten zu setzen. Bezüglich der Fahrzeit könne somit nicht automatisch von einer Wirbelsäulengefährdung im Sinn der Nr.2108 ausgegangen werden, dies gelte erst recht für Wartezeiten in der Klinik, auf dem Rücktransport oder für das Warten auf einen neuen Einsatz. Auch bei Notarzteinätzen könne nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass hiermit eine höhere Belastung der Wirbelsäule verbunden sei. Es fielen auch vorbereitende Maßnahmen an. Bei der vom Kläger angegebenen Mitnahme von Gerätschaften sei zu beachten, dass in der Regel die Tragevorgänge auf den Fahrer und Beifahrer aufgeteilt wurden und auch hier nur von einer kurzen Tragedauer auszugehen sei. Die Behauptung des Klägers, die reinen Hebe- und Tragevorgänge hätten zwischen acht und 15 Minuten in Anspruch genommen, seien als weit überhöht anzusehen. Die Notfalleinsätze hätten nur etwa ein Drittel der Gesamteinsätze ausgemacht. Auch wenn die Notarzteinätze hinzugezählt würden, komme man etwa auf die Hälfte der Gesamteinsätze. Nicht bei jedem Notfalleinsatz seien schwerkranke oder schwerverletzte Patienten anzutreffen. Der Einsatz als Rettungssaniäter sei nach alldem weder vom zeitlichen Umfang noch hinsichtlich der Häufigkeit mit einer tätigkeitsbestimmenden Hebe- und Tragebelastung oder mit einer permanenten Zwangshaltung verbunden, sondern es überwiege bei weitem die Zeiten, in denen eine Wirbelsäulengefährdung nicht gegeben sei. Auch eine Wirbelsäulenbeugung auf einen Winkel von über 90 ° sei sicherlich nur für jeweils wenige Sekunden notwendig. Der Technische Aufsichtsbeamte Ortlepp hat in der Stellungnahme vom 11.07.2000 ausgeführt, aufgrund der vorgelegten Akten und den Ausführungen des Klägers zu seinen Tätigkeiten ergäben sich keine neuen Aspekte bezüglich der arbeitstechnischen Voraussetzungen gegenüber der Stellungnahme vom 12.12.1997. Auch mit dem heutigen Kenntnisstand sähen sie die arbeitstechnischen Voraussetzungen bezüglich der sogenannten Regelmäßigkeit und Häufigkeit der Tätigkeiten im Sinn einer Berufskrankheit 2108 als nicht gegeben. Der Kläger hat demgegenüber geltend gemacht, die Aufstellung der Einsätze im Schriftsatz vom 24.08.2000 gehe lediglich von dem Zeitraum 1993 bis 1996 aus. Damit sei der Zeitraum von 1972 bis Februar 1995 nur mit einer Zeit von 14 Monaten berücksichtigt. Auch die Zahl der von der Beklagten 1993 aufgeführten Mitarbeiter entspreche nicht den Tatsachen. Entsprechende Nachweise würden vorgelegt. Es sei nicht ausreichend berücksichtigt worden, dass er seit 1984 seine Tätigkeit verrichtet habe, obwohl ihm bereits damals eine MdE von 60 und seit 1988 eine MdE von 80 % bescheinigt worden sei. Insofern habe er eine wesentlich höhere Belastung zu ertragen, da aufgrund seiner vorliegenden Behinderung er in seinen Möglichkeiten sehr eingeschränkt gewesen sei. Die Tätigkeit des Wachleiters sei keineswegs seine Haupttätigkeit gewesen, sondern eine Nebentätigkeit, die auf seine Verpflichtung zum Fahrdienst keinerlei Einfluss gehabt habe. Auf den Schriftsatz wird verwiesen.

Der Senat hat eine Auskunft des BRK vom 08.01.2001 eingeholt, wonach im Jahr 1990 1.660 Gesamteinsätze bei 5 hauptamtl. San. (914 Krankentransporte) 298 Notarzteinätze) 448 Notfalleinsätze)

1991 1.552 Gesamteinsätze bei 6 hauptamtl. San. (798 Krankentransporte) 325 Notarzteinätze) 429 Notfalleinsätze)

1992 1.541 Gesamteinsätze bei 6 hauptamtl. San. (695 Krankentransporte) 426 Notarzteinätze) gefahren wurden. Auf der Rettungswache Z ... sei zu dieser Zeit "rund um die Uhr" ein Rettungswagen vorgehalten worden. Dieses Fahrzeug sei mit hauptamtlichen Rettungssaniätern, Zivildienstleistenden und ehrenamtlichen Mitarbeitern besetzt worden. Das Notarzteinatzfahrzeug werde ausschließlich durch ehrenamtliche Kräfte und Zivildienstleistende als Fahrer besetzt.

Die Beklagte vertrat dazu die Auffassung, es ergebe sich keine Änderung in der Beurteilung. Vielmehr komme der Umstand hinzu, dass neben den hauptamtlichen Rettungskräften auch ehrenamtliche Mitarbeiter und Zivildienstleistende zum Einsatz gekommen seien.

Im Termin am 25.04.2001 hat der Kläger unter Vorlage seiner persönlichen Tagebücher über die Einsätze seit 1989 geltend gemacht, er entnehme daraus, dass er mehr Einsätze gefahren habe, als sich aus den nun vorgelegten Statistiken des BRK ergebe. In den Jahren vor 1990 seien mehr Einsätze angefallen.

Der Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 17.03.1998 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten des Sozialgerichts Augsburg, der Beklagten, der BfA und des Amtes für Versorgung und Familienförderung beigezogen. Zur Ergänzung wird auf den Tatbestand, insbesondere das Vorbringen der Beteiligten, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist gemäß § 143 f. SGG zulässig und sachlich begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung 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 haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können im Sinn der Nr.2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung. Die Entscheidung richtet sich nach den Vorschriften der RVO in Zusammenhang mit der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung, da es um Krankheitserscheinungen geht, die vor dem 01.01.1997 vorlagen und Leistungen vor diesem

Zeitpunkt zu gewähren gewesen wären (§§ 212, 214 Abs.3 SGB VII). Nach § 551 Abs.1 RVO gilt als Arbeitsunfall auch eine Berufskrankheit, d.h. eine Krankheit, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die der Kläger bei seiner beruflichen Tätigkeit erlitten hat. Die Bezeichnung einer Krankheit als Berufskrankheit setzt unter anderem voraus, dass sie nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht wurde, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt war (§ 551 Abs.1 Satz 2 RVO). Über die so definierte erhöhte Gefährdung hinaus muss als wahrscheinlich nachgewiesen sein, dass die versicherungsrechtlich geschützte Tätigkeit wesentliche Ursache für die Gesundheitsstörung war (BSG SozR 2200, § 551, Nrn.1 und 18). Bei der Beurteilung des Ursachenzusammenhanges bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises dergestalt, dass sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. BSGE 45, 285). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt insoweit, als es den ursächlichen Zusammenhang im Sinn der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden und zur schädigenden Einwirkung führenden Verrichtung und der schädigenden Einwirkung selbst sowie den Zusammenhang betrifft, der im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität zwischen der schädigenden Einwirkung und der maßgebenden Erkrankung bestehen muss (Krasney, VSSR 1993, 81, 114). Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ist dann anzunehmen, wenn deutlich überwiegende Gründe für die Annahme sprechen (BSGE 45, 285). Maßgebend ist seit 01.12.1997 die Berufskrankheitenverordnung vom 31.10.1997 (BGBl.I S.2623). Zu Unrecht ist das Sozialgericht davon ausgegangen, dass die beim Kläger bestehenden Veränderungen an der Lendenwirbelsäule eine Berufskrankheit im Sinn der Nr.2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung darstellen. Berufskrankheit in diesem Sinn 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 der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Die Veränderungen der LWS des Klägers, d.h., nach den von Dr.Bü ... zitierten CT der LWS vom 23.02.1996 und 23.02.1995 bestehenden Bandscheibendegenerationen und medialen Protrusionen L 3/4 und degenerativen Veränderung der Bandscheibe L 4/5 mit Luft einschließen und medialer Protrusion können nicht als beruflich verursacht im Sinn der Nr.2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung angesehen werden. Vielmehr fehlt es bereits an den arbeitstechnischen Voraussetzungen. Wie sich aus dem zu der im Streit stehenden Berufskrankheit vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen Merkblatt ergibt, haben bandscheibenbedingte Erkrankungen eine multifaktorielle Ätiologie. Sie sind weit verbreitet und kommen in allen Alters- und Berufsgruppen vor. Als bradytrophes Knorpelgewebe ist die Bandscheibe vom 10. Lebensjahr an der Regression und der Involution unterworfen. Dies äußert sich vor allem in zunehmendem Elastizitätsverlust durch Herabsetzen des Turgors und erhöhter Lädierbarkeit. Der Druck auf das flüssigkeitsverarmte Gewebe wirkt sich ungünstig auf die Bandscheibe selbst und auch auf benachbarte Wirbel aus, wobei der Alterungsprozess der Bandscheibe von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird (Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage, S.510). In Anbetracht dieser Gegebenheiten können Bandscheibenschäden nur als Berufskrankheit angesehen werden, wenn die angeschuldigte Tätigkeit die im Gesetz beschriebenen Merkmale erfüllt. Vorliegend werden langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung verlangt. Zwar ist unbestritten, dass der Kläger bei seiner Arbeit "schwere" Lasten i.S. der Nr.2108 der Anlage zur BKVO zu tragen hatte, auch das Merkmal der Langjährigkeit ist gegeben. Doch müssen die Lastgewichte zudem mit einer gewissen Regelmäßigkeit und Häufigkeit in der überwiegenden Zahl der Arbeitsschichten gehoben oder getragen worden sein (vgl. Elster, Berufskrankheitenrecht, S.134/8). Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt. Bezüglich des noch am ehesten vergleichbaren Tätigkeitsbereichs der Krankenschwestern wurde beispielsweise als gefährdend angesehen, wenn Schwesternhelferinnen zu ca. 12 % der Schicht Arbeiten mit Heben und Tragen von schweren Lasten zu verrichten hatten. Bei Stahlarbeitern wurden Heben und Tragen von Gewichten von mehr als 20 Kilo ca. 40 mal pro Schicht als gefährdend betrachtet (Elster, Berufskrankheitenrecht, S.134/8). Derart häufigen Hebe- und Tragevorgängen war der Kläger nicht ausgesetzt. Der Senat schließt sich diesbezüglich den Ausführungen in den Stellungnahmen des Technischen Aufsichtsdienstes Dipl.-Ing. Orlepp vom 12.12.1997 und vom 11.07.2000 an. Der Technische Aufsichtsdienst hat in seiner Stellungnahme vom 12.12.1997 die vom Kläger selbst vor dem Sozialgericht geschilderten und im Termin am 16.06.2000 im Wesentlichen wiederholten Arbeitsbedingungen berücksichtigt. Dies ergibt sich insbesondere aus Seite 4 und 5 der Stellungnahme vom 12.12.1997, wo die Bedingungen der einzelnen Tätigkeiten des Klägers eingehend geschildert werden. Dabei wurde unter anderem auch berücksichtigt, dass die Arbeitszeiten vor 1990 deutlich höher lagen als heute und die wöchentliche Arbeitszeit von früher 60 Stunden stufenweise auf 45 Stunden pro Woche im Durchschnitt herabgesetzt wurde. Auch hat der Technische Aufsichtsdienst seiner Beurteilung die Angabe des BRK zugrunde gelegt, dass früher mehr Einsätze pro Rettungsassistent gefahren wurden als heute. Dies ergibt sich auch aus dem Umstand, dass vor 1987 in der Rettungswache Z ... nur vier hauptamtliche Mitarbeiter tätig waren. Der Technische Aufsichtsdienst geht unter Ziffer 4 der Stellungnahme vom 12.12.1997 sogar von mehr Einsätzen aus, als sie der Kläger im Termin am 16.06.2000 geltend gemacht hat, nämlich von sechs bis 12 Einsätzen pro Schicht und gelangt nachvollziehbar zu der Beurteilung, dass gleichwohl die Kriterien der "Regelmäßigkeit und Häufigkeit" der belastenden Tätigkeit im Sinn der Berufskrankheit Nr.2108 der Anlage zur BKVO nicht gegeben sind. Der Senat pflichtet dem Technischen Aufsichtsdienst in diesem Zusammenhang bei, dass für die Hebe- und Tragevorgänge jeweils nur eine Dauer von Sekunden bzw. wenige Minuten veranschlagt werden können. Die Angaben des Klägers im Termin am 16.06.2000, bei den Krankentransporten hätten die reinen Hebe- und Tragevorgänge vom Krankenbett bis zum Krankenfahrzeug zwischen acht und 15 Minuten gedauert, sieht der Senat in Übereinstimmung mit der Beklagten als erheblich überzogen an. Auch ist auf die Stellungnahme des Dr.Br ... vom 19.01. 1998 hinzuweisen, der ausführt, dass Voraussetzung für eine durch Tragen und Heben bedingte Bandscheibenschädigung häufige Hebe- und Tragebelastungen ohne zwischenzeitliche Erholungsphasen des Bandscheibengewebes ist. Es ist aber allgemein bekannt, dass das Berufsbild des Rettungsassistenten nicht von der Tätigkeit des Hebens und Tragens geprägt ist, sondern von wechselnden Vorgängen und dass zwischen den einzelnen Einsätzen auch bloße Wartezeiten ohne körperliche Betätigungen anfallen. Diese Beurteilung gilt erst recht, wenn man die vom BRK genannten Einsatzzahlen seit 1990 zugrunde legt. Bei 200 Schichten pro Jahr und einer Anzahl von sechs hauptamtlichen Rettungsassistenten ergeben sich pro Schicht etwa zwei bis drei Einsätze. Unter Berücksichtigung der in der Auskunft des BRK vom 08.01.2001 genannten Zahlen, wäre von durchschnittlich 2,7 Einsätzen pro Schicht auszugehen. Diese Zahlen werden vom Kläger durch die Vorlage seines persönlichen Einsatztagebuchs und seiner Behauptung, dass sich daraus eine höhere Einsatzzahl ergebe, nicht begründet in Frage gestellt. Es kommt auch nicht darauf an, dass der Kläger an einzelnen Tagen besonders viele Einsätze zu fahren hatte, sondern die Voraussetzung für die Annahme einer Berufskrankheit im Sinn der Nr.2108 ist gerade das regelmäßige Heben und Tragen in der überwiegenden Zahl der Arbeitsschichten (Schönberger, Mehrtens, Valentin, S.532). Auch eine Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung im Sinn der Nr.2108 der Anlage zur BKVO hat der Kläger nicht ausgeübt. Unter derartigen Tätigkeiten sind Arbeiten in Arbeitsräumen, die niedriger als 100 Zentimeter sind und dadurch eine ständig gebeugte Körperhaltung erzwingen, und Arbeiten mit einer Beugung des Oberkörpers aus der aufrechten Haltung um mehr als 90 ° zu verstehen (Schönberger, Mehrtens, Valentin, S.533). Selbst wenn der Kläger während der Krankentransporte in den früheren Transportwägen Patienten zu versorgen hatte und zeitweise in gebückter Haltung arbeiten musste, lässt sich seine Tätigkeit nicht mit der ständigen Arbeit in Arbeitsräumen bei einer Höhe von weniger als 100 Zentimetern vergleichen. Der Kläger hatte bei der von ihm geschilderten Vielfältigkeit der Tätigkeit häufig wechselnde Körperhaltungen, so dass von einer Arbeit in extremer

Rumpfbeugehaltung schon deshalb nicht ausgegangen werden kann. Dies gilt auch für Tätigkeiten mit einer Beugung des Oberkörpers aus der aufrechten Haltung um mehr als 90 °. Derartige Tätigkeiten können gelegentlich, z.B. bei der Bergung eines Patienten aus ungünstiger Lage, angefallen sein, sie dominieren aber nicht das Tätigkeitsbild des Klägers. Selbst beim Anheben einer Trage vom Boden muss sich der Kläger nicht in eine Beugung von über 90 ° begeben, da er, wie sich aus der Stellungnahme des Dr.F ... ergibt, die Knie durchaus beugen und lediglich keine Hockstellung einnehmen kann. Eine Tätigkeit in Rumpfbeugehaltung, wie sich der Verordnungsgeber nach dem Merkblatt zu Nr.2108 der Anlage zur BKVO vorgestellt hatte, kann danach keinesfalls bejaht werden. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen liegen nach alldem nicht vor, so dass schon aus diesem Grund die Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule des Klägers nicht als Berufskrankheit angesehen werden können. Bei dieser Sachlage waren die medizinischen Voraussetzungen für die Annahme der geltend gemachten Berufskrankheit nicht abschließend zu prüfen. Es war deshalb auch kein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) mehr einzuholen. Das Urteil des Sozialgerichts Augsburg musste nach alldem aufgehoben und die Klage abgewiesen werden. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinn des [§ 160 Abs.2 Nr.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-10-20