

L 2 U 330/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 44/04

Datum

13.08.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 330/07

Datum

20.08.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 284/09 B

Datum

14.01.2010

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Voraussetzungen der Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS als Berufskrankheit im Sinne der Nummer 2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung

I. Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 13. August 2007 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid vom 9. Juli 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Januar 2004 abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule im Sinne der Nr. 2108 der Anlage zu Berufskrankheitenverordnung (BKV) vorliegt.

Der Chirurg Dr. W. berichtete am 28. Januar 2002 über einen Bandscheibenvorfall des Klägers bei L5/S1. Eine Kernspintomographie vom gleichen Tag zeigte Vorfälle bei L5/S1, L4/L5 und Th10/Th11. Wegen der Wirbelsäulenerkrankung reduzierte der 1966 geborene Kläger seine Tätigkeit als Rettungsassistent auf 49,9% der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten.

Der Technische Aufsichtsdienst des Beklagten erklärte in der Stellungnahme vom 10. Januar 2003, die Tätigkeit von 1988 bis 2002 als Rettungsassistent habe regelmäßig und häufig belastende Tätigkeiten bedingt; die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 seien aus arbeitstechnischer Sicht erfüllt.

Im Gutachten vom 15. Mai 2003 führte der Orthopäde Prof. Dr. M. aus, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule liege vor. Im Hinblick auf die vom Arbeitgeber angegebene durchschnittliche Belastung sei nicht davon auszugehen, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung der Berufskrankheit erfüllt seien, zumal nicht jeder Einsatz zwangsläufig mit dem Transfer eines Patienten verbunden sei. Die Bandscheibenveränderungen seien nicht als belastungsadaptive Reaktionen zu werten, da keine fortgeschrittene Osteochondrose und Spondylarthrose festzustellen seien.

Mit Bescheid vom 9. Juli 2003 lehnte der Beklagte eine Entschädigung ab. Der Kläger habe Arbeiten verrichtet, die grundsätzlich geeignet gewesen seien, eine bandscheibenbedingte Erkrankung zu verursachen. Nach gutachterlicher Wertung handle es sich bei den festgestellten Wirbelsäulenveränderungen aber nicht um einen dem natürlichen Alterungsprozess vorauseilenden Schaden.

Den Widerspruch des Klägers wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22. Januar 2004 zurück.

Zur Begründung der Klage erklärte der Kläger, die Tätigkeit als Rettungsassistent sei mit ständigem schweren Heben und Tragen verbunden und Ursache der Wirbelsäulenerkrankung.

Nach Beiziehung von Berichten der behandelnden Ärzte sowie eines Kernspintomogramms vom 17. Juli 2003 ernannte das Sozialgericht den Orthopäden Dr. P. zum ärztlichen Sachverständigen. Im Gutachten vom 7. Dezember 2004 führte Dr. P. aus, eine bandscheibenbedingte

Erkrankung liege vor, allerdings insbesondere mit Veränderungen im Bereich des Brustwirbelsäulen-/Lendenwirbelsäulenübergangs, d.h. in einer Region mit vermehrter Bewegung, nicht aber mit vermehrter statischer Belastung. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen seien im Hinblick auf die Schwere, Häufigkeit und Dauer der belastenden Vorgänge nicht gegeben.

In einer Stellungnahme vom 19. April 2005 führte der Technische Aufsichtsdienst aus, nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) sei eine Dosis von knapp 5100 Nh zu ermitteln, dies entspreche ca. 93% des Grenzwertes der Tagesdosis für Männer (= 5500 Nh) und sei als nicht gefährdend anzusehen. Bei Berechnung einer Lebensarbeitsdosis ergebe sich eine Dosis von rund 17 MNh. Dies entspreche 68,1% des Richtwertes für die Lebensarbeitsdosis (25 MNh).

In den ergänzenden Stellungnahmen vom 23. Januar 2006 und 6. März 2006 erklärte Dr. P., im Hinblick auf die vom Technischen Aufsichtsdienst angegebenen Werte seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt und eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule gegeben, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. rechtfertige. Andererseits bestünden Veränderungen am Übergang von der Brustwirbelsäule zur Lendenwirbelsäule, die eine Anerkennung als Berufskrankheit ausschlossen.

Der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr. I. erklärte im Gutachten vom 2. Oktober 2006, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule liege vor. In den Segmenten LWK4/LWK5 und LWK5/SWK1 bestünden deutliche Osteochondrosen, außerdem seien Bandscheibenprotrusionen bei LWK4/LWK5 und LWK5/SWK1 zu sehen. Chondrosen bestünden auch in den Segmenten Th11 bis L1. Die Hebe- und Tragebelastung sei geeignet gewesen, die Erkrankung zu verursachen. Beschwerden seien erstmals 1990 aufgetreten und hätten sich ab 1999 verstärkt. Die MdE sei mit 20 v.H. zu bewerten.

Mit Urteil vom 13. August 2007 verurteilte das Sozialgericht den Beklagten, die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule als beruflich verursacht anzuerkennen, wobei die MdE mit 20 v.H. zu bewerten sei. Die Erkrankung im Bereich der Lendenwirbelsäule sei hinreichend wahrscheinlich auf die berufliche Tätigkeit als Rettungssanitäter zurückzuführen. Die sich aus den funktionellen Einschränkungen ergebende MdE sei mit 20 v.H. einzuschätzen. Der von dem Beklagten errechnete Wert für die Lebensdosis von 68,1% des Richtwertes schließe eine Berufskrankheit nicht aus, die auch bei Unterschreitung des Richtwertes nicht pauschal abgelehnt werden dürfe. Im Übrigen sei auch der Beklagte selbst zunächst davon ausgegangen, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt seien, wie sich aus der Stellungnahme vom 10. Januar 2003 ergebe. Die Gewährung einer Rente könne noch nicht erfolgen, da der Kläger die belastenden Tätigkeiten nicht vollständig aufgegeben habe.

Zur Begründung der hiergegen gerichteten Berufung führte der Beklagte aus, bisher sei das Erkrankungsbild nicht einer der in der Konsensempfehlung dargestellten Schadenskonstellationen zugeordnet worden. Er übersandte eine beratungsfachärztliche Stellungnahme des Chirurgen Dr. L. vom 1. Oktober 2007, der weitere Ermittlungen für erforderlich hielt.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. C. führte im Gutachten vom 11. Juli 2008 aus, eine eindeutige Nervenwurzelschädigung lasse sich ausschließen, eine Nervenwurzelreizsymptomatik nicht sicher nachweisen. Bei den kernspintomographisch erkennbaren Bandscheibenvorfällen im 4. und 5. Segment der Lendenwirbelsäule handele es sich nicht um einen alterstypischen, sondern einen altersvoraussetzenden Befund. Betroffen seien jedoch ausschließlich die beiden untersten Segmente. Zudem fehlten verstärkte Randspornbildungen am Übergang von der Brust- zur Lendenwirbelsäule. Damit lasse sich ein belastungskonformes Schadensbild nicht feststellen. Zu berücksichtigen sei auch, dass der Kläger bereits im Juni 1993 an einer akuten Lumbalgie erkrankt sei, also nach einer erst fünfjährigen Exposition. Konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten ließen sich weder ausschließen noch beweisen. Bei Sicherung einer bandscheibenbedingten Erkrankung sei im Hinblick auf die Konsensempfehlung von der Fallkonstellation B 2 auszugehen. Eine besonders intensive Belastung sei nicht nachgewiesen und damit ein ursächlicher Zusammenhang nicht wahrscheinlich zu machen.

Der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. D. erklärte im Gutachten vom 20. März 2009, festzustellen sei ein lokales Lumbalsyndrom mit pseudoradikulärer belastungsabhängiger Schmerzausstrahlung, dagegen kein lumbales Wurzelsyndrom. Altersuntypisch sei der Bandscheibenvorfall bei L5/S1 und L4/5 mit Bandscheibenhöhenminderung im Sinne einer Chondrose. Daneben fänden sich initiale Seitenkantenausziehungen im Segment L 3/4 und Vorderkantenausziehungen bei L4/5, die nicht altersuntypisch seien, sowie eine Spondylarthrose bei L5/S1. Eine Chronifizierung der Beschwerden sei ab 2000 eingetreten, nach zwölfjähriger Berufstätigkeit. Die akuten Lumbalgien von 1993 und 1998 seien lediglich funktionelle Störungen gewesen. Die Betonung der Bandscheibenschäden an den unteren drei Segmenten spreche für einen Ursachenzusammenhang, der Vorfall im Segment Th10/11 spreche dagegen. Eine Begleitpondylose bestehe nur im Segment L3/4 und gehe in ihrer Ausprägung nicht über das alterstypische Maß hinaus, so dass ihr keine positive Indizwirkung zukomme. Konkurrierende Ursachen lägen nicht vor. Auszugehen sei von der Fallkonstellation B 2, wobei das Zusatzkriterium: "Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben" erfüllt sei, möglicherweise auch das Kriterium des Vorliegens hoher Belastungsspitzen.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 9. April 2009 erklärte Dr. C., ohne Wurzelreizsyndrom sei ein berufsbedingtes Bandscheibenleiden nicht festzustellen. Dr. D. beschreibe nur Bandscheibenvorfälle im 4. und 5. Segment, nicht an drei Segmenten, wie er an anderer Stelle äußere. Eine ausgeprägte Fehlhaltung der Halswirbelsäule bestehe, auch die Brustwirbelsäule zeige durchgehend relativ enge Bandscheiben. Damit sei die gesamte Wirbelsäule von Gesundheitsstörungen betroffen. Die Fallkonstellation B 2 könne nur dann als beruflich verursacht angesehen werden, wenn besonders intensive Belastungen nachzuweisen wären.

Der Kläger übersandte eine Erwiderung des Dr. D. vom 12. Mai 2009: die Konsensempfehlungen unterschieden bei den klinischen Krankheitsbildern nach Typ I: lokales Lumbalsyndrom und Typ II: lumbales Wurzelsyndrom. Beim Kläger seien die klinischen Kriterien für Typ I erfüllt. Die akute Lumbalgie von 1993, die nur zu einer Krankschreibung für einen Tag geführt habe, sei nicht geeignet, den zeitlichen Zusammenhang abzulehnen. Ausgeprägte Veränderungen an der Hals- und Brustwirbelsäule lägen nicht vor. Besonders intensive Belastungen bei der Tätigkeit als Rettungssanitäter seien möglich, da häufig Lasten größer als das halbe Körpergewicht gehoben und getragen werden müssten, zudem in ungünstigen Körperhaltungen.

Der Beklagte stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 13. August 2007 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 9. Juli 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Januar 2004 abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, die Verhandlung zu vertagen und ein Gutachten auf orthopädischem Fachgebiet einzuholen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV liegen zur Überzeugung des Senats nicht vor. Soweit das Sozialgericht Augsburg im Tenor des Urteils vom 13. August 2007 ausgesprochen hat, die Berufskrankheit sei mit einer MdE in Höhe von 20 v.H. zu bewerten, ist dies unzulässig, da Gegenstand des Verfahrens die Feststellung einer Berufskrankheit ist.

Gemäß § 7 Abs. 1 des Siebten Sozialgesetzbuchs (SGB VII) sind Versicherungsfälle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit erleiden ([§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#)). Maßgeblich ist seit 1. Dezember 1997 die Berufskrankheitenverordnung vom 31. Oktober 1997 (BGBl I S. 26, 23). Als Berufskrankheit kommen grundsätzlich nur solche Erkrankungen in Betracht, die von der Bundesregierung als Berufskrankheiten bezeichnet und in die BKV aufgenommen worden sind (Listenprinzip). Die Krankheit muss durch eine versicherte Tätigkeit verursacht oder wesentlich verschlimmert worden sein, d.h., die Gefährdung durch schädigende Einwirkungen muss ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein und die Einwirkung muss die Krankheit verursacht haben (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, [§ 9 SGB VII](#) Rn. 3). Alle rechtserheblichen Tatsachen müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen (vgl. [BSGE 45, 285](#)).

Der Kläger begehrt die Feststellung einer Berufskrankheit im Sinne der Nr. 2108 der Anlage zur BKV, also einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Zu Recht hat es der Beklagte abgelehnt, eine Berufskrankheit anzuerkennen. Die Lendenwirbelsäulenerkrankung des Klägers ist nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die Berufstätigkeit zurückzuführen.

Bezüglich der arbeitstechnischen Voraussetzungen ist festzustellen, dass bei Berücksichtigung des Mainz-Dortmunder-Dosismodells (MDD) ein Anteil von 68,1% des Richtwertes für die Lebensarbeitsdosis erreicht wird. Mit der Heranziehung des MDD zur Bestimmung der für eine Krankheitsverursachung erforderlichen Belastungsstufe folgt der Senat der Rechtsprechung des BSG. Danach sind zwar die arbeitstechnischen Voraussetzungen für eine Berufskrankheit Nr. 2108 zu bejahen, wenn die Richtwerte im Einzelfall erreicht oder überschritten werden; umgekehrt schließt aber ein Unterschreiten dieser Werte das Vorliegen der Berufskrankheit nicht von vornherein aus. Nur wenn die Orientierungswerte so deutlich unterschritten werden, dass das durch sie beschriebene Gefährdungsniveau nicht annähernd erreicht wird, sind die tatbestandlichen Voraussetzungen der Berufskrankheit Nr. 2108 zu verneinen, ohne dass es weiterer Feststellungen zum Krankheitsbild und zum medizinischen Kausalzusammenhang im Einzelfall bedarf. Dies gilt zum Beispiel, wenn die Einwirkungen durch Heben und Tragen weit weniger als die Hälfte des arbeitstäglichen Dosisrichtwertes ausmachten. Da beim Kläger eine deutlich über 50% liegende Belastungsdosis erreicht wurde, waren die medizinischen Voraussetzungen auf jeden Fall zu prüfen (vgl. BSG vom 30. Oktober 2007, [B 2 U 4/06 R](#) m.w.N.).

Einig sind sich die im Berufungsverfahren gehörten Sachverständigen Dr. C. und Dr. D. darin, dass ein Fall der Konstellation B 2 im Sinne der Konsensempfehlungen gegeben ist. Dies ist dann der Fall, wenn eine bandscheibenbedingte Erkrankung L5/S1 und/oder L4/L5 betrifft und im Sinne einer Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall ausgeprägt ist. Wenn keine Begleitspondylose vorliegt, muss zumindest eines der folgenden Kriterien erfüllt sein: Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben, beim monosegmentalen Vorfall in L5/S1 oder L4/L5 "Black Disk" im Magnetresonanztomogramm in mindestens zwei angrenzenden Segmenten oder besonders intensive Belastung mit Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren oder besonderes Gefährdungspotenzial durch Belastungsspitzen mit Erreichen der Hälfte der MDD-Tagesdosis durch hohe Belastungsspitzen.

Ob eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L4/5 und im Segment L5/S1 beim Kläger gegeben ist, ist insofern zwischen Dr. C. und Dr. D. streitig, als Dr. D. in Übereinstimmung mit den Konsensempfehlungen das Vorliegen eines lokalen Lumbalsyndroms für ausreichend erachtet, während Dr. C. zum Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung eine Nervenwurzelirritation oder -läsion voraussetzt, die im Fall des Klägers nicht eindeutig gesichert ist. Im Hinblick auf die Vorschläge der Konsensempfehlung folgt der Senat insoweit der Argumentation des Sachverständigen Dr. D. ...

Nicht nachgewiesen ist dagegen eine Begleitspondylose: hierbei handelt es sich um eine Spondylose, die nachgewiesenermaßen vor dem Eintritt der bandscheibenbedingten Erkrankung aufgetreten ist. Sowohl Dr. D. als auch Dr. C. haben festgestellt, dass sich im Segment L4/5 nur Vorderkantenauziehungen im Sinne einer Spondylose Grad I finden, die nicht altersuntypisch sind, im Segment L5/S1 nur eine Spondylarthrose. Dabei bestätigt auch Dr. D., dass die Begleitspondylose im Segment L3/4 keine positive Indizwirkung hat, da auch hier die Ausprägung nicht über das alterstypische Maß hinausgeht.

Die zusätzlich erforderlichen Kriterien sind beim Kläger nicht erfüllt. Eine Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben ist nicht nachgewiesen. Sowohl Dr. D. als auch Dr. C. haben Bandscheibenvorfälle nur im Bereich L5/S1 und L4/5, das heißt also nur an zwei Segmenten und nicht an mehreren Segmenten der Lendenwirbelsäule festgestellt. Da die Konstellation B der Konsensempfehlungen schon von einer Lokalisation der bandscheibenbedingten Erkrankung bei L5/S1 und/oder L4/L5, also an einer und/oder zwei Bandscheiben,

ausgeht, setzt die Formulierung "an mehreren Bandscheiben" als Zusatzkriterium diese Veränderungen darüber hinausgehend an mindestens drei Bandscheiben voraus.

Die Annahme von Dr. D., dass sich die Gefährdung hauptsächlich aus wiederholten Spitzenbelastungen ergeben hat, ist nicht belegt. Denn Spitzenbelastungen sind nicht nachgewiesen. Der Kläger hat nach einer Arbeitszeit von 1988 bis zur Reduzierung 2002 eine Lebensbelastungsdosis von 68,1% des Richtwertes erreicht. Von einer besonders intensiven Belastung bzw. hohen Belastungsspitzen ist daher nicht auszugehen. Zu berücksichtigen ist auch, dass das Berufsbild des Rettungssanitäters 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 und Belastungen anfallen.

Daher ist ein Zusammenhang der bandscheibenbedingten Erkrankung mit der beruflichen Belastung nicht wahrscheinlich.

Gegen die Annahme eines Zusammenhangs spricht außerdem, wie auch in den Konsensempfehlungen ausgeführt, der von Dr. C. erwähnte Befall der Hals- und Brustwirbelsäule - der Befall der gesamten Wirbelsäule deutet auf ein anlagebedingtes Leiden hin. Hinzu kommt, dass es sich bei der bandscheibenbedingten Erkrankung, insbesondere der beiden unteren Bandscheibensegmente, um ein häufiges und auch in der nicht belasteten Bevölkerung in dieser Art auftretendes, mithin schicksalhaftes Krankheitsbild handelt. Denn das bradytrophe Bandscheibengewebe ist ab dem 3. Lebensjahrzehnt einer zunehmenden Degeneration ausgesetzt, die sich in häufigen Bandscheibenerniedrigungen und Vorwölbungen als altersgemäß zu wertendem Normalbefund äußert. Zudem bestehen Bedenken hinsichtlich des zeitlichen Zusammenhangs, da der Kläger gegenüber Dr. I. erste Beschwerden für 1990, also nach erst zweijähriger Tätigkeit als Sanitäter, angegeben hat und bereits 1993 erstmals eine Lumbalgie aufgetreten ist.

Im Hinblick auf die vorliegenden umfangreichen ärztlichen Befunde, Berichte und insbesondere die im Verwaltungs-, Klage- und Berufungsverfahren eingeholten ärztlichen Gutachten und Stellungnahmen sieht der Senat keine Veranlassung zu einer weiteren Sachaufklärung, zumal der Kläger nicht dargelegt hat, inwiefern er noch Aufklärungsbedarf sieht. Auf die Berufung des Beklagten war das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 13. August 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

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

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2010-02-01