

L 13 KNU 81/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KN 3044/01
Datum
23.11.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 KNU 81/06
Datum
26.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts F. vom 23. November 2005 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung einer Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2108 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) und die Gewährung von Entschädigungsleistungen.

Der 1945 geborene Kläger war nach seinen Angaben von Februar 1963 bis April 1965 und von April bis August 1966 als Lehrbergmann unter Tage, von Januar 1967 bis März 1968 als Fernmeldemonteur über Tage, von April 1968 bis Januar 1982 als Fernmeldemonteur und Elektriker unter Tage, anschließend bis Februar 1983 als Schlosser und von März 1983 bis Oktober 1989 als Signalanlagenwärter unter Tage in P. im Bergbau beschäftigt. Im November 1989 siedelte er in die Bundesrepublik Deutschland um und arbeitete hier zunächst als Elektriker und von März bis September 1991 als Metallarbeiter. Von September 1991 bis April 1993 war er arbeitsunfähig krank und anschließend arbeitslos. Im März 1995 wurde ihm eine Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau bewilligt.

Am 16. Juli 2000 beantragte er Rente wegen einer BK. Die ärztliche Anzeige der BK erfolgte durch den Orthopäden Dr. K. am 23. August 2000. Dieser gab an, der Kläger leide unter chronischen Rückenbeschwerden. Es bestehe ein degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit Lumboischialgie links. Die Beklagte holte eine Stellungnahme nach Aktenlage von ihrem beratenden Arzt für Chirurgie und Arbeitsmedizin Dr. T. ein. Dieser diagnostizierte eine schwere degenerative Erkrankung der unteren Lendenwirbelsäule und der unteren und mittleren Halswirbelsäule sowie geringe Anzeichen einer Scheuermannschen Erkrankung der Brustwirbelsäule. Die BK Nr. 2108 sei nicht gegeben. Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme von dem Staatlichen Gewerbearzt Prof. Dr. Th. ein, der sich der Ansicht von Dr. T. anschloss. Mit Bescheid vom 13. Februar 2001 lehnte die Beklagte die Anerkennung der BK und Entschädigungsleistungen ab. Der Kläger legte hiergegen unter Vorlage eines Attestes seines behandelnden Orthopäden Dr. K. Widerspruch ein. In dem Attest führte Dr. K. aus, beim Kläger fänden sich im Bereich der Lendenwirbelsäule erhebliche Bandscheibendegenerationen von L1 bis S1 sowie Spondylarthrosen von L2 bis S1 und eine Osteochondrose in den Segmenten L3/4 und L4/5. Die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule als Ausschlusskriterium heranzuziehen, sei laut R. in R. und Erlenkämper, "Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane" nicht zulässig. Daher sei die Stellungnahme des beratenden Arztes nicht schlüssig. Die medizinischen Voraussetzungen in Form von chronischen rezidivierenden Wirbelsäulenbeschwerden und Funktionsausfällen infolge einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule seien gegeben und nach seiner Auffassung auch eindeutig verursacht durch die berufliche Tätigkeit im Bergbau. Mit Widerspruchsbescheid vom 10. August 2001 wurde der Widerspruch im Wesentlichen mit der Begründung zurückgewiesen, das vorliegende Krankheitsbild entspreche nicht der BK.

Der Kläger hat sein Begehren weiterverfolgt und am 7. September 2001 Klage zum Sozialgericht Mannheim erhoben, das diese an das örtlich zuständige Sozialgericht F. (SG) verwiesen hat. Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. R., Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie sowie für physikalische und rehabilitative Medizin, orthopädische Universitätsklinik Heidelberg. In seinem Gutachten vom 13. März 2002 hat dieser beim Kläger degenerative Veränderungen im mittleren und unteren Halswirbelsäulenbereich sowie im Bereich der mittleren Lendenwirbelsäule mit Hauptbetonung im Segment L3/4 mit Retrolisthese, eine tiefe Einpassung des fünften Lendenwirbelkörpers im Becken und geringfügige Unregelmäßigkeiten der Deck- und Bodenplatten im Bereich der Brustwirbelsäule diagnostiziert. Die Veränderungen seien im Bereich der mittleren Lendenwirbelsäule am stärksten ausgeprägt. Eine genaue Klärung, ob die Veränderungen im Segment L3/4 auf dem Boden eines Bandscheibenschadens entstanden seien, könne nicht

erfolgen, da Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule vor 1989 nicht vorlägen. Die Tätigkeit im polnischen Bergbau sei grundsätzlich geeignet gewesen, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule hervorzurufen. Die von dem Untersuchten geklagten Beschwerden träten häufig bei Patienten mit bandscheibenbedingten Erkrankungen auf, üblicherweise 10 bis 15 Jahre nach Eintritt der schädigenden Tätigkeit. Soweit die Angaben des Klägers zu verstehen gewesen seien, hätten Beschwerden in der Lendenwirbelsäule seit Anfang der 80er Jahre bestanden. Somit scheine die Beschwerdesymptomatik für eine bandscheibenbedingte Erkrankung zu sprechen. Bei Beurteilung des Röntgenbefundes falle auf, dass der Hauptverschleiß im Segment L3/4, geringfügig auch im Segment L2/3 feststellbar sei, während das Segment L4/5 nahezu unauffällig und der fünfte Lendenwirbelkörper tief ins Becken eingestellt sei. Bei derartigen anatomischen Verhältnissen sei davon auszugehen, dass bei den vom Kläger im Bergbau verrichteten Tätigkeiten ein vermehrter Verschleiß im Bereich des Segmentes L4/5 stattfinde. Es liege daher kein belastungskonformes Schadensbild vor. Weiterhin hat das SG auf Antrag des Klägers den Orthopäden Dr. B. mit einer Begutachtung nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beauftragt. Dieser hat Röntgenbilder erstellt, den Gutachtensauftrag jedoch zurückgegeben. Das SG hat daraufhin Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens auf Antrag des Klägers von dem Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin/Chirotherapie Dr. H ... Dieser führt in seinem Gutachten nach § 109 SGG vom 5. Oktober 2003 aus, dass sich im Bereich der Lendenwirbelsäule ausgeprägte Veränderungen im Segment L3/4 sowie eine Retrolisthesis von L3 über L4, eine Minderung des Zwischenwirbelsraumes im Sinne einer Osteochondrose bei L4/5 und ebenso im Bereich L5/S1 zeigten. Kernspintomographisch sei hier 1998 eine Bandscheibenvorwölbung L4/5 beschrieben worden und bei L5/S1 eine kleine Bandscheibenherniation mit Foramenenge links betont, des weiteren eine Spondylarthrose von L2 bis S1. Klinisch bestehe eine deutliche Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule und eine deutliche Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule, zusätzlich eine neurologische Ausfallsymptomatik der linken unteren Extremität mit Dysästhesie im Segment S1 sowie ausgefallenem Achillesreflex links. Es liege eine deutliche Muskelminderung sowohl am Ober- als auch am Unterschenkel vor. Die Diagnose eines Bandscheibenleidens der Lendenwirbelsäule könne als gesichert gelten. Nach seiner Einschätzung seien die Veränderungen auf die Tätigkeit im Bergbau von 1963 bis 1989 zurückzuführen. Die Beschwerden seien nach Angaben des Patienten etwa 1986 aufgetreten, dies entspreche einem Zeitraum von 13 Jahren nach Aufnahme dieser belastenden Tätigkeit. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit werde von ihm mit 20 v. H. bewertet. Im Gegensatz zum Gutachten von Prof. R. habe er Zeichen einer Wurzelschädigung der Nervenwurzel in den Segmenten L4/5 und L5/S1 links festgestellt. Es lägen daher deutliche Zeichen einer Bandscheibenerkrankung in diesen Segmenten vor mit entsprechender Ausfallsymptomatik an der unteren Extremität. Es zeige sich das nach Schönberger/Mehrten/Valentin - Arbeitsunfall und Berufskrankheit - S. 580 beschriebene Schadensbild einer Osteochondrose bei L4/5 und L5/S1 sowie einer Spondylose bei L3/4. Die Beklagte hat hierzu eine Stellungnahme ihrer beratenden Ärzte Dres. Tä./S. vom 28. November 2003 vorgelegt. Diese führten aus, dass zwar eine Bandscheibenerkrankung aufgrund der Bildbefunde bestätigt werden könne, die das Segment L3/4 betreffe. Es verblieben jedoch erhebliche Zweifel, ob man überhaupt von einer bandscheibenbedingten Erkrankung sprechen könne, denn die sich aus den Akten ergebenden Befunde seien eher unspezifisch. Erst im letzten Gutachten sei eine Symptomatik mitgeteilt worden, die der Nervenwurzel L5 bzw. S1 entsprechen könnte. Allerdings korrelierten diese semiobjektiven Befunde nicht mit den bildgebenden Verfahren. Insofern blieben auch Zweifel an den grundsätzlichen medizinischen Voraussetzungen. Außerdem seien statische Besonderheiten zu beachten, die zu unphysiologischen Belastungen sowohl der Bandscheibe wie auch insbesondere der zugehörigen Wirbelgelenke führten. Beim Kläger liege eine Abflachung der Lendenlordose mit Tendenz zur Kyphosierung, was hier besonders im Übergangsegment L3/4 zur Diskopathie geführt habe, sowie eine verstärkte Kippung des Kreuzbeines vor, welche erfahrungsgemäß die Entstehung von Bandscheibenschäden der unteren Lendenwirbelsäule begünstige. Es fehlten auch Reaktionen, die man als belastungsinduziert betrachten könne, sodass die Belastungskonformität des Schadensbildes zu verneinen sei. Gegen die Kausalität spreche auch der Zeitfaktor, da 1997 trotz Bandscheibenschädigung noch ein nahezu altersentsprechender Befund an der Lendenwirbelsäule dokumentiert sei. Erst danach habe sich eine Zunahme der Sekundärreaktionen gezeigt. Eine Spätwirkung beruflicher Belastungen noch viele Jahre nach Beendigung der Tätigkeit gebe es nicht. Diese wesentlichen Aspekte seien von Dr. H. nicht beachtet worden. Das SG hat hierzu eine Stellungnahme von Dr. H. eingeholt. In seiner Stellungnahme vom 5. April 2004 hat dieser angegeben, dass ein zeitlicher Zusammenhang auch nach dem Gutachten von Prof. R. gegeben sei. Es sei auch nicht richtig, dass die Wurzelkompressionssymptomatik erst von ihm festgestellt worden sei; bereits im Arztbrief des Neurologen Dr. J. (vom 27. April 1998) werde hierauf hingewiesen. Hierzu haben die beratenden Ärzte der Beklagten wiederum Stellung genommen und ausgeführt, ein zeitlicher Zusammenhang lasse sich nicht sichern, denn allein die subjektive Angabe von Lendenwirbelsäulenbeschwerden bereits im Jahre 1986 belege noch nicht die Existenz einer bandscheibenbedingten Erkrankung. Es handle sich allenfalls um ein schwaches Indiz dafür, dass sich die Bandscheibenerkrankung möglicherweise damals schon bemerkbar gemacht habe. Auch das bereits 1998 erwähnte S1-Syndrom beruhe nach dem Bericht des Neurologen alleine auf subjektiven Angaben. Dr. H. habe aber vor allem die ganz entscheidende Voraussetzung des Vorliegens von belastungsinduzierten Reaktionen nicht in die Überlegung mit einbezogen. Daraus resultiere aber schon die Feststellung, dass selbst dann, wenn man schon langfristig eine bandscheibenbedingte Erkrankung bestätigen könnte, keine Belastungskonformität des Schadensbildes vorliege, so dass somit auch dann die Empfehlung zur Anerkennung nicht vertretbar wäre. Im Übrigen sei festzustellen, dass beruflich hervorgerufene bandscheibenbedingte Erkrankungen nach der neuesten Literatur nicht mehr bejaht werden könnten. Deshalb hätten bandscheibenbedingte Erkrankungen auch in der jüngsten europäischen Berufskrankheitenliste keine Aufnahme gefunden. Das SG hat hierzu erneut eine Stellungnahme von Dr. H. eingeholt, der unter dem 4. August 2004 noch einmal darauf hingewiesen hat, dass nach Schönberger/Mehrten/Valentin, Ausgabe 2003 als schadenskonformes Krankheitsbild das folgende geschildert werde: "Als bevorzugte Lokalisation gelten bei einer Osteochondrose die unteren Lendenwirbelsäulensegmente und bei der Spondylose die oberen Lendenwirbelsäulensegmente unter Einbeziehung der unteren Brustwirbelsäulenetage." Nach seiner Einschätzung lägen bei dem Kläger exakt diese radiologischen Veränderungen vor. In der von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme vom 7. Juli 2005 hat der TAD mitgeteilt, es sei eine Gesamtbelastungsdosis nach dem Mainz-Dortmunder Dosis (MDD) Modell von 29,6 MNh festgestellt worden. Der Wert liege über dem Richtwert zur Mindestexposition von 25 MNh für Männer, damit seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt. Das SG hat mit Urteil vom 25. November 2005 den Bescheid vom 13. Februar 2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 10. August 2001 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger unter Anerkennung seiner Lendenwirbelsäulenerkrankung als BK Nr. 2108 BKV Rente nach einer MdE um 20 v. H. zu gewähren. In den Gründen wird im Wesentlichen ausgeführt, nach Überzeugung des Gerichtes liege bei dem Kläger eine BK nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV vor, die ihn in seiner Erwerbsfähigkeit um 20 v. H. mindere. Nach den Feststellungen des TAD lägen bei dem Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen vor. Der Kläger leide auch an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule. Zwar sei der Sachverständige R. der Auffassung, dass trotz der festgestellten spondylotischen und osteochondrotischen Veränderungen der mittleren und unteren Lendenwirbelsäule kein belastungskonformes Schadenbild vorliege, weil der Verschleiß im Segment L3/4 erheblich höher sei als im Segment L4/5 und die Hauptbelastung an sich im letzteren Lendenwirbelsäulenabschnitt hätte stattfinden müssen, weshalb die Röntgenbefunde gegen eine BK Nr. 2108 sprächen. Nach Meinung des Gerichtes habe er sich mit seiner Beurteilung jedoch nicht genau festgelegt, sondern offen gelassen, ob bei Kenntnis von Röntgenaufnahmen vor 1989 anders zu entscheiden wäre. Wesentlich exakter und nachvollziehbarer sei nach Überzeugung der Kammer das Gutachten von Dr. H. vom 5. Oktober 2003, ergänzt durch seine Stellungnahmen

vom 5. April und 4. August 2004. Er weise darauf hin, dass bereits 1998 im Segment L4/5 eine Bandscheibenvorwölbung beschrieben worden sei und bei L5/S1 ein kleiner Bandscheibenvorfall mit Forameneinengung linksbetont. Es seien ausgeprägte Veränderungen in diesen Segmenten ebenso wie im Segment L3/4 festzustellen und deutliche Zeichen einer Bandscheibenerkrankung mit entsprechenden Beschwerden und einer korrelierenden Ausfallsymptomatik an der linken unteren Extremität mit Dysästhesie im Segment S1 sowie ausgefallenem Achillessehnenreflex links und deutlicher Muskelminderung sowohl am Ober- als auch am Unterschenkel. Diese neurologischen Ausfallerscheinungen seien durch den Nervenarzt Dr. J. im April 1998 bereits festgestellt worden. Nach seinem Bericht vom 27. April 1998 habe unverändert ein sensibles S1-Syndrom links vorgelegen, was darauf hinweise, dass dieses Syndrom auch bereits früher festgestellt worden sei. Die Kritik des beratenden Arztes Dr. Tä. in seiner Stellungnahme zum Gutachten von Dr. H., das erwähnte S1-Syndrom beruhe alleine auf subjektiven Angaben des Versicherten, mache diesen Befund nicht unbeachtlich, da sensible Störungen dieser Art ausschließlich durch subjektive Angaben beschrieben werden könnten und diejenigen durch den Kläger offensichtlich glaubwürdig gewesen seien. Die Untersuchung durch Dr. H. habe eine deutliche Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule und eine deutliche Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule sowie eine bereits früher festgestellte neurologische Ausfallsymptomatik der linken unteren Extremität mit ausgefallenem Achillessehnenreflex und einer deutlichen Muskelminderung des gesamten linken Beines gezeigt. Seine Folgerung, dass ein Bandscheibenleiden der Lendenwirbelsäule als gesichert gelten könne, begegne daher keinen Bedenken. Er habe auch nachvollziehbar begründet, weshalb das vorliegende Krankheitsbild durchaus vereinbar sei mit der BK Nr. 2108, auch wenn der degenerative Verschleiß im Segment L3/4 größer sei als in den untersten Lendenwirbelsäulensegmenten. Es liege das von Schönberger/Mehrtens/Valentin in ihrer Abhandlung "Arbeitsunfall und Berufskrankheit" beschriebene Schadensbild einer Osteochondrose bei L4/5 und L5/S1 sowie einer Spondylose bei L3/4 vor. Wenn die beratenden Ärzte Dres. Tä./S. in ihren Stellungnahmen wiederholt darauf hinwiesen, eine BK Nr. 2108 könne nicht anerkannt werden, da belastungsinduzierte Reaktionen fehlten, sei zu beachten, dass das Kriterium "belastungsadaptive Veränderungen im betroffenen LWS-Abschnitt" vor allem dann für die Beurteilung der Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs von Bedeutung sei, wenn der Richtwert für die Gesamtbelastungsdosis nicht erreicht werde oder die Gesamtbelastungsdosis im Einzelfall nicht zu ermitteln sei. Bei Erreichen oder Überschreiten des Dosis-Richtwertes sei dagegen trotz Fehlens derartiger knöcherner Veränderungen eine relevante Belastung und Beanspruchung der LWS nicht zu bezweifeln. Da beim Kläger der Dosisrichtwert überschritten sei, spreche also das Fehlen belastungsadaptiver Veränderungen nicht grundsätzlich gegen das Vorliegen einer BK Nr. 2108. Im Übrigen sei insbesondere aus der letzten Stellungnahme der beratenden Ärzte Dres. Tä./S. ersichtlich, dass sie beruflich bedingte bandscheibenbedingte Erkrankungen ablehnten und daher in jedem Fall zu einem negativen Ergebnis kämen, auch wenn ein belastungskonformes Schadensbild vorliege. Die BK Nr. 2108 sei jedoch nach wie vor in der Berufskrankheitenliste als BK anerkannt und daher, wenn sie vorliege und zu einer rentenrelevanten Minderung der Erwerbsfähigkeit führe, zu entschädigen.

Die Beklagte hat gegen dieses ihr am 22. Dezember 2005 zugestellte Urteil am 5. Januar 2006 Berufung eingelegt und hierzu ausgeführt, die streitbefangene BK liege hier nicht vor. Dies ergebe sich eindeutig aus dem Gutachten des Sachverständigen Professor Dr. R., der zusammenfassend ausgeführt habe: "Da das Segment L 4/5 weitgehend unauffällig ist, obwohl hier bei den anatomischen Verhältnissen von Herr Thomas die Hautbelastung stattfindet, liegt kein belastungskonformes Schadensbild vor". Soweit in diesem Zusammenhang auf fehlende Röntgenaufnahmen der LWS vor 1989 hingewiesen werde, könne wegen des Fehlens solcher Aufnahmen nicht einmal sicher festgestellt werden, ob überhaupt ein LWS-Bandscheibenschaden vorliege. Auch die Argumente des vom Kläger benannten Sachverständigen Dr. H. führten nicht zu einer anderen Sichtweise. Der eine oder andere Aspekt möge in der Tat für das Vorliegen eines belastungskonformen Schadensbildes sprechen. Zu beachten blieben aber - dem ungleich erfahreneren Sachverständigen Professor Dr. R. sei das bewusst - die strengen Beweisanforderungen des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Anerkennung einer BK setze danach voraus, dass ein belastungskonformes Schadensbild mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliege. Davon aber könne beim Kläger nicht die Rede sein. Ergänzend wird auf die von der Beklagten vorgelegten Äußerungen der Gutachter Dres. S. und Tä. verwiesen. Diese hoben hervor, dass das belastungskonforme Schadensbild einer (berufsbedingten) Bandscheibenerkrankung der LWS stets auch belastungsinduzierte Reaktionen erfordere. Solche Reaktionen fehlten beim Kläger aber völlig.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 23. November 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er führt aus, dass das Gutachten von Dr. H. einschließlich der weiteren Stellungnahmen, in denen er sich kritisch mit den Gegenargumenten der Beklagten auseinandersetze, eindeutig die vom Sozialgericht F. getroffene Feststellung einer BK stütze. Das Gutachten sei ausführlich, sehr sorgfältig und medizinisch sehr fundiert begründet. Das Gutachten von Prof. R. lasse trotz der großen Erfahrung des Sachverständigen einige Wünsche offen. Letztendlich habe sich der Sachverständige dort aufgrund der tatsächlich fehlenden objektiven Befunde vor dem Zeitraum 1989 nicht festlegen wollen. Sowohl Prof. R. als auch Dr. H., hätten die Beschwerdeschilderung durch den Kläger als glaubhaft angesehen. Sie bestätigten, dass die vom Kläger schon 1989 geschilderten Beschwerden mit der Feststellung der Diagnose 1991 (Bandscheibenvorfall) übereinstimmten und für das Vorliegen der BK sprächen. Prof. R. habe sich allein deshalb gegen eine berufsbedingte Erkrankung ausgesprochen, weil angeblich keine objektivierbaren Befunde bezogen auf das Segment L4/L5 vorlägen. Der Sachverständige Dr. H. habe jedoch ausführlich beschrieben, dass solche Veränderungen gegeben seien. Die Stellungnahme der Beklagten durch Dres. S./Tä. lasse dagegen insbesondere erkennen, dass sie bestritten, dass der Kläger schon in einem relevanten Zeitraum vor 1989 Schmerzen und Beschwerden gehabt habe. Sowohl Prof. R. als auch Dr. H. kämen zu einem zeitlichen Zusammenhang und beschrieben die Beschwerden des Klägers als durchaus glaubhaft.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens des Arztes für Orthopädie, Rheumatologie, Physikalische Therapie Professor Dr. He., Fachklinik Ho ... Dieser ist in seinem Gutachten vom 26. Juli 2007 zusammenfassend zu dem Ergebnis gekommen, dass es sich bei dem Wirbelsäulenschaden des Klägers, so wie er sich radiomorphologisch darstelle, um kein belastungskonformes Schadensbild handele. Bei der berufsbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäulenbandscheiben handele es sich um eine globale Störung der Rumpfwirbelsäule, die sich klassischerweise in den hauptbelasteten lumbalen Segmenten (somit in den beiden untersten Lumbalsegmenten) manifestiere und nach kranial eher schwächer ausgeprägt sei. Im Falle des Klägers liege aber eine erhebliche Störung im Bereich L3/L4 vor, die altersübersteigert sei, während die darunter liegenden Etagen zwar Veränderungen zeigten, die jedoch eher gering seien. Die Röntgendokumentation und auch das vorliegende Kernspintomogramm seien hier eindeutig. Es lägen keine wesentlichen belastungsadaptiven spondylotischen Veränderungen der übrigen Etagen vor, die osteochondrotischen Veränderungen der

beiden untersten Lumbaletagen seien gering. Die degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule betreffen vor allem ein Segment (L3/L4). Im Bereich der Halswirbelsäule seien vier Segmente betroffen. Die globalen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule seien somit deutlicher ausgeprägt als im Bereich der Lendenwirbelsäule, in dem nur ein Segment von stärkeren Aufbraucherscheinungen betroffen sei. Klinisch bestehe im Bereich der Halswirbelsäule, bis auf die auf den Aufbraucherscheinungen beruhenden funktionellen Defizite, aktuell keine wesentliche Schmerzsymptomatik. Im Bereich der Lendenwirbelsäule liege zudem eine konkurrierende Störung vor: Es bestehe eine Beinverkürzung von 1 cm, das Kreuzbein sei schief gestellt, es bestehe eine inkomplette lumbosakrale Übergangsstörung. Auf dieser Beinverkürzung baue sich eine Rechtsskoliose der Wirbelsäule auf, der Hauptscheitelpunkt liege im Bereich L3/L4. Im seitlichen Längsschnitt, dies zeigten die Röntgenaufnahmen, habe sich eine einseitige Bandscheibenraumhöhenminderung eingestellt und eine hierauf aufbauende Rotationslisthese. Es ließen sich sicherlich Argumente finden, die für einen möglichen berufsbedingten Schaden der Lendenwirbelbandscheiben sprechen könnten. Allerdings sprächen die stärkeren Argumente eher dagegen. Er bestätige im Wesentlichen die knapp gehaltenen Formulierungen in der gutachterlichen Stellungnahme des Dr. T. vom 11. Januar 2001. Es werde korrekt auf die sicherlich nicht berufsbedingte Problematik der Rotationsskoliose der LWS mit Listhese L3/L4 hingewiesen. Der Gutachter Prof. Dr. R. komme in seiner Bewertung vom 13. März 2002 zu einer ähnlichen Auffassung. Völlig korrekt werde festgehalten, dass die beiden untersten Lumbalsegmente wenig auffällig seien. Die Schlussfolgerungen, dass ein belastungskonformes Schadensbild nicht nachgewiesen werden könne, seien zutreffend. Die Ausführungen im Gutachten Dr. H. trafen dagegen nicht zu. Er beschreibe degenerative Veränderungen im Bereich L3/L4, L4/L5 und L5/S1. Diese seien im Bereich L4/L5 und L5/S1 gering, hätten im Laufe der Jahre seit 1999 bis zum aktuellen Zeitpunkt kaum zugenommen und erreichten nicht einmal die Altersnorm. Auch wenn eine klinische Symptomatik im Sinne einer Dysästhesie S1 links bestehe (Hinweis auf eine Wurzelirritation im unteren lumbalen Bereich), genüge dies nicht, von einem globalen Einfluss des Berufes auf die Lendenwirbelsäulenbandscheiben auszugehen. Korrekt werde auf die erheblichen Mängel im Gutachten des Dr. H. in der gutachterlichen Stellungnahme nach Aktenlage durch die Orthopäden Dr. Tä. und Dr. S. vom 28. November 2003 hingewiesen. Es handele sich, und diese Aussage sei mit großer Sicherheit möglich, nicht um eine schwerwiegende Diskopathie der übrigen Lumbalsegmente (mit Ausnahme L3/L4). Außerdem werde in diesem Gutachten ebenfalls korrekt auf die konkurrierende Störung der Fehlstatik der Rumpfwirbelsäule hingewiesen. Die nachträglichen Ausführungen im orthopädischen Gutachten des Dr. H., dass belastungskonforme Veränderungen im Bereich der Rumpfwirbelsäule bestünden, seien schlichtweg falsch. Dr. H. hat in seiner Stellungnahme von Oktober 2007 hierzu ausgeführt, wenn der Sachverständige Prof. Dr. He. in seinem Gutachten schreibe, dass keinerlei motorische-segmentale Schwäche im Bereich des linken Beines bestehe, decke sich dies nicht mit seinem Befund aus dem Jahre 2003 und mit dem ihm vorliegenden neurologischen Befund vom 22. September 2004 des Dr. J. ... Hier werde von einem nicht auslösbaren Achillessehnenreflex links sowie einer deutlichen Trizeps surae-Parese links berichtet. Die Diagnose laute hier sensomotorisches Wurzelkompressionssyndrom S1 links. Prof. Dr. He. führe aus, dass keine wesentlichen belastungsadaptiven spondylotischen Veränderungen der übrigen Etagen vorlägen. Nach Schönberger/Mehrtens würden als Zeichen einer schädigenden äußeren Einwirkung belastungsadaptive Reaktionen im Sinne einer dem Lebensalter voraussetzenden Osteochondrose und/oder Spondylose in den von den äußeren Belastungen besonders betroffenen Segmenten der LWS gelten. Genau diese Veränderungen seien bereits im kernspintomographischen Befund vom 16. April 1998 beschrieben. Weiterhin führe Prof. Dr. He. an, dass im Bereich der Halswirbelsäule vier Segmente von degenerativen Veränderungen betroffen seien und er aus diesem Grunde eine haftungsausfüllende Kausalität für nicht belegt halte. Dem sei entgegenzuhalten, dass nach R. und Erlenkämper - Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane -, verschiedene Befundkonstellationen nebeneinander bestehen könnten und kein Ausschlusskriterium darstellten. Zur Aussage von Prof. Dr. He., seine Annahme, es bestünden belastungskonforme Veränderungen im Bereich der Rumpfwirbelsäule, sei schlichtweg falsch, führt er aus, dass bereits 1998 bei L3/L4 eine chronisch erosive Osteochondrose und eine leichte Retrolisthese beschrieben worden sei, sowie auch eine chronische Osteochondrose bei L4/L5 mit Signalmindering der Bandscheibe und Protusion der Bandscheibe, ebenso bei L5/S1 ein kleiner Bandscheibenvorfall. Der Sachverständige Prof. Dr. He. hat hierauf am 9. November 2007 erwidert, degenerative Veränderungen der lumbalen Bandscheiben beruhten in aller Regel auf multifaktorellen Störungen. Die Auslösung einer degenerativen Bandscheibenveränderung alleine durch berufliche Störungen sei nicht anzunehmen, allenfalls könnten berufliche Belastungen als wesentlicher Co-Faktor gewertet werden. Unzweifelhaft liege im Falle des Klägers ein Bandscheibenschaden im Bereich der Lendenwirbelsäule vor, der vor allem die Etage L3/L4 betreffe. Aufgrund einer Bandscheibenzermürbung sei es hier zu einer nachfolgenden Instabilität mit Rotationslisthese gekommen (bei beinverkürzungsbedingter LWS-Skoliose). Die übrigen Bandscheibenetagen (obere LWS, untere LWS) zeigten zwar ebenfalls Veränderungen, diese seien jedoch geringfügig und entsprächen nicht einmal dem Lebensalter des damals 63-jährigen Klägers. Selbstverständlich lägen somit bei den übrigen Bandscheibenetagen auch Aufbraucherscheinungen vor, diese seien jedoch geringfügig und könnten bei weitem nicht als irgendwelche belastungsadaptiven Veränderungen aufgrund spezieller beruflicher Belastungen gesehen werden. Der strittige Punkt sei somit im wesentlichen der Ausprägungsgrad der degenerativen Veränderungen im lumbalen Bereich. Der Sachverständige Dr. H. werte die tatsächlich nachweisbaren lumbalen Störungen zu Unrecht als schwerwiegend. Übersehen werde weiterhin das völlig atypische Verteilungsmuster der Veränderungen im Hinblick auf die Vorgaben der BKV. Er weise nochmals auf die Stellungnahmen des Sachverständigen Prof. Dr. R. und des Dr. S. hin, die seine Auffassung bestätigten, dass keine altersübersteigerten degenerativen Veränderungen der oberen und auch der unteren LWS vorlägen und dass das röntgenologische Gesamtbild bei weitem keine belastungskonformen Veränderungen aufweise. Die Tatsache eines radiologisch nachgewiesenen degenerativen Bandscheibenschadens in Höhe L3/L4 sei nicht als ausreichendes Argument dafür anzuführen, dass diesbezüglich von einer wesentlichen berufsbedingten Störung ausgegangen werden könne. Unzweifelhaft bestehe eine Wirbelsäulenasymmetrie mit Beckenabsenkung rechts und ein skoliotischer Aufbau. Dieser wesentliche Moment als konkurrierende Störung werde von Dr. H. überhaupt nicht diskutiert.

Zur weiteren Darstellung wird auf den Inhalt der den Kläger betreffenden Unfallakten sowie der diesbezüglichen Klage- und Berufsungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten hat in der Sache Erfolg. Das SG hat die Beklagte im angefochtenen Grundurteil (vgl. [§ 130 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -) auf die Anfechtungs- und Leistungsklage des Klägers hin zu Unrecht verurteilt, die Lendenwirbelsäulenerkrankung zu entschädigen. Das Urteil ist aufzuheben und die Klage abzuweisen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung dieser Erkrankung als BK und deshalb auch keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente.

Es kann offen bleiben, ob sich der erhobene Anspruch noch nach den vor Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) am 1. Januar 1997 geltenden Vorschriften (Art. 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes) richtet, weil der Zeitpunkt der Aufgabe aller

belastenden Tätigkeiten (vgl. BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2) hier im Oktober 1989 oder im September 1991 liegt. Nach der Übergangsregelung des [§ 214 Abs. 3 SGB VII](#) gelten allerdings abweichend von der Grundregel des [§ 212 SGB VII](#) - die Vorschriften über Renten, Beihilfen, Abfindungen und Mehrleistungen auch für Versicherungsfälle vor dem In-Kraft-Treten des Gesetzes, wenn diese Leistungen nach dem In-Kraft-Treten erstmals festzusetzen sind. Die Voraussetzungen nach dem alten und nach dem neuen Recht für die Anerkennung der hier angeschuldigten BK sind im Wesentlichen gleich.

Anspruch auf Rente haben gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) (früher §§ 580 Abs. 1, 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls (Arbeitsunfall oder BK) über die 26. (früher die 13.) Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. BKen sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) (§ 551 Abs. 1 Satz 2 RVO) Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) (§§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO) genannten Tätigkeiten erleidet. Als BKen kommen solche Krankheiten in Betracht, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#); § 551 Abs. 1 Satz 3 RVO). In der Anlage 1 der BKVO waren seit In-Kraft-Treten der Zweiten Änderungsverordnung (2. ÄndVO) vom 18. Dezember 1992 ([BGBl I 2343](#)) bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung (Nr. 2108) sowie durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen (Nr. 2110) als BKen erfasst, jeweils unter der Voraussetzung, dass die Erkrankung zum Unterlassen aller Tätigkeiten gezwungen hatte, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein konnten. Beide BK-Tatbestände sind wortlautgleich mit denselben Ordnungsnummern in die Anlage der die BKVO ablösenden neuen Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 31. Oktober 1997 ([BGBl I S 2623](#)) übernommen worden. Die Übergangsregelung des § 6 Abs. 3 BKV (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 der 2. ÄndVO) steht der Anerkennung der Wirbelsäulenerkrankung des Klägers als BK nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV nicht entgegen. Sie bestimmt, dass bei einem Versicherten, der am 1. Januar 1993 an einer Krankheit gelitten hat, die erst auf Grund der 2. ÄndVO als BK anerkannt werden kann, die Krankheit auf Antrag als BK anzuerkennen ist, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. März 1988 eingetreten ist. Ein möglicher Versicherungsfall konnte hier schon deshalb erst nach diesem Zeitpunkt eintreten, weil die tatbestandlich erforderliche Tätigkeitsaufgabe (vgl. BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2), wie dargelegt, erst 1989 oder 1991 erfolgt ist.

Die Feststellung einer BK setzt voraus, dass der Versicherte im Rahmen der versicherten Tätigkeit schädigenden Einwirkungen im Sinne der BK ausgesetzt gewesen ist, die geeignet sind, einen entsprechenden Gesundheitsschaden zu bewirken. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich ihrer Art und ihres Ausmaßes (sog. arbeitstechnische Voraussetzungen) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein (BSG SozR 2200 § 548 Nr. 84; BSG SozR 3 - 5670 Anlage 1 Nr. 2108 Nr. 2). Der ursächliche Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie zwischen Einwirkung und Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) beurteilt sich nach der unfallrechtlichen Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Bedingungen (mit-)Jursächlich die wegen ihrer besonderen Bedeutung für den Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, a.a.O.). Während für die Grundlagen der Ursachenbeurteilung - versicherte Tätigkeit, Einwirkung, Erkrankung -, wie dargelegt, eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit erforderlich ist, genügt für den Zusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung aufgrund der mit der zumeist medizinischen Beurteilung dieses Zusammenhangs bestehenden tatsächlichen Schwierigkeiten eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ([BSGE 19, 52](#); [32, 203](#), 209; [45, 285](#), 287; BSG [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#); BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - veröffentlicht in Juris). Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die für den wesentlichen Ursachenzusammenhang sprechenden so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann und ernste Zweifel ausscheiden; die bloße Möglichkeit einer wesentlichen Verursachung genügt nicht (BSG SozR Nr. 41 zu [§ 128 SGG](#); BSG SozR Nr. 20 zu § 542 RVO a.F.; [BSGE 19, 52](#), 56; BSG [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 7. September 2004 a.a.O.).

Für die Anerkennung einer Erkrankung als BK Nr. 2108 müssen folgende Tatbestandsmerkmale gegeben sein: Der Versicherte muss infolge seiner versicherten Tätigkeit langjährig schwere Lasten gehoben oder getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet haben. Bei ihm muss eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vorliegen, die aufgrund dieser versicherten Tätigkeit entstanden ist. Die Erkrankung muss den Zwang zum Unterlassen aller gefährdenden Tätigkeiten herbeigeführt haben und der Versicherte darf tatsächlich keine solche Tätigkeit mehr ausüben. Für den Senat steht auf der Grundlage der vorliegenden Gutachten fest, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule besteht. Zu der Frage, was unter einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS zu verstehen sein soll, hat der Ordnungsgeber in der Begründung zur 2. ÄndVO, durch welche die BK 2108 in die Berufskrankheitenliste aufgenommen worden ist (BR-Drucks. 773/92 S 8), eingehende Ausführungen gemacht. Danach sind unter bandscheibenbedingten Erkrankungen zu verstehen: Bandscheibendegeneration (Diskose), Instabilität im Bewegungssegment, Bandscheibenvorfall (Prolaps), degenerative Veränderungen der Wirbelkörperabschlussplatten (Osteochondrose), knöcherne Ausziehungen an den vorderen seitlichen Randleisten der Wirbelkörper (Spondylose), degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke (Spondylarthrose) mit den durch derartige Befunde bedingten Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule. Aus dem Wortlaut des Verordnungstextes und diesen Ausführungen ist zu entnehmen, dass zunächst ein objektiver Bandscheibenschaden vorliegen muss, der in einer kausalen Beziehung zu einer Erkrankung der LWS i.S. der in der Begründung genannten Krankheitsbilder steht (BSG, Urteil vom 31. Mai 2005 - [B 2 U 12/04 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Veränderungen dieser Art sind von den Sachverständigen übereinstimmend für die Segmente L3/4, L4/5 und L5/S1 festgestellt worden, wobei die Schädigung im Bereich L3/4 am stärksten ausgeprägt ist, und nur dort das dem Alter entsprechende Maß überschreitet. Neben diesen durch Veränderungen an der Bandscheibe verursachten objektivierten Schäden müssen chronische oder chronisch wiederkehrende Beschwerden mit Funktionseinschränkungen gegeben sein (BSG, Urteil vom 31. Mai 2005 [a.a.O.](#)). Auch solche sind von den Sachverständigen bestätigt worden. Für das Vorliegen eines Kaudasyndroms gibt es allerdings keine Anhaltspunkte. Insoweit ist festzustellen, dass auch im April 1998 von Dr. J. ein kompressives Cauda-Syndrom aufgrund des kernsintomographischen Befunds ausgeschlossen wurde. Er diagnostizierte funktionelle Cauda-Parästhesien bei vorbekanntem S1-Syndrom ohne Anhalt für einen kompressiven raumfordernden LWS-Prozess sowie ein vorbekanntes somatoformes Schmerzsyndrom bei depressiver Entwicklung und psychosozialer Konfliktsituation. Der Sachverständige Dr. R. hat Veränderungen der Lendenwirbelsäule vor allem im Bereich L3/4 festgestellt. Er ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die vom Kläger geschilderten, seit 1991 zunehmenden Schmerzen, die von der Lendenwirbelsäule ins linke Bein ausstrahlen, vor allem die Ober- und Unterschenkelinnenseite betreffend sowie regelmäßige Kribbelempfindungen sowie Taubheitsgefühle in diesem Bereich der Beine für eine bandscheibenbedingte Erkrankung sprechen. Die Bemuskelung beider Beine beschreibt er als seitengleich und unauffällig. Das Lasègue-Zeichen war beidseits negativ, der Achillessehnenreflex beiderseits prompt und der Patellarsehnenreflex seitengleich auslösbar. Der Sachverständige Dr. H. hat ausgehend von

Schmerzen und Taubheitsgefühl im linken Bein, Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule, neurologischer Ausfallsymptomatik der linken unteren Extremität mit Dysästhesie im Segment S1, einem ausgefallenen Achillessehnenreflex links bei seitengleichen Patellarsehnenreflex, relativer Fußheber- und senkerschwäche links und angedeuteter Quadrizepschwäche links gegenüber rechts sowie weiterhin deutlicher Minderung sowohl Ober- als auch Unterschenkelmuskulatur eine Wurzelschädigung der Nervenwurzel im Segment L4/L5 und L5/S1 links angenommen. Dres. Tä./S. ordnen in ihrem für die Beklagte erstatteten Gutachten nach Aktenlage die im Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. H. mitgeteilte Symptomatik überzeugend sowohl hinsichtlich der Schmerzausstrahlung als auch des Reflexausfalls der Nervenwurzel L5 bzw. S1 zu. Der Sachverständige Dr. He. hat bei angegebenen lokalen brennenden Schmerzen sowie intermittierender Schmerzausstrahlung in das linke Bein mit Taubheitsgefühl im Bereich der Kleinzehe und des Fußaußenrandes keinen Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik im Sinne einer Interkostalneuralgie gesehen. Das Lasègue-Zeichen war beidseitig negativ. Auch eine motorische Störung des großen Streckmuskels am Oberschenkel wird nicht berichtet, lediglich eine Abschwächung des Patellarsehnenreflexes links. Er bestätigt eine klinische Symptomatik im Sinne einer Dysästhesie S1. Die Zuordnung der Beschwerden überwiegend zum Bereich L5/S1 wird letztlich auch von Dr. H. mit seiner ergänzenden Stellungnahme vom Oktober 2007 bestätigt, in der er auch auf den neurologischen Befund des Dr. J. (nicht auslösbarer Achillessehnenreflex links sowie deutliche Trizeps surae-Parese links) Bezug nimmt. Den vorliegenden Veränderungen der Bandscheibe im Segment L5/S1 entspricht damit eine feststellbare Beschwerdesymptomatik, so dass jedenfalls insoweit eine bandscheibenbedingte Erkrankung vorliegt. Ob eine der Schädigung im Bereich L3/4 korrelierende Symptomatik ebenfalls vorliegt, kann nach Ansicht des Senats offenbleiben, da es hierauf nur dann ankommen könnte, wenn eine berufsbedingte Schädigung vorliegen würde, was hier nicht der Fall ist (vgl. unten).

Es ist zunächst schon fraglich, ob die dargelegten Veränderungen und Beschwerden den Kläger zur Aufgabe der belasteten Tätigkeiten gezwungen haben. Der geforderte Unterlassungszwang setzt in der Regel voraus, dass die Tätigkeiten, die zu der Erkrankung geführt haben, aus arbeitsmedizinischen Gründen nicht mehr ausgeübt werden sollen und der Versicherte die schädigende Tätigkeit und solche Tätigkeiten, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederauflieben der Krankheit ursächlich sein können, tatsächlich aufgegeben hat. Allerdings lässt es das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung insoweit genügen, dass die entsprechenden Tätigkeiten tatsächlich aufgegeben wurden, wobei es auf das Motiv des Versicherten nicht ankomme (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m.w.N.; zuletzt Urteil vom 19. August 2003 - [B 2 U 27/02 R](#) - veröffentlicht in Juris). Voraussetzung ist damit, dass eine entsprechende Erkrankung, die objektiv zur Aufgabe der Tätigkeit gezwungen hat, im Jahre 1989 bzw. 1991 schon vorlag. Dies lässt sich jedoch nicht feststellen (vgl. unten zeitlicher Zusammenhang) und kann letztlich offen bleiben. Ebenso kann das Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen offen bleiben, da, auch wenn alle Tatbestandsvoraussetzungen der BK 2801 vorlägen, sie im Falle des Klägers nicht anzuerkennen wäre, weil es an der haftungsausfüllenden Kausalität fehlt.

Angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen, der Dauer der zu berücksichtigenden Zeiträume und des Fehlens eines eindeutig abgrenzbaren Krankheitsbildes, das für Belastungen durch Heben und Tragen oder Arbeit in Rumpfbeugehaltung typisch ist (vgl. - Konsensempfehlung -, Bolm-Audorff u.a., Trauma und Berufskrankheit 2005, 211 f.), stellt sich letztlich entscheidend nur die Frage nach einer wesentlichen Mitverursachung der LWS-Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen. Aus diesen Gründen ist auch [§ 9 Abs 3 SGB VII](#) bei der BK Nr. 2108 nach heutigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht anwendbar (BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 13/05](#) - veröffentlicht in Juris; Urteil vom 18. November 1997 - [2 RU 48/96](#) - [SGb 1999, 39](#) mit zustimmender Anmerkung von Ricke). Das Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen der BK Nr. 2108 rechtfertigt keinen Anscheinsbeweis in dem Sinne, dass damit auch vom Vorliegen des Zusammenhangs zwischen Einwirkung und Erkrankung im Einzelfall auszugehen ist (BSG, Urteil vom 18. November 1997 [a.a.O.](#) ...; Urteil vom 7. September 2004 a.a.O.) und dieser Zusammenhang ist hier nach Überzeugung des Senats nicht hinreichend wahrscheinlich. Entscheidend für die Beurteilung des Zusammenhangs ist insbesondere, ob ein altersuntypischer Befund und ein belastungskonformes Schadensbild vorliegen, sowie eine zeitliche Korrelation zwischen den Einwirkungen und dem Erkrankungsverlauf und das Vorliegen von konkurrierenden Ursachen wie z.B. Schadensanlagen (Konsensempfehlung a.a.O., 211, 216 f., 228 ff.; Mehrrens/Perlebach, Berufskrankheiten-Verordnung, Loseblatt, M 2108 Anm. 6.2 und Schönberger/Mehrrens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 2003, S. 563, 578 ff.). Die Frage, ob ein belastungskonformes Schadensbild vorliegt, aus dessen Vorhandensein auf die Mitursächlichkeit körperlicher Belastungen für die Entstehung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS und aus dessen Fehlen umgekehrt auf eine anderweitige Verursachung geschlossen werden kann, ebenso die weitere Frage, ob für die Annahme eines Ursachenzusammenhangs eine bestimmte zeitliche Korrelation zwischen den beruflichen Einwirkungen und dem Krankheitsverlauf zu fordern ist, zielen auf die Existenz entsprechender medizinischer Erfahrungssätze. Ob solche Erfahrungssätze existieren, ist unter Zuhilfenahme medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu beantworten (allgemein dazu: BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, veröffentlicht in Juris; BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 [a.a.O.](#)).

Auszugehen ist bei dieser Beurteilung zunächst von den Befunden, die zeitlich der beruflichen Tätigkeit im Bergbau bis 1989 am nächsten liegen. Insoweit sind hier allerdings Unterlagen und insbesondere Röntgenaufnahmen erst ab Februar 1997 vorhanden. Eine Kernspintomographie der LWS liegt von April 1998 vor. Der Kläger war damals bereits 53 Jahre alt. Dres. A./Ru. fassen die Ergebnisse dieser Kernspintomographie der LWS vom 16. April 1998 wie folgt zusammen: L1/2: Signalverlust der Bandscheibe ohne Höhenminderung, L2/3: Höhenminderung der Bandscheibe ohne entsprechenden Signalverlust, L3/4: Chronische erosive Osteochondrose und leichte Retrolisthese um ca. 4-5 mm. Schmale anuläre Protrusio, Einengung der Neuroforamina in der unteren Eingangsebene, L4/5: Chronische Osteochondrose, Signalminderung der Bandscheibe und anuläre Protrusio, linksbetonte Foraminaenge, L5/S1: Kleine nicht raumfordernde mediane "contained herniation", Foraminaenge linksbetont; Spondylarthrose L2-S1. Die Annahme eines belastungskonformen Schadensbilds setzt nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand, der sich insoweit weiterhin den Konsensempfehlungen entnehmen lässt, auf das auch die auch die Deutsche Wirbelsäulenstudie verweist, zunächst voraus, dass dieses altersuntypisch ist, wofür bei dem über 50jährigen Kläger zumindest eine Chondrose Typ II (Höhenminderung um mehr als 1/3) vorliegen muss (vgl. Konsensempfehlung a.a.O. insbesondere Konstellationen E). Nach den dargelegten Befunden lag kein Prolaps vor, sondern lediglich Protrusionen im Bereich L3/4 und L4/5 und eine Herniation (Herausfallen) ohne Protrusion und es erscheint fraglich, ob sich ein Bandscheibenschaden mit einer Ausprägung im Sinne einer Chondrose Grad II feststellen lässt. Von einem Prolaps ist auch nach der letzten Befunderhebung nicht auszugehen. Eine deutliche Verschmälerung des Wirbelzwischenraums kann nach den vorliegenden Befunden auch heute lediglich hinsichtlich des Bereichs L3/4 angenommen werden. Dies hat der Sachverständige Prof. Dr. He. überzeugend dargelegt, der insoweit durch die Auswertung der bildgebenden Befunde in dem Gutachten von Dres. Tä./S. bestätigt wird. Die Veränderungen im Bereich der beiden darunter liegenden Segmente sind dagegen diskret und erreichen nach den übereinstimmenden Angaben der Sachverständigen Prof. Dr. R. und Prof. Dr. He. sowie der Gutachter Dres. Tä./S. noch nicht einmal die Altersnorm. Hiermit setzt sich der Sachverständige Dr. H. nicht auseinander. Allein

mit der altersuntypischen Schädigung im Bereich L3/4 liegt aber noch kein Schadensbild vor, dessen Vorhandensein nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand unbestritten für die Mitursächlichkeit körperlicher Belastungen für die Entstehung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS spricht. Vielmehr wird die Mitursächlichkeit in solchen Fällen jedenfalls dann übereinstimmend verneint, wenn eine konkurrierende Schädigungsursache und keine - altersuntypische - Begleitspondylose vorliegt (Konstellation C5). Eine solche ist hier aber nicht gegeben (vgl. unten). Gegen die berufsbedingte Belastung als wesentliche Schädigungsursache spricht damit nach derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnis schon die hier vorliegende Fehlstellung der Wirbelsäule, die als konkurrierende, wesentliche Ursache in Betracht kommt. Insoweit haben die Gutachter Tä./S. überzeugend dargelegt, dass statische Besonderheiten vorlägen, die zu unphysiologischen Belastungen sowohl der Bandscheibe wie auch insbesondere der zugehörigen Wirbelgelenke führten. Beim Kläger liege eine Abflachung der Lendenlordose mit Tendenz zur Kyphosierung, was hier besonders im Übergangsegment L3/4 zur Diskopathie geführt habe, sowie eine verstärkte Kippung des Kreuzbeines vor, welche erfahrungsgemäß die Entstehung von Bandscheibenschäden der unteren Lendenwirbelsäule begünstige. Diese Einschätzung wurde vom Sachverständigen Prof. Dr. He. ausdrücklich bestätigt. Dieser hat mitgeteilt, dass eine Beinverkürzung von 1 cm bestehe und das Kreuzbein schief gestellt sei. Weiterhin bestehe eine inkomplette lumbosakrale Übergangsstörung. Auf der Beinverkürzung baue sich eine sicher nicht berufsbedingte Rechtsskoliose der Wirbelsäule auf, die bereits Dr. T. beschrieben habe, wobei der Hauptscheitelpunkt im Bereich L3/L4 liege. Aufgrund dieser schlüssigen und übereinstimmenden Darlegungen, mit denen sich der Sachverständige Dr. H. in keiner Weise auseinandersetzt, steht auch für den Senat fest, dass im Falle des Klägers die Lumbalskoliose mit Scheitelpunkt im Bereich L3/4 eine wesentliche konkurrierende Ursache darstellt (vgl. zum Sonderfall der tiefen Lumbalskoliose Konsensempfehlungen a.a.O., 237), da im Übrigen keine Hinweise auf belastungsbedingte Veränderungen ersichtlich sind (vgl. unten).

Auch wenn diese Konkurrenzursache außer Betracht bleibt, kann vorliegend die geltend gemachte Berufskrankheit nicht anerkannt werden. Für den Fall einer altersuntypischen Schädigung im Bereich L3/4 ohne Konkurrenzursache werden unterschiedliche Auffassungen vertreten (vgl. Konsensempfehlungen a.a.O., Konstellation C2). Eine übereinstimmende positive Beurteilung für einen Ursachenzusammenhang mit der belastenden Tätigkeit wurde bei dem hier vorliegenden Schaden im Bereich L3/4 nur im Falle einer zusätzlich vorliegenden Begleitspondylose angenommen (Konstellation C1). Hierbei ist zu beachten, dass der reaktiven Spondylose keine Indizwirkung zukommt und der Begleitspondylose nur dann, wenn eine über das Altersmaß hinausgehende Begleitspondylose in mindestens zwei Segmenten vorliegt (Konsensempfehlung a.a.O., S. 216). Im Falle des Klägers werden Spondylosen nur im Hinblick auf den 3. und 4. Lendenwirbel und im zeitlichen Zusammenhang mit der dort festgestellten Chondrose beschrieben, so dass insoweit keine Begleitspondylose vorliegt. Erstmals anhand der Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 1999 und danach auf der Grundlage der Aufnahmen von Dr. B. vom 19. Dezember 2002 wird von Dres. Tä./S. eine angedeutete Spondylose im Segment darüber beschrieben. Dies stimmt mit der Aussage des Sachverständigen He. überein, dass keine wesentlichen belastungsadaptiven spondyloischen Veränderungen der übrigen Etagen vorliegen. Damit steht auch für den Senat fest, dass über das Altersmaß hinausgehende Begleitspondylosen in zwei Segmenten nicht vorhanden sind. Der Sachverständige Dr. H. setzt sich mit den Anforderungen an Begleitspondylosen nicht auseinander und wertet alterstypische Chondrosen im Bereich L4/5 und L5/S1 zusammen mit einer reaktiven Spondylose im Bereich L3/4 als belastungskonformes Schadensbild. Zwar gibt es Stimmen in der medizinischen Wissenschaft, die den hohen Stellenwert der Begleitspondylose für die Beurteilung des Vorliegens einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule für wissenschaftlich nicht begründbar halten. Jedoch ist zu beachten, dass, wie dargelegt, allein einer dem Alter vorauseilenden Bandscheibenschädigung im Bereich L3/4 nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse keine ausreichende Indizwirkung für eine berufliche Schädigung zukommt. Dies schließt zwar eine positive Entscheidung über den Kausalzusammenhang auf der Grundlage von Einzelmeinungen nicht aus (Mehrtens/Perlebach a.a.O., M 2108 Anm. 6.2.6) aus. Soweit Seidler/Bolm-Audorff (Konsensempfehlung, a.a.O., 221 ff. Anhang 2) für die vorliegenden Konstellation die Kausalität bejahen wollen, überzeugt dies jedoch nicht. Sie räumen ein, dass es keine epidemiologischen Studienergebnisse gibt, die das Erkrankungsrisiko bei Aussparung der beiden unteren Lendenwirbelsegmente untersuchen. Wenn sie dann ausführen, dass keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen, die auf eine fehlende berufliche Verursachung der Erkrankung im Segment L3/4 bei Aussparung der beiden unteren Lendenwirbelsegmente schließen ließen und deshalb die Kausalität bejahen, verkennen sie, dass zugunsten der Annahme der hier streitigen BK keine zu widerlegende Vermutung besteht. Schließlich erscheint es auch nicht überzeugend, wenn sie darlegen, dass den erhöhten Belastungen der unteren Segmente auch eine erhöhte Belastbarkeit dieser Segmente entspricht und daher die diagnostizierte Lokalisation einer Schädigung es nicht erlaube, Lastenmanipulationen als Ursache auszuschließen. Denn sie bestreiten nicht, dass trotz der höheren Belastbarkeit die unteren Segmente am häufigsten Chondrosen aufweisen und sehen diese im Falle ihrer Altersuntypik als belastungskonform an. Hinzukommt für den vorliegenden Fall, dass nach den insoweit überzeugenden Darlegungen des Sachverständigen R. gerade im Hinblick auf die anatomischen Verhältnisse beim Kläger mit Belastungsschäden in erster Linie im Bereich der unteren beiden Segmente zu rechnen gewesen wäre. Auch die Kritik an dem Stellenwert der Begleitspondylose für die Beurteilung des Vorliegens einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule, wie der vorliegenden, überzeugt nicht. Insofern führen Seidler/Bolm-Audorff (Konsensempfehlungen a.a.O.) aus, dass der Studie von Hult zufolge bei deutlich weniger als 50% der untersuchten Schwerarbeiter eine Spondylose feststellbar sei. Wenn sich bei Beschäftigten mit beruflicher Wirbelsäulenbelastung eine Spondylose finde, so sei diese häufig in dem mittleren und unteren Bereich der Lendenwirbelsäule lokalisiert. Da dieser Bereich der Lendenwirbelsäule auch am häufigsten von der bandscheibenbedingten Erkrankung betroffen sei, handle es sich dann definitionsgemäß nicht um eine Begleitspondylose. Dem ist entgegenzuhalten, dass nach der zitierten Studie auch bei weniger als 15% der untersuchten Schwerarbeiter eine deutliche Höhenminderung der Bandscheibe feststellbar war (Konsensempfehlung a.a.O., Abb. 1, 219), die allerdings im Konsens als positives Kriterium gewertet wird und in den umstrittenen Konstellationen nach Ansicht von Seidler/Bolm-Audorff sogar allein entscheidend sein soll, da sie die Begleitspondylose nicht als zusätzliches Positivkriterium anerkennen. Auch überzeugt es nicht, dass die Häufung von Spondylosen mit Erkrankungen der entsprechenden Bandscheiben im Zusammenhang steht, so dass es sich nicht um Begleitspondylosen handle. Denn insoweit haben G./S. (Konsensempfehlungen a.a.O., Anhang 1, 219) zu Recht darauf hingewiesen, dass die absolute Häufigkeit der feststellbaren Chondrosen und Spondylosen nicht korrespondieren. Die Häufigkeit von Spondylosen ist in der belasteten Gruppe in allen Segmenten der Lendenwirbelsäule deutlich erhöht. Die absolute Häufigkeit von Spondylosen ist hierbei in allen Segmenten der Lendenwirbelsäule deutlich höher als die der Chondrosen. Der Senat folgt daher den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. R., Prof. Dr. He. und der Gutachter Dres. Tä./S., dass die vorliegenden Veränderungen nicht als belastungskonform angesehen werden können. Insofern hat der Sachverständige Prof. Dr. R. überzeugend dargelegt, dass nicht nur grundsätzlich, sondern gerade auch bei den beim Kläger vorliegenden anatomischen Verhältnissen eine durch Belastung bedingte Chondrose in den Bereichen L4/5 und L5/S1 zu erwarten wäre, die dortigen Veränderungen jedoch weiterhin hinter den altersbedingt zu erwartenden zurückblieben. Diese Einschätzung wird von dem Sachverständigen Prof. Dr. He. und den Gutachtern Dres. Tä./S. bestätigt.

Damit bedarf es keiner Ausführungen mehr dazu, ob für die Annahme einer BK 2108 hier erforderlich ist, dass eine Beschwerdesymptomatik

mit dem Segment korreliert, das als einziges al-tersuntypisch geschädigt ist und ob eine solche korrespondierende Symptomatik hier vorliegt. Es bedarf auch keiner abschließenden Beurteilung mehr, ob die im Bereich der HWS vorliegenden altersuntypischen Veränderungen gegen einen belastungsbedingte Bandscheibenschaden im Bereich der LWS sprechen. Die globalen Veränderungen im Bereich der HWS sind zwar ausgeprägter als im Bereich der LWS. Allerdings erscheint insoweit nicht abschließend feststellbar, ob diese ohne typische halswirbelschädigende Belastungen entstanden sind.

Offenbleiben kann schließlich auch, ob der zeitliche Zusammenhang des Auftretens der Schäden und Beschwerden gegen einen Kausalzusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit im Bergbau spricht. Insoweit ist allerdings weder feststellbar, wann die Beschwerden erstmalig aufgetreten sind und ob sie zu diesem Zeitpunkt bereits auf eine bandscheibenbedingte Erkrankung zurückzuführen waren. In seinem Schreiben an die Beklagte vom 16. Juli 2000 hat der Kläger insoweit angegeben, dass er während seiner im Bundesgebiet ausgeübten Tätigkeiten als Elektriker und Metallarbeiter zunehmend unter Rückenschmerzen gelitten habe, die bis zum September 1991 immer schlimmer geworden seien. Unter dem 1. August 2000 gab er im Fragebogen dementsprechend an, er habe im Jahre 1991 nach längerer Belastung der Wirbelsäule zum ersten Mal Wirbelsäulenbeschwerden gehabt. Später hat der Kläger gegenüber den Sachverständigen angegeben, dass er erstmalig in den 80er Jahren bzw. 1986 Beschwerden hatte. Ob diese Beschwerden auf eine damals schon vorliegende bandscheibenbedingte Erkrankung zurückzuführen waren, lässt sich anhand der erst ab 1997 vorliegenden radiologischen Aufnahmen nicht feststellen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-04-08