

L 9 U 1714/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 2963/01
Datum
17.02.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 1714/05
Datum
23.02.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 17. Februar 2005 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob beim Kläger eine bandscheiben(BS)-bedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule (LWS) im Sinne der Berufskrankheit (BK) Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung - BKV - (BK 2108) vorliegt und die Beklagte zu Recht verurteilt wurde, ihm Verletztenrente in Höhe von 30 v. H. der Vollrente zu gewähren.

Der 1952 geborene Kläger arbeitete nach seinen Angaben im ehemaligen Jugoslawien von 1968 bis 1972 als Bauarbeiter sowie in Deutschland von Juni 1972 bis Juni 1973 und Juli 1973 bis April 1974 als Gipser, von Mai 1974 bis Oktober 1975 als Arbeiter in einer Maschinenfabrik, von Oktober 1975 bis Mai 1977 und Juni 1977 bis April 1979 als Gipser, danach bis Februar 1980 als LKW-Fahrer, von Februar 1980 bis April 1988 als Maurer und LKW-Fahrer bei der Firma B. sowie von April 1988 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 17. Oktober 1995 wiederum als Gipser bei der Firma K ... Danach war er arbeitsunfähig bzw. ab 16. April 1997 arbeitslos gemeldet und ab 08. Oktober 1999 bezog er Rente wegen Berufsunfähigkeit.

Unter Berücksichtigung der Angaben zu den beruflichen Tätigkeiten, zuletzt auch durch Vernehmung der Arbeitgeber B. und K., ergibt sich nach der Berechnung des Dipl.-Ing. St. vom TAD der Beklagten eine Gesamtbelastungsdosis von ca. 17 MegaNewtonStunden (MNH), berechnet nach dem Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell (MDD). Die Arbeitsmedizinerin Prof. Dr. E. hat in einem auf Antrag nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstatteten Gutachten auf Grund der Angaben des Klägers eine Lebensarbeitszeitdosis von 28,5 MNh errechnet. Eine die Halswirbelsäule (HWS) belastende Tätigkeit im Sinne der Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV (BK 2109) hat nicht vorgelegen.

Im Vorerkrankungsverzeichnis der IKK sind Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 18. bis 22. Mai 1992 wegen LWS-Syndrom, am 07. März 1995 wegen Cervikalwurzelreizung C6, vom 17. Oktober 1995 bis 15. April 1997 wegen HWS-Wurzelreizsyndrom C6 und Lumboischialgie links, vom 30. Mai bis 21. Juli 1997 wegen HWS-Wurzelreizsyndrom C6 und Zustand nach ventraler Discektomie C und Lumboischialgie, vom 05. bis 30. August 1997 wegen thorakalem Discusprolaps und spinaler Stenose, vom 31. August bis 01. September 1997 wegen Discusprolaps und vom 07. Januar bis 10. Februar 1999 wegen HWS-Schulter-Arm-Syndrom, Lumboischialgie vermerkt.

Nach Angaben des Klägers vom 16. September 1999 traten ca. 15 Jahre davor, also 1984, stechende und ziehende Schmerzen im Bereich der LWS auf. In einem Bericht vom 02. März 1989 diagnostizierte Dr. G. rezidivierende Lumbalgien und Lumboischialgien. Die Röntgenuntersuchung der LWS in zwei Ebenen hatte unregelmäßig konfigurierte Grund- und Deckplatten in sämtlichen Segmenten mit spondylotischer Kantenreaktion L4 und L5 sowie eine beginnende Verschmälerung der Zwischenwirbelräume (ZWR) und keine Bogenschlussstörung ergeben. Im September 1994 stürzte der Kläger bei einem Motorradunfall auf sein Gesäß.

Am 12. Juni 1995 stellte sich der Kläger bei dem Orthopäden Dr. F. vor, der ein Lumbalsyndrom bei funktionellen Störungen, eine Cervikalgie bei Blockierungen, ein Cervikalsyndrom bei funktionellen Störungen und eine Cervikobrachialgie links diagnostizierte. Der Neurologe und Psychiater Dr. K. diagnostizierte am 18. September 1995 ein sensibles Wurzelreizsyndrom C6 links bei "bekannten" degenerativen HWS-Veränderungen und ein lumbales Wurzelreizsyndrom links ohne neurologische Ausfälle. Ein HWS-CT vom 19. Oktober 1995 im Klinikum der Stadt Villingen-Schwenningen ergab eine Einengung des knöchernen Spinalkanals von ventral durch mediale Spondylophyten. Vom 05. bis 24. November 1995 war der Kläger in stationärer Behandlung im Klinikum der Stadt Villingen-Schwenningen wegen eines sensiblen

Wurzelreizsyndroms C6 links bei "bekanntem" HWS-Verschleißleiden (unter konservativer Therapie nur leichte Beschwerdebesserung).

Der Orthopäde Prof. Dr. H. diagnostizierte nach einer ambulanten Untersuchung vom 08. Januar 1996 eine Spinalkanalenge durch kräftige Restspondylophyten sowie alten verkalkten BS-Vorfall (BSV) C5/6 bei ausgeprägter Osteochondrose C5/6 und eine ("wahrscheinlich") kongenitale knöcherne Ankylose C2/3.

Vom 12. März bis 04. April 1996 war der Kläger in stationärer Behandlung in der Rehaklinik Höhenblick (Hauptleiden: HWS-Syndrom bei Zustand nach BSV C5/6 und Blockwirbel C2/C3 mit Wurzelreizsymptomatik C6 links; Nebenleiden: Pseudoradikuläres linksbetontes LWS-Syndrom, BWS-Syndrom, Blockierung zweite Rippe links, Th 3 rechts und Th 2 links; Röntgenuntersuchung: LWS keine wesentliche Achsabweichung, keine Verschmälerung ZWR, normale Höhe der Wirbelkörper [WK] ohne degenerative Veränderungen). Dr. F. erhob am 10. April 1996 eine Blockierung im Bereich C4/5 und C6 bei hälftig eingeschränkter Rotationsfähigkeit rechts. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. diagnostizierte am 30. Mai 1996 einen cervikalen BSV mit Wurzelreizung C6 links. Dr. F. berichtete am 21. Oktober 1996 über erneute cervikobrachialgieforme Beschwerden links und jetzt auch eine Lumboischialgie links. Am 29. Oktober 1996 ergab seine Röntgenuntersuchung eine ventrale Spondylose, eine harmonische Lordose und sonst einen altersentsprechenden regelrechten Befund (Diagnose: Verdacht auf Raumforderung L4/5). Der Radiologe Dr. Sch. (Praxis Dr. R.) gelangte nach einer Kernspintomographie der LWS vom 04. November 1996 zum Ergebnis, es lägen ein kranial hochgeschlagener medialer Discusprolaps mit Ausgang vom ZWR L2/3 und osteochondrotische Protrusionen in Höhe L3 bis S1, in den beiden unteren Lumbalsegmenten mit Ausuferung in die Neuroforamina vor, wodurch sich die radikulären Schmerzbilder hinreichend erklärten.

Am 20. Dezember 1996 erfolgte im Rahmen einer stationären Behandlung wegen Cervikocephalgie und diffuser linksseitiger Cervikobrachialgie bei medialem BSV C5/6 eine ventrale Discektomie C5/6, die Entfernung eines alten, subligamentär sequestrierten, teils verkalkten medialen BSV und die Fusion des Segmentes mit Titandübel (Bericht vom 30. Dezember 1996).

Am 13. Januar 1997 diagnostizierte Dr. F. eine akute Lumboischialgie linksbetont. Ein Kernspintomogramm der LWS vom 10. Juli 1997 beurteilte der Radiologe Dr. R. dahingehend, dass im Vergleich mit der Voruntersuchung vom 04. November 1996 sich eine Größenabnahme des damals noch kranial sequestrierten medialen Prolaps in Höhe L2/3 bei jetzt noch breitbasiger linksbetonter Protrusion mit Impression des Duralsackes zeige. Ein Sequester sei nicht mehr erkennbar. Unverändert bestünden minimale Protrusionen L3 bis S1 medial mit jeweils leichter Impression des Duralsackes ohne Wurzelkompressionseffekt. Es bestünden diffuse degenerative Veränderungen L2 bis S1 bei Osteochondrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen mit Einengung der Foramina L4 bis S1 beidseits.

Am 13. August 1997 erfolgte im Rahmen einer stationären Behandlung in der Oberschwabenklinik Ravensburg vom 05. bis 20. August 1997 wegen Ischialgie links bei relativer spinaler Enge in Höhe L4/5 und Hypermobilität im Segment L4/5 eine erweiterte interlaminäre Fensterung und Dekompression, eine Rhizolyse der Wurzel L5 und eine Inspektion des ZWR in Höhe L4/5 von links (Bericht der ÖÄin Dr. K. vom 20. August 1997).

Am 10. Mai 1999 machte der Kläger bei der Beklagten WS-Beschwerden bei beruflichem jahrelangem schwerem Heben und Tragen als BK geltend. Unter dem 01. August 1999 erstattete der Orthopäde Dr. G. eine ärztliche Anzeige über eine BK. Es bestehe ein BS-Schaden der HWS und LWS, der auf berufliche Tätigkeiten als Bauarbeiter und Gipser mit Zwangshaltungen und Lastenheben zurückgeführt würde.

Wegen HWS-Beschwerden sind Röntgenuntersuchungen am 02. Juli 1985, 19. Juni 1996 und am 04. August 2000 sowie ein CT der HWS am 19. Oktober 1995 erfolgt. Wegen Beschwerden der LWS sind Röntgenuntersuchungen am 09. April 1984, 12. Juni 1995, 29. Oktober 1996, 29. Januar 1998, 25. Februar 2000, 11. März 2002, später auch am 19. April 2002 und 21. Januar 2003, Kernspintomogramme am 4. November 1996 und 10. Juli 1997, eine lumbale Funktionsmyelographie und ein Myelo-CT am 5. August 1997 sowie CT-Untersuchungen am 22. Februar 2000 sowie in der Folge auch am 27. Januar 2003, 13. Mai 2003 und 15. Mai 2003 durchgeführt worden.

Nach Angaben des Klägers zu seinen beruflichen Tätigkeiten, Beiziehung des Vorerkrankungsverzeichnisses der IKK, Einholung einer Arbeitgeberauskunft und ärztlicher Äußerungen holte die Beklagte ein orthopädisches Zusammenhangsgutachten des Prof. Dr. H. vom 04. November 2000 ein. Er gelangte im Wesentlichen zum Ergebnis, beim Kläger bestünden Lumbalgien und Lumboischialgien links bei polysegmentalen WS-Protrusionen der LWS, knöchernen Einengungen der Nervenaustrittslöcher der unteren LWS und ein Zustand nach WS-Operation im Lumbalsegment L4/5, ein unteres HWS-Syndrom bei Zustand nach Versteifungsoperation im Halssegment C5/6 wegen eines BS-Schadens und polysegmentaler Spondylose sowie angeborenem Blockwirbel im Segment C2/3 und eine geringfügige Coxarthrose beidseits. Die "arbeitstechnischen Voraussetzungen" einer BK 2108 seien erfüllt, nicht aber die einer BK 2109. Es bestehe ein mäßiger BS-Schaden L4/5. Der BS-Raum sei im Röntgen normal hoch, Nervenausfälle bestünden nicht. Im Element L5/S1 sei kein BS-Schaden festgestellt worden. Dieses habe "gegenwärtig" auch eine überdurchschnittliche Höhe, was gegen einen BS-Schaden an dieser Stelle spreche. Ursache der hier vorhandenen Spondylophyten sei eine primäre Degeneration als schicksalhafter Verschleiß, was gegen eine arbeitsmäßige Ursache spreche. Gegen eine solche spreche auch eine Erkrankung der beruflich nicht übermäßig belasteten Lumbalsegmente L2/3 und L3/4 sowie der Segmente der HWS. Lokalisation und Häufung sprächen für einen primären Verschleiß aus innerer Ursache und gegen eine äußere Ursache. Die an zwei WS-Abschnitten aufgetretenen BS-Schäden, die insgesamt fünf Segmente beträfen, hätten keine berufliche Ursache. Dem schlossen sich Dr. F. am 29. Januar 2001 und Dr. K. in der gewerbeärztlichen Stellungnahme vom 26. März 2001 an. Hierauf erließ die Beklagte den Bescheid vom 18. April 2001 "über die Ablehnung einer BK" und entschied, die WS-Beschwerden würden nicht als BK anerkannt. Eine BK 2108 liege nicht vor, insbesondere bestehe kein rechtlich wesentlicher Zusammenhang der LWS-Erkrankung mit der beruflichen Tätigkeit des Klägers. Den hiergegen vom Kläger eingelegten Widerspruch wies die Widerspruchsstelle der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 05. November 2001 zurück.

Deswegen hat der Kläger am 12. November 2001 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben, mit der er zuletzt noch die Anerkennung einer BK 2108 und die Gewährung von Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 30 v.H. erstrebt hat.

Das SG hat die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Über die von ihnen erhobenen Befunde haben Dr. F. am 13. August 2002, der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. am 19. August 2002, der Anästhesist Bechtold am 24. Juli 2002 und der Orthopäde Dr. G. im Oktober 2002 berichtet und weitere ärztliche Unterlagen hierzu vorgelegt.

Ferner hat das SG nach [§ 109 SGG](#) ein Sachverständigengutachten der Arbeitsmedizinerin Prof. Dr. E. vom 24. Juni 2004 mit einem radiologischen Zusatzgutachten des Dr. H. vom 08. Juni 2004, der die beigezogenen Röntgenaufnahmen ausgewertet hat, eingeholt. Prof. Dr. E. hat unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers für eine BK 2108 eine Lebensarbeitszeitdosis von 28,5 MNh gemäß dem MDD errechnet. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK 2109 seien nicht erfüllt. Beim Kläger lägen eine BS-bedingte Erkrankung der LWS mit röntgenologisch festgestellter ZWR-Erniedrigung der Segmente L3/4 und L5/S1 sowie ein Zustand nach Operation eines BSV im Segment L4/5 vor. Sie gehe einher mit erheblichen - in der klinischen Untersuchung reproduzierbaren - lokalen Schmerzen insbesondere im Bereich der unteren LWS, verbunden mit einer deutlichen Funktionseinschränkung. Weiter korrespondierten ein chronisches Wurzelreizsyndrom mit linksseitigen Schmerzen, Parästhesien und Hypästhesien sowie einer leichten linksseitigen Fußheber- und -senkerparese. Die Erkrankung sei mit Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Tätigkeit des Klägers als Gipser und Bauhelfer zurückzuführen. Die MdE hat sie auf 30 v.H. seit Mai 1999 geschätzt.

Die Beklagte ist dem unter Vorlage von Stellungnahmen des Dipl.-Ing. St. vom 10. September 2004 und des Dr. F. vom 25. Oktober 2004, auf welche verwiesen wird, entgegengetreten.

Mit Urteil vom 17. Februar 2005 hat das SG die Beklagte verurteilt, "dem Kläger unter Anerkennung einer Berufskrankheit 2108 ab 05.05.1999 eine Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. zu gewähren". Die Voraussetzungen einer BK 2108 seien erfüllt. Insofern sei Prof. Dr. E. zu folgen, wonach die beruflichen Belastungen eine Lebensarbeitszeitdosis von 28,5 MNh ergäben und die Erkrankung der LWS auch mit Wahrscheinlichkeit auf diese beruflichen Einwirkungen zurückzuführen sei. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Urteil verwiesen.

Gegen das am 22. April 2005 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 28. April 2005 Berufung eingelegt.

Der Senat hat durch den Berichterstatte die Arbeitgeber B. und K. zu den vom Kläger verrichteten Tätigkeiten und den damit verbundenen körperlichen Belastungen als Zeugen vernommen. Wegen der Einzelheiten wird auf die Sitzungsniederschrift vom 12. Oktober 2006 verwiesen. In der von der Beklagten hierzu vorgelegten Stellungnahme vom 09. Januar 2007 ist Dipl.-Ing. St. zum Ergebnis gelangt, unter Berücksichtigung der Zeugenaussagen sei von einer Gesamtlebensarbeitsdosis von ca. 17 MNh auszugehen.

Außerdem hat der Senat ein Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. H. vom 13. Juli 2007 und - nach Einwendungen der Beklagten (mit Vorlage einer Stellungnahme des Dr. F. vom 17. August 2007) - dessen ergänzende Stellungnahme vom 08. Oktober 2007 eingeholt. Er ist zum Ergebnis gelangt, ein BSV sei beim Kläger nur im Bereich der HWS im Segment C5/C6 nachgewiesen, der nicht berufsbedingt sei. Im Bericht der Oberschwabenklinik Ravensburg vom 20. August 1997 sei lediglich von einer "funktionell sich deutlich verstärkenden BS-Protrusion L4/5" die Rede, der ZWR sei auch nicht ausgeräumt worden und die Operation habe aus einer erweiterten interlaminären Fensterung und Dekompression, also Abtragen von Knochen-, nicht von BS-Gewebe bestanden. Es fänden sich Anzeichen einer BS-Degeneration ohne eigentlichen Vorfall auf den Aufnahmen vom Jahr 2000 und 2003 in den Etagen L2/L3 sowie in den Segmenten L3/L4, L4/L5 und L5/S1. Die angegebenen Beschwerden und der körperliche Untersuchungsbefund seien im Großen und Ganzen vereinbar mit einer degenerativen BS-Erkrankung. Konkurrierende Schäden im Bereich der Lendenregion seien radiologisch nicht nachweisbar. Allerdings gebe es Ungereimtheiten bei den Schmerzen. Die angegebenen Beschwerden könnten zumindest teilweise auf die degenerativen BS-Veränderungen zurückgeführt werden. In den "Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbeurteilung" der auf Anregung des HVBG eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe - im weiteren: Konsensempfehlungen - (veröffentlicht in Trauma und Berufskrankheit 2005, Seite 211 ff) genannte konkurrierende Ursachen für eine nicht primär berufsbedingte degenerative BS-Erkrankung lägen nicht vor. Die Kernspintomographie der LWS vom Februar 2000 wie auch die nachfolgende vom Jahr 2003 zeige eine deutliche Höhenminderung vor allen Dingen der BSen L2/L3 und L3/L4. Nach der Klassifikation der Konsensempfehlungen handele es sich um eine Konstellation C. Auf den Röntgenaufnahmen der LWS in zwei Ebenen von 1995 und den folgenden aus späteren Jahren zeigten sich deutliche spondylotische Veränderungen im Segment L5/S1, diskret auch im Segment L4/L5, ausgeprägter wieder in den von der Chondrose betroffenen Segmenten L2/L3 und L3/L4. Damit liege eine Begleitspondylose in den Segmenten vor, die nicht primär degenerative Veränderungen der BS aufwiesen, aber in deren unmittelbarer Nachbarschaft lägen. Das radiologische Bild entspreche der Konstellation C1, bei der ein Zusammenhang mit beruflichen Einwirkungen als wahrscheinlich angesehen werde. Die durch die BK 2108 bedingte MdE schätze er auf 20 v.H.

Ferner hat der Senat ein orthopädisches Sachverständigengutachten des Prof. Dr. C. vom 18. Juni 2008 und - nach Einholung eines weiteren Gutachtens der Prof. Dr. E. nach [§ 109 SGG](#) vom 20. Januar 2009 (mit orthopädischem Zusatzgutachten des Dr. B vom 09. Januar 2009 und neurologischem Zusatzgutachten des Dr. K. vom 14. Januar 2009) - dessen ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 24. November 2009 eingeholt. Er hat die erhobenen Befunde mitgeteilt und ist im Wesentlichen zum Ergebnis gelangt, diagnostisch bestünden eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS sowie sensible Nervenwurzelreizerscheinungen in Folge einer angeborenen Blockwirbelbildung C2/3, eine Osteochondrose und Spondylose C4/5 sowie eine operative Versteifung des Segmentes C5/6. Im Bereich der LWS seien eine Bewegungseinschränkung und Belastungsminderung sowie sensible Nervenwurzelreizerscheinungen nach interlaminärer Fensterung L4/5 mit röntgenologisch und kernspintomographisch nachgewiesenem BS-Prolaps L2/3, stattgehabten juvenilen Aufbaustörungen sämtlicher LWS-Segmente, Osteochondrose und Spondylose vornehmlich in den Segmenten L3/4 und L5/S1 festzustellen. Der nach dem MDD geforderte Richtwert von 25 MNh sei zu zwei Drittel erreicht und die arbeitstechnischen Voraussetzungen knapp erfüllt. Die Krankheitsbilder der LWS entsprächen ab 1984 prinzipiell denen einer Erkrankung im Sinne einer BK 2108. Allerdings nähmen die degenerativen Veränderungen nicht von oben nach unten zu, sondern wiesen eher ein relativ buntes Verteilungsbild auf. So zeige zwar die Röntgenaufnahme der LWS von 1984 eine beginnende Chondrose L5/S1, die Röntgenaufnahmen vom Oktober 1996, ein Jahr nach Aufgabe der beruflich belastenden Tätigkeit, dagegen degenerative Veränderungen vornehmlich in der oberen LWS zwischen L2/3 und L3/4, was auch durch die Kernspintomographie vom November 1996, die einen sequestrierten BSV in Höhe L2/3 beschreibe, bestätigt werde. Insgesamt entspreche das Verteilungsmuster der degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS nicht den Kriterien, die in den Konsensempfehlungen gefordert würden. Nach diesen spreche eine Betonung der BS-Schäden an den unteren drei Segmenten eher für einen Ursachenzusammenhang. Vorliegend sei eine solche nicht erkennbar. Die stärksten Veränderungen in Form eines sequestrierten Prolaps fänden sich in Höhe L2/3. Auch die nahezu gleichartige Betroffenheit der HWS spreche eher gegen eine berufliche Verursachung der LWS-Veränderungen. Die nahezu zeitgleich beginnende Degeneration im Bereich der HWS und im Bereich der LWS spreche bei beruflich nicht belasteter HWS für einen schicksalsmäßigen Degenerationsprozess aus innerer Ursache. Ein solcher zeige sich auch an den großen Gelenken wie an dem linken Hüftgelenk und den Schultergelenken. Entgegen Prof. Dr. E. liege ein belastungskonformes Schadensbild nicht vor und sei ein Prolapsgeschehen im Bereich der HWS und eine Wurzelreizsymptomatik nachgewiesen, was ein Hinweis für ein

schicksalsbedingte WS-Erkrankung sei. Dr. H. habe die HWS-Veränderungen nicht hinreichend gewürdigt. Soweit er einen eigentlichen BSV im Bereich der LWS nicht für nachgewiesen erachtet, sei dies unzutreffend, da ein sequestrierter BSV in Höhe L2/3 nachgewiesen sei. Veränderungen im Bereich der oberen und nicht der beiden unteren Segmente der LWS sprächen auch gegen eine BK 2108.

Der Senat hat darauf nach [§ 109 SGG](#) ein weiteres Gutachten der Prof. Dr. E. vom 20. Januar 2009 mit orthopädischem Zusatzgutachten des Dr. B vom 09. Januar 2009 und neurologischem Gutachten des Dr. K. vom 14. Januar 2009 eingeholt.

Dr. B ist zum Ergebnis gelangt, an der HWS bestünden ein Zustand nach Versteifungsoperation und BS-Entfernung im Segment C5/6 und ein angeborener Blockwirbel C2/3. Im Bereich der LWS fänden sich Zeichen einer mehrsegmentalen BS-bedingten Erkrankung mit Betonung der unteren LWS in Form einer ausgeprägten Chondrose im Element L3/4, geringer L2/3 und L5/S1 mit spondylotischen, retrospondylotischen und spondylarthrotischen Veränderungen bei Zustand nach BS-Operation L4/5 im August 1997. Die Veränderungen seien 1995 noch relativ gering ausgebildet und ab 2002 deutlich progredient.

Dr. K. hat ausgeführt, es seien multiple Nervenwurzelschädigungen und eine segmentale Minderung der Berührungsempfindung im C6-Dermatom links sowie im L5-Dermatom links nachgewiesen, zusätzlich eine Abschwächung des rechten Achillessehnenreflexes entsprechend einer Wurzelschädigung in Höhe L5 bis S2. Die motorische und sensible Elektroneurographie der Beine habe einen Normalbefund ergeben. Sowohl sämtliche Vorbefunde als auch der aktuelle neurologische Befund seien nahezu identisch. Begründete Zweifel an der WS-Schädigung mit konsekutiver Alteration aus der HWS und der LWS austretender Nervenwurzeln bestünden nicht. Neurologisch schätze er die MdE auf 30 v.H. Die Frage des Einflusses der beruflichen Belastung auf die Entstehung der WS-Erkrankung sei Gegenstand der orthopädischen und arbeitsmedizinischen Gutachten.

Prof. Dr. E. hat auf die Rechtsprechung des BSG nach der letzten Berechnung der Beklagten gemäß dem MDD verwiesen. Danach seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2108 erfüllt. Die im Oktober 1995 aufgegebene Tätigkeit sei geeignet gewesen, eine BK 2108 hervorzurufen. Nach den vorliegenden Unterlagen hätten sich die drei unteren Segmente der LWS, L2/3, L3/4 und L4/5 seit Mitte der neunziger Jahre zunehmend krankhaft verändert, entweder im Sinne einer Osteochondrose oder eines Prolapses. Die letzte BS zwischen L5/S1 sei nur gering verändert. Sensibilitätsstörungen und Reflexausfälle, die auf eine Schädigung dieses letzten BS-Segments hindeuteten, könnten mit Narbenbildungen erklärt werden. Es handele sich um eine Konstellation B1 im Sinne der Konsensempfehlungen. Am stärksten beeinträchtigt sei das vorletzte Segment L4/5, da es hier zu einem Prolaps gekommen sei, der operativ habe behandelt werden müssen. Eine Begleitspondylose sei anzunehmen, da bereits auf einem konventionellen Röntgenbild aus dem Jahr 1995 spondylotische Randkantenauziehungen an nicht beeinträchtigten LWS-Segmenten zu finden gewesen seien. Das Krankheitsbild habe zwar im Segment L2/3 begonnen, in dem bereits im Jahr 1996 ein BSV diagnostiziert worden sei, doch habe dieser eine Tendenz zur Rückbildung gehabt. Am 13. August 1997 sei die BS zwischen L 4/5 "operativ angegangen worden". Da der Kläger eine Belastung gehabt habe, die geeignet sei, eine BS-bedingte Erkrankung der LWS hervorzurufen, und er eine BS-bedingte Erkrankung der LWS habe, die typisch sei für eine berufliche Belastung, halte sie es nach wie vor für wahrscheinlich, dass eine BK 2108 vorliege. Dass das Krankheitsbild an der oberen LWS begonnen habe, stehe einem Ursachenzusammenhang nicht entgegen. Es gebe keine empirischen Untersuchungen die zeigten, dass Schäden an der oberen LWS nicht berufsbedingt sein könnten. Dr. H. gehe von einer Konstellation C1 im Sinne der Konsenskriterien aus. Dies sei zu akzeptieren, allerdings sei es wegen der am schwersten wiegenden Erscheinung im Segment L4/5, die habe operiert werden müssen, richtiger, von einer Konstellation B 1 auszugehen. Dies sei jedoch irrelevant, da auch Dr. H. die Anerkennung der BK empfehle. Eine Scheuermann'sche Erkrankung sei nicht zu diagnostizieren und stehe nach den Konsensempfehlungen einer Anerkennung einer BK 2108 nicht entgegen. Prof. Dr. C. sei nicht zuzustimmen. Die Veränderungen der HWS seien durch Belastungen, die geeignet gewesen seien, die HWS zu schädigen, bedingt. Die MdE hat die Sachverständige - mit näherer Begründung - weiterhin auf 30 v.H. geschätzt.

Prof. Dr. C. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, nach dem Operationsbericht vom 13. August 1997 und dem darin beschriebenen Befund habe eine BS-bedingte Erkrankung im Segment L4/5 nicht vorgelegen sondern vielmehr eine spinale Enge, weswegen auch keine BS-Operation erfolgt sei, sondern eine operative Korrektur der relativen spinalen Enge. Irgendwelche zum jetzigen Zeitpunkt vorhandenen neurologischen Störungen der fünften Nervenwurzel seien deshalb nicht einer BS-bedingten Erkrankung zuzuordnen sondern einer relativen spinalen Enge. Die sensible Schädigung der L 5 Wurzel links lasse sich nicht auf eine BS-bedingte Erkrankung zurückführen, da eine solche Erkrankung in diesem Segment nicht vorgelegen habe und nicht vorliege. Ein BSV sei lediglich in Form eines sequestrierten Vorfalles im Segment L2/3 nachgewiesen. Dieser BS-Sequester sei jedoch bereits in der lumbalen Funktions-Myelographie sowie in dem daraus sich ergebenden Myelo-CT, welches bei der stationären Behandlung vom 05. bis 20. August 1997 durchgeführt worden sei, auch nicht mehr nachweisbar gewesen. Auch zuletzt seien klinisch-neurologisch weder motorisch noch sensibel irgendwelche Schäden objektivierbar und nachweisbar, die auf die BS-Höhe L2/3 zu beziehen wären. Prof. Dr. E. sei davon ausgegangen, dass es zu einer BS-Operation gekommen sei, bei der die BS zwischen L4/5 operativ angegangen worden sei. Diese Grundannahme sei falsch, weswegen ihr Argumentationsgebäude in sich zusammenfalle. Auch habe sie die Veränderungen der HWS nicht gewürdigt und in ihrer Wertigkeit gegenüber den Veränderungen im Bereich der LWS abgewogen. An seiner bisherigen Einschätzung halte er fest.

Die Beklagte trägt unter Vorlage von beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. F. und Dr. Sch. vom 26. Juni 2009 (auf Grund - näher dargelegter - Einzelaspekte sei ein ursächlicher Zusammenhang der bestehenden WS-Veränderungen mit den beruflichen Belastungen nicht herzustellen, es bestünden keine belastungskonformen Veränderungen der LWS, eine BS-bedingte Erkrankung, die im klinischen Bild nachzuweisen sei, sei nicht bewiesen, eine BK 2108 liege nicht vor, da andere krankhafte Veränderungen der WS nachgewiesen seien und Indizien für eine Belastungskonformität fehlten; unter Berücksichtigung aller Befunderhebungen liege nur eine geringe Funktionsstörung, wenn überhaupt, ohne bedeutsame neurologische Defizite vor, weswegen eine MdE um 30 v.H. nicht in Betracht komme und selbst die Empfehlung einer MdE um 20 v.H. problematisch anmute) vor, die krankhaften Veränderungen der LWS seien nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die beruflichen Belastungen des Klägers zurückzuführen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 17. Februar 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise den Rechtsstreit zu vertagen und ein weiteres Sachverständigengutachten von Amts wegen einzuholen und weiter hilfsweise ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) bei Prof. Dr. B.-A. einzuholen.

Er vertritt die Auffassung, bei ihm liege eine durch schweres Heben und Tragen von Lasten beruflich verursachte BS-bedingte Erkrankung der LWS vor, die eine MdE um 30 v.H. bedinge. Hierzu bezieht er sich im Wesentlichen auf das Gutachten der Prof. Dr. E. und das Gutachten des Dr. H ...

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung der Beklagten ist begründet.

Soweit das SG auf Antrag des Klägers die Beklagte verurteilt hat, diesem Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. zu gewähren, ist die Klage bereits unzulässig, da es an einer entsprechenden anfechtbaren Verwaltungsentscheidung fehlt. Mit dem angefochtenen Bescheid und dem Widerspruchsbescheid hat die Beklagte lediglich entschieden, dass eine BK 2108 nicht vorliegt. Ob ein Anspruch auf Verletztenrente besteht, wurde weder geprüft, noch gar entschieden.

Bei Vorliegen eines Versicherungsfalles im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung kommen Ansprüche auf unterschiedliche Leistungen, u.a. Verletzengeld, Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Heilbehandlung oder auch Rente in Betracht, für die unterschiedliche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen ist im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens zu prüfen und dann ist über die Gewährung entsprechender Leistungen durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Eine entsprechende Entscheidung bezüglich der Gewährung einer Verletztenrente ist vorliegend nicht ergangen. Die angefochtene Entscheidung der Beklagten enthält lediglich den Verfügungssatz, dass das Vorliegen einer BK 2108 nicht anerkannt wird. Soweit sich daraus auch die Konsequenz ergibt, dass die oben genannten Leistungen nicht gewährt werden, bedeutet dies nicht, dass dann auch eine zulässig anfechtbare Verwaltungsentscheidung bezüglich dieser Leistungen mit der bloßen Ablehnung der Anerkennung einer BK erfolgt ist. Gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) kann durch Klage die Aufhebung eines Verwaltungsaktes oder seine Abänderung sowie die Verurteilung zum Erlass eines abgelehnten oder unterlassenen Verwaltungsaktes begehrt werden. Soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, ist die Klage zulässig, wenn der Kläger behauptet durch den Verwaltungsakt oder durch die Ablehnung oder Unterlassung eines Verwaltungsaktes beschwert zu sein ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) kann mit der Klage die Verurteilung zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, auch dann begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte.

Diese Voraussetzungen sind bezüglich einer Verletztenrente nicht erfüllt. Bei der vom Kläger begehrten Verletztenrente handelt es sich um eine Leistung, die auf Grund eines Verwaltungsaktes zu erbringen ist. Damit ist die Klage, soweit der Kläger die Gewährung von Verletztenrente begehrt, schon unzulässig. Ob die Klage auf Gewährung von Verletztenrente zulässig ist, kann letztlich jedoch dahingestellt bleiben und ist nicht entscheidend, da ein Anspruch ohnehin nicht in Betracht kommt, weil beim Kläger die geltend gemachte BK nicht vorliegt.

Soweit der Kläger sinngemäß die Feststellung des Vorliegens einer BK 2108 begehrt, ist die Klage zulässig. Hierbei handelt es sich um eine kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) und [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#)), mit der die Feststellung der BK begehrt wird. Ein Versicherter, dem gegenüber ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch Verwaltungsakt entschieden hat, dass eine bestimmte BK nicht vorliegt, kann deren Vorliegen als Grundlage in Frage kommender Leistungsansprüche vorab im Wege einer Kombination von Anfechtungs- und Feststellungsklage klären lassen (BSG, Urteil vom 02. April 2009, [B 2 U 30/07 R](#) m.w.N. in juris).

Der erhobene Anspruch beurteilt sich noch nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung (RVO), weil die vom Kläger geltend gemachte BK spätestens im Oktober 1995, dem Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, und damit vor Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) am 01. Januar 1997 aufgetreten sein soll (Artikel 36 des Unfallversicherungs- Neuregelungsgesetzes [§ 212 SGB VII](#)).

Ein Arbeitsunfall im Sinne der §§ 547 ff RVO ist gemäß § 548 Abs. 1 Satz 1 RVO ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet. Als Arbeitsunfall gilt ferner eine BK (§ 551 Abs. 1 Satz 1 RVO). BKen sind Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet (§ 551 Abs. 1 Satz 2 RVO). Nach § 551 Abs. 1 Satz 3 RVO ist die Bundesregierung ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten zu bezeichnen, 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, wobei sie auch bestimmen kann, dass die Krankheiten nur dann BKen sind, wenn sie durch die Arbeit in bestimmten Unternehmen verursacht worden sind. Von dieser Ermächtigung hat der Verordnungsgeber mit Erlass der Anlage 1 zur BKV, die eine Liste der BKen enthält, Gebrauch gemacht.

Unter Berücksichtigung dessen ergeben sich bei einer in der Anlage 1 zur BKV aufgeführten Erkrankung (Listen-BK) in der Regel folgende tatbestandliche Voraussetzungen, die ggf. bei einzelnen Listen-BKen einer Modifikation bedürfen: Die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität), und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Die Tatbestandsmerkmale versicherte Tätigkeit, Verrichtung, Einwirkungen und Krankheit müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Für den nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhang genügt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht jedoch die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges (vgl. BSG, Urteile vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), und vom 27. Juni 2006, [B 2 U 20/04 R](#), [SozR 4-2700 § 9 Nr. 7](#) m.w.N.). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a.a.O.). Nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV stellen BS-bedingte Erkrankungen der LWS 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, eine BK dar.

Tatbestandliche Voraussetzung der BK 2108 ist zunächst, dass der Versicherte auf Grund einer versicherten Tätigkeit langjährig schwer gehoben und getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet hat. Durch die spezifischen, der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden besonderen Einwirkungen muss eine BS-bedingte Erkrankung der LWS entstanden sein oder noch bestehen. Zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen muss ferner ein sachlicher Zusammenhang und zwischen diesen Einwirkungen und der Erkrankung muss ein (wesentlicher) Ursachenzusammenhang bestehen. Ferner muss der Versicherte gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben und zu unterlassen. Als Folge dieses Zwanges muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein. Bei Fehlen einer dieser Voraussetzungen liegt eine BK 2108 nicht vor (vgl. BSG, Urteile vom 30. Oktober 2007, [B 2 U 4/06 R](#) und 18. November 2008 [B 2 U 14/07 R](#) sowie [B 2 U 14/08 R](#), jeweils in Juris).

Zur Ermittlung, ob die bei der beruflichen Tätigkeit aufgetretenen Belastungen geeignet sind, eine BS-bedingte Erkrankung der LWS hervorzurufen, wurde das MDD erarbeitet, das auch nach der neueren Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 18. November 2008, [B 2 U 14/08 R](#), in Juris) in den Grenzen seiner Thematik weiterhin eine geeignete Grundlage zur Konkretisierung der im Text der BK 2108 mit den unbestimmten Rechtsbegriffen "langjähriges" Heben und Tragen "schwerer" Lasten oder "langjährige" Tätigkeit in "extremer Rumpfbeugehaltung" nur richtungweisend umschriebenen Einwirkungen darstellt. Allerdings legt das MDD selbst für die Belastung durch Heben und Tragen keine Mindestwerte fest, die erreicht werden müssen, damit von einem erhöhten Risiko von BS-Schäden durch die berufliche Tätigkeit ausgegangen werden kann. Die auf Grund einer retrospektiven Belastungsermittlung für risikobehaftete Tätigkeitsfelder ermittelten Werte, insbesondere die Richtwerte für die Gesamtbelastungsdosis sind nicht als Grenzwerte, sondern als Orientierungswerte oder -vorschläge zu verstehen. Von diesem Verständnis geht auch das aktuelle Merkblatt des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur BK 2108 aus, das für eine zusammenfassende Bewertung der WS-Belastung auf das MDD verweist (BARbl 2006, Heft 10 Seite 30 ff). Die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK 2108 sind danach zwar erfüllt, wenn die Richtwerte im Einzelfall erreicht oder überschritten werden, doch schließt ein Unterschreiten dieser Richtwerte das Vorliegen der BK nicht von vorneherein aus (BSG, Urteil vom 31. Oktober 2007, [B 2 U 4/06 R](#), in Juris). Orientierungswerte sind andererseits keine unverbindlichen Größen, die beliebig unterschritten werden können. Ihre Funktion besteht in dem hier interessierenden Zusammenhang darin, zumindest die Größenordnung festzulegen, ab der die WS-belastende Tätigkeiten als potentiell gesundheitsschädlich einzustufen sind. Die Mindestbelastungswerte müssen naturgemäß niedriger angesetzt werden, weil sie ihrer Funktion als Ausschlusskriterium auch noch in besonders gelagerten Fällen, etwa beim Zusammenwirken des Hebens und Tragens mit anderen schädigenden Einwirkungen gerecht werden müssen. Bei einem Unterschreiten der Orientierungswerte in einem Ausmaß, dass das Gefährdungsniveau nicht annähernd erreicht wird, ist eine BK 2108 ohne weitere Feststellung zum Krankheitsbild und zum Ursachenzusammenhang zu verneinen. Das BSG hat insofern unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der "Deutschen Wirbelsäulenstudie" (DWS) das MDD weiter entwickelt und entschieden, dass es derzeit in seiner Funktion zur Konkretisierung der für eine BK 2108 notwendigen beruflichen Einwirkungen nicht durch ein anderes, gleichermaßen geeignetes Modell ersetzt werden kann. Allerdings ist es nach der Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, dahingehend zu modifizieren, dass die dem MDD zu Grunde liegende Mindestdruckkraft pro Arbeitsvorgang bei Männern mit dem Wert 2700 N pro Arbeitsvorgang anzusetzen ist, auf eine Mindestdosis nach dem Ergebnis der DWS zu verzichten ist, alle Hebe- und Tragebelastungen, die die Mindestbelastung um 2700 N bei Männern erreichen, entsprechend dem quadratischen Ansatz zu berechnen und aufzuaddieren sind und der untere Grenzwert, bei dessen Unterschreitung nach gegenwärtigem Wissenstand ein Kausalzusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und BS-bedingter Erkrankung der LWS ausgeschlossen ist, auf die Hälfte des im MDD vorgeschlagenen Orientierungswertes von 25 MNh, also auf 12,5 MNh herabzusetzen ist (vgl. BSG, Urteil vom 18. November 2008, [B 2 U 14/08 R](#), m.w.N. in juris).

Gemessen an den vorstehenden Kriterien hat der Kläger die Mindestbelastungsdosis, die medizinische Ermittlungen zum Krankheitsbild und zur Kausalität erforderlich machen, erreicht bzw. überschritten. Der Senat stellt hierzu fest, dass der Kläger im ehemaligen Jugoslawien von 1968 bis 1972 als Bauarbeiter sowie in Deutschland von Juni 1972 bis Juni 1973 und Juli 1973 bis April 1974 als Gipser, von Mai 1974 bis Oktober 1975 als Arbeiter in einer Maschinenfabrik, von Oktober 1975 bis Mai 1977 und Juni 1977 bis April 1979 als Gipser, danach bis Februar 1980 als LKW-Fahrer, von Februar 1980 bis April 1988 als Maurer und LKW-Fahrer bei der Firma B. sowie von April 1988 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 17. Oktober 1995 wiederum als Gipser bei der Firma K. arbeitete. Danach war er beruflich nicht mehr WS-belastend tätig. Unter Zugrundelegung dessen stellt der Senat weiter fest, dass auch nach sämtlichen Berechnungen des Dipl.-Ing. St., insbesondere der letzten Berechnung unter Zugrundelegung der Zeugenaussagen der Arbeitgeber K. und B., die eine Gesamtbelastungsdosis von 17 MNh ergab, der untere Grenzwert von 12,5 MNh bei weitem überschritten ist. Auf die Frage, ob sich der Wert von ca. 17 MNh unter Berücksichtigung der Modifikation des MDD, wie vom BSG im Urteil vom 18. November 2008 vorgegeben, weiter erhöht, kommt es deshalb nicht an.

Der Senat stellt ferner fest, dass eine Belastung der HWS im Sinne der BK 2109 (BS-bedingte Erkrankungen der HWS durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können) beim Kläger nicht vorgelegen hat. Bei beruflichen Belastungen, die BS-bedingte Erkrankungen der HWS verursachen oder verschlimmern können, steht fortgesetztes Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, einhergehend mit einer statischen Belastung der cervicalen Bewegungssegmente und außergewöhnlicher Zwangshaltung der HWS im Vordergrund, wobei derartige kombinierte Belastungen der HWS z.B. bei Fleischträgern beobachtet werden, die Tierhälften oder -viertel auf dem Kopf bzw. dem Schultergürtel tragen. Die nach vorn und seitwärts erzwungene Kopfbeugehaltung und das gleichzeitige maximale Anspannen der Nackenmuskulatur führen zu einer Hyperlordosierung und zu einer Verdrehung der HWS, Tätigkeiten mit vergleichbarem Belastungsprofil sind ebenfalls in Betracht zu ziehen (vgl. Merkblatt für die ärztliche Untersuchung zur BK 2109, BARbl 3/93 Seite 53). Schweres Heben und Tragen mit den oberen Extremitäten und - abgesehen von den vorbeschriebenen Belastungen - auch auf der Schulter belastet die HWS nicht. Dass der Kläger in wesentlichem Umfang entsprechenden Belastungen ausgesetzt war, kann der Senat den Aussagen der Arbeitgeber nicht entnehmen und wird auch von keinem der gehörten Sachverständigen angenommen. Deshalb steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger Belastungen entsprechend der BK 2109 nicht ausgesetzt war.

Nach dem Ergebnis der weiteren Prüfung durch den Senat liegen jedoch die medizinischen Voraussetzungen für die Feststellung einer BK 2108 nicht vor. Da - wie in der medizinischen Wissenschaft anerkannt - BS-Schäden und BSve insbesondere der unteren LWS in allen Altersgruppen, sozialen Schichten und Berufsgruppen, auch solchen, die im Arbeitsleben keiner schweren körperlichen Belastung ausgesetzt waren, vorkommen, reicht allein die Erfüllung der arbeitstechnischen Voraussetzungen im Sinne des MDD nicht aus, um die

Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen bestehenden Erkrankungen und beruflicher Tätigkeit zu begründen.

Der geltend gemachte Anspruch scheitert daran, dass eine Erkrankung der LWS im Sinne der BK 2108, die mit Wahrscheinlichkeit auf berufliche Einwirkungen zurückzuführen ist, nicht festgestellt werden kann. Der Senat hat keine Bedenken, hierbei die Konsensempfehlungen bei der Frage der haftungsausfüllenden Kausalität heranzuziehen und mit zu berücksichtigen.

Die Verursachung einer BS-Erkrankung der LWS ist vielgestaltig. Die unter dem Begriff BS-bedingte Erkrankungen subsumierten morphologischen und klinischen Krankheitsbilder stellen Zwischen- oder Endstadien des Alterungsprozesses der WS dar, von dem weite Teile der Bevölkerung in früherem oder höherem Alter und in unterschiedlicher Ausprägung grundsätzlich betroffen sind. Diese Degenerationsprozesse können nach allgemeiner medizinischer Erfahrung auch völlig unabhängig von äußeren Einwirkungen bzw. körperlichen Belastungen, rein schicksalhaft auf Grund konstitutioneller Faktoren in unterschiedlicher Ausprägung ablaufen. Andererseits gibt es kein hiervon abzugrenzendes belastungstypisches Krankheitsbild, sondern nur ein belastungskonformes WS-Schadensbild der BK, das beschrieben wird durch den Vergleich der Veränderungen zwischen Beschäftigten mit hoher WS-Belastung und der Normalbevölkerung hinsichtlich der Kriterien Lebensalter beim Auftreten der Schädigung, Ausprägung in einem bestimmten Alter, Verteilungsmuster der BS-Schäden an der LWS, Lokalisierungsunterschiede zwischen biomechanisch hoch und mäßig belasteten WS-Abschnitten der gleichen Person und Entwicklung einer Begleitspondylose. Zu fordern ist eine nachgewiesene BS-bedingte Erkrankung - wobei der bildgebend darstellbare BS-Schaden seiner Ausprägung nach altersuntypisch sein muss - und eine ausreichende berufliche Belastung bringt.

Zur Frage, was unter einer BS-bedingten Erkrankung der LWS zu verstehen ist, hat der Verordnungsgeber in der Begründung zur zweiten Änderungsverordnung, durch welche die BK 2108 in die BK - Liste aufgenommen worden ist (BR-Drucksache 773/92 S. 8), eingehende Ausführungen gemacht. Danach sind unter BS-bedingten Erkrankungen BS-Degeneration (Discose), Instabilität im Bewegungssegment, BSV (Prolaps), degenerative Veränderungen der WS-Abschlussplatten (Osteochondrose), knöcherne Ausziehungen an den vorderen seitlichen Randleisten der WK (Spondylose), degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke (Spondylarthrose) mit den durch derartige Befunde bedingten Beschwerden und Funktionseinschränkungen der WS zu verstehen. Erforderlich ist ein Krankheitsbild, das über einen längeren Zeitraum andauert, also chronisch oder zumindest chronisch wiederkehrend ist und das zu Funktionseinschränkungen führt, die eine Fortsetzung der beruflichen Tätigkeiten unmöglich machen. Es muss ein bestimmtes radiologisches Bild sowie ein damit korrelierendes klinisches Bild vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 31. Mai 2005, [B 2 U 12/04 R](#) in SozR 4-5671 Anlage 1 Nr. 2108 Nr. 2 m.w.N. und aktuelles Merkblatt zur BK 2108 BArl 10-2006, Seite 30 ff. sowie Konsensempfehlungen unter Punkt 1.3).

Der Senat stellt zunächst fest, dass beim Kläger eine BS-bedingte Erkrankung vorliegt. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus der Gesamtschau aller vorliegenden ärztlichen Äußerungen und Befunde, insbesondere aber auch aus den insofern übereinstimmenden Sachverständigengutachten des Dr. H. und des Prof. Dr. C. ... Unter Berücksichtigung der vorliegenden Berichte und ärztlichen Äußerungen liegen beim Kläger Veränderungen sowohl im Bereich der LWS als auch im Bereich der HWS vor. So hat Prof. Dr. C. eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS sowie sensible Nervenwurzelreizerscheinungen infolge einer angeborenen Blockwirbelbildung C2/3, eine Osteochondrose und eine Spondylose C4/5 und einen Zustand nach operativer Versteifung des Segmentes C5/6 wegen BSV festgestellt. Im Bereich der LWS haben sich eine Bewegungseinschränkung und Belastungsminderung sowie sensible Nervenwurzelreizerscheinungen der LWS nach interlaminärer Fensterung L4/5 mit röntgenologisch und kernspintomographisch nachgewiesenem BS-Prolaps L2/3, stattgehabten juvenilen Aufbaustörungen sämtlicher LWS-Segmente, Osteochondrose und Spondylose vornehmlich in den Segmenten L3/4 und L5/S1 gefunden. Ferner hat auch Prof. Dr. E. in ihrem Gutachten das Vorliegen einer BS-bedingten Erkrankung der LWS konstatiert.

Wie Prof. Dr. C. dargelegt hat, finden sich bereits im Jahr 1984 auf eine BS-bedingte Erkrankung hinweisende Befunde. Zum Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit im Oktober 1995 stand zunächst die Erkrankung der HWS im Vordergrund. Der Kläger war mit den Diagnosen HWS-Wurzelreizsyndrom C6 und Lumboschialgie links ab 17. Oktober 1995 arbeitsunfähig und hat in der Folge seine bis dahin zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit auch nicht mehr aufgenommen. Ein BSV im Bereich der HWS bei C5/6, die auch einen angeborenen Blockwirbel im Bereich C2/3 und eine Spondylose bei C4/5 aufwies, machte dann eine BS-Operation am 20. Dezember 1996 mit ventraler Discektomie C5/6, Entfernung des BSV und eine Fusion des Segments mit Titandübel erforderlich. Im Bereich der LWS hat der Orthopäde Großpitz am 02. März 1989 bereits über lumboschialgieforme Beschwerden rechts mit Ausstrahlung im Segment S1 und über unregelmäßig konfigurierte Grund- und Deckplatten in sämtlichen Segmenten mit spondylotischen Kantenreaktionen L4 und L5 und beginnender Verschmälerung des ZWR berichtet. Wegen Beschwerden im Bereich der LWS erfolgten ab 1995 weitere Untersuchungen der LWS, insbesondere auch Röntgenuntersuchungen. Wegen der einzelnen Befunde wird auf die in den Akten enthaltenen ärztlichen Berichte verwiesen. Eine Kernspintomographie vom November 1996 ergab eine Höhenminderung und einen BSV in Höhe L2/3 medial, nach kranial hochgeschlagen, und eine fortgeschrittene Osteochondrose L3/4 sowie osteochondrotische Protrusionen L3 bis S1. Wegen der Beschwerden im Bereich der LWS erfolgte schließlich am 13. August 1997 eine erweiterte interlaminäre Fensterung und Dekompression mit Rhizolyse der Wurzel L5 und eine Inspektion des ZWR in Höhe L4/5 von links ohne operativen Eingriff an der BS selbst. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Berichte und der weiteren ärztlichen Äußerungen hat der Senat somit keinen Zweifel, dass beim Kläger im Bereich der LWS eine BS-bedingte Erkrankung vorliegt, ebenso aber auch im Bereich der HWS.

Das Vorliegen einer BS-bedingten Erkrankung und die Verrichtung potentiell WS-schädigender Tätigkeiten - wie hier beim Kläger festzustellen - führt allerdings nicht dazu, dass die BS-bedingte Erkrankung des Klägers im Bereich der LWS als BK 2108 anzuerkennen wäre, weil diese Erkrankung nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf die beruflichen Belastungen zurückzuführen ist.

Nach den Konsensempfehlungen sind Grundvoraussetzungen für die Anerkennung eines Ursachenzusammenhanges eine nachgewiesene BS-bedingte Erkrankung, wobei der bildgebend darstellbare BS-Schaden seiner Ausprägung nach altersunüblich sein muss, sowie eine ausreichende berufliche Belastung, wobei diese eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der BS-bedingten Erkrankung aufweisen muss (z.B. ausreichende Exposition vor der Erkrankung, abnehmende Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs mit der Länge des Zeitraums zwischen Ende der Exposition und erstmaliger Diagnose der Erkrankung). Bei Erfüllung dieser Grundvoraussetzungen ist eine Abwägung nach folgenden Kriterien vorzunehmen: Eine Betonung der BS-Schäden an den unteren drei Segmenten der LWS spricht eher für einen Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Belastung. Ein gleichzeitiger Befall der HWS und/oder BWS kann je nach Fallkonstellation gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen. Für den Vergleich zwischen LWS und darüber gelegenen BS-Abschnitten sind dabei Chondrosen und Vorfälle maßgeblich. Nicht mit Chondrosen einhergehende Spondylosen der HWS und/oder BWS haben bei gleichzeitigem

Vorliegen einer altersuntypisch ausgeprägten Spondylose an der LWS keine negative Indizwirkung. Eine Aussparung der beiden unteren LWS-Segmente spricht eher gegen eine berufliche Verursachung. Über das Altersmaß hinausgehende Begleitspondylosen (Spondylosen in nicht von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segmenten sowie in von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segmenten, die nachgewiesenermaßen vor dem Eintritt der BS-bedingten Erkrankung i.S. einer Chondrose oder eines Vorfalles aufgetreten sind), die mindestens zwei Segmente betreffen, haben eine positive Indizwirkung. Eine vorliegende Begleitspondylose hat auch eine positive Indizwirkung, wenn zwar konkurrierende Ursachenfaktoren erkennbar sind, diese jedoch nicht eine überragende Qualität haben. Bei beruflichen Belastungen, bei denen sich die Gefährdung hauptsächlich aus wiederholten Spitzenbelastungen ergibt, hat das Fehlen einer Begleitspondylose keine negative Indizwirkung. Bei monosegmentaler Chondrose im Röntgenbild ohne Begleitspondylose sprechen Plausibilitätsüberlegungen bei fehlenden magnetresonanztomographischen Begleitbefunden in anderen Segmenten ("black disc") eher gegen das Vorliegen einer BK, wenn das 45. Lebensjahr überschritten ist.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien wurden typische Fallkonstellationen (aufgelistet mit den Buchstaben A, B, C, D und E, jeweils mit Untergruppen) zusammengestellt. Bei der Mehrzahl wurde ein Konsens erzielt, ob ein Ursachenzusammenhang wahrscheinlich ist oder nicht, bei einzelnen Konstellationen wurde ein Konsens nicht erzielt.

Unter Beachtung dieser Vorgaben ist Prof. Dr. C. für den Senat schlüssig und nachvollziehbar zum Ergebnis gelangt, dass ein Ursachenzusammenhang zwischen der beruflichen Belastung des Klägers und den bei ihm vorliegenden Erkrankungen der LWS nicht besteht. Wie Prof. Dr. C. dargelegt hat, spricht gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beruflichen Belastungen und der BS-bedingten Erkrankung der LWS das Verteilungsmuster der Veränderungen. Insbesondere wurde im Kernspintomogramm vom 4. November 1996 ein BSV lediglich im Segment L2/3 festgestellt, während sich in Höhe von L3 bis S1 osteochondrotische Protrusionen zeigten, welche in den Segmenten L4/L5 und L5/S1 in die Neuroforamina ausufernten. Im Kernspintomogramm vom 10. Juli 2007 stellte sich der Prolaps in Höhe L2/3 nur noch als breitbasige links betonte Protrusion mit Impression des Duralsackes dar, während die medialen Protrusionen von L3 bis S1 als minimal mit leichter Impression des Duralsackes ohne Wurzelkompressionseffekt beschrieben wurden. Die vor der Operation vom 13. August 1997 durchgeführte lumbale Funktionsmyelographie und das Myelo-CT bestätigten eine funktionell sich deutlich verstärkende BS-Protrusion in Höhe L4/5 und einen funktionell engen Spinalkanal, was sich auch in den Segmenten L 2/3 und L3/4 zeigte, zugleich wurden aber knöcherne Foraminalstenosen bei L5/S1 beschrieben, welche die Irritationen der L5-Wurzeltaschen beidseits erklären könnten. Nach dem Operationsbericht vom 13. August 1997 wurde vor dem Hintergrund dieser Befunde und entgegen Prof. Dr. E. bei dem Eingriff nicht die BS im Segment L4/5 "operativ angegangen", vielmehr wurde intraoperativ in diesem Segment ein sehr hoher Zwischenwirbelraum ohne wesentliche Degeneration festgestellt, weshalb auf eine Ausräumung der BS verzichtet wurde. Prof. Dr. C. hat daher überzeugend eine BS-bedingte Erkrankung in diesem Segment verneint, weshalb am 13. August 1997 auch keine BS-Operation durchgeführt wurde, sondern eine operative Korrektur der spinalen Enge versucht wurde. Damit in Übereinstimmung hat auch der die Beklagte beratende Arzt Dr. Sch. eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Zeitpunkt des invasiven Vorgehens in diesem Bereich verneint und die nach der Operation fortbestehenden Beschwerden auf spondylarthrotische Veränderungen in den beiden unteren Bewegungssegmenten L4/5 und L5/S1 infolge der schon 1984 dokumentierten anatomischen Anomalie am lumbosakralen Übergang zurückgeführt. Insgesamt entspricht das so dokumentierte Verteilungsmuster der degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS nicht den Kriterien, die einen Ursachenzusammenhang nach den Konsensempfehlungen ergeben. Eine Betonung der unteren drei Segmente, also L3 bis S1, ist - so Prof. Dr. C. überzeugend - nicht erkennbar. Die stärksten Veränderungen fanden sich in Form eines sequestrierten Prolapses in Höhe L2/3. Bei der Operation vom August 1997 wurde - wie bereits dargelegt - eine knöcherne Enge operativ angegangen, nicht aber die BS L4/5. Die Verteilung der Veränderungen und die erhobenen klinischen Befunde sprechen somit eher gegen einen ursächlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit als für einen solchen.

Gegen den Ursachenzusammenhang spricht auch die nahezu gleichartige und gleichzeitige Betroffenheit der HWS, die den besonderen beruflichen Belastungen, wie sie für die Anerkennung einer BK zu fordern sind, gerade nicht ausgesetzt war. So wurde im Bereich der HWS schon im Oktober 1995 computertomografisch ein BSV in Höhe C5/6 festgestellt und am 20. Dezember 1996 operativ angegangen. Dieser BSV lässt sich auch nicht allein mit einem angeborenen Blockwirbel im Bereich C2/3 erklären, weil es nicht plausibel ist, dass die dadurch hervorgerufene Fehlstatik die Segmente C3/4 und C4/5 überspringt und sich im Segment C5/6 manifestiert, welches auch bei einer beruflich nicht belasteten Normalpopulation das Segment ist, welches am ehesten und am wahrscheinlichsten einer Spontan degeneration unterliegt. Vielmehr spricht dies für eine BS-Degeneration aus innerer Ursache, wie Prof. Dr. C. schlüssig und nachvollziehbar dargelegt hat. Damit liegt im Bereich der HWS eine BS-bedingte Erkrankung vor, die in ihrer Wertigkeit mindestens dasselbe Ausmaß erreicht, wie die BS-bedingte Erkrankung der LWS. Hinzu kommt, dass die Erkrankungen im Bereich der HWS und LWS nahezu zeitgleich aufgetreten sind, so dass sehr vieles für eine schicksalsmäßige und innere Ursache der degenerativen Veränderungen spricht. Darüber hinaus weist der Kläger auch degenerative Veränderungen im Bereich der Hüftgelenke und Schultergelenke auf, die inzwischen im Jahr 2002 auch ein Hüftgelenkoperation erforderlich gemacht haben. Auch dies spricht für einen degenerativen Prozess aus innerer Ursache. Schließlich ist festzustellen, dass die 1995 noch gering ausgeprägten chondrotischen Veränderungen (Chondrograd I bei L 3/4 und bei L5/S1 und keine Chondrose bei L1/2, L2/3 und L4/5) nach den Ausführungen des Dr. B im Jahr 2002, also rund sieben Jahre nach Aufgabe der beruflich belastenden Tätigkeit wesentlich fortgeschritten sind (Chondrograd II bei L 2/3 und III bei L3/4), was ebenfalls für eine degenerative Erkrankung aus innerer Ursache spricht. Damit kann es dahingestellt bleiben, ob eine juvenile Aufbaustörung und ein Morbus Scheuermann als konkurrierender Faktor hier mit zu berücksichtigen sind, was auch unter Berücksichtigung der Konsensempfehlungen fraglich erscheint, selbst wenn eine entsprechende Erkrankung als nachgewiesen anzusehen sein sollte. Damit steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die BS-bedingten Veränderungen des Klägers im Bereich der LWS nicht mit Wahrscheinlichkeit auf berufliche Einwirkungen zurückzuführen sind.

Soweit Prof. Dr. E. einen Ursachenzusammenhang bejaht und das Vorliegen der Konstellation B1 im Sinne der Konsensempfehlungen annimmt, überzeugt dies nicht. Voraussetzung für eine Konstellation der Gruppe B ist zunächst das Vorliegen einer BS-bedingten Erkrankung im Bereich L5/S1 und/oder L4/L5 und eine Chondrose Grad II oder höher und/oder ein BSV. Für die Konstellation B1 ist dann weiter erforderlich, dass keine konkurrierenden Ursachen vorliegen und eine Begleitspondylose im oben genannten Sinne feststellbar ist. Bei Vorliegen aller dieser Kriterien ist nach den Konsensempfehlungen ein Ursachenzusammenhang wahrscheinlich. Hier ergibt sich bereits, dass in den beiden unteren Segmenten der LWS weder eine Chondrose Grad II, noch ein BSV feststellbar ist. Entgegen der Behauptung von Prof. Dr. E. fand sich im Bereich L4/5 kein Prolaps und wurde am 13. August 1997 die BS dieses Segmentes auch nicht operiert. Dies ergibt sich - wie bereits dargelegt - aus dem Operationsbericht. Ferner hat die Auswertung der Röntgenaufnahmen aus den Jahren 1995 und 2002 durch Dr. B ergeben, dass im Bereich L5/S1 - wenn überhaupt - allenfalls eine Chondrose Grad I und im Segment L4/5 keine Chondrose

vorgelegen hat. Chondrotische Veränderungen haben 1995 im Übrigen lediglich im Segment L3/4 mit Grad I vorgelegen sowie im Jahr 2002 im Segment L2/3 mit Grad II und im Segment L3/4 mit Grad III. Dies zeigt, dass die Veränderungen in den oberen Segmenten wesentlich stärker ausgeprägt sind und insbesondere bis 2002 - also etwa sieben Jahre nach Beendigung der beruflichen Belastungen - eine erhebliche Verstärkung erfahren haben. Angesichts dessen vermag der Senat einen Ursachenzusammenhang, wie von Prof. Dr. E. angenommen, nicht mit Wahrscheinlichkeit festzustellen. Soweit Prof. Dr. E. zur weiteren Begründung ihrer Einschätzung anführt, eine Begleitspondylose sei anzunehmen und die Belastungen seien geeignet gewesen, eine berufsbedingte Erkrankung, wie sie beim Kläger typisch vorliege, zu verursachen, ist dies für den Senat weder ausreichend noch überzeugend. Ihre Auffassung Stützendes ergibt sich weder aus dem Zusatzgutachten des Dr. B. noch aus dem des Dr. K., die sich einer Kausalitätsbeurteilung enthalten (Dr. B.) bzw. auf zu erstellende arbeitsmedizinische und orthopädische Gutachten (Dr. K.) verwiesen haben. Soweit Prof. Dr. E. auch eine Konstellation C1, wie von Dr. H. angenommen, als "durchaus zu akzeptieren" erachtet, es jedoch für "richtiger" hält, von der Konstellation B1 zu sprechen, weil die am schwersten wiegenden Erscheinungen im Segment L4/5 mit einem Prolaps und einer erforderlichen BS-Operation aufgetreten seien, überzeugt dies nicht, weil - wie oben dargelegt - ein Prolaps im Segment L4/5 nicht aufgetreten und eine BS-Operation hier nicht erfolgt ist.

Soweit Dr. H. einen Ursachenzusammenhang mit dem Vorliegen einer Konstellation C1 begründet, überzeugt dies den Senat nicht. Konstellationen mit dem Buchstaben C beinhalten eine BS-bedingte Erkrankung nicht der beiden unteren LWS-Segmente und eine Chondrose Grad II oder höher und/oder einen Vorfall. Für die Konstellation C1 ist dann erforderlich, dass konkurrierende Ursachen nicht erkennbar sind und eine Begleitspondylose vorliegt, damit ein Zusammenhang als wahrscheinlich angesehen wird. Allerdings ist nach Konstellation C4 bei einer Konstellation wie C1 und einem BS-Schaden an der HWS, der gleich ausgeprägt ist wie Schäden an der LWS, wenn der BS-Schaden an der HWS mit einer klinischen Erkrankung einhergeht, ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich bzw. besteht ohne eine solche kein Konsens. Dr. H. hat insofern den BS-Schaden der HWS, der schon 1996 eine BS-Operation erforderlich machte und im Vergleich zu den BS-bedingten Veränderungen der LWS zumindest gleichwertig ist, nicht ausreichend berücksichtigt und gewürdigt, so dass sein Gutachten den Senat nicht zu überzeugen vermochte.

Da somit unter Berücksichtigung aller Argumente und Befunde zur Überzeugung des Senats nicht mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang der BS-bedingten Erkrankung des Klägers im Bereich der LWS mit beruflichen Belastungen im Sinne der BK 2108 spricht, besteht kein Anspruch auf Anerkennung dieser BK und im Übrigen auch nicht auf Gewährung einer Verletztenrente.

Der Senat hebt deshalb das angefochtene Urteil auf und weist die Klage ab.

Dem hilfsweise gestellten Antrag auf Vertagung des Termins zur mündlichen Verhandlung und Einholung eines weiteren Gutachtens von Amts wegen bzw. eines Gutachtens auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) von Prof. Dr. B.-A. hat der Senat nicht stattgegeben. Durch die von Amts wegen eingeholten Gutachten von Dr. H. und Prof. Dr. C. ist der medizinische Sachverhalt geklärt worden. Den Anträgen des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) auf Anhörung von Prof. Dr. E. ist in beiden Instanzen stattgegeben worden, wobei in diesem Rahmen ein radiologisches, ein orthopädisches und ein neurologisches Zusatzgutachten erstattet worden sind. Damit ist das Antragsrecht verbraucht (vgl. hierzu Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage, § 109, Rdnr. 10b), denn besondere Umstände, die es rechtfertigen würden, Prof. Dr. B.-A. mit einer weiteren Begutachtung gemäß [§ 109 SGG](#) zu beauftragen, sind nicht dargetan worden, zumal dieser Arzt ebenso wie Prof. Dr. E. auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin tätig ist.

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

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-03-04