

## L 8 U 4745/08

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 U 2562/03  
Datum  
25.07.2008  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 U 4745/08  
Datum  
19.11.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. Juli 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob beim Kläger eine als Berufskrankheit (BK) anzuerkennende bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vorliegt.

Der am 1942 geborene Kläger erlernte nach der Schulentlassung im Jahre 1955 von 1956 bis 1959 den Beruf des Maurers und arbeitete bis 1967 in diesem Beruf. Von 1968 bis 1969 absolvierte er eine Ausbildung zum Fliesenleger (mit Abschluss); diese Tätigkeit übte er bis 1992 aus. Seit Mai 1993 bezog er Rente wegen Berufsunfähigkeit und seit 1996 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Als Funktionsstörungen nach dem Schwerbehindertenrecht sind bei ihm seit Juli 1993 u. a. Wirbelsäulenveränderungen mit HWS- und LWS-Syndrom anerkannt.

Mit Bescheid vom 15.10.1997 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten - ab. Die von ihm zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhobene Klage (S 11 U 1882/98) wurde mit Urteil vom 29.06.2000 abgewiesen. Auf die Berufung (L 7 U 3759/00) des Klägers änderte das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) mit Urteil vom 13.02.2003 die angegriffenen Bescheide und das Urteil des Sozialgerichts ab und stellte fest, dass der Zustand nach Innenmeniskusentfernung links, für die es eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 v. H. annahm, Folge einer BK der Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV ist. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

Während des Berufungsverfahrens hatte Dr. Hi., der behandelnde Orthopäde des Klägers, mit Schreiben vom 26.09.2002 der Beklagten mitgeteilt, dass beim Kläger deutliche Lendenwirbelsäulenveränderungen vorlägen. Röntgenologisch habe ein fortgeschrittener Verschleißschaden nachgewiesen werden können und kernspintomographisch seien multiple Protrusionen sichtbar. Der Kläger sei der Ansicht, dass die Schädigung der Wirbelsäule durch die langjährige berufliche Belastung als Fliesenleger zustande gekommen sei und strebe die Anerkennung als BK an. In der Arbeits- und Krankheitsanamnese gab der Kläger u. a. an, Rückenbeschwerden hätten sich bei ihm im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit als Fliesenleger erstmals 1980 bemerkbar gemacht. Die Beschwerden seien im Bereich des Halses bis zum Steißbein aufgetreten. Der Kläger legte die Berichte des Radiologischen Zentrums W. vom 08.01.2002 bzw. 13.09.2002 über die MRT der Halswirbelsäule und die MRT der Lendenwirbelsäule vor und machte Angaben zur beruflichen Belastung der Wirbelsäule. Die Beklagte zog medizinische Unterlagen, insbesondere die vom LSG im Rechtsstreit L 7 U 3759/00 eingeholten fachärztlichen Gutachten der Orthopäden Dr. T. vom 19.03.2001 und Waibel vom 15.04.2002, sowie die Kurentlassungsberichte von 1989, 1991, 1993 und 1995 und aus ihrer das BK-Verfahren nach Nr. 2102 der Anlage 1 zu BKV betreffenden Akte bei. Es holte zudem Auskünfte von den behandelnden Ärzten des Klägers (Orthopäde Dr. A., Facharzt für Neurochirurgie Dr. P. und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. J.) ein. Ferner befragte die Beklagte den früheren Arbeitgeber des Klägers, das Steinwerk F in M ... Dieser machte Angaben zum Beschäftigungsverlauf, zur Art der Tätigkeit und der damit verbundenen Belastungen. Die Frage, ob der Kläger über Wirbelsäulenbeschwerden geklagt habe, bejahte der Arbeitgeber.

Die Beklagte zog ferner die bei der LVA Baden-Württemberg vorhandenen ärztlichen Unterlagen bei. Im internistischen Gutachten von Dr. L. vom 11.02.1997 wurden beim Kläger Aufbraucherscheinungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit gehäuften Lumboischialgien diagnostiziert. Im Untersuchungsbericht des behandelnden Orthopäden Dr. V. vom 17.01.1992 wurde eine Lumboischialgie, eine

Nervenzurzelreizung L5/S1 und eine Blockierung L5 diagnostiziert. Der Röntgenbefund der Lendenwirbelsäule hatte eine mäßige Spondylose bei sonst altersentsprechend unauffälligem Befund ergeben. Im fachärztlichen Attest vom 19.03.1992 diagnostizierte Dr. V. insoweit eine Lumboischialgie bei mäßiger Degeneration der Lendenwirbelsäule.

In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 21.02.2003 gelangte Dr. F. zu der Beurteilung, nach den Kriterien des Mainz-Dortmunder-Dosismodells (MDD) erfülle der Kläger, der seit Juli 1967 als Fliesenleger tätig gewesen sei, nicht die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2102, da Lasten nicht in der gebotenen Häufigkeit und Nachhaltigkeit gehoben und getragen werden müssen um die arbeitstechnischen Voraussetzungen im Sinne des Modells zu befürworten. Unter Berücksichtigung der radiologischen Befunde, insbesondere der Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule vom Januar 1996 und August 2002 sowie der MRT-Aufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 12.09.2002 verneinte Dr. F. auch ein der BK 2108 entsprechendes Krankheitsbild. Es lägen altersvoraussetzende, als Systemschaden imponierende degenerative Veränderungen der gesamten Wirbelsäule und kein belastungskonformes Schadensbild mit lokalisierbaren, mit möglichen Berufseinwirkungen korrespondierenden Schadensschwerpunkten, sondern ein diffuser Systemschaden der gesamten Wirbelsäule vor. Prof. Th., staatlicher Gewerbearzt beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, schlug in seiner gewerbeärztlichen Feststellung vom 14.03.2003 eine BK nach Nr. 2108 der BKVO nicht zur Anerkennung vor. Die haftungsbegründende Kausalität habe nicht wahrscheinlich gemacht werden können. Den fachärztlichen Ausführungen von Dr. F. werde gewerbeärztlicherseits aufgrund der Arbeitsanamnese und Befundkonstellation im Zeitverlauf zugestimmt. Mit Bescheid vom 14.05.2003 lehnte die Beklagte die Anerkennung der Wirbelsäulenbeschwerden des Klägers als BK nach Nr. 2108 (Lendenwirbelsäule) und Nr. 2109 (Halswirbelsäule) der BKV ab. Die Voraussetzungen für einen rechtlich wesentlichen Ursachenzusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit des Klägers und der Entstehung oder der Verschlimmerung seiner Wirbelsäulenbeschwerden sei insbesondere wegen fehlendem belastungskonformem Schaden - das anspruchsbegründende Krankheitsbild einer primär bandscheibenbedingten Erkrankung mit einem eindeutigen neurologischen Befund, der auf eine Wurzelschädigung hindeute, bestehe nicht - und dem bei ihm bestehenden Stoffwechselleiden zu verneinen.

Dagegen legte der Kläger am 20.05.2003 Widerspruch ein, mit dem er seine Lendenwirbelsäulenerkrankung als BK nach Nr. 2108 der BKV mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 10 v. H. geltend machte. Die Auffassung der Beklagten, sein Wirbelsäulenleiden beruhe auf degenerativen Veränderungen, könne er nicht nachvollziehen. Wegen der als BK nach Nr. 2102 der BKV mit einer MdE von 10 v. H. anerkannten Meniskuserkrankung habe er nicht im Knien arbeiten können, sondern sei gezwungen gewesen, in ständiger Rumpfbeuge von mindestens 90° die Arbeiten als Fliesenleger zu verrichten. Dies habe zur ständigen Belastung über eine Arbeitsschicht hinaus geführt. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen seien daher nicht hinreichend überprüft worden. Daraus folge auch, dass der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. F. und der gewerbeärztlichen Stellungnahme von Prof. Th. nicht gefolgt werden könne. Mit Widerspruchsbescheid vom 22.08.2003 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Zur Begründung führte sie aus, ob aufgrund der jetzt geschilderten Arbeitsweise die arbeitstechnischen Voraussetzungen für eine BK der Nr. 2108 erfüllt seien, könne dahingestellt bleiben, da unabhängig davon eine BK an der Lendenwirbelsäule aus medizinischen Gründen nicht vorliege. Eine primär bandscheibenbedingte Erkrankung - wie erforderlich - bestehe nach den im Verwaltungsverfahren eingeholten Befunden nicht. Verändert seien lediglich die beiden untersten Segmente der Lendenwirbelsäule, was aber keinem belastungskonformen Schadensbild entspreche. Hierfür wären eine altersvoraussetzende Osteochondrose, bevorzugt in den unteren Etagen der Lendenwirbelsäule und eine altersvoraussetzende Spondylose, bevorzugt in den oberen Etagen der Lendenwirbelsäule und der unteren Brustwirbelsäule erforderlich. Nicht zuletzt leide der Kläger auch an einem metabolischen Syndrom.

Am 10.09.2003 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG), mit der er (nur) eine BK nach Nr. 2108 der BKV mit einer MdE von mindestens 10 v. H. geltend machte. Er betonte, dass er gerade wegen der Kniegelenkserkrankungen nicht in der Lage gewesen sei, die Fliesenlegertätigkeiten in knieender Haltung auszuführen. Er sei vielmehr gezwungen gewesen, ständig in extremer Rumpfbeuge seine Tätigkeit zu verrichten. Bei dieser Tätigkeit habe er grundsätzlich mehrere Lasten zu heben und zu tragen gehabt. Weiter hätte er die Fliesenlegertätigkeiten in extremer Rumpfbeuge vornehmen müssen, was zu einer extremen Lendenwirbelsäulenbelastung geführt habe. Der Kläger legte das ärztliche Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. Ha. vom 16.10.2003 vor, wonach sich der Kläger seit 1990 in seiner hausärztlichen und chirotherapeutischen Behandlung befinde. Er sei in dieser Zeit häufig wegen belastungsabhängigen Lumboischialgien behandelt worden. Als Hinweis auf die berufsbedingte Genese habe sich regelmäßig ein brettharter Muskeltonus der paravertebralen Muskulatur gefunden. Infolge der Schwere und Häufigkeit der Rezidive sei sowohl die Spondylarthrose der gesamten Lendenwirbelsäule als auch der Prolaps L4/L5 als berufsbedingte Erkrankungen aufzufassen. Ferner brachte der Kläger vor, auch sein behandelnder Orthopäde Dr. Hi. habe ihm deutlich zu verstehen gegeben, dass die bei ihm bestehenden Wirbelsäulenerkrankungen ursächlich mit seiner Berufstätigkeit im Zusammenhang stünden. Außerdem legte der Kläger die schriftlichen Erklärungen von I. F. von der Firma Steinwerk F GmbH & Co. sowie seines früheren Arbeitskollegen H. W. vom 09.07.2004 vor, wonach der Kläger seit seiner Meniskuserkrankung im Jahr 1985 nur noch zu 30 % kniend und zu ca. 70 % in Rumpfbeugehaltung gearbeitet habe. Zudem übersandte der Kläger die schriftliche Erklärung des Steinwerks F vom 21.12.2004, die Untersuchungsberichte des Orthopäden Dr. Kl. (Praxis Dr. Hi. u. a.) vom 09.03.2001 und 15.08.2002 sowie die von ihm am 12.01.2005 und 29.06.2005 verfassten Schilderungen, insbesondere zu Art und Ausmaß der von ihm verrichteten wirbelsäulenbelastenden Arbeiten. Schließlich legte der Kläger noch den Bericht der Orthopädischen Universitätsklinik H. vom 31.01.2008 über seine wegen der Diagnose Bandscheibenprolaps L4/5 mit Neurokompression L5/S1 erfolgte stationäre Behandlung einschließlich entsprechender Operation (28.01. bis 31.01.2008) vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Feststellung des Lendenwirbelsäulenleidens des Klägers als BK nach Nr. 2108 der BKV lägen nicht vor. Die aufgrund des von Dipl.-Ing. St. - Beratender Ingenieur für Berufskrankheiten/Prävention - mit dem Kläger über seine berufliche Tätigkeiten geführten Gesprächs (Protokoll vom 16.12.2003) und unter Berücksichtigung der Angaben der Arbeitskollegen O. S., K. W. und I. F. unter Anwendung des MDD ermittelte Lendenwirbelsäulenbelastung des Klägers während seiner Tätigkeiten vom August 1969 bis zu seiner Berentung habe nach der Beurteilung von Dipl.-Ing. St. vom 03.06.2004 den zur Zeit gültigen Richtwert für die Lebensarbeitszeitdosis von 5.500 Nh (mit nur 4659 Nh) deutlich unterschritten. Ferner legte sie die ergänzende Äußerung von Dipl.-Ing. St. vom 08.11.2004 vor, nach der nicht nachvollziehbar sei, wie es zu den nun anders lautenden Angaben der von ihm befragten Zeugen W. und F. gekommen sei. Die ersten Angaben würden durch die Akten aus dem bereits abgeschlossenen Feststellungsverfahren zur BK nach Nr. 2102 der BKV bestätigt. Die Beklagte legte Kopien der entsprechenden Aktenseiten vor. Ferner sei nach wie vor davon auszugehen, dass beim Kläger keine bandscheibenbedingte Lendenwirbelsäulenerkrankung vorliege. Eine andere Beurteilung ergebe sich auch nicht aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30.10.2007 ([B 2 U 4/06 R](#)). Der Kläger sei bis 1967 als Maurer und Betonbauer beschäftigt gewesen und habe bis zu diesem Zeitpunkt die nach dem MDD relevanten Tagesdosen erreicht. In der anschließenden Tätigkeit als Fliesenleger seien keine für die kumulative Lebensarbeitsdosis relevanten

Tagesdosen mehr erreicht worden. Auch im Lichte der genannten Entscheidung des BSG sei für die Belastungsberechnung das Jahr 1967 maßgeblich.

Das SG holte von Dr. T. im Anschluss an das von ihm für das LSG im Berufungsverfahren L 7 U 3759/00 am 19.03.2001 erstattete fachärztliche Gutachten eine gutachtliche Stellungnahme ein. Der Sachverständige stimmte am 07.12.2004 der Stellungnahme von Dr. F. zu und führte aus, aufgrund der von ihm im Jahr 2001 erhobenen Befunde sei nicht von einer bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankung im Bereich der Rumpfwirbelsäule auszugehen. Vordergründig bestünden die degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelgelenke. Die computertomographisch nachgewiesene Bandscheibenprotrusion in Höhe L4/5 sei bei fehlenden neurologischen Ausfallserscheinungen nicht als Hinweis auf eine bandscheibenbedingte Wirbelsäulenerkrankung zu werten, da anhand großer Reihenuntersuchungen festgestellt worden sei, dass auch bei klinisch gesunden Patienten in einem hohen Umfang von bis zu 30 bis 40 % Bandscheibenprolaps- und -protrusionsbildungen ohne Krankheitswert vorlägen. Insgesamt liege keine bandscheibenbedingte Hals- oder Lendenwirbelsäulenerkrankung vor.

Zur weiteren Klärung des medizinischen Sachverhalts holte das SG von Prof. Dr. C. , Stiftung Orthopädische Universitätsklinik H. , ein fachorthopädisches Gutachten ein. Nach ambulanter Untersuchung des Klägers gelangte der Sachverständige in seinem Gutachten vom 20.04.2005 zu der Beurteilung, nach den röntgenologischen und kernspintomographischen Befunden bestünden beim Kläger im Bereich der Lendenwirbelsäule mäßiggradige degenerative Veränderungen, die die altersgemäße Norm nicht überschritten mit Bandscheibenvorwölbungen im Bereich der letzten beiden Bandscheibensegmente. Der Vergleich der Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule, die zwischen 1990 und 2002 angefertigt worden seien, zeige, dass weder belastungsadaptive Veränderungen noch ein hieraus resultierendes belastungskonformes Schadensbild vorliegen. Die Höhe der Bandscheiben zeige vielmehr 1990 einen altersentsprechenden Normalbefund, der sich auch in den folgenden zwölf Jahren nicht geändert habe. Auch auf den Aufnahmen vom 15.08.2002, also im Alter von 60 Jahren, seien die Bandscheibenräume in ihrer Höhe noch vollständig erhalten. Die Entwicklung einer Strukturverdichtung an Grund- und Deckplatten sei auf den Aufnahmen von 1990 ebenso wenig erkennbar wie eine wesentliche, die altersgemäße normüberschreitende Entwicklung von knöchernen Randwülsten an den Grund- und Deckplatten. Auch dieser Befund sei bis 2002 nicht wesentlich vorangeschritten, so dass unter nativ-radiologischen Gesichtspunkten die degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule keinesfalls als dem Alter vorausseilend zu bezeichnen seien, eher würde man diesen Befund als altersunterdurchschnittlich werten. Schließlich beauftragte das SG am 21.02.2008 noch Dr. W. von der Orthopädischen Universitätsklinik H. , der den Kläger am 29.01.2008 wegen eines Bandscheibenprolapses mit Neurokompression operiert hatte, mit einer gutachtlichen Stellungnahme zur Frage einer bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankung.

Mit Urteil vom 25.07.2008 wies das SG die Klage ab. Gestützt auf die Beurteilungen der Sachverständigen Dr. T. und Prof. C. gelangte es zu dem Ergebnis, dass beim Kläger keine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule und damit keine BK nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vorliege. Ob darüber hinaus die arbeitstechnischen Voraussetzungen vorlägen, brauche deshalb nicht weiter aufgeklärt zu werden.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 16.09.2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.10.2008 Berufung eingelegt, mit der er an seinem Ziel festhält. Er betont, dass er über Jahrzehnte massiv wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten verrichtet und aufgrund dessen Bandscheibenschäden davongetragen habe, die jedenfalls eine MdE von 10 v. H. - als Stützrententatbestand - bedingten. Soweit das SG zu der Auffassung gelangt sei, bei ihm liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule nicht vor, sei dies für ihn nach wie vor unverständlich. Die Beurteilung des Sachverständigen Prof. C. , dass weder belastungsadaptive Veränderungen noch ein hieraus resultierendes belastungskonformes Schadensbild vorliege, die Höhe der Bandscheiben vielmehr 1990 einen altersentsprechenden Normalbefund gezeigt und dieser sich auch in den folgenden 12 Jahre nicht geändert habe, beruhe ersichtlich nicht auf Messungen zur Höhe der Zwischenwirbelräume, um die Chondrose (Höhenminderung einer Bandscheibe) der Lendenwirbelsäule bewerten zu können. Dies wäre aber zu einer adäquaten Beurteilung erforderlich gewesen. In den sogenannten Konsensempfehlungen werde etwa für die sogenannte Konstellation B 2 bei - konkret zu messender und dann zu berechnender - Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben ein erfahrungsbedingter Zusammenhang als wahrscheinlich angesehen, wenn - wie hier - wesentlich konkurrierende Ursachenfaktoren nicht erkennbar seien und eine Begleitspondylose nicht bestehe. Nicht nachvollziehbar sei für ihn auch, dass er lediglich während seiner Beschäftigung als Maurer von 1956 bis 1967, nicht aber während seiner anschließenden fast 25-jährigen Beschäftigung als Fliesenleger einer genügend belastenden Tätigkeit ausgesetzt gewesen sein solle. Insoweit verweist er auf seine erstinstanzlichen Ausführungen, wonach er als Fliesenleger nicht nur schwere Lasten zu heben und tragen gehabt habe, sondern überwiegend - und jedenfalls ungleich mehr als während des erforderlichen Drittels der täglichen Arbeitsschicht - in extremer Rumpfbeugehaltung habe arbeiten müssen. Nach dem im Bericht des TAD vom 03.06.2004 herangezogenen Tätigkeitsmodul 3 betreffend die Verlegung von ca. 12 m<sup>2</sup> Bodenfliesen (Mörtelbett) pro Mann und Tag - er habe am 16.12.2003 eine Verlegung von durchschnittlich ca. 10 bis 15 m<sup>2</sup> Bodenfliesen im Mörtelbett pro Tag angegeben - werde eine Tagesdosis nach dem MDD von 4659 angegeben, so dass der Richtwert nach dem MDD von 5500 nahezu erreicht sei. Abgesehen davon sei die Zugrundelegung einer solchen Dosis nach dem Urteil des BSG vom 30.10.2007 ([B 2 U 4/06 R](#)) zwischenzeitlich ohnehin obsolet geworden. Zudem seien dadurch "nur" die Belastungen durch Heben und Tragen von Lasten, diejenigen durch die extreme Rumpfbeugehaltung aber nicht berücksichtigt, weshalb die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt seien.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. Juli 2008 und den Bescheid der Beklagten vom 14. Mai 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. August 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 10 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Das Gutachten von Prof. C. , auf dem das Urteil beruhe, sei schlüssig und widerspruchsfrei und entspreche dem derzeitigen Stand der arbeitsmedizinischen Wissenschaft. Es fehlten im Bereich der Lendenwirbelsäule

belastungsadaptive Veränderungen. Ein belastungskonformes Schadensbild liege nicht vor, so dass der ursächliche Zusammenhang zwischen beruflicher Tätigkeit und Erkrankung nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen sei. Die konkrete Dauer und das Ausmaß der Wirbelsäulenbelastung sei daher unbeachtlich. Im Übrigen sei davon auszugehen, dass die Angaben im Gutachten von Prof. C. vom 20.04.2005, dass die Bandscheibenräume in ihrer Höhe vollständig erhalten seien, auf entsprechende Messungen zurückgehe.

Der Senat hat Dr. W. darum gebeten, die ihm vom SG am 21.02.2008 gestellten, aber bislang noch nicht beantworteten Beweisfragen aufgrund der ambulanten und stationären Behandlung des Klägers ab Dezember 2007 anhand der ihm vorliegenden ärztlichen Unterlagen zu beantworten. Dieser hat unter dem 15.01.2010 ein orthopädisches Sachverständigengutachten nach Aktenlage erstattet, in dem er zu dem Ergebnis gekommen ist, dass zwischen sämtlichen Gutachtern und Behandlern Konsistenz bestehe, dass die vorhandene Beschwerdehaftigkeit nicht Folge einer berufsbedingten Bandscheibenerkrankung im Sinne der BK 2108 sei. Ein bandscheibenbedingtes Wirbelsäulenleiden aufgrund irgendeiner beruflichen Tätigkeit halte er somit nicht für wahrscheinlich. Nach ihren Unterlagen habe beim Kläger ein Bandscheibenprolaps L4/5 mit beginnender Spinalkanalstenose L4/5 sowie eine Lumboischialgie L5/S1 bestanden, weshalb am 29.01.2008 eine dorsale Dekompression L4/5 durch Flavektomie L4/5 und Nukleotomie L4/5 links sowie eine dorsale Stabilisierung durch einen interspinösen Spreizer mit L4/5 durchgeführt worden sei. Zusammenfassend könne man von einer teilweise bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankung im Bereich der Lendenwirbelsäule seit August 2007 sprechen. Die Symptomatik sei jedoch auch zum Zeitpunkt der Erstvorstellung (13.12.2007) nicht ausschließlich auf den Bandscheibenvorfall zurückzuführen gewesen, da zur gleichen Zeit auch eine mittelgradige Spinalkanalstenose vorgelegen habe, die ebenfalls symptomatisch durch die Akzentuierung der Beschwerden im Gehen und Stehen gewesen sei. Bei der letzten Vorstellung am 03.04.2008 in ihrer Klinik habe sich nur noch eine geringgradige Schmerzpersistenz lumbal ohne ischialgieforme Beschwerdesymptomatik gezeigt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz und die Akten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144 Abs. 1, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch insgesamt zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 14.05.2003 (Widerspruchsbescheid vom 22.08.2003), mit dem es die Beklagte u. a. abgelehnt hat, das beim Kläger vorliegende Lendenwirbelsäulenleiden als BK nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen und ihm Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren, ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung eines solchen Leidens als BK und dementsprechend auch nicht auf Leistungen aus der Unfallversicherung.

Streitgegenstand ist allein die Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV. Nicht Streitgegenstand ist hingegen die Anerkennung einer Erkrankung der Halswirbelsäule nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV. Insoweit hat der Kläger schon keinen Widerspruch gegen den auch eine BK nach Nr. 2109 ablehnenden Bescheid vom 14.05.2003 eingelegt, so dass diese Entscheidung der Beklagten insoweit bindend ist.

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch - Siebtes Buch - SGB VII). Berufskrankheiten sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach dem [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aufgrund dieser Ermächtigung in [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) hat die Bundesregierung die BKV vom 31. Oktober 1997 ([BGBl. I, S. 2623](#)) erlassen, in der derzeit u.a. folgende als Berufskrankheit anerkannte Krankheit aufgeführt ist:

Nr. 2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Zur Feststellung einer Berufskrankheit muss generell die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) 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 Vollbeweis, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009 - [B 2 U 9/08 R](#) -, veröffentlicht in juris). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit. Abweichend von der früheren Verwendung des Begriffs der haftungsbegründenden Kausalität ist auch im Berufskrankheiten-Recht der ursächliche Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und den Einwirkungen nicht als haftungsbegründende Kausalität zu bezeichnen (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009, [aaO](#)). Erst die Verursachung einer Erkrankung oder ihre wesentliche Verschlimmerung durch die der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden Einwirkungen - in nachgewiesener Dauer und Intensität - begründet eine "Haftung". Ebenso wie die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheits(-erst-)schaden und Unfallfolge beim Arbeitsunfall ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen der berufsbedingten Erkrankung und den Berufskrankheitenfolgen, die dann gegebenenfalls zu bestimmten Versicherungsansprüchen führen, bei der Berufskrankheit keine Voraussetzung des Versicherungsfalles.

Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt (vgl. BSGE 45, 286); eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht ([BSGE 60, 58](#) m.w.N.; vgl. auch Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, E § 9 Rdnr. 26.2). Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Lässt sich eine Tatsache nicht nachweisen oder ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) zu Lasten dessen, der einen Anspruch aus der nicht erwiesenen

Tatsache bzw. dem nicht wahrscheinlich gemachten Kausalzusammenhang für sich herleitet ([BSGE 19,52](#), 53; [30,121](#), 123; [43, 110](#), 112). Nach dem Tatbestand der oben bezeichneten BK 2108 muss der Versicherte aufgrund einer Versichertentätigkeit langjährig schwer gehoben oder getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet haben. Durch die spezifischen der Versichertentätigkeit zuzurechnenden besonderen Einwirkungen muss eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule entstanden sein und noch bestehen. Zwischen der Versichertentätigkeit und den schädigenden Einwirkungen muss ein sachlicher Zusammenhang und zwischen diesen Einwirkungen und der Erkrankung muss ein (wesentlicher) Ursachenzusammenhang bestehen. Der Versicherte muss darüber hinaus gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben. Als Folge dieses Zwangs muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, liegt eine BK 2108 nicht vor (BSG a.a.O.).

Im vorliegenden Fall ist die Einwirkungskausalität der versicherten Tätigkeiten des Klägers für eine BK nach Nr. 2108 zu bejahen. Dies gilt für die Tätigkeit als Maurer (auch diese macht der Kläger für sein Wirbelsäulenleiden verantwortlich), die er einschließlich der Lehrzeit von 1956 bis 1967 ausgeübt hat, aber auch für die von ihm von 1968 bis 1992 verrichtete Tätigkeit als Fliesenleger. Der nach dem MDD bislang zu berücksichtigende Orientierungswert der Lebensarbeitszeitdosis von 25 MNh, bei dessen Unterschreiten die Einwirkungskausalität ohnehin noch nicht zwingend zu verneinen war (vgl. Urteil des BSG vom 19.08.2003 - [B 2 U 1/02 R](#)), gibt den derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht mehr zutreffend wieder. Nach den durch die Deutsche Wirbelsäulenstudie bekannt gewordenen Schwächen des MDD ist es nach dem bereits erwähnten Urteil des BSG vom 30.10.2007 ([B 2 U 4/06 R](#)) angezeigt, den bisher geltenden Orientierungswert von 25 MNh um die Hälfte zu reduzieren und auf die Mindesttagesdosis zu verzichten und geringere Druckkräfte (bereits ab 2700 Newton) der Berechnung zugrunde zu legen. Dem folgt der Senat. Der von Dipl.-Ing. St. (bereits am 03.06.2004 - mithin vor diesem Urteil des BSG - errechnete Dosiswert für die Lendenwirbelsäulenbelastung des Klägers von 15,2 MNh bis 1967 bei seiner Tätigkeit als Maurer stellt daher eine Belastung dar, die grundsätzlich geeignet war, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule zu verursachen. Zur Überzeugung des Senats war die nachfolgende Tätigkeit als Fliesenleger nicht gänzlich frei von Wirbelsäulenbelastungen, wie die von Dipl.-Ing. St. errechneten Tagesdosiswerte für die einzelnen Tätigkeiten zeigen (Bl. 53-56 der SG Akte), weshalb die wirbelsäulenbelastende Exposition andauerte (vgl. BSG, Urteil vom 22.08.2000, SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2), wenn auch die bereits relevante Lebensarbeitszeitdosis sich nicht mehr deutlich erhöht haben sollte.

Die für eine BK nach Nr. 2108 erforderliche haftungsbegründende Kausalität ist hingegen nicht wahrscheinlich. Unter bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule sind solche Erkrankungen der Bewegungssegmente der Lendenwirbelsäule zu verstehen, die ursächlich auf eine Bandscheibenschädigung zurückzuführen sind oder mit einer solchen in einer kausalen Wechselbeziehung stehen (vgl. Brandenburg, BG 1993, 791/794). Den Tatbestand der BK nach Nr. 2108 erfüllen nur solche Schäden der Wirbelsäule, die sich als das Resultat einer langjährigen schädigenden Einwirkung auf die Lendenwirbelsäule darstellen. Ein morphologisch objektivierbares Schadenssubstrat ist daher zwingend erforderlich. Die ausgelösten degenerativen Prozesse - zu denen anlagebedingte Wirbelsäulenstörungen und Fehlhaltungen nicht gehören - finden sich in durch bildgebende Verfahren objektivierbaren Formen wieder, die auch gemeinsam auftreten können: Chondrose, Osteochondrose, Spondylose, Spondylarthrose, Bandscheibenprotrusion und Bandscheibenprolaps. In den am 04.08.2005 veröffentlichten Konsensempfehlungen der interdisziplinären Arbeitsgruppe "Medizinische Beurteilungskriterien bei den Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule" (Trauma und Berufskrankheit 3, 2005, S. 211 ff.), die insoweit den derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft widerspiegeln und die der Senat daher seiner Entscheidung zugrunde gelegt, ist Grundvoraussetzung für die Anerkennung eines Ursachenzusammenhangs eine nachgewiesene bandscheibenbedingte Erkrankung, die ihrer Ausprägung nach altersuntypisch sein muss, bei ausreichender beruflicher Belastung mit plausibler zeitlicher Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung (vgl. Konsensempfehlungen a.a.O., Nr. 1.4, S. 216). Danach spricht eine Betonung der Bandscheibenschäden an den unteren drei Segmenten der Lendenwirbelsäule eher für einen Ursachenzusammenhang der beruflichen Belastung, während ein Befall der Halswirbelsäule und/oder der Brustwirbelsäule je nach Fallkonstellation gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen kann. Für den Vergleich zwischen Lendenwirbelsäule und darüber gelegenen Wirbelsäulenabschnitten sind Chondrosen und Vorfälle maßgeblich (a.a.O.).

Unter Berücksichtigung dieser Beurteilungskriterien verneint der Senat einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Wirbelsäulenleiden des Klägers und der Belastung seiner Wirbelsäule, der er während seines Berufslebens ausgesetzt war. Dabei verkennt der Senat nicht, dass beim Kläger eine schon längere Zeit bestehende Lendenwirbelsäulenerkrankung vorliegt. Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer bandscheibenbedingten Lendenwirbelsäulenerkrankung als BK, die nur unter bestimmten Bedingungen möglich ist, hält der Senat jedoch nicht für erfüllt. Die Art und das Ausmaß der Lendenwirbelsäulenveränderungen sprechen dagegen.

Ein objektiver Unterlassungszwang im Sinne der Berufskrankheit Nr. 2108 ist nicht nachgewiesen. Dass der Kläger gezwungen gewesen ist, die gefährdende Tätigkeit des Fliesenlegers aufzugeben und dies auch wegen der hier als BK geltend gemachten Gesundheitsstörung tatsächlich erfolgt ist, lässt sich nicht feststellen. Vielmehr hat der Kläger diese Tätigkeit fast 25 Jahre ausgeübt und erst 1992 wegen einem beidseitigen Knieschaden - und nicht wegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule - aufgegeben. Zudem lag eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule, die den Kläger 1992 bzw. 1996 zur Unterlassung aller wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten gezwungen hätte, auch objektiv nicht vor. Dass andere Wirbelsäulenerkrankungen vorgelegen haben könnten, erfüllt das Tatbestandsmerkmal des Unterlassungszwangs nicht. Dieser muss aus einer bandscheibenbedingten Erkrankung resultieren. Eine Erkrankung erfordert nicht nur den Nachweis eines Bandscheibenschadens, sondern die Schädigung muss auch klinisch manifest geworden sein, d.h. Beschwerden hervorgerufen haben (vgl. BSG, Urteil vom 31.05.2005, SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2). Dies war beim Kläger nicht der Fall. So hat der Orthopäde Dr. T. in seinem nach Aktenlage erstatteten, auf der Untersuchung des Klägers im Berufungsverfahren L 7 U 3759/00 am 16.02.2001 beruhenden Gutachten vom 07.12.2004 eine bandscheibenbedingte Wirbelsäulenerkrankung im Bereich der Rumpfwirbelsäule verneint und hierzu ausgeführt, vordergründig bestünden die degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelgelenke, nicht also im Bereich der Bandscheiben. Die computertomographisch nachgewiesene Bandscheibenprotrusion in Höhe L4/5, die als Hinweis auf eine bandscheibenbedingte Lendenwirbelsäulenerkrankung gewertet werden könnte, sah der Sachverständige nicht als altersuntypischen Befund an, da auch bei klinisch gesunden Patienten in einem hohen Umfang von bis zu 30 bis 40 % Bandscheibenprolaps- und -protrusionsbildungen ohne Krankheitswert vorlägen. Diese Beurteilung überzeugt den Senat, zumal die Untersuchung des Klägers ca. 8 Jahre nach der Beendigung der Fliesenlegertätigkeit des Klägers im Jahr 1992 stattfand und somit eine zeitliche Korrelation zwischen beruflicher Belastung und Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung nicht plausibel ist. Zu einer ähnlichen Beurteilung ist der vom SG gehörte Sachverständige Prof. C. in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 20.04.2005 gelangt. Ca. 4 Jahre nach der Untersuchung des Klägers durch Dr. T. hat dieser Sachverständige immer noch ähnliche Befunde (mäßiggradige degenerative, die altersgemäße Norm nicht überschreitende degenerative Lendenwirbelsäulenveränderungen mit Bandscheibenvorwölbungen im Bereich der

letzten beiden Bandscheibensegmente) erhoben. Altersuntypische Befunde - der Kläger war zum Zeitpunkt der Untersuchung 62 Jahre alt - konnten auch von Prof. C. nicht festgestellt werden. Eine Bandscheibenerkrankung lag auch zu diesem Zeitpunkt nicht vor.

Hinzu kommt, dass nach den Konsensempfehlungen nicht von einem belastungskonformen Schadensbild auszugehen ist. Denn danach ist allen Fallgruppen der Kategorie B eine bestimmte Lokalisation und Ausprägung gemeinsam. Es muss eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Segmente L5/S1 und/oder L4/5 vorliegen, bei der es sich um eine Chondrose (Bandscheibenverschmälerung) Grad II oder höher und/oder um einen Bandscheibenvorfall handeln muss. Eine entsprechende Chondrose und/oder ein entsprechender Bandscheibenvorfall lagen aber nicht vor. Höhenminderungen der Bandscheiben an den unteren drei Lendenwirbelsäulensegmenten ergaben sich nach dem Gutachten von Prof. C. sowohl aus den 1990 als auch 2002 angefertigten Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule nicht. Vielmehr zeigte sich jeweils ein altersentsprechender Normalbefund. Danach waren auf den Aufnahmen vom 15.08.2002 die Bandscheibenräume in ihrer Höhe noch vollständig erhalten. Auch fanden sich keine belastungsadaptive Veränderungen an den Wirbelkörpern. Der Senat sieht keinen Anlass, diesen Darlegungen des Sachverständigen nicht zu folgen. Soweit der Kläger mit der Berufung beanstandet, diese Ausführungen des Sachverständigen beruhten nicht auf Messungen zur Höhe der Zwischenwirbelräume, wird diese Behauptung nicht begründet. Der Senat hat hierfür auch keine Anhaltspunkte. Prof. C. waren die Konsensempfehlungen mit ihrem Anhang 3, der Messvorgaben zur Ermittlung der Bandscheibenhöhe enthält, bekannt, wie die auf Anforderung des SG durch den Sachverständigen vorgelegte Kopie der Konsensempfehlungen zeigt. Die Beurteilung des Sachverständigen gründet sich auf die ihm zur Verfügung stehenden Röntgenaufnahmen aus den Jahren 1990 und 2002, die nach seiner Beurteilung eine noch vollständige Erhaltung der Höhe der Bandscheiben zeigen, was mit der Beurteilung von Dr. T. übereinstimmt, der bereits 2001 ebenfalls keine auffällige Bandscheibendegeneration diagnostiziert hatte.

Ein Bandscheibenvorfall lag damals ebenfalls nicht vor. Die Untersuchung von Prof. C. ergab (lediglich) Bandscheibenvorwölbungen im Bereich der letzten beiden Bandscheibensegmente. Bandscheibenvorwölbungen allein reichen jedoch für die Annahme der erforderlichen Ausprägung des Bandscheibenschadens nicht aus. Der Bandscheibenvorfall, der beim Kläger erst im Jahr 2007 aufgetreten und am 29.01.2008 operiert worden ist, steht nicht mehr in zeitlichem Zusammenhang mit der Belastung der Wirbelsäule durch die bereits 1992 beendete Tätigkeit als Fliesenleger.

Die Beurteilung der erstinstanzlichen Sachverständigen Dr. T. und Prof. C. ist durch das vom Senat eingeholte orthopädische Sachverständigengutachten nach Aktenlage von Dr. W. in vollem Umfang bestätigt worden. Auch Dr. W. hält ein bandscheibenbedingtes Wirbelsäulenleiden aufgrund der beruflichen Tätigkeit des Klägers nicht für wahrscheinlich. Dass er zusammenfassend zu dem Ergebnis gekommen ist, man könnte von einer teilweise bandscheibenbedingten Erkrankung im Bereich der Lendenwirbelsäule seit August 2007 sprechen, ändert hieran nichts. Der Bandscheibenvorfall L4/5, der im Jahr 2007 aufgetreten ist, kann - wie bereits erwähnt - wegen fehlendem zeitlichen Zusammenhang nicht mehr mit der Belastung der Wirbelsäule während der beruflichen Tätigkeit des Klägers in Verbindung gebracht werden. Er entspricht außerdem nicht dem belastungskonformen Krankheitsbild nach den Konsensempfehlungen, da entsprechende begleitende belastungsadaptive Veränderungen, wie oben ausgeführt, nicht vorlagen.

Soweit sich der Kläger auf die Einschätzungen seiner behandelnden Ärzte (Orthopäde Dr. Hi. , Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. Ha. vom 16.10.2003) stützt, ist nicht erkennbar, dass diese die für die Anerkennung einer BK nach Nr. 2108 erforderliche bestimmte Lokalisation und Ausprägung des Bandscheibenschadens bei ihren anderslautenden Einschätzungen berücksichtigt haben. Ihnen vermag der Senat deshalb nicht zu folgen.

Die Berufung des Klägers erweist sich nach alledem als unbegründet, so dass sie zurückzuweisen ist.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-11-24