

L 6 U 3627/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 13 U 1453/10
Datum
14.08.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3627/12
Datum
22.05.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. August 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung der Berufskrankheiten nach den Nrn. 2108 und 2109 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) streitig.

Der am 19.09.1964 geborene Kläger war seit 01.08.1983 als Bauschlosser berufstätig. Am 25.03.2008 wurde der Kläger arbeitsunfähig. Seit Oktober 2010 arbeitet er wieder im väterlichen Betrieb und verrichtet nur noch Planungs- und Vermessungsarbeiten.

Am 11.12.2008 ließ der Kläger über seinen Arbeitgeber die Feststellung seiner Rückenprobleme als Berufskrankheit geltend machen. Vorgelegt wurden diverse Befundberichte der ihn behandelnden Ärzte.

Die Beklagte holte die Befundberichte des Allgemeinarztes Dr. H. (erstmalige Vorstellung wegen Wirbelsäulenbeschwerden im August 1996), des Orthopäden Dr. N. (Behandlung wegen Wirbelsäulenbeschwerden seit April 2008), der Orthopädischen Klinik M. (Erstvorstellung im Dezember 2008), des S.-B.-Klinikums V.-S. (Behandlung seit November 2008), des Neurologen Dr. W. (Behandlung seit März 2003 wegen Zervikalsyndrom, Bandscheibenvorfall C6/C7 und radikulärem Lumbalsyndrom) sowie des Orthopäden und Unfallchirurgen Prof. Dr. B. (Behandlung seit März 2003 wegen Osteochondrose L2/L3, Spondylordose L5/S1, multisegmentalen Bandscheibenprotrusionen ohne echte Vorfälle) ein.

Ferner wurden Arztbriefe der Neurologen Dr. G. und S. (chronisches Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrom), der Neurochirurgie des Katharinenhospitals Stuttgart (polytopes Schmerzsyndrom) und des Neurochirurgen Dr. v. H. (polyvalentes Schmerzsyndrom) sowie die Entlassungsberichte der R.-Klinik B. R. (stationär vom 21.08.2008 bis zum 17.09.2008; keine Berufskrankheit) und der V.-Klinik B.-R. (stationär vom 04.08.2008 bis zum 12.08.2008) beigezogen. Der Radiologe Dr. S. beschrieb in seinem ebenfalls beigezogenen Arztbrief aufgrund einer am 16.10.2008 durchgeführten Computertomographie und Myelographie eine flache links betonte Protrusion in L5/S1 mit Wurzelverlagerung links, eine diskrete dorsale Protrusion in L3/L4, eine Osteochondrose in L2/L3, Zeichen einer juvenilen Osteochondrose in L2/L3 und L3/L4 sowie laterale Spondylophyten in C5/C6 und C6/C7 ohne Einengung der Neuroforamen oder des Spinalkanals und ohne Vorfälle. Die Neurochirurgen Dres. K., W. und S. diagnostizierten aufgrund einer am 13.05.2008 durchgeführten Kernspintomographie eine degenerative Diskopathie in L2/L3, L3/L4 und L4/L5, Signalveränderungen im Grund- und Deckplattenbereich im Sinne einer erosiven Osteochondrose Grad I und Schmorl'schen Knötchen, eine knöcherne Einengung der Foramina bei Bandscheibenprotrusionen über die hintere Circumferenz in den letzten drei Segmenten ohne ausgedehnten Prolaps oder Sequester, aufgrund einer am 23.07.2008 durchgeführten Kernspintomographie einen bekannten Bandscheibenvorfall in C6/C7 intraforaminal rechts sowie aufgrund einer am 01.10.2008 durchgeführten Kernspintomographie Bandscheibenprotrusionen in L2 bis L5, eine erosive Osteochondrose bei Schmorl'schen Knötchen an L3 und L4.

Außerdem wurden der Kläger und seine damalige Arbeitgeberin zur beruflichen Exposition gehört. Während der Kläger in dem von ihm ausgefüllten Fragebogen angab, Lastgewichte von 50 Kilogramm in circa 250 Arbeitsschichten auf der Schulter getragen zu haben, führte seine ehemalige Arbeitgeberin in dem von ihr ausgefüllten Fragebogen Lastgewichte von 40 Kilogramm auf.

Sodann holte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Chirurgen Dr. S. vom 22.03.2009 ein. Dieser hat in Auswertung der ihm vorgelegten Akten sowie des radiologischen Bildmaterials ausgeführt, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Segmente L5/S1 und/oder L4/L5 liege nicht vor. Da eine Begleitspondylose verneint werde und sich der Bandscheibenschaden im Wesentlichen bei L2/L3 manifestiere, werde die Konstellation C2 der Konsensempfehlungen der auf Anregung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe (Trauma und Berufskrankheit Heft 3/2005, S. 211 ff.) angenommen, so dass ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Wirbelsäulenerkrankung nicht bejaht werden könne.

Daraufhin holte die Beklagte zur Arbeitsplatzexposition des Klägers die Stellungnahme ihres Präventionsdienstes vom 29.07.2009 ein. Er kam darin zu dem Ergebnis, dass in Bezug auf die Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV eine berufliche Gesamtdosis von 40,1 x 106 Nh vorliege. In Bezug auf die Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV wurde ausgeführt, der Kläger habe zwischen 1986 und 1999 zweimal wöchentlich Stahl-Vierkantrohre mit einem Gewicht von circa 45 Kilogramm auf der Schulter getragen. Ab 1999 habe es sich um Gewichte zwischen 30 und 40 Kilogramm einmal wöchentlich gehandelt. Ferner seien arbeitstäglich circa 20 Geländerelemente mit einem Gewicht zwischen 30 und 40 Kilogramm, bei größeren Elementen zu zweit, angehoben worden.

Mit Bescheid vom 08.09.2009 lehnte die Beklagte eine Feststellung der Berufskrankheiten nach den Nrn. 2108 und 2109 der Anlage 1 zur BKV ab. Sie führte zur Begründung aus, im Lendenwirbelsäulenbereich liege kein belastungskonformes Schadensbild vor, so dass eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV zu verneinen sei. In Bezug auf die Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV lägen die arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht vor, da ein langjähriges Tragen von Lasten mit einem Gewicht von 50 kg oder mehr nicht erfolgt sei.

Hiergegen legte der Kläger am 18.09.2009 Widerspruch ein. Er hat in Bezug auf die Ablehnung der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV ausgeführt, die medizinische Lehrmeinung, die auf belastungsadaptiven Reaktionen abstelle, entspreche nicht den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, so dass der Einwand der Beklagten, die Bandscheibenräume L4/S1 und L4/L5 wiesen keine relevante Höhenminderung auf, nicht zu dem Schluss führen dürfe, dass kein kausaler Zusammenhang gegeben sei. Ferner sei aufgrund dessen, dass ein Bandscheibenvorfall nicht nur in L2/L3, sondern auch in der Halswirbelsäule vorliege, kein Fall der Konstellation C2 der Konsensempfehlungen gegeben. In Bezug auf die Ablehnung der Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV führte der Kläger aus, er habe im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit beinahe jeden Arbeitstag bis zu 1,5 Tonnen bewegt. Hierbei seien Lasten von zumeist 150 Kilogramm zumeist zu zweit jeweils auf der Schulter aufliegend transportiert worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 07.02.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie führte zur Begründung aus, bei der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV sei aus biomechanischen Gründen insbesondere ein klinisch und röntgenologisch gesichertes nach unten leicht zunehmendes Schadensbild der Bandscheiben, also ein belastungskonformes Schadensbild, zu erwarten, was beim Kläger nicht der Fall sei. Denn bei ihm habe sich der Bandscheibenschaden im Wesentlichen bei L2/L3 manifestiert, nicht jedoch in den üblicher Weise aufgrund von wirbelsäulengefährdenden Tätigkeiten am stärksten belastenden Bewegungssegmenten L5/S1 und/oder L4/L5. Ferner fehle es an einer geeigneten schädigenden Einwirkung im Sinne der Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV.

Hiergegen hat der Kläger am 21.04.2010 Klage beim Sozialgericht Heilbronn erhoben. Das Sozialgericht hat zunächst Dr. H., den Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Leitenden Oberarzt an der R.-Klinik B. R. Dr. B., Dr. G., den Ärztlichen Direktor der Orthopädischen Klinik M. Dr. S., Dr. N., den Orthopäden Dr. T., den Direktor des S.-B.-Klinikums V.-S. Prof. Dr. O. sowie den Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. C. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört sowie Arztbriefe der den Kläger behandelnden Ärzte beigezogen.

Daraufhin hat das Sozialgericht von Amts wegen das Gutachten des Orthopäden Dr. H. vom 01.02.2011 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, der Kläger habe zu keinem Zeitpunkt einen symptomatischen Bandscheibenvorfall mit Nervenwurzelbeschädigung gehabt. Allerdings ließen sich radiologisch im Jahr 2008 ausgeprägte degenerative Veränderungen in mehreren lumbalen Bandscheiben nachweisen. Da der Kläger mit fortschreitender Bandscheibendegeneration zunehmende Beschwerden entwickelt habe, konservative Therapieversuche zu keiner anhaltenden Schmerzlinderung geführt hätten und andererseits die ausgeprägten Dauerschmerzen in der Lendenregion nach einem Versteifungseingriff zwischen L2 und L5 dauerhaft verschwunden seien, um ein halbes Jahr später einer Schmerzsymptomatik im linken Bein Platz zu machen, erscheine es hinreichend plausibel, dass die dokumentierten Bandscheibendegenerationen zwischen L2 und L5 zumindest in wesentlicher Weise für die Schmerzen in der Lendenregion bis zum Operationstermin verantwortlich gewesen seien. Mithin sei in Bezug auf die Lendenwirbelsäule von einer bandscheibenbedingten Erkrankung auszugehen. Anders stelle sich der Zusammenhang in Bezug auf die Halswirbelsäule dar. Zwar ließen sich auch im Bereich der Halswirbelsäule ab dem Jahr 2005 zunehmende Bandscheibendegenerationen in den Etagen C5/C6 und C6/C7 nachweisen. Trotz fortschreitenden Verschleißes dieser Bandscheiben hätten die regionalen Beschwerden aber nicht stetig zugenommen. Auch sei im Bereich der Halswirbelsäule keine kausale Therapie eines Bandscheibenschadens durchgeführt worden. Die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule seien daher nicht als bandscheibenbedingte Erkrankung einzustufen. Zum Kausalzusammenhang hat der Sachverständige ausgeführt, bei einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV sei zu erwarten, dass die mechanisch besonders belasteten Bandscheiben L4/L5 und L5/S1 die größten Schäden und die darüber befindlichen mechanisch weniger belasteten Bandscheiben geringfügigere Schäden aufwiesen. Vorliegend finde sich der ausgeprägteste Bandscheibenschaden im Segment L2/L3. In der Etage darunter befinde sich ein etwas weniger ausgeprägter Bandscheibenschaden. In der Etage L4/L5 finde sich nur ein minimaler Bandscheibenschaden. Die Etage L5/S1 schein völlig gesund. Radiologisch entspreche also das Schadensbild des Klägers nicht dem, das nach den Konsensempfehlungen zu fordern sei. Eine berufsbedingte Bandscheibenerkrankung liege daher nicht vor. In seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 13.04.2011 hat der Sachverständige ausgeführt, nach seiner Einschätzung liege die Konstellation C2 der Konsensempfehlungen vor. Eine Begleitspondylose liege nicht vor. Damit entfielen die Konstellationen C1 und C4 der Konsensempfehlungen.

Mit Gerichtsbescheid vom 14.08.2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat ausgeführt, maßgeblich seien die im Jahr 2008 erhobenen bildgebenden Befunde, da der Kläger seine berufliche Tätigkeit als Stahlbauschlosser im März 2008 aufgegeben habe. Aus den radiologischen Befunden und den Feststellung des Dr. Hepp ergebe sich, dass beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule in Form einer stärkergradigen Bandscheibenvorwölbung mit Verschmälerung in L2/L3 mit Spondylarthrosen vom Segment L3 bis zum Segment S1 im Sinne der Konsensempfehlungen vorliege. Zweifel bestünden daran, dass die ebenfalls medizinisch festgestellten Bandscheibenvorwölbungen in L3/L4 und L4/L5 als bandscheibenbedingte Erkrankung im Sinne der Konsensempfehlungen einzuordnen seien, da dort weder eine Chondrose Grad I nachweisbar sei noch die Vorwölbungen die in den Konsensempfehlungen

genannten Kriterien erfüllten. Dies ergebe sich aus den medizinischen Unterlagen, etwa dem Computertomogramm vom 18.08.2008 und der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. N., wonach die Vorwölbungen und Höhenminderungen in L3/L4 und L4/L5 deutlich geringgradiger seien als in L2/L3. Selbst wenn diese Vorwölbungen eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Sinne der Konsensempfehlungen sein sollten, sei die Konstellation B der Konsensempfehlungen nicht gegeben, da die dort genannte Grundvoraussetzung der Ausprägung dieses Bandscheibenschadens in Form einer Chondrose mindestens Grad II oder ein Bandscheibenvorfall nicht vorliege. Wie Dr. H. und Dr. S. nachvollziehbar dargelegt hätten, seien die Höhenminderungen in L3/L4 und L4/L5 wesentlich geringer als in L2/L3 und erreichten keinen Wert von mehr als einem Fünftel. Ein Bandscheibenvorfall lasse sich anhand der bildgebenden Befunde aus dem Jahr 2008 nicht nachweisen. Vielmehr seien lediglich Bandscheibenvorwölbungen festgestellt worden. Die von Dr. W. und Dr. H. in den Jahren 2002 und 2003 festgestellten Vorfälle ließen sich im Jahr 2008 nicht mehr objektivieren. Unabhängig davon bestünden auch Zweifel an einem im Jahr 2003 aufgetretenen Bandscheibenvorfall der Lendenwirbelsäule, da gerade Dr. S. ausgeführt habe, dass im Jahr 2003 keine echten Vorfälle festgestellt worden seien. Entsprechendes ergebe sich aus dem Befundbericht des K. Stuttgart vom 23.05.2003. Auch im Jahr 2002 seien, wie sich aus dem Befundbericht von Prof. Dr. B. vom 13.03.2003 ergebe, keine Vorfälle der Lendenwirbelsäule erkennbar. Dr. H. habe nach Auswertung der bildgebenden Befunde ebenfalls darauf hingewiesen, dass an der gesamten Lendenwirbelsäule kein echter Vorfall vorliege beziehungsweise vorgelegen habe. Die von Dr. N. bezüglich L4/L5 und L5/S1 genannten Bandscheibenschäden seien als Diagnose zu unbestimmt. Es könne sich hierbei auch um eine Vorwölbung gehandelt haben. Damit könne die bandscheibenbedingte Erkrankung in L2/L3 nur der Befundkonstellation C der Konsensempfehlungen zugeordnet werden. Deren Ausprägung entspreche einer Chondrose Grad II, wie es sich aus der Stellungnahme von Dr. S. ergebe. Da sich beim Kläger keine Begleitspondylose, wie sie für die Annahme eines wahrscheinlichen Ursachenzusammenhangs nach den Befundkonstellationen C1, C4 und C5 der Konsensempfehlungen Voraussetzung sei, nachweisen lasse, komme vorliegend allein die Konstellation C2 in Betracht. Danach sei ein Ursachenzusammenhang zwischen den beruflichen Belastungen und der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule nicht hinreichend wahrscheinlich. Nach alledem liege eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV nicht vor. Auch die Voraussetzungen einer Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV bestünden nicht. Der Kläger erfülle insoweit schon die arbeitstechnischen Voraussetzungen hierfür nicht, denn er habe nach den Feststellungen des Präventionsdienstes der Beklagten und der Auskunft seiner ehemaligen Arbeitgeberin Lastgewichte von 50 Kilogramm nicht getragen. Ferner sei es zweifelhaft, ob der Kläger 40 Hebevorgänge pro Arbeitsschicht durchgeführt habe, da der Präventionsdienst der Beklagten dargelegt habe, er habe circa 20 Geländerelemente pro Tag angehoben. Dies korreliere auch mit den Angaben seiner ehemaligen Arbeitgeberin. Im Übrigen reiche das bloße Tragen schwerer Lasten auf der Schulter allein nicht aus, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Halswirbelsäule zu verursachen. Stets müsse neben einer statischen Belastung der cervicalen Bewegungssegmente eine außergewöhnliche Zwangshaltung der Halswirbelsäule hinzukommen. Eine solche sei geprägt von einer nach vorne und seitwärts erzwungenen Kopfbeugehaltung, die durch das gleichzeitige maximale Anspannen der Nackenmuskulatur zu einer Hyperlordosierung und zu einer Verdrehung der Halswirbelsäule führe. Das vom Kläger geltend gemachte Tragen starrer Gegenstände erfülle diese Voraussetzungen nicht.

Dagegen hat der Kläger am 22.08.2012 Berufung eingelegt. Er ist der Ansicht, der Umstand, dass unter Umständen generell auf ein Schadensbild in der Form abzustellen sei, dass die Lendenwirbelsäulen-Schäden von oben nach unten zunehmen, führe nicht dazu, dass ohne weitere Ermittlungen bei einem anderen Schadensbild die Kausalität per se zu verneinen sei. Außerdem habe er ausreichend hohe Lasten auf seiner Schulter getragen. Insoweit seien die Angaben im Merkblatt zur Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV auf die Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV zu übertragen, so dass das Heben von Lasten von 30 Kilogramm bei einer Tragedauer von 30 Minuten je Arbeitstag ausreichend sei.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. August 2012 und den Bescheid der Beklagten vom 8. September 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. April 2010 aufzuheben und die Berufskrankheiten nach den Nrn. 2108 und 2109 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie stützt sich auf den angegriffenen Gerichtsbescheid.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Dr. B. vom 06.09.2013 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, in der Beurteilung der vorliegenden Bildgebungen im Gutachten des Dr. H. sei die magnetresonanztomographische Untersuchung vom 13.05.2008 mit Feststellung eines abgeschwächten Bandscheibensignals in L2/L3, L3/L4 und L4/L5 mit ossären Reaktionen in der Lendenwirbelsäule sowie die intraossären Reaktionen für eine Gefügelockerung bei degenerativer Diskopathie mit einer erosiven Osteochondrose Grad I bis II, knöcherner Einengung der Foramina beidseits bei zusätzlichen Bandscheibenprotrusionen mit Irritation der korrespondierenden Nervenwurzeln bewegungsabhängig ohne Vorliegen eines ausgedehnten Prolaps beziehungsweise Sequesters nicht berücksichtigt beziehungsweise nicht bewertet worden. In Anbetracht der Diagnose des Dr. W. in Form einer degenerativen Diskopathie in L2/L3, L3/L4 und L4/L5, Signalveränderungen im Grund- und Deckplattenbereich im Sinne einer erosiven Osteochondrose Grad I, Schmorl'schen Knötchen, knöcherner Einengung der Foramina bei Bandscheibenprotrusion über die hintere Circumference in den letzten drei Segmenten ohne Sequesterbilder müsse davon ausgegangen werden, dass bereits zu diesem Zeitpunkt die Konstellation B2 respektive B4 der Konsensempfehlungen vorgelegen habe. Unter Berücksichtigung dessen und der vom Kläger ausgeübten beruflichen Tätigkeit werde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV angenommen. Auch liege mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 der BKV vor.

Gegen dieses Gutachten hat die Beklagte eingewandt, es sei nicht ersichtlich, ob dem Sachverständigen die Magnetresonanztomographie-Aufnahme im Original vorgelegen habe. Außerdem habe der Sachverständige die Computertomographie-Aufnahme vom 16.10.2008, die aber Dr. S. ausgewertet habe, nicht berücksichtigt und nicht einmal erwähnt. Ferner habe Dr. H. eine Interpretation der Kernspintomographie-Aufnahme vom 01.10.2008 vorgenommen, die von derselben Radiologischen Gemeinschaftspraxis stamme. In diesem radiologischen Bericht werde im Vergleich zu der Voruntersuchung vom 13.05.2008 eine wesentliche Änderung verneint. Unter anderem

aufgrund der Original-Kernspintomographie-Aufnahme vom 01.10.2008 sowie die Original-Kernspintomographie-Aufnahme vom 21.09.2010 habe Dr. H. einen Bandscheibenschaden in L5/S1 verneint und in L4/L5 nur einen minimalen Bandscheibenschaden und in L3/L4 einen geringer ausgeprägten Bandscheibenschaden als in L2/L3 dargelegt. Der bloße Hinweis des Dr. B. auf den Magnetresonanztomographie-Bericht vom 13.05.2008 erbringe somit nicht den Vollbeweis für eine Bandscheibenschädigung in L4/L5 und/oder L5/S1 und für ein von oben nach unten zunehmendes Schadensbild. Außerdem habe Dr. B. in seinem Entlassungsbericht als Ursache der Erkrankung keine Berufskrankheit angenommen, obwohl ihm damals der Magnetresonanztomographie-Bericht vom 13.05.2008 vorgelegen habe.

In seiner auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) abgegebenen ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 19.02.2014 hat Dr. B. ausgeführt, nach Vergleich des Befundberichtes vom 13.05.2008 bzw. der Magnetresonanztomographie-Bilder der Lendenwirbelsäule vom 01.10.2008 sei er davon ausgegangen und gehe auch weiterhin davon aus, dass bereits zu diesem Zeitpunkt eine Konstellation B2 respektive B 4 der Konsensempfehlungen vorgelegen habe. Es sei unerheblich und nicht maßgebend, ob der Computertomographie-Befund der Lendenwirbelsäule vom 16.10.2008 in seinem Gutachten erwähnt und berücksichtigt worden sei. Auf jeden Fall seien Befunde, Befundberichte und Magnetresonanztomographien der Lendenwirbelsäule vom 14.05.2008 bzw. vom 01.10.2008 in vollem Umfang zugrunde gelegt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte, nach [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht erhobene sowie auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung seines Wirbelsäulenleidens als Berufskrankheit nach den Nrn. 2108 und 2109 der Anlage 1 zur BKV.

Anzuwenden sind die Vorschriften des zum 01.01.1997 in Kraft getretenen Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII), da der geltend gemachte Versicherungsfall erst mit der im Jahr 2008 und damit unter Geltung des SGB VII erfolgten Aufgabe der für wirbelsäulenschädlich gehaltenen Tätigkeit eingetreten sein kann ([§ 212 Abs. 1 SGB VII](#)). Die BKV ist in ihrer zum 01.12.1997 in Kraft getretenen Fassung vom 31.10.1997 anzuwenden.

Rechtsgrundlage sind die [§§ 7](#) und [9 SGB VII](#) in Verbindung mit der BKV.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)).

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann dabei bestimmen, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können ([§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Aus diesen gesetzlichen Vorgaben hat die Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 02.04.2009 - [B 2 U 9/08 R](#) - juris; zuletzt BSG, Urteil vom 04.07.2013 - [B 2 U 11/12 R](#) - juris) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung einer Erkrankung als Berufskrankheit ist erforderlich, dass die Verrichtungen des Versicherten einer versicherten Tätigkeit zuzurechnen sind (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtungen zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität) und dass diese Einwirkungen eine Krankheit des Versicherten verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität).

Die versicherte Tätigkeit, die Verrichtungen, die Einwirkungen und die Krankheit müssen als rechtserhebliche Tatsachen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein. Eine Tatsache ist bewiesen, wenn sie in so hohem Grade wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach allgemeiner Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung hiervon zu begründen.

Für die Einwirkungskausalität und die haftungsbegründende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen die berufliche Verursachung spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftigerweise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Bei der Anwendung dieser Beweismaßstäbe ist zu beachten, dass für die tatsächlichen Grundlagen der Wertentscheidung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung, soweit es sich nicht um den Kausalverlauf als solchen handelt, also insbesondere für Art und Ausmaß der schädigungsgeeigneten Einwirkung als wichtiges Kriterium für die Prüfung der haftungsbegründenden Kausalität, der volle Nachweis zu erbringen ist.

Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob die Einwirkungen wesentlich waren. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n

im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jede/s andere alltäglich vorkommende Ereignis oder Einwirkung zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSG, Urteil vom 09.05.2005 - [B 2 U 1/05 R](#); BSG, Urteil vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sind vorliegend auch zur Überzeugung des Senats die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV nicht gegeben.

Als Berufskrankheit sind bezeichnet in Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV 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 ursächlich waren oder sein können.

Vorliegend ist es nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die bei den Verrichtungen des Klägers als Bodenleger erfolgten Einwirkungen dessen Wirbelsäulenerkrankung verursacht haben. Mithin fehlt es an der haftungsbegründenden Kausalität zwischen Einwirkungen und Erkrankung.

Zwar sind nach den überzeugenden Darlegungen des Präventionsdienstes der Beklagten die arbeitstechnischen Voraussetzungen für das Vorliegen der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV gegeben. Denn danach war der Kläger einer beruflichen Gesamtdosis von 40,1 x 106 Nh ausgesetzt, was nach der Rechtsprechung für die Bejahung der arbeitstechnischen Voraussetzungen ausreichend ist.

Beim Kläger liegen aber die medizinischen Voraussetzungen für das Vorliegen der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV nicht vor.

Der Senat stützt sich im Rahmen seiner Beurteilung auf die Konsensempfehlungen der auf Anregung des HVBG eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe (Trauma und Berufskrankheit Heft 3/2005, S. 211 ff.). Im Hinblick auf die Schwierigkeiten der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs bei der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV war die medizinische Wissenschaft gezwungen, weitere Kriterien zu erarbeiten, die zumindest in ihrer Gesamtschau für oder gegen eine berufliche Verursachung sprechen. Diese sind in den Konsensempfehlungen niedergelegt. Sie stellen den aktuellen Stand der nationalen und internationalen Diskussion zur Verursachung von Lendenwirbelsäulenerkrankungen durch körperliche berufliche Belastungen dar (so zuletzt LSG-Baden-Württemberg, Urteil vom 17.10.2013 - [L 10 U 1478/09](#) - juris; Senatsurteile vom 28.06.2012 - L 6 U 2809/10, vom 29.09.2011 - L 6 U 4567/09 - und vom 09.12.2010 - L 6 U 4586/09; LSG Berlin-Brandenburg, Urteile vom 19.11.2009 - [L 2 U 154/06](#) - juris, vom 19.03.2009 - [L 31 U 489/08](#) - juris, und vom 19.03.2009 - [L 31 U 454/08](#) - juris; vergleiche auch BSG, Urteil vom 27.06.2006 - [B 2 U 13/05 R](#) - juris). Zur Gewährleistung einer gleichen und gerechten Behandlung aller Versicherten im Geltungsbereich des SGB VII begegnet daher deren Anwendung keinen Bedenken und wendet der Senat sie mithin an.

In den Konsensempfehlungen werden typische Befundkonstellationen definiert und die Einschätzung der Experten zur Beurteilung des Ursachenzusammenhangs wiedergegeben. Danach gilt bei den Konstellationen B (Lokalisation: bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft L5/S1 und/oder L4/L5, Ausprägung des Bandscheibenschadens: Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall) der Zusammenhang als wahrscheinlich, wenn wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren nicht erkennbar sind und eine Begleitspondylose vorliegt (Konstellation B1) oder eine Höhenminderung und/oder ein Prolaps an mehreren Bandscheiben - bei monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/L5 "black disc" im Magnetresonanztomogramm in mindestens zwei angrenzenden Segmenten - oder eine besonders intensive Belastung - Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren - bestand oder ein besonderes Gefährdungspotenzial - Erreichen der Hälfte des Tagesdosis-Richtwertes nach dem MDD-Modell durch hohe Belastungsspitzen - vorliegt (Konstellation B2) oder die Konstellation B2 mit Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule, der schwächer ausgeprägt ist als an der Lendenwirbelsäule, vorliegt (Konstellation B4). Die Einschätzung des Zusammenhangs durch die Arbeitsgruppenteilnehmer ist unterschiedlich, soweit weder eine Begleitspondylose noch eines der zuvor genannten Zusatzkriterien vorliegt (Konstellation B3). Diesbezüglich sprechen aber nach der Mehrheit der Sachverständigen gewichtige Argumente gegen einen Zusammenhang und spricht damit das Fehlen einer Begleitspondylose in der Konstellation B3 gegen eine Expositionsabhängigkeit der bandscheibenbedingten Erkrankung. In Anhang 1 der Anmerkungen zu den Konsensempfehlungen weisen Grosser/Schröter auf Studien hin, nach denen deutliche Höhenminderungen von Bandscheiben in allen Segmenten der Lendenwirbelsäule bei Schwerarbeitern deutlich häufiger als in der Normalbevölkerung sind. Auch ist danach die Häufigkeit von Spondylosen in der belasteten Gruppe in allen Segmenten der Lendenwirbelsäule deutlich erhöht. Zudem entspricht die Konstellation B3 der häufigsten Manifestationsform eigenständiger Bandscheibenerkrankungen innerer Ursache an der Lendenwirbelsäule. Es existieren keinerlei epidemiologische Arbeiten, welche nachwiesen, dass bei Schadensbildern, die der Konstellation B3 entsprechen, bei beruflich Exponierten im Vergleich zur Normalbevölkerung statistisch eine relevante Risikoerhöhung besteht. Die epidemiologische Literatur zu berufsbedingten Bandscheibenerkrankungen bestätigt eine relative Häufung von Chondrosen bei schwerer im Vergleich zu leichter Arbeit an der mittleren und oberen Lendenwirbelsäule und eine absolute Häufung in den unteren beiden Lendenwirbelsäulen-Segmenten; dies entspricht auch der aus biomechanischer Sicht zu erwartenden Entwicklung, während ein mono- und bisegmentaler Befall biomechanisch kaum plausibel ist (Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 219 bis 221). Demgegenüber sind Seidler/Bolm-Audorff in Anhang 2 der Anmerkungen zu den Konsensempfehlungen der Auffassung, der hohe Stellenwert, welcher dem Fehlen einer Begleitspondylose beigemessen werde, sei wissenschaftlich nicht begründbar. Aber auch von diesen Autoren wird eingeräumt, dass Patienten mit Chondrose und Spondylose ein erhöhtes berufliches Erkrankungsrisiko aufweisen (Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 221 und 222). Ferner ist bei erkennbaren wesentlichen konkurrierenden Ursachen zu beachten, dass bei Vorliegen einer Begleitspondylose der Ursachenzusammenhang von der Bewertung der Qualität der Krankheitsursachen nach der Theorie von der wesentlichen Bedingung abhängt (Konstellation B9) und bei Nicht-Vorliegen einer Begleitspondylose der Ursachenzusammenhang zu verneinen ist (Konstellation B10). Ferner gilt bei den Konstellationen C (Lokalisation: Die bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft nicht die unteren beiden Lendenwirbelsäulen-Segmente, Ausprägung des Bandscheibenschadens: Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall) der Zusammenhang als wahrscheinlich, wenn eine Begleitspondylose vorliegt (Konstellationen C1, C3 und C4), während bei fehlender Begleitspondylose bei einem Bandscheibenschaden in

L2/3 oder höher der Zusammenhang als nicht wahrscheinlich gilt und bei einem Bandscheibenschaden in L3/4 kein Konsens vorliegt (Konstellation C2).

Von diesen Erwägungen ausgehend sind beim Kläger die medizinischen Voraussetzungen der geltend gemachten Berufskrankheit nicht erfüllt. Der Senat folgt dabei dem überzeugenden Gutachten des Dr. H ...

Zwar liegt beim Kläger nach dem Gutachten des Dr. H. eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vor. Der Sachverständige hat aber zutreffend ausgeführt, dass bei einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV zu erwarten ist, dass die mechanisch besonders belasteten Bandscheiben L4/L5 und L5/S1 die größten und die darüber befindlichen mechanisch weniger belasteten Bandscheiben geringfügigere Schäden aufweisen. Beim Kläger liegt nach den von Dr. H. ausgewerteten radiologischen Befunden der ausgeprägte Bandscheibenschaden aber in L2/L3 vor, während sich in L1/2 ein etwas weniger ausgeprägter Bandscheibenschaden sowie in L4/L5 ein minimaler Bandscheibenschaden findet und die Etage L5/S1 sogar völlig gesund ist. Dr. H. hat daher dieses radiologisch erhobene Schadensbild daher zu Recht nicht den Konstellationen B, sondern der Konstellation C2 nach den Konsensempfehlungen zugeordnet, zumal im Zeitpunkt der Beschäftigungsaufgabe im Jahr 2008 einerseits im Bereich L5/S1 und/oder L4/L5 weder eine Chondrose Grad II noch ein Bandscheibenvorfall vorliegt und andererseits auch keine Begleitspondylose gegeben ist. Diese Einschätzung deckt sich mit Nr. 1.4. der Konsensempfehlungen, wonach eine Betonung der Bandscheibenschäden an den unteren drei Segmenten der Lendenwirbelsäule eher für einen Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Belastung spricht, eine Aussparung der beiden unteren Lendenwirbelsäulen-Segmente eher gegen eine berufliche Verursachung spricht und eine über das Altersmaß hinausgehende und mindestens zwei Segmente betreffende Begleitspondylose eine positive Indizwirkung für eine berufsbedingte Verursachung hat (so auch ausdrücklich Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 17.10.2013 - [L 10 U 1478/09](#) - juris). Nach alledem ist die medizinische Einschätzung des Dr. H. schlüssig und sehr gut nachvollziehbar, so dass eine berufsbedingte Bandscheibenerkrankung in der Lendenwirbelsäule nicht gegeben ist. Demgegenüber überzeugt die entgegengesetzte Einschätzung des Dr. Brtka nicht. Er hat sich bei seiner Bewertung überhaupt nicht mit den Konsensempfehlungen auseinandergesetzt und ohne für den Senat nachvollziehbare Begründung die Konstellation B2 respektive B4 angenommen. Insoweit hat die Beklagte völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass der bloße Hinweis des Dr. B. auf den Magnetresonanztomographie-Bericht vom 13.05.2008 nicht den Vollbeweis für eine Bandscheibenschädigung in L4/L5 und/oder L5/S1 und für ein von oben nach unten zunehmendes Schadensbild erbringt. Denn in diesem Bericht wird lediglich eine degenerative Diskopathie in L2/L3, L3/L4 und L4/L5, nicht aber in L5/S1 beschrieben.

Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Grundsätze sind auch die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV nicht gegeben.

Als Berufskrankheit sind bezeichnet in Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben ursächlich waren oder sein können.

Vorliegend ist es nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die bei den Verrichtungen des Klägers als Bauschlosser erfolgten Einwirkungen dessen Halswirbelsäulenerkrankung verursacht haben.

Nach den zutreffenden Ausführungen des Präventionsdienstes der Beklagten fehlt es schon an den arbeitstechnischen Voraussetzungen für das Vorliegen der Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV.

Die unbestimmten Rechtsbegriffe des Tatbestands der Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV sind so zu verstehen, dass eine versicherte Person zur Erfüllung der Voraussetzungen dieses Tatbestandes auf der Schulter Lastgewichte von 50 Kilogramm und mehr mindestens acht, in der Regel aber zehn Berufsjahre oder mehr in der ganz überwiegenden Anzahl der Arbeitsschichten getragen und als Folge dieser Zwangshaltung die gefährdende Tätigkeit tatsächlich aufgegeben hat. Hinzukommen muss, dass das Tragen der Lastgewichte auf der Schulter regelmäßig mit einer nach vorn und seitwärts erzwungenen Zwangshaltung einhergeht. Denn aus dem Willen des Gesetzgebers ergibt sich, dass nur solche Gruppen von Versicherten in den Tatbestand der Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV einzubeziehen sind, bei denen die außergewöhnliche Belastung der Wirbelsäule durch Heben und Tragen von Lasten mit einer nach vorn und seitwärts erzwungenen Kopfbeugehaltung und gleichzeitiger maximaler Anspannung der Nackenmuskulatur zu einer Hyperlordosierung und auch zu einer Verdrehung der Halswirbelsäule geführt hat (BR-Drucks 773/92, S. 8 f.). Dies wurde bei Schaffung dieser Berufskrankheit zum Beispiel für die Berufsgruppe der Fleischträger sowie für Träger von Säcken mit entsprechendem Gewicht angenommen. Diese Voraussetzung einer Zwangshaltung erschließt sich auch aus dem Merkblatt zur Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV (BARbI 3/1993, S. 53), das in Abschnitt I als berufliche Gefahrenquelle das fortgesetzte Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, einhergehend mit einer statischen Belastung der cervikalen Bewegungssegmente und außergewöhnlicher Zwangshaltung der Halswirbelsäule bezeichnet und in Abschnitt IV neben dem Ausschluss anderer Krankheitsursachen den Nachweis einer langjährigen, außergewöhnlich intensiven mechanischen Belastung der Halswirbelsäule verlangt. Ferner entspricht es der herrschenden Meinung in Schrifttum und Rechtsprechung, dass die Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV wegen der Einwirkung des Gewichts in Achsrichtung auf die Wirbelsäule einerseits höhere Lastgewichte erfordert als die Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV, andererseits das bloße Tragen schwerer Lasten noch nicht zu den hier zu erfassenden Veränderungen der Halswirbelsäule führt, sondern vielmehr das Tragen schwerer Lasten mit einer Zwangshaltung der Halswirbelsäule einhergehen muss (zum Ganzen BSG, Urteil vom 04.07.2013 - [B 2 U 11/12 R](#) - juris, mit weiteren Nachweisen).

Unter Berücksichtigung all dessen hat die Beklagte vorliegend zu Recht angenommen, dass beim Kläger die Anforderungen an die berufliche Exposition im Sinne der Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV nicht erfüllt sind. Nach den Ausführungen des Präventionsdienstes der Beklagten hat der Kläger zwischen 1986 und 1999 zweimal wöchentlich Stahl-Vierkantrohre zu zweit mit einem Gewicht von circa 45 Kilogramm auf der Schulter getragen, ab 1999 einmal wöchentlich Gewichte zwischen 30 und 40 Kilogramm getragen und zusätzlich arbeitstäglich circa 20 Geländerelemente mit einem Gewicht zwischen 30 und 40 Kilogramm, bei größeren Elementen zu zweit, angehoben. Hieraus wird ersichtlich, dass die Tragetätigkeiten Lastgewichte von mindestens 50 Kilogramm nicht erreicht haben. Zwar hat der Kläger in dem von ihm ausgefüllten Fragebogen angegeben, Lastgewichte von 50 Kilogramm in circa 250 Arbeitsschichten auf der Schulter getragen zu haben. Der Senat folgt jedoch der im Beisein des Klägers vor Ort erhobenen Exposition, die zur Grundlage der Stellungnahme des Präventionsdienstes gemacht wurde, zumal die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers in dem von ihr ausgefüllten

Fragebogen Lastgewichte von 40 Kilogramm angegeben hat. Ferner ging die Tragetätigkeit des Klägers nicht mit einer regelmäßigen außergewöhnlichen Belastung der Halswirbelsäule im Sinne einer nach vorn und seitwärts erzwungenen Zwangshaltung einher. Vielmehr hat er die Stahl-Vierkantrohre zu zweit auf seiner Schulter, ohne Einhaltung der oben dargestellten Zwangshaltung - wie zum Beispiel bei Fleischträgern erforderlich - getragen.

Beim Kläger liegen aber auch die medizinischen Voraussetzungen für das Vorliegen der Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV nicht vor. Auch diesbezüglich folgt der Senat den überzeugenden Ausführungen des Dr. H ...

Der Sachverständige hat schlüssig dargelegt, dass es im Bereich der Halswirbelsäule schon an einer bandscheibenbedingten Erkrankung fehlt. Denn die im Bereich der Halswirbelsäule ab dem Jahr 2005 zunehmende Bandscheibendegenerationen in C5/C6 und C6/C7 und die damit einhergehenden Beschwerden haben trotz fortschreitenden Verschleißes dieser Bandscheiben nicht stetig zugenommen, was sich auch daraus ergibt, dass im Bereich der Halswirbelsäule keine kausale Therapie eines Bandscheibenschadens durchgeführt worden ist. Auch hier entspricht die Einschätzung des Dr. H. der Nr. 1.3 der Konsensempfehlungen, wonach der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens keine hinreichende Voraussetzung für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung ist, sondern vielmehr eine korrelierende klinische Symptomatik hinzukommen muss.

Nach alledem liegen in Bezug auf die Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV die medizinischen und in Bezug auf die Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV weder die arbeitstechnischen noch die medizinischen Voraussetzungen vor. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist nicht zuzulassen, da keiner der Gründe des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) gegeben ist.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-06-13