

## **L 6 U 3762/15**

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 3762/15  
Datum  
18.01.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts K. vom 26. August 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Anerkennung (behördliche Feststellung) einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2108 (bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule) der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Die Klägerin ist 1949 geboren. Ihr Ehemann war seit 1963 einzelkaufmännischer Inhaber eines Unternehmens für den Handel mit Kohle und Heizöl sowie Düngemitteln und anderen landwirtschaftlichen Produkten. Die Klägerin war – nach eigenen Angaben seit 1974 – in dem Unternehmen ihres Mannes beschäftigt. Nach ihren späteren Angaben war sie anfangs ohne echten Arbeitsvertrag tätig und wurde erst Jahre später, nach dem Tod der Schwiegermutter, bei den Sozialversicherungen angemeldet. Ihr Ehemann selbst als Unternehmer war nach Aktenlage ab dem 11. März 1987 bei der Beklagten gesetzlich unfallversichert.

Bei der Beklagten wurden folgende Unfälle der Klägerin gemeldet: "Prellung und Schürfung Unterschenkel" (28. April 1993), "Zerrung Sprunggelenk rechts" (15. Juli 1993), "Quetschung Kleinfinger rechts" (27. November 1995) und "Seitenbandruptur D" (27. März 2003).

Am 24. Mai 2012 beantragte die Klägerin bei der Beklagten eine "Entschädigung". Sie gab an, sie habe seit frühester Jugend im Unternehmen ihres Mannes schwerste körperliche Arbeiten verrichtet, insbesondere schwere Landprodukte wie Gebinde mit 300 l Torf, 80 l Blumenerde, 50 kg Kunstdünger, Briketts von 50 kg, Friedhofspflanzen und Blumenkübel verkauft, verladen und ausgeliefert. Sie leide deshalb an einer Rücken- und Knochenerkrankung. Telefonisch gab sie an, der Handel mit Landprodukten habe bis zum Jahre 2000 gedauert, seitdem werde nur noch Heizöl verkauft. In den von der Beklagten übersandten Fragebögen teilte die Klägerin mit, sie sei bis zum 30. September 2005 in dem Unternehmen tätig gewesen. Seitdem beziehe sie eine Rente (wegen Erwerbsminderung). Sie leide seit 1976 an Beschwerden der LWS. Sie machte schriftliche Angaben zu ihren Arbeitstagen ("alle Werktagen"), den Gewichten der einzelnen Lasten und der Anzahl der Hebe- und Tragevorgänge ("10-mal 40 bis 50 kg 5 m vor dem Körper getragen", keine Tragevorgänge auf der Schulter), dem täglichen Gesamtgewicht ("500 kg") und den gefahrenen Fahrzeugen (VW Bully). Ihr Ehemann als Unternehmer bestätigte diese Angaben.

Auf Anfrage der Beklagten teilte die Krankenkasse der Klägerin, die A., mit, die Klägerin sei vom 10. Juli 1974 bis zum 12. Mai 2005 als Beschäftigte krankenversichert gewesen. Soweit für das BK-Verfahren relevant, seien seit 1995 folgende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit gespeichert: "Lumboischialgie" im Oktober 1995 und "HWS-Distorsion, Kopfschmerz, oberflächliche Verletzung Rumpf, traumatische Bandruptur Handwurzel" vom 28. März bis 27. Juli 2003. Auf Nachfrage der Beklagten stellte die AOK noch fest, dass für die Zeit seit dem 18. Juli 1983 keine weiteren relevanten Krankheiten oder AU-Zeiten gespeichert seien, für die Zeit davor sei eine kostenpflichtige Sonderanfrage notwendig.

Die Beklagte schrieb die behandelnden Ärzte an. Dr. R. teilte mit, er habe die Klägerin erstmals am 10. Juni 2009 wegen Beschwerden an der LWS behandelt. Sie habe damals angegeben, sie habe 2003 einen unverschuldeten Autounfall erlitten, könne seitdem nicht mehr richtig schlafen und habe Schmerzen an der LWS mit Ausstrahlungen in Hüfte und Oberschenkel links. Es habe ein Nucleusprolaps an den Segmenten L4/5 und L5/S1 bestanden. Dr. O. teilte mit, die Klägerin sei seit 1995 in ihrer Praxis in Behandlung und habe seitdem an degenerativen Wirbelsäulenproblemen gelitten, 1996 und 1999 seien bildgebende Befunde erhoben worden.

Zur Akte gelangten ferner Arztberichte von Dr. R. vom 18. Oktober 1996 (Kniegelenksbeschwerden), von Prof. Dr. Z. vom Universitätsklinikum H. vom 28. Oktober 1997 (schwergradige Dreh skoliose bei Osteopenie der LWS), von Dr. W. vom Sana-Rheumazentrum B. vom 15. September 1998 (chronisches Lumbalsyndrom bei Torsionsskoliose der Wirbelsäule sowie Osteopenie der LWS) und von Dr. Dr. G. vom 26. Januar 1999 (Lumbalgie, bildgebend leichte Vorwölbungen im Sinne von Protrusionen bei den Bandscheibenfächern L4/5 und L5/S1, bei dem unteren Fach differenzialdiagnostisch auch "ein ganz kleiner Prolaps", spondylophytäre Randzacken der Wirbelkörper). In dem Bericht der Klinik M. B. über eine stationäre Behandlung der Klägerin vom 28. Oktober bis zum 25. November 1999 war unter anderem ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei Fehlstatik und statisch-muskulärer Dysbalance angegeben, die Klägerin hatte während des Aufenthalts berichtet, sie leide "seit Jahren" an Beschwerden im LWS-Bereich mit Ausstrahlungen in die Beine. Am 16. Oktober 2000 hatte sich die Klägerin wegen Rückenschmerzen in der Universitätsklinik H. vorgestellt, dazu hatte Prof. Dr. Z. am 26. Oktober 2000 von einer ausgeprägten Dreh skoliose der LWS mit chronischen Dorsalgien und einer stabilen Osteopenie der LWS berichtet. In dem radiologischen Befundbericht vom 1. August 2001 hatte Prof. Dr. R. von einer Fehlhaltung der Wirbelsäule mit etwas inhomogenem Knochenstoffwechsel im Bereich der LWS im Sinne degenerativer Veränderungen berichtet. Vom 20. März bis zum 30. April 2002 hatte die Klägerin wegen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer somatoformen Funktionsstörung (nach erheblichen familiären Problemen) eine stationäre Rehabilitation in der Klinik K. absolviert, als Begleitdiagnose nennt der Entlassungsbericht vom 28. Mai 2002 u.a. eine LWS-Skoliose. In dem Bericht vom 28. November 2002 gab Dr. Dr. G. "schwerste Degenerationszeichen am Außenmeniskusvorderhorn und Riss des Hinterhorns am rechten Knie" an. Bei dem Autounfall am 27. März 2003 hatte die Klägerin eine Commotio cerebri, eine Thorax-Prellung links, eine HWS-Distorsion und eine Rückenprellung erlitten, die LWS wurde als unauffällig beschrieben (Bericht des Fürst-Stirum-Klinikums, Prof. Dr. T., vom 8. September 2003). Dr. S. hatte am 21. Juni 2004 auch erhebliche degenerativen Schäden am linken Knie beschrieben, weswegen am 1. Dezember 2004 in der Sportklinik S. eine Operation durchgeführt worden war. In den Berichten der Psychosomatischen Klinik am H. vom 18. Mai und vom 1. Juni 2005 war angegeben, die Klägerin sei vom 6. April bis 18. Mai 2005 wegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach Verkehrsunfall stationär behandelt worden, als Verdachtsdiagnosen ("V.a.") waren außerdem ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma, ein Karpaltunnelsyndrom ("DD" [differenzialdiagnostisch] Wurzelreizsyndrom C7/8) und eine Quadrizepsparese links (DD u.a. Wurzelläsion L3/5) angegeben.

Weitere Arztberichte aus den Jahren 2006 bis 2011 betrafen Schmerzen an der LWS. Für das Verfahren relevant sind hierbei die Berichte von Dr. S. vom 21. Juli 2006 (bei einer MRT Feststellung eines medio-linkslateralen NPP im Segment L4/5 bis neuroforaminal, dieser für die klinische Beschwerdesymptomatik mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht verantwortlich, daneben eine linkskonvexe Skoliose mit Spondylarthrosen im Bereich der Fasettengelenke L5/S1 beidseits), des Universitätsklinikums H. über eine Vorstellung der Klägerin am 5. November 2006 wegen einer akuten Lumbago ("Beschwerden bei Hüft- und Rückenbeugung"), von Dr. S. vom 17. November 2006 (bei einer erneuten MRT-Untersuchung keine wesentlichen Veränderungen gegenüber dem 21. Juli 2006, unveränderter Bandscheibenprolaps bei L4/5) und von Dr. E. vom 13. August 2008 (bei einem MRT an diesem Tage - nur noch - deutliche BS-Protrusion am Segment L4/5, ansonsten allenfalls diskrete BS-Protrusionen, kein Prolaps).

Die Beklagte zog ferner die älteren Röntgen- und CT-Aufnahmen von Dr. Dr. G., des Fürst-Stirum-Klinikums und des Universitätskrankenhauses H. im Original bei.

Der Präventionsdienst der Beklagten ermittelte am 29. November 2012 in dem Unternehmen und hörte die Klägerin und ihren Ehemann an. In seinem Bericht vom 30. November 2012 führte er aus, der Handel mit Landprodukten habe Ende 2003 geendet, seitdem habe die Klägerin nur noch Büroarbeiten durchgeführt. Eine Sackkarre sei 1996 angeschafft worden. Lasten seien nicht auf der Schulter getragen worden, Arbeiten in extremer Rumpfbeuge habe es nicht gegeben, die Klägerin habe keine schwingungsgefährdenden Fahrzeuge gefahren. Aus den Angaben der Klägerin zu den gehobenen und getragenen Lasten errechnete der Präventionsdienst eine Gesamtbelastungsdosis von 37,3 MNh. Die relevante Tagesdosis habe bis Dezember 1995 bei 5,0 bzw. 5,1 kNh an insgesamt 300 Arbeitstagen pro Jahr gelegen, ab Januar 1996 bei 1,9 kNh an ebenfalls 300 Arbeitstagen je Jahr. Die Klägerin überschreite damit den Orientierungswert von 8,5 MNh (die Hälfte des Richtwerts für die Lebensdosis für Frauen von 17,0 MNh). Damit seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2108 erfüllt, nicht jedoch jene der BKen 2109 oder 2110. Auf Nachfrage, ob im Falle der Klägerin die besonderen Voraussetzungen der Konstellation B2 ("besonders intensive Belastung") der Konsensempfehlungen gegeben seien, teilte der Präventionsdienst unter dem 6. Mai 2013 ergänzend mit, zwar sei das zweite Zusatzkriterium ("besonders intensive Belastung durch Erreichen des Richtwerts für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren") nicht gegeben, nachdem die Jahresbelastungsdosis ab 1974 jeweils 1.515,0 kNh betragen habe, sodass der Richtwert für die Lebensdosis (17,5 MNh) erst nach etwa 12 Jahren überschritten gewesen sei. Jedoch seien die Voraussetzungen des dritten Zusatzkriteriums ("besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen") zumindest in dem Zeitraum von 1974 bis 1995 der Fall gewesen, nachdem die Tagesbelastungsdosis aus dem Heben und Tragen der schweren Lasten (Torf, Kunstdünger, Kohlen, in den ersten Halbjahren außerdem Setzkartoffelsäcke) 3,7 bzw. 4,0 kNh betragen habe.

Nachdem die Beratungsärztin der Beklagten, Dr. v. H., die medizinischen Voraussetzungen der BK 2108 nicht abschließend beurteilen konnte, beauftragte die Beklagte Prof. Dr. Dr. K., K., mit einer Begutachtung der Klägerin. Dieser Gutachter teilte in seinem schriftlichen Gutachten vom 31. Juli 2013 mit, bei der Klägerin lägen eine linkskonvexe Torsionsskoliose der LWS mit Scheitelmaximum bei L2/3, eine Osteochondrose Grad I, Bandscheibenvorwölbungen (Protrusionen) in den Segmenten L4/5 und L5/S1 sowie Spondylarthrosen der Fasettengelenke L3 bis S1, ein Beckenschiefstand und eine Beinlängenverkürzung links um etwa 1,5 cm sowie Dorsalgien und Lumbalgien bei Wirbelsäulenfehllastik und Spondylarthrosen im unteren LWS-Bereich vor. Zusammenfassend führte Prof. Dr. Dr. K. aus, die Klägerin leide seit ihrer Geburt an einer linkskonvexen Dreh skoliose mit Fehlstatik mit späteren muskulären Dysbalancen und einer Beinverkürzung mit daraus folgendem Beckenschiefstand. Sie erfülle zwar die arbeitstechnischen, nicht aber die medizinischen Voraussetzungen der BK 2108. Die Ausprägung des Bandscheibenschadens lasse lediglich eine Chondrose vom Grad 1 und nur "Prolapse ohne Hinweise auf einen Vorfall" (Schreibfehler, gemeint: "Protrusionen") erkennen. Ferner, so Prof. Dr. Dr. K., sei die Ursache der degenerativen Veränderungen in den beiden unteren Bandscheibenfächern der LWS der Klägerin ganz eindeutig die - angeborene - Torsionsskoliose. Zwar fehlten letztlich gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zum schädigenden Potenzial von Lumbalskoliosen in Bezug auf die Bandscheiben der LWS. Jedoch seien bei einer - wie hier - tieferen Lumbalskoliose anlagebedingte biometrische Überlastungen der unteren LWS und damit auch der dortigen Bandscheiben (bereits durch alltägliche Belastungen) plausibel. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den LWS-Veränderungen und den hohen beruflichen Belastungen sei daher nicht wahrscheinlich zu machen.

Mit Bescheid vom 4. September 2013 lehnte die Beklagte, gestützt auf die Ausführungen Prof. Dr. Dr. K.s, die Anerkennung der BKen 2108 und 2110 sowie "Ansprüche auf Leistungen" ab. Die Klägerin erhob Widerspruch, den sie trotz mehrerer Fristverlängerungen nicht

begründete. Daraufhin erließ die Beklagte den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 14. Oktober 2014.

Hiergegen hat die Klägerin am 13. November 2014 Klage beim Sozialgericht K. (SG) erhoben. Sie hat ausgeführt, Prof. Dr. Dr. K. sei bekanntermaßen ein sehr versicherungsfreundlicher Gutachter, der ausschließlich für Versicherungen tätig werde. Es sei daher nicht ausgeschlossen, dass ein anderer Gutachter zu einem anderen Ergebnis gelange, zumal es offenbar lediglich um graduelle Unterschiede bei der Bewertung des Erkrankungsbildes gehe. Insbesondere sei der Übergang zwischen einer Protrusion und einem Prolaps einer Bandscheibe fließend.

Nachdem die Beklagte der Klage entgegengetreten war und die im Verwaltungsverfahren beigezogenen bildgebenden Befunde (4 CDs) zur Akte gereicht hatte, hat das SG Prof. Dr. C., B., mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt.

Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 23. März 2015 mitgeteilt, bei der Klägerin beständen deutliche Verspannungen der Schulter-Nacken-Muskulatur bei freier Beweglichkeit der HWS und röntgenologisch altersentsprechendem Normalbefund, ein unauffälliger klinischer Befund an der BWS bei radiologisch diskreter rechtskonvexer Seitenauslenkung sowie diskret verstärkter Vorschwingung, jedoch ohne vorausseilende degenerative Veränderungen, deutliche Verspannungen der paravertebralen Muskulatur mit Klopfschmerzangabe über den Dornfortsätzen der unteren LWS, eine schmerzhaft eingeschränkte Rotationsbewegung sowie Seit- und Rückneigung der LWS. In diesem Bereich seien auch eine linkskonvexe Skoliose mit Scheitelpunkt bei L2/3 und einem daraus folgenden Winkel von 14°, ein linksbetonter Bandscheibenvorfall bei L4/5, eine breitbasige Vorwölbung der Bandscheibe bei L5/S1, linksbetonte degenerative Veränderungen der Wirbelbogengelenke vor allem bei L4/5 und eine Verschmälerung der Bandscheibenfächer zwischen L3 und S1 mit einer Ausprägung der Chondrose von Grad III im Fach L5/S1 festzustellen. Die Veränderungen in den Segmenten L4 bis S1 seien bandscheibenbedingt. Ein ursächlicher Zusammenhang mit beruflichen Belastungen sei jedoch nicht wahrscheinlich zu machen. Zwar beständen eine ausreichende berufliche Exposition und eine plausible zeitliche Korrelation zwischen den beruflichen Belastungen und der Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung. Auch sei eine – wie vorliegend – leichte Skoliose nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht als Prädisposition im Sinne einer wesentlichen Ursache eines Bandscheibenschadens anzusehen. Jedoch sei die Klägerin weder einer besonders intensiven Belastung noch einem besonderen Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen ausgesetzt gewesen. Außerdem hätten die behandelnden Ärzte bis Ende 2005 auch in den Segmenten L4 bis S1 bildgebend keinen Bandscheibenvorfall objektivieren können, ein solcher sei lediglich 1999 auf Grund des Untersuchungsbefundes im Segment L5/S1 differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen worden. Hinzu komme, dass eine Höhenminderung der Bandscheibe im Segment L5/S1 erstmals im Februar 2009 röntgenologisch nachgewiesen sei. Damit sei keines der nach der Konstellation B2 der Konsensempfehlungen geforderten Zusatzkriterien erfüllt. Das Beschwerdebild der Klägerin entspreche daher der Konstellation B3. Auf dieser Basis spreche gegen einen Wahrscheinlichkeitszusammenhang, dass eine Arbeitsunfähigkeit wegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung erstmals für 1995 dokumentiert sei. Damals sei die Klägerin 46 Jahre alt gewesen, und in diesem Alter sei eine bandscheibenbedingte Erkrankung nicht mehr als altersvoraussetzend einzustufen. Außerdem habe die CT-Untersuchung im Jahre 1999 eine bandscheibenbedingte Erkrankung nicht objektiviert. Ferner lägen wesentliche krankhafte Veränderungen im Bereich der letzten beiden Segmente der LWS gesichert erst zu einem Zeitpunkt mehr als zwei Jahre nach Aufgabe der belastenden Tätigkeit vor, sodass nicht mehr von einer plausiblen zeitlichen Korrelation auszugehen sei. Die bandscheibenbedingten Veränderungen der Klägerin seien daher als aus innerer Ursache heraus entstanden anzusehen. Letztlich sei die Klägerin auch nicht wegen ihrer bandscheibenbedingten Erkrankung gezwungen gewesen, die Tätigkeit in dem Landhandel aufzugeben, dem hätten andere Umstände zu Grunde gelegen.

Die Klägerin ist den Feststellungen und Schlussfolgerungen des Gutachtens zum Teil entgegengetreten. Insbesondere hat sie vorgetragen, es hätten sehr wohl hohe Belastungsspitzen vorgelegen. Sie hat (Schriftsatz vom 27. April 2015) nunmehr angegeben, bereits ab dem Jahre 2000, nachdem die Schwiegermutter gestorben sei, hätte das Unternehmen nur noch Heizöl vertrieben und sie lediglich noch Büroarbeiten erledigt.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 26. August 2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin sei zwar als Helferin im Landhandel ihres Ehemannes als Beschäftigte einzustufen gewesen und daher gesetzlich unfallversichert gewesen. Sie sei grundsätzlich gefährdenden Einwirkungen im Sinne der BK 2108 ausgesetzt gewesen. Sie leide auch an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS, wie es diese BK fordere. Insoweit seien die Verschmälerungen der Bandscheibenfächer L3 bis S1, die im Segment L5/S1 Ausprägungsgrad III erreichten, und der linksbetonte Bandscheibenvorfall bei L4/5 sowie die breitbasige Vorwölbung der Bandscheibe bei L5/S1 relevant. Zum einen habe diese Erkrankung die Klägerin jedoch nicht gezwungen, die gefährdende Tätigkeit aufzugeben. Vielmehr sei der Handel mit Landwaren wegen eines Rückgangs der Geschäfte eingestellt worden, wobei von einer Einstellung im Jahre 2000 auszugehen sei, während die Angaben der Klägerin gegenüber dem Präventionsdienst der Beklagten, der Handel habe bis 2003 angedauert, nicht konsistent und nicht überzeugend seien. Zum anderen seien die beruflichen Einwirkungen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die wesentliche Ursache für die bandscheibenbedingte LWS-Erkrankung der Klägerin. Hierbei sei wesentlich, dass die LWS-Beschwerden nach den eigenen Angaben der Klägerin schon Mitte der 1970er Jahre begonnen hätten, also zu einer Zeit, zu der noch keine wenigstens 10-jährige Belastung durch schweres Heben und Tragen vorgelegen hätte. Hinzu komme, dass das Ausmaß der Schädigungen keiner jener Konstellationen der Konsensempfehlungen zuzuordnen sei, in denen ein Ursachenzusammenhang zu beruflichen Einwirkungen wahrscheinlich sei. Noch 2006, also sechs Jahre nach der Aufgabe der belastenden Tätigkeiten, sei radiologisch nur eine Verschmälerung der Bandscheibenfächer L4 bis S1 mit einer breitbasigen – nur – Protrusion der Bandscheibe L5/S1 festgestellt worden. Soweit in dem damaligen Arztbrief vom 17. November 2006 an einer Stelle von einem "Prolaps" die Rede gewesen sei, was auch Prof. Dr. Dr. K. übernommen habe, handle es sich um einen Schreibfehler, nachdem in dem dortigen Befund nur eine Vorwölbung beschrieben worden sei. Bei Vorliegen einer Chondrose Grad III, aber dem Fehlen einer Begleitspondylose und dem Fehlen einer konkurrierenden Ursache – die angeborene Skoliose reiche als wesentliche Ursache nicht aus – sei für die Anerkennung als BK 2108 das Vorliegen einer der drei Zusatzkriterien der Konstellation B2 notwendig, was hier jedoch nicht der Fall sei. Dies gelte insbesondere für die Zusatzkriterien der besonders intensiven Belastung und der besonderen Belastungsspitzen. So sei es auf Grund der Lebenserfahrung weder glaubhaft, dass die selbst nur rund 65 kg wiegende Klägerin wie angegeben Säcke mit Torf, Kunstdünger, Kartoffeln oder Kohle mit einem Gewicht von 50 kg gehoben oder getragen haben wolle. Auch ihr Vorbringen, Hilfsmittel habe es erst seit 1996 gegeben, erscheine nicht glaubhaft, nachdem Sackkarren nicht erst Ende des 20. Jahrhunderts erfunden worden seien. Wenn demnach von Konstellation B3 auszugehen sei, so sei eine berufliche Verursachung wenig wahrscheinlich. Insoweit sei den Einschätzungen von Prof. Dr. C. zu folgen. Insbesondere das späte erstmalige Auftreten der Erkrankung bei der Klägerin mit 46 Jahren spreche gegen eine berufliche Verursachung.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin am 7. September 2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg erhoben. Sie trägt vor, entgegen der nicht sachlich fundierten Annahme des SG habe sie sehr wohl Säcke von mehr als 50 kg gehoben und getragen sowie erst ab etwa 1996 über eine Sackkarre verfügt. Ferner sei nicht sicher, dass die bildgebenden Befunde des Jahres 1999 nur eine Vorwölbung und keinen Prolaps zeigten, zumal der Übergang fließend sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts K. vom 26. August 2015 und den Bescheid der Beklagten vom 4. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbeseides vom 14. Oktober 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, bei der Klägerin eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV anzuerkennen,

hilfsweise, Herrn Prof. Dr. B. ergänzend zu befragen unter Vorlage der fachärztlichen Bescheinigung des Herrn Dr. S. vom 12. Dezember 2017, ob sich unter Berücksichtigung der dort enthaltenen medizinischen Ausführungen seine bisherige gutachterliche Einschätzung ändert oder ob er hieran festhält, jeweils ggfs. mit welcher Begründung.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidungen.

Der Senat hat die ergänzende Auskunft ("Archivanfrage") der A. vom 25. Januar 2016 eingeholt. Danach war die Klägerin vom 2. bis zum 8. April 1984 wegen "Ischialgie", vom 26. Februar bis 20. März 1990 wegen eines Zervikalsyndroms und vom 9. bis 22. Oktober 1995 wegen einer Lumboischialgie arbeitsunfähig erkrankt.

Der Senat hat die Internet-Homepage des Unternehmens des Ehemannes der Klägerin eingesehen und dabei festgestellt, dass die Unternehmensgeschichte auch ein Blumengeschäft mit derselben Firmenadresse verzeichnet, dessen Inhaber nicht der Ehemann der Klägerin war.

Der Berichterstatter des Senats hat die Klägerin persönlich angehört. Sie hat ausgeführt, die Feststellungen aus der Internet-Recherche trafen zu, wonach auf dem Gelände des Heizöl- und Kohlenhandels, den ihr Ehemann betrieben habe, auch ein Blumengeschäft mit Landwarenhandel existiert habe, das ihre Schwiegermutter betrieben habe. Den größeren Teil ihrer – der Klägerin – Arbeiten habe sie für dieses Blumengeschäft geleistet. Vor allem der Kunstdünger sei dort bestellt und von dort geliefert worden. In dem anderen Geschäft sei damals vorwiegend mit Briketts gehandelt worden, der Mineralöl-Handel sei noch sehr klein gewesen. Sie habe die Brikettsäcke getragen. Die Klägerin hat ferner Angaben zu ihrer Arbeit gemacht, insbesondere zu dem Gewicht der gehobenen und getragenen Lasten und zu den verfügbaren technischen Hilfsmitteln. Wegen ihrer Angaben im Einzelnen wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 1. Juni 2016 verwiesen.

Die Klägerin hat private Aufzeichnungen, auch über gesundheitliche Probleme, vorgelegt, von denen sie vorträgt, sie seien in den Jahren 1984, 1990 und 1995 entstanden. Sie hat ferner angegeben, sie sei auch 1990 in der Universitätsklinik H. bildgebend untersucht worden.

Auf den Hinweis des Senats, der Präventionsdienst der Beklagten habe in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 6. Mai 2013 ausgeführt, das Zusatzkriterium 3 der Konstellation B2 der Konsensempfehlungen sei erfüllt, hat die Beklagte die weitere Stellungnahme ihres Präventionsdienstes vom 29. Juni 2016 zur Akte gereicht. Darin wird daran festhalten, dieses Zusatzkriterium sei in der Zeit vom 1. Juni 1974 bis zum 21. Dezember 1995 erfüllt worden, weil mehr als die Hälfte des Tagesdosis-Richtwerts nach dem MDD (Mainz-Dortmunder Dosismodell) von 1,75 kN<sub>h</sub> durch hohe Belastungsspitzen, die bei Frauen bei Belastungen ab 4,5 kN vorlägen, erreicht worden sei. Ebenso hält der Präventionsdienst daran fest, dass das Zusatzkriterium 2 nicht erfüllt sei, da die Lebensdosis von 17 MN<sub>h</sub> nicht in weniger als 10 Jahren erreicht gewesen sei.

Der Senat hat Prof. Dr. C. ergänzend gehört, ihm dabei insbesondere vorgegeben, dass das Zusatzkriterium 2 erfüllt ist, und ihm die neuen Auskünfte der AOK mitgeteilt. Der Sachverständige hat in seiner Stellungnahme vom 14. Oktober 2016 ausgeführt, es seien zwar nunmehr seine bisherigen Argumente, das Zusatzkriterium 2 sei nicht erfüllt und die erste Arbeitsunfähigkeit wegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung sei erst für 1995 dokumentiert, hinfällig. Es verbleibe aber seine Argumentation, dass selbst die kernspintomografische Untersuchung der Klägerin 1999, also im Lebensalter von 50 Jahren, eine bandscheibenbedingte Erkrankung nicht habe nachweisen können und der erste Nachweis der relevanten Veränderungen an der LWS erst Jahre nach der Aufgabe der belastenden Tätigkeit liege. Prof. Dr. C. hat angeregt, noch bei der Universitätsklinik H. wegen der bildgebenden Befunde der 1990er Jahre, von denen die Klägerin berichtet hatte, nachzufragen.

Die Universitätsklinik H. hat daraufhin auf Bitte des Senats auf einer CD Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Arztbriefe und weitere Unterlagen – jedoch keine bildgebenden Befunde selbst – über zwei Vorstellungen der Klägerin 1983 (wegen Kniebeschwerden) und 1990 (wegen einer "Atlasblockade" und WS-Beschwerden) eingereicht.

Hierzu hat Prof. Dr. C. mit Schreiben vom 9. Januar 2017 Stellung genommen. Er hat darauf hingewiesen, dass eine Untersuchung oder Behandlung konkret der LWS nicht verzeichnet sei. Es sei daran festzuhalten, dass die ersten bildgebenden Befunde jene von 1999 seien, auf denen ein Prolaps nicht nachgewiesen werde. Auch wenn dort die genaue Größe der Vorwölbungen (unter 3 oder zwischen 3 und 5 mm) nicht festgestellt worden sei, so müsse doch davon ausgegangen werden, dass jene Schäden bei der damals 50 Jahre alten Klägerin nicht mehr altersuntypisch gewesen seien. Es könne daher auch nicht angenommen werden, dass diese oder gar gravierendere Schäden an der LWS bereits im Oktober 1995 oder gar im April 1984, also zu den Zeiten der Arbeitsunfähigkeiten, vorgelegen hätten. Insgesamt müsse es bei der Einschätzung verbleiben, dass ein Ursachenzusammenhang zu den beruflichen Einwirkungen nicht wahrscheinlich sei.

Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin hat der Senat mit Beweisbeschluss vom 7. März 2017 Prof. Dr. B., Landesgewerbearzt bei dem

Regierungspräsidium D., mit der Erstellung eines Wahlgutachtens beauftragt. Am 20. April 2017 hat der Senat im Einverständnis mit der Klägerin die Einholung zweier Zusatzgutachten genehmigt. Auf dieser Basis haben der Radiologe Dr. B. das Zusatzgutachten vom 23. Juni 2017 und der Neurologe Dr. O. das Zusatzgutachten vom 4. Juli 2017 erstattet. Prof. Dr. B. hat das Hauptgutachten vom 5. Juli 2017 zur Akte gereicht.

Der Sachverständige kommt darin zu der Einschätzung, bei der Klägerin beständen aktuell eine linkskonvexe Skoliose mit einem Scheitelpunkt bei L2/3 mit einem Cobb-Winkel von 15° (ED 1996), eine altersuntypische Chondrose bei L5/S1 (ED 1996 mit Grad I, seit 2006 Grad II), eine Chondrose bei L4/5 (ED 2006 mit Grad I, seit 2008 Grad II), eine Chondrose Grad I an der HWS bei dem Segment C5/6 (ED 2017) sowie ein Bandscheibenprolaps bei L4/5 (ED 2006).

Ausgehend von diesen Befunden, so Prof. Dr. B., sei nicht von einer bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne der BK 2108 auszugehen. Die Konsensempfehlungen erkannten insoweit zwei Formen bandscheibenbedingter LWS-Erkrankungen an. Ein "lokales Lumbalsyndrom" setze eine radiologische Feststellung einer altersuntypischen Höhenminderung einer oder mehrerer Bandscheiben, Bewegungsschmerzen, einen klinischen Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz, eine Entfaltungsstörung der LWS, einen erhöhten Muskeltonus und ggfs. eine pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung voraus. Diese Umstände müssten bei der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit vorliegen. Bei der Klägerin habe zwar schon bei der Aufgabe ihrer belastenden Tätigkeit – Prof. Dr. B. geht dabei von Januar 2004 aus – eine altersuntypische Chondrose bei L5/S1 bestanden, die schon 1996 erstdiagnostiziert worden sei. Ob damals die fünf weiteren Kriterien vorgelegen hätten, könne jedoch nicht beurteilt werden, da zwischen November 1996 und September 2005 keine Berichte behandelnder Ärzte vorhanden seien, die hierüber Auskunft gäben. Jetzt, 2017, lägen bei der Klägerin zwar ein Bewegungsschmerz und eine Entfaltungsstörung der LWS vor, jedoch weiterhin kein Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz, kein erhöhter Muskeltonus und keine pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung. Auch die weitere Form einer bandscheibenbedingten Erkrankung, ein "lumbales Wurzelsyndrom" mit einem Vorfall oder einer Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung und Nervenwurzelbedrängung sowie einer Spondylose oder einer Spondylarthrose und neurologischen Zeichen der Reizung oder Schädigung der entsprechenden Nervenwurzel, könne nicht festgestellt werden. Bei der Klägerin habe 2004 kein nachweisbarer Bandscheibenvorfall vorgelegen. Die bildgebenden Befunde des Jahres 1999 hätten einen Prolaps nur differenzialdiagnostisch gemutmaßt, diese Annahme habe sich später nicht bewahrheitet. Erstmals am 21. Juli 2006 sei ein relevanter Bandscheibenvorfall diagnostiziert worden. Eine entsprechende Nervenwurzelreizung sei 2006 und 2007 bei neurologischen Untersuchungen ausgeschlossen worden; sie liege auch jetzt nicht vor. Es sei daher, so der Sachverständige, die Konstellation A1 der Konsensempfehlungen anzunehmen, sodass die Ablehnung der BK 2108 empfohlen werden müsse.

Prof. Dr. B. hat außerdem einen Wahrscheinlichkeitszusammenhang zwischen der Erkrankung der Klägerin und den beruflichen Einwirkungen verneint (S. 19 Hauptgutachten). Insoweit hat er auf seine Ausführungen zur Frage der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS und der Einordnung in die Konstellation A1 verwiesen, bei der ein Ursachenzusammenhang nach wissenschaftlicher Einschätzung nicht wahrscheinlich sei.

Die Klägerin ist den Feststellungen und Schlussfolgerungen des Wahlgutachters entgegengetreten. Sie hat ausgeführt, entgegen seinen Annahmen lägen medizinische Befunde aus der Zeit von 1995 bis 2005 vor, welche auf die genannten Symptome einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS hindeuteten, insbesondere der Entlassungsbericht über die stationäre Rehabilitation in der Klinik M. im Oktober und November 1999, dort sei auch von einem erhöhten Muskeltonus die Rede gewesen. Die Klägerin hat ferner eine Liste mit den Daten ärztlicher Behandlungen vom 6. März 1996 bis zum 22. September 2005 zur Akte gereicht und beantragt, dort "die Behandlungsberichte" beizuziehen und danach Prof. Dr. B. zur ergänzenden Stellungnahme vorzulegen. Der Senat hat die Klägerin am 1. September 2017 unterrichtet, dass über mehrere der genannten Behandlungen Berichte bereits aktenkundig seien, insbesondere über die stationären Behandlungen, dass nicht ins Blaue hinein weitere Berichte von Amts wegen gesucht würden, und hat der Klägerin aufgegeben, etwa fehlende Berichte selbst beizubringen. Die Klägerin hat in der ihr hierfür gesetzten Frist keine Unterlagen vorgelegt.

Daraufhin hat der Senat Prof. Dr. B. ergänzend gehört. Der Sachverständige hat am 3. November 2017 schriftlich mitgeteilt, er halte an seinen Einschätzungen fest. Zwar seien bei dem Aufenthalt in der Klinik M. ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei Fehlstatik der LWS und ein allerdings nicht lokalisierter Muskelhartspann angegeben worden. Dieser Befund aus dem Jahre 1999, der in dem Hauptgutachten gewürdigt worden sei, ändere aber nichts am Fehlen ärztlicher Unterlagen über die Symptome einer bandscheibenbedingten Erkrankung beim Ausscheiden aus der gefährdenden Tätigkeit im Jahre 2000. Ferner belege der Bericht auch für 1999 nicht, dass ein lokales Lumbalsyndrom oder ein lumbales Wurzelsyndrom vorgelegen hätten.

Der Senat hat der Klägerin diese Stellungnahme übermittelt und sie gebeten, sich bis Mitte Dezember über den Fortgang des Verfahrens zu erklären. Am 14. Dezember 2017 hat sie mitgeteilt, ihr damals behandelnder Hausarzt Dr. S. habe ihr mit Schreiben vom 12. Dezember 2017 bestätigt, dass der Wassergehalt der fraglichen Bandscheibe 1999 vermindert gewesen und davon auszugehen sei, dass dieser Befund auch bei Aufgabe der belastenden Tätigkeit noch vorgelegen habe. Insoweit sei Prof. Dr. B. erneut ergänzend zu hören. Diesen Antrag hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung am 18. Januar 2018 aufrecht erhalten.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Insbesondere war sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig. Nach Rücknahme des Leistungsantrags begehrt die Klägerin nur noch eine behördliche Feststellung und damit keine Geld-, Sach- oder Dienstleistung. Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig. Insbesondere hat sie die Klägerin form- und fristgerecht erhoben ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)).

Die Berufung hat jedoch keinen Erfolg.

Der Senat konnte in der mündlichen Verhandlung am 18. Januar 2018 in der Sache entscheiden. Der Hilfsbeweis Antrag, erneut Prof. Dr. B. zu hören, war abzulehnen.

Nach [§ 116 Satz 2](#) und [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 411 Abs. 4 Satz 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) haben die Beteiligten dem Gericht "innerhalb eines angemessenen Zeitraums" ihre Einwendungen gegen ein Gutachten sowie die Begutachtung betreffende Anträge und Ergänzungsfragen zu einem schriftlichen Gutachten mitzuteilen. Diese Vorschrift gilt - anders als [§ 411 Abs. 4 Satz 2 ZPO](#) - auch im sozialgerichtlichen Verfahren und in diesem Rahmen auch für Wahlgutachten nach [§ 109 Abs. 1 SGG](#), bei denen es sich ebenfalls um Gerichtsgutachten handelt. Ein Antrag auf ergänzende Befragung eines Sachverständigen kann aber abgelehnt werden, wenn die an den Sachverständigen zu richtenden Fragen beweisunerheblich sind (vgl. Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 29. August 1995 - [2 BvR 175/95](#) -, juris Rz. 29). Ebenso begründet das auf den oben genannten Rechtsgrundlagen beruhende Fragerecht keinen Anspruch auf stets neue Befragungen, wenn der Beteiligte und der Sachverständige in ihrer Beurteilung nicht übereinstimmen (Bundessozialgericht [BSG], Beschluss vom 10. Dezember 2013 - [B 13 R 198/13 B](#) -, juris, Rz. 9). Allenfalls dann, wenn die Nachfragen eines Beteiligten Punkte betreffen, die sich aus einer ersten ergänzenden Stellungnahme eines Sachverständigen ergeben, kommt ein Antrag auf eine erneute Befragung nach [§ 411 Abs. 4 Satz 1 ZPO](#) in Betracht.

Dr. B. war nach Eingang seines Gutachtens bereits einmal auf Antrag der Klägerin ergänzend gehört worden. Der Antrag der Klägerin, ihn nochmals zu befragen, ist daher außerhalb des angemessenen Zeitraums nach Erhalt des Gutachtens gestellt worden. Die Nachfrage ergab sich auch nicht aus den Ausführungen Prof. Dr. B.s selbst, vielmehr hätte die Klägerin ihre Behauptung, 1999 sei der Wassergehalt in einer Bandscheibe vermindert gewesen, auch schon im Rahmen der ersten Befragung vorbringen können. Ferner betraf der Hilfsbeweisanspruch der Klägerin auf erneute Befragung Prof. Dr. B.s einen unerheblichen Punkt. Der Sachverständige hat seine Einschätzung, dass bei Aufgabe der belastenden Berufstätigkeit keine bandscheibenbedingte Erkrankung vorlag, auf das Fehlen eines - nachgewiesenen - Bandscheibenprolapses gestützt. Wenn die Klägerin nunmehr vorträgt, Dr. S. habe 1999 einen verminderten Wassergehalt in einer Bandscheibe festgestellt, so geht diese Behauptung bereits an den tatsächlichen Grundlagen der Einschätzungen des Sachverständigen vorbei.

Die Klage der Klägerin mit dem noch aufrecht erhaltenen Antrag auf Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung einer Berufskrankheit ist zulässig. Insbesondere kann ein Versicherter im Rahmen einer Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 2 SGG eine behördliche Feststellung durch Verwaltungsakt begehren. Er ist nicht auf eine gerichtliche Feststellung nach [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nrn. 1 und 2 SGG](#) beschränkt, sondern kann zwischen beiden Klagearten wählen (BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) -, juris; Beschluss des Senats vom 17. Februar 2016 - [L 6 U 4089/15](#) -, juris, Rz. 28). Einer solchen Verpflichtungsklage auf eine behördliche Feststellung liegt eine ausreichende Klagebefugnis im Sinne von [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) zu Grunde (vgl. BSG, Urteil vom 27. April 2010 - [B 2 U 23/09 R](#) -, juris, Rz. 9), weil das Unfallversicherungsrecht mit [§ 102 SGB VII](#) i.V.m. [§ 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) eine Anspruchsgrundlage für derartige Feststellungen der Versicherungsträger bereithält (Urteil des Senats vom 17. März 2016 - [L 6 U 4796/13](#) -, juris, Rz. 29). Hinsichtlich der Feststellung einer Berufskrankheit liegt auch ein angreifbarer Verwaltungsakt ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) vor, ferner war sie Gegenstand des nach [§ 78 Abs. 1 SGG](#) notwendigen Vorverfahrens.

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Der Klägerin steht kein Anspruch auf die begehrte Feststellung zu, an einer BK nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV zu leiden.

Berufskrankheiten sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden.

Voraussetzung für die Feststellung jeder Erkrankung als BK ist, dass die versicherte Tätigkeit, die schädigenden Einwirkungen sowie die Erkrankung, für die Entschädigungsleistungen beansprucht werden, im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen sind. Eine absolute Sicherheit ist bei der Feststellung des Sachverhalts nicht zu erzielen. Erforderlich ist aber eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, wonach kein vernünftiger Mensch mehr am Vorliegen vorgenannter Tatbestandsmerkmale zweifelt (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 128 Rn. 3b m. w. N.). Es muss ein so hoher Grad von Wahrscheinlichkeit vorliegen, dass alle Umstände des Einzelfalles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung hiervon zu begründen.

Zur Anerkennung einer BK muss zudem ein doppelter ursächlicher Zusammenhang bejaht werden. Die gesundheitsgefährdende schädigende Einwirkung muss ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein (sog. haftungsbegründende Kausalität) und diese Einwirkung muss die als BK zur Anerkennung gestellte Krankheit verursacht haben (sog. haftungsausfüllende Kausalität, vgl. dazu Schwerdtfeger in: Lauterbach, Gesetzliche Unfallversicherung, SGB VII, Anm. 54 zu [§ 8 SGB VII](#)). Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im Recht der BK gilt dabei, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung. Diese basiert auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der Ursache eines Erfolges jedes Ereignis ist, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (sog. *condicio sine qua non*). Aufgrund der Unbegrenztheit der Bedingungstheorie werden im Sozialrecht als rechtserheblich aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. "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 anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Als Beweismaßstab genügt für den Ursachenzusammenhang statt des Vollbeweises die Wahrscheinlichkeit, d. h., dass bei vernünftiger Abwägung aller für und gegen den Zusammenhang sprechenden Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Erwägungen so stark überwiegen müssen, dass die dagegen sprechenden billigerweise für die Bildung und Rechtfertigung der richterlichen Überzeugung außer Betracht bleiben können. Der Ursachenzusammenhang ist jedoch nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist.

In der Anlage 1 zur BKV sind unter Nr. 2108 "bandscheibenbedingte 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 ursächlich waren oder sein können" bezeichnet. Voraussetzung für die Anerkennung einer BK Nr. 2108 ist daher, dass der Versicherte aufgrund einer versicherten Tätigkeit langjährig schwer gehoben und getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet hat und dass durch die spezifischen, der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden besonderen Einwirkungen eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS entstanden sein muss, die noch besteht. Der Versicherte muss

darüber hinaus gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben. Als Folge dieses Unterlassungszwangs muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, liegt eine BK Nr. 2108 nicht vor (vgl. BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - [B 2 U 4/06 R](#) -, juris, Rz. 17).

Die Klägerin war in der Zeit von Juni 1974 bis zum 30. September 2005 als Beschäftigte im Sinne von [§ 7 Abs. 1 SGB IV](#) tätig und in dieser Beschäftigung gemäß [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) versichert. Hierbei geht der Senat davon aus, dass die Klägerin sowohl für den Kohlen- und Heizölhandel ihres Ehemannes gearbeitet hat als auch, wie sich nach einer Internet-Recherche und den ergänzenden Angaben der Klägerin in dem Erörterungstermin am 1. Juni 2016 ergeben hat, für ein Blumengeschäft bzw. einen Landwarenhandel, der auf demselben Grundstück wie der Heizöl- und Kohlenhandel des Ehemannes betrieben wurde. Die Klägerin war in die Betriebsabläufe eingegliedert und weisungsabhängig tätig. Dass sie selbst unternehmerische Entscheidungen getroffen hätte oder unternehmerisches Risiko getragen hätte, ist nicht vorgetragen worden, sodass nicht von einer selbstständigen Tätigkeit ausgegangen werden kann. Sie war auch nicht nur als mitarbeitende Familienangehörige tätig. Ihre Arbeit, wie sie geschildert und von der Beklagten nicht bestritten worden ist, ging deutlich über das Maß eines unentgeltlichen familienhaften Mitarbeit hinaus, wie sie selbst zwischen Ehegatten nach [§ 1353 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geschuldet ist. Hinzu kommt, dass ein großer Teil der Arbeiten nicht für den Ehemann, sondern für die Schwiegermutter bzw. später für eine Schwägerin geleistet worden ist und es zwischen Verschwägerten keine familienrechtliche Pflicht zur unentgeltlichen Mitarbeit gibt, sondern nur zwischen Eltern und Kindern (vgl. [§ 1618a BGB](#)). Die Beschäftigung der Klägerin war auch zumindest bei der Einzugsstelle angemeldet. Dies ergibt sich aus den Bescheinigungen der A., welche die Klägerin seit 1974 als Beschäftigte krankenversichert hat. Für den Versicherungsschutz ist es daher unerheblich, ob und ggfs. wann die Klägerin auch bei der Beklagten als Beschäftigte bekannt war. Zumindest seit 1993 war die Klägerin dort gemeldet, wie sich aus den aktenkundigen Versicherungsfällen ergibt.

Die Beklagte ist passiv legitimiert für den geltend gemachten Anspruch. Selbst wenn der maßgebliche bzw. zeitlich letzte Teil der körperlichen Einwirkungen auf die Klägerin nicht im Unternehmen des Ehemannes, sondern in dem Blumen- und Landwarenhandel stattgefunden haben sollte (vgl. dazu [§ 134 Abs. 1 SGB VII](#)), so würde sich die Zuständigkeit nicht ändern. Auch für das andere Unternehmen wäre die Beklagte der zuständige Unfallversicherungsträger gewesen. Nicht etwa wäre die Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Sozialversicherung gegeben gewesen, da der Blumen- und Landwarenhandel offenkundig nicht selbst landwirtschaftlich oder gärtnerisch tätig war.

Während ihrer Berufstätigkeit war die Klägerin auch Einwirkungen ausgesetzt, die grundsätzlich geeignet waren, eine bandscheibenbedingte Erkrankung an der LWS zu verursachen. Sie hat "langjährig schwere Lasten gehoben bzw. getragen".

Zur Bestimmung des Ausmaßes der erforderlichen Einwirkungen bei der BK Nr. 2108 ist nach der Rechtsprechung des BSG (BSG, Urteil vom 18. März 2003 - [B 2 U 13/02 R](#) -, juris, Rz. 15 ff.) auf der Basis der Deutschen Wirbelsäulenstudie auf das MDD (Mainz-Dortmunder Dosismodell) abzustellen (vgl. dazu die grundlegende Veröffentlichung von Jäger, Luttmann, B., Schäfer, Hartung, Kuhn, Paul, Francks, Retrospektive Belastungsermittlung für risikobehaftete Tätigkeitsfelder, in: ASUMed 1999, S. 101 ff., 112 ff. und 143 ff.), das zwischenzeitlich für weite Bereiche eingeführt wurde (vgl. Fröde, Sozialer Fortschritt 2001, 117, 120; Hofmann, B., Dupuis, Rehder, Berufsbedingte Wirbelsäulenerkrankungen - Biomechanik, Epidemiologie, Exposition, Klinik und Begutachtung, in: ZblArbeitsmed 2002, 78, 86 f.). Dieses Modell stellt grundsätzlich eine geeignete Grundlage zur Konkretisierung der im Text der BK Nr. 2108 mit den unbestimmten Rechtsbegriffen "langjähriges" Heben und Tragen "schwerer" Lasten nur ungenau umschriebenen Einwirkungen dar (BSG, Urteil vom 19. August 2003 - [B 2 U 1/02 R](#); juris). Jedoch müssen die vom MDD vorgegebenen Orientierungswerte im Lichte neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse modifiziert werden (BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - [B 2 U 4/06 R](#) -, juris, Rz. 20). Welches Maß an belastenden Einwirkungen mindestens erforderlich ist, um eine Berufskrankheit - ggf. unter Einbeziehung weiterer Kriterien - anzuerkennen oder umgekehrt, wo die Mindestgrenze liegt, bis zu der ein rechtlich relevanter Ursachenzusammenhang ohne weitere Prüfung ausgeschlossen werden kann, ist danach unter Zuhilfenahme medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu entscheiden (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, juris). Bezüglich der BK Nr. 2108 bedarf das MDD im Hinblick auf die an seinen wissenschaftlichen Grundlagen und seinem Berechnungsmodus geäußerte Kritik der weiteren Überprüfung. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse deuten nämlich darauf hin, dass auch unterhalb der Orientierungswerte nach dem MDD liegende Werte ein erhöhtes Risiko für Bandscheibenerkrankungen auslösen können. Auf eine Mindesttagesdosis ist daher entsprechend dem Ergebnis der Deutschen Wirbelsäulenstudie zu verzichten. Der untere Grenzwert, bei dessen Unterschreitung nach gegenwärtigem Wissensstand ein Kausalzusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und bandscheibenbedingter Erkrankung der LWS ausgeschlossen und deshalb auf einzelfallbezogene medizinische Ermittlungen verzichtet werden kann, ist auf die Hälfte des im MDD vorgeschlagenen Orientierungswertes für die Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh bei Männern herabzusetzen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 23. April 2015 -, juris, Rz. 14).

Nach den Feststellungen des Präventionsdienstes der Beklagten ist die Klägerin im Rahmen ihrer Tätigkeit ab Juni 1974 rückenbelastend tätig gewesen. Diese Belastungen erfolgten auch - wie der Tatbestand der BK Nr. 2108 voraussetzt - langjährig. Langjährig bedeutet, dass zehn Berufsjahre als im Durchschnitt untere Grenze der belastenden Tätigkeit zu fordern sind (so wörtlich das aktuelle Merkblatt 2108, BArbBl. 2006, Heft 10, S. 30, Abschnitt IV; bestätigend auch BSG, Urteil vom 23. April 2015 - [B 2 U 6/13 R](#) -, juris). Es ist zwar nicht völlig geklärt, ob die rückenbelastenden Tätigkeiten bis 2003 ausgeübt worden sind, wie die Beklagte anfangs angenommen hatte, aber ob sie schon im Jahre 2000 beendet wurden, wie die Klägerin zuletzt angegeben hatte. Selbst bei einer Aufgabe der belastenden Tätigkeit im Jahre 2000 hat die Klägerin insgesamt 26 Jahre rückenbelastend gearbeitet.

Ferner erreicht die Gesamtbelastung der LWS der Klägerin deutlich mehr als die Hälfte des Richtwerts, der für Frauen mit 8,5 MNh (die Hälfte einer Lebensdosis von 17,0 MNh) angegeben wird. Die Beklagte hat insoweit ausgehend von den Angaben der Klägerin und eigenen Berechnungen eine Gesamtbelastungsdosis von 37,3 MNh angenommen.

Bei der Klägerin fehlt es jedoch an der "bandscheibenbedingten" Erkrankung der LWS, wie sie bereits der Tatbestand der BK 2108 fordert. Zu dieser Einschätzung ist bereits Prof. Dr. K., dessen Gutachten der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwertet hat, wie der von Amts wegen beauftragte Sachverständige Prof. Dr. C. gekommen. Dieser hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Oktober 2016 nochmals deutlich herausgestellt, dass dieses seiner Argumente aus dem Gutachten vom 23. März 2015 auch nach Mitteilung der abweichenden Einschätzungen zu den AU-Zeiten und dem Zusatzkriterium 3 zur Konstellation B2 der Konsensempfehlungen bestehen bleibt. Auch der Wahlsachverständige Prof. Dr. B., auf den sich der Senat ergänzend stützt, hat ausdrücklich bereits das Vorliegen einer

bandscheibenbedingten Erkrankung verneint und sich nur ergänzend am Rande auf das Fehlen eines Wahrscheinlichkeitszusammenhangs bezogen.

Eine bandscheibenbedingte Erkrankung i. S. d. BK Nr. 2108 kommt nach den Konsensempfehlungen (vgl. Jäger u.a., a.a.O., S. 216) als lokales Lumbalsyndrom und als lumbales Wurzelsyndrom in Betracht. Für beide Varianten ist der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens, nämlich einer altersuntypischen Höhenminderung (Chondrose) einer oder mehrerer Bandscheiben oder eines Vorfalles bzw. einer Chondrose mit Nervenwurzelbedrängung, unabdingbare Voraussetzung (a.a.O., S. 215). Hinzu kommen müssen zumindest in der ersten Variante des lokalen Lumbalsyndroms klinische Symptome, nämlich chronische oder rezidivierende Beschwerden und Funktionseinschränkungen, die therapeutisch nicht mehr voll kompensiert werden können und die den von der BK noch geforderten Unterlassungstatbestand begründen. Der radiologische Nachweis, den die Konsensempfehlungen als "unabdingbar" einstufen, ist zeitnah zu den (letzten) beruflichen Einwirkungen zu erheben. Maßgebend ist der Befund bei Aufgabe der belastenden Tätigkeit (a.a.O., S. 214).

Bei der Klägerin fehlt es an diesem Nachweis einer solchen Veränderung der LWS in den fraglichen Segmenten. Hierbei ist es nicht erheblich, ob die wirbelsäulenbelastende Tätigkeit 2000 oder Ende 2003 aufgegeben worden ist. Der erste radiologische Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung, nämlich ein Vorfall bei L4/5, findet sich in den Berichten über die MRT-Untersuchungen bei Dr. S. ab dem 21. Juli 2006, also mehr als zweieinhalb Jahre nach der Aufgabe der Tätigkeit. Die damaligen Berichte deuten ferner eher auf einen akuten Vorfall denn auf eine längerfristige degenerative Veränderung hin, denn die Klägerin hatte sich am 5. November 2006 im Universitätsklinikum wegen "akuter Lumbago" vorgestellt und bei der MRT-Untersuchung bei Dr. E. im August 2008 war der Prolaps wieder zurückgegangen, dort lag nur noch eine - wenn auch "deutliche" - Protrusion der Bandscheibe vor. Jedenfalls gibt es aus der Zeit bis zur Aufgabe der beruflichen Tätigkeit keinen bildgebenden Nachweis über eine altersuntypische Chondrose oder einen Bandscheibenvorfall. Auf diesen Umstand haben alle gehörten Gutachter unter Einschluss Prof. Dr. B.s hingewiesen.

Insbesondere auch Prof. Dr. C. hat nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass bei der Untersuchung bei Dr. Dr. G. am 26. Januar 1999 bildgebend - nur - "leichte Vorwölbungen im Sinne von Protrusionen bei den Bandscheibenfächern L4/5 und L5/S1, bei dem unteren Fach differenzialdiagnostisch auch ein ganz kleiner Prolaps, sowie spondylophytäre Randzacken der Wirbelkörper" festgestellt worden waren. Hieraus ergibt sich keine altersvoraussetzende Chondrose, zumal die Klägerin bei jener Untersuchung bereits 50 Jahre alt war und in dieser Altersgruppe eine Chondrose noch als alterstypisch gilt, wenn sie lediglich Grad I erreicht, also eine Höhenminderung bis unter einem Drittel der Bandscheibenhöhe vorliegt (vgl. dazu die Konsensempfehlungen, S. 214, Übersicht 1). Und die bloße differenzialdiagnostische Erwägung - hier eines Prolapses - reicht zum Nachweis nicht aus. Es trifft zwar zu, dass der Übergang zwischen einer Protrusion und einem Prolaps fließend ist, worauf auch die Klägerin hinweist. Aber im Sinne der Konsensempfehlungen ist daher ein "Prolaps" auch nur - bei über 40-jährigen Menschen - dann altersuntypisch, wenn sich die Bandscheibe mindestens 5 mm über die Verbindungslinie der dorsalen Begrenzung der Wirbelkörperhinterkante wölbt oder wenn die Vorwölbung zumindest mehr als 3 mm beträgt und weitere Umstände hinzutreten (a.a.O., S. 215, Übersicht 8). Eine solche Vorwölbung ergibt sich aus den bildgebenden Befunden des Jahres 1999 nicht. Hinzu kommt, dass Dr. Dr. G. damals mit dieser differenzialdiagnostischen Erwägung das Bandscheibenfach zwischen L5/S1 meinte, während der 2006 diagnostizierte Vorfall bei L4/5 lag, es also dann sogar zwei Vorfälle gegeben haben müsste. Ganz unabhängig davon ergibt sich aus den damaligen Untersuchungen bei Dr. Dr. G. nicht, dass die fragliche Protrusion bei L5/S1 Nervenwurzeln bedrängt hat, was aber für die Annahme eines lumbalen Wurzelsyndroms nicht ausreicht.

Der weitere radiologische Befundbericht aus der fraglichen Zeit, den am 1. August 2001 Prof. Dr. R. erstellt hatte, ergibt überhaupt keine Hinweise auf bandscheibenbedingte Veränderungen der LWS. Dort war ausschließlich auf die Skoliose abgestellt worden, die bei der Klägerin seit Geburt vorliegt, und die auch die anderen Behandler in der damaligen Zeit durchgängig festgestellt hatten und als wesentliche Ursache der Beschwerden der Klägerin angeschuldigt hatten. Prof. Dr. R. hat bildgebend lediglich eine Fehlhaltung der Wirbelsäule mit etwas inhomogenem Knochenstoffwechsel im Bereich der LWS im Sinne degenerativer Veränderungen gesehen.

Die Feststellungen in dem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik M. in B. über eine stationäre Behandlung der Klägerin vom 28. Oktober bis zum 25. November 1999 reichen als Nachweis nicht aus. Dort sind lediglich klinische Symptome wie ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei Fehlstatik und statisch-muskulärer Dysbalance beschrieben worden, die - darin ist der Klägerin beizupflichten - ein Indiz für eine bandscheibenbedingte Erkrankung sein können. Aber den von den Konsensempfehlungen als notwendig angesehenen bildgebenden Nachweis einer Chondrose oder eines Vorfalles ersetzen diese Ausführungen des Rehabilitationsberichts nicht. Hinzu kommt, dass die damals beschriebenen klinischen Symptome auf eine Osteopenie (bzw. eine beginnende Osteoporose) zurückgeführt und entsprechend behandelt wurden, während ein Bandscheibenschaden nicht erwogen wurde.

Das Gleiche gilt letztlich für den Rehabilitationsbericht der Klinik am H. vom 1. Juni 2005, der noch in zeitlicher Nähe zur Aufgabe der wirbelsäulenbelastenden Berufstätigkeit erstellt worden ist. In jener Klinik war die Klägerin wegen psychiatrischer Diagnosen behandelt worden. Die Beschwerden im Bereich des Oberschenkels, die die Klägerin dort angegeben hatte, wurden dort sogar nicht einer Bandscheibenschädigung angeschuldigt, sondern primär - auch dies allerdings nur als Verdachtsdiagnose - einer Quadrizepsparese ohne fassbare Ursache.

Wenn demnach bei der Klägerin bereits keine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS nachzuweisen war, stellt sich die Frage nach dem Ursachenzusammenhang zwischen den Beeinträchtigungen in diesem Bereich und den beruflichen Einwirkungen nicht. Insbesondere kann offenbleiben, ob die Beeinträchtigungen in die Konstellation B2 der Konsensempfehlungen einzuordnen wären, weil bei der Klägerin das dritte der dort genannten Zusatzkriterien erfüllt ist.

Ferner kann sich der Senat nicht davon überzeugen, dass der für die BK 2108 notwendige Unterlassungszwang vorlag. Die Klägerin war in den Jahren 2000 oder 2003 nicht wegen ihrer Beeinträchtigungen im Rückenbereich gezwungen, ihre Tätigkeit aufzugeben. Zum einen liegt tatsächlich keine Berufsaufgabe aus diesem Grunde vor. Die Klägerin hat vielmehr selbst berichtet, dass der Verkauf von Briketts, Blumenerde und Torf immer stärker zurückgegangen war und sich das Unternehmen ihres Mannes immer stärker auf Heizöl spezialisiert hat, weswegen sie in den letzten Jahren ihrer Berufstätigkeit nur noch buchhalterisch im Büro gearbeitet hat, also keine schweren Lasten mehr heben oder tragen musste. Und die Klägerin war in den Jahren 2000 oder 2003 auch nicht wegen ihres Rückenleidens - losgelöst von den tatsächlichen Gründen der Berufsaufgabe - gezwungen, auf wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten zu verzichten. Dies entnimmt der Senat vor allem den Angaben der A. über die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit. Zwar war die Klägerin im Oktober 1995 wegen "Lumboischialgie"

arbeitsunfähig erkrankt, aber ab diesem Zeitpunkt hatte sie im Unternehmen technische Hilfsmittel zur Verfügung, vor allem die Sackkarre. Dementsprechend ist während der gesamten Jahre danach bis zur Aufgabe der Berufstätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit wegen Beschwerden der LWS verzeichnet, vielmehr war die Klägerin danach nur noch einmalig, nach ihrem Verkehrsunfall im März 2003, wegen "HWS-Distorsion, Kopfschmerz, oberflächliche Verletzung Rumpf, traumatische Bandruptur Handwurzel" arbeitsunfähig erkrankt.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-02-17