

L 9 U 583/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 3099/10
Datum
23.01.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 583/12
Datum
20.03.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbeurteilung der bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule bilden auch mit Blick auf die zwischenzeitlichen Meinungsäußerungen in der medizinischen Wissenschaft zur Deutschen Wirbelsäulenstudien weiterhin den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ab (im Anschluss an BSG, Urteil vom 23.04.2015 - [B 2 U 10/14 R](#) -)
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 23. Januar 2012 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig die Anerkennung einer Gesundheitsstörung im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Der 1958 geborene Kläger lebt seit 1974 in der Bundesrepublik Deutschland. Bei ihm ist ein Grad der Behinderung von 40 seit 20.02.2006 anerkannt. Ein bei der Deutschen Rentenversicherung gestellter Antrag auf Gewährung einer Erwerbsminderungsrente wurde abgelehnt.

Der Kläger war als Steinwerker in folgenden Zeiträumen bei Mitgliedsunternehmen der Beklagten (Firma S. Gesellschaft mbH & Co. KG und Firma F.) versicherungspflichtig beschäftigt: 1975: 01.01. bis 04.12. 1976: 11.02. 1977: 20.10. bis 16.11. 1978: 06.03. bis 18.03. und 29.03. bis 31.08. 1980: 27.03. bis 19.09. 1981: 16.02. bis 20.08. und 20.11. bis 27.11. 1982: 08.03. bis 20.10. 1983: 15.03. bis 18.03. und 25.04. bis 31.12. 1984 bis 1986: jeweils 01.01. bis 31.12. 1987: 01.01. bis 05.06. Dies ergibt eine Gesamtbeschäftigungszeit von 2.641 Tagen. In seiner Tätigkeit als Steinwerker hat der Kläger Granitsteine gehoben und getragen und mit Hilfe eines Presslufthammers gespalten.

Vom 08.09.1988 bis 31.12.2006 war der Kläger als Sortierer/Verpacker/Ablaufkontrolleur am kalten Ende eines Produktionsbandes von Glasflaschen bei der Firma O. GmbH & Co. KG versicherungspflichtig beschäftigt.

Im November 2008 zeigte der Kläger bei der Beklagten an, dass er aufgrund seiner Tätigkeit als Steinwerker an schweren Wirbelsäulenbeschwerden leide, seit Juni 2007 arbeitsunfähig erkrankt sei und daher seine Tätigkeit als Sortierpacker nicht mehr verrichten könne.

Die Beklagte leitete daraufhin ein Feststellungsverfahren ein und unternahm Ermittlungen zu den arbeitstechnischen und medizinischen Voraussetzungen der BK 2108.

In einem Fragebogen zu wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten gab der Kläger am 13.02.2009 an, dass er in seiner Tätigkeit als Steinwerker Steine gespalten und getragen habe. Dabei seien Gegenstände mit einem Gewicht bis 40 kg gehoben worden und zwar 45 Stück pro Arbeitsschicht in ca. 35 Arbeitsschichten pro Jahr. Zudem seien Lasten auch über größere Entfernungen von mehr als fünf Metern mit einem Gewicht von 10 bis 15 kg über zwanzig Meter, mit einem Gewicht über 15 bis 20 kg über zwanzig Meter, mit einem Gewicht von 20 bis 25 kg über zehn Meter und mit einem Gewicht von 40 kg über drei Meter in ca. 35 Arbeitsschichten pro Jahr getragen worden. Unabhängig von diesen Hebe- und Tragevorgängen seien Arbeiten in extremer Rumpfbeugehaltung ca. 180 Minuten pro Arbeitsschicht eingenommen worden, wobei der einzelne Arbeitsvorgang 45 Minuten gedauert habe, dies bei 35 Arbeitsschichten pro Jahr. Der frühere Arbeitgeber des Klägers, die Firma F., bestätigte diese Angaben im Wesentlichen im Fragebogen über wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten vom 10.02.2009. Er gab dort an, dass ca. vier Tonnen pro Tag getragen worden seien. Bei den Gegenständen habe es sich um Granitsteine und Presslufthammer gehandelt.

Hinsichtlich seiner Tätigkeit als Sortierer/Verpacker und Ablaufkontrolleur am Band gab der Kläger im Fragebogen über wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten am 13.02.2009 an, dass er einmal pro Arbeitsschicht Gegenstände mit einem Gewicht von 10 kg gehoben habe, dies bei ca. 200 Arbeitsschichten pro Jahr. Diese Lasten habe er nicht über größere Entfernungen von mehr als fünf Metern getragen, auch habe er hierbei keine Arbeiten in extremer Rumpfbeugehaltung vorgenommen. Die Firma O. GmbH & Co. KG erklärte hierzu im Fragebogen vom 15.05.2009, dass keine Gegenstände gehoben und getragen worden seien und der Kläger lediglich den Prozess des Sortierens und Verpackens von Hohlglas überwacht und die Packanlagen bedient und bestückt habe.

Die Beklagte zog diverse Befundberichte des Kreiskrankenhauses/O.klinikums A., verschiedener Radiologen, Neurologen und Psychiater, Orthopäden und Unfallchirurgen sowie die Verwaltungsakten der Deutschen Rentenversicherung und des Versorgungsamtes bei. Hieraus ergibt sich Folgendes:

Der Kläger befand sich vom 01.04. bis 06.04.1981 in stationärer Behandlung des Kreiskrankenhauses A. wegen eines L5/S1-Syndroms. Die dort durchgeführte Röntgenuntersuchung der LWS zeigte eine Spina bifida im Bereich L5 mit Lysezone im Querfortsatzbereich (Befundbericht des Klinikums vom 08.04.1981).

Der Kläger war vom 26.02. bis 04.03.1983 in stationärer Behandlung im Kreiskrankenhaus A. unter der Diagnose einer akuten Lumboischialgie rechts. Eine dort am 26.02.1983 durchgeführte Röntgenuntersuchung der LWS zeigte eine deutliche Steilstellung der LWS mit einer geringen linkskonvexen Verbiegung im unteren LWS-Bereich bei regelrecht dargestellten Zwischenwirbelräumen (Befundbericht des Kreiskrankenhauses vom 06.04.1983). Die behandelnden Ärzte führten im Befundbericht vom 30.05.1983 aus, die Röntgenaufnahme der LWS zeige eine Spondylarthrosis deformans.

Der Kläger war vom 27.08. bis 01.09.1995 in stationärer Behandlung im Kreiskrankenhaus A. Dort wurde eine Lumboischialgie L4/5 und L5/S1 links diagnostiziert. Im Befundbericht vom 11.09.1995 führten die Ärzte aus, die Röntgenaufnahmen der LWS zeigten erhebliche degenerative Veränderungen mit Verschmälerung der Zwischenwirbelräume sowie spondylotischen Randzackenbildungen. Die fachneurologische Konsiliaruntersuchung durch Dr. W. habe die Diagnose eines chronischen Lumbalsyndroms mit Wurzelirritation L5/S1 und L4/5 links ergeben.

Im April 1996 wurde eine Computertomographie (CT) der LWS durchgeführt, wobei auf Höhe L3/L4 eine breite dorsale Protrusion und auf Höhe L4/L5 eine leichte dorsale Protrusion ohne sicheren Hinweis auf eine kompressive Wirkung und ohne Einengung des Spinalkanals diagnostiziert wurde (Befundbericht Kreiskrankenhaus A. vom 03.12.1996).

Der Kläger war vom 18.11. bis 30.11.1996 in stationärer Behandlung im Kreiskrankenhaus A. unter der Diagnose "lumboischialgische Beschwerden rechts größer links bei Vorschaden (bekannte L3/L4 breite dorsale Protrusion und L4/L5 dorsale Protrusion ohne sicheren Hinweis auf eine kompressive Wirkung)" (Befundbericht Kreiskrankenhaus A. vom 03.12.1996).

Der Kläger befand sich vom 21.03. bis 31.03.1999 in stationärer Behandlung im Kreiskrankenhaus A. unter der Diagnose einer therapieresistenten Lumboischialgie bei kernspintomographisch nachgewiesenem Bandscheibenvorfall L3/4 ohne sicheren Hinweis auf kompressive Wirkung.

Vom 07.04.1999 bis 19.05.1999 befand sich der Kläger zur stationären Rehabilitationsmaßnahme in den Kliniken für Rehabilitation W., D., Bad H. unter den Diagnosen Restsymptomatik nach akuter rechtsseitiger Lumboischialgie bei kernspintomographisch nachgewiesenem paramedialem Bandscheibenvorfall L3/4 rechts, Kernspintomographie/Magnetresonanztherapie (MRT) der LWS vom 16.03.1999 (Reha-Entlassungsbericht vom 07.08.1999). Am 15.09.1999 wurde der Bandscheibenvorfall L3/4 operativ behandelt.

Der Kläger war sodann nochmals in derselben Einrichtung zur stationären Rehabilitation für die Zeit vom 11.01.2000 bis 15.02.2000 unter der Diagnose Restsymptomatik nach Bandscheiben-OP L3/4 rechts am 15.09.1999 mit Lumbalgien und Fehllhaltung (Reha-Entlassungsbericht vom 29.02.2000).

Im Mai 2003 diagnostizierte der Arzt für Orthopädie Dr. D. ein rezidivierendes myogenes Wirbelsäulensyndrom (aktiviert) und führte beim Kläger eine Neuraltherapie zur Detonisierung des Trapeziusrezessus rechts und der langen Rückenstrecker rechts der LWS durch (Befundbericht vom 26.05.2003).

Am 02.10.2003 stellte die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. W. die Diagnosen eines Wurzelkompressionssyndroms S1 rechts, einer Wurzelirritation C6 rechtsbetont und eines leichten sensiblen Carpaltunnelsyndroms rechtsbetont. Der Kläger leide immer wieder an Schmerzen im Kreuz mit Ausstrahlung in die Beinaußenseite rechts sowie an Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in die Oberarmaußenseite rechtsbetont; in der MRT der Halswirbelsäule (HWS) im Mai 2003 sei ein kleiner nach kranial sequestrierter paramedianer Bandscheibenvorfall in Höhe des Halswirbelkörpers (HWK) 3/4 sowie eine Einengung der Neuroforamina, insbesondere in Höhe HWK 4/5 rechtsbetont bei unauffällig beschriebenem Myelon festgestellt worden (Befundbericht vom 06.10.2003). Die Beschwerden und der Befund am rechten Bein seien Ausdruck eines leichten Wurzelkompressionssyndroms S1, vermutlich infolge eines Bandscheibenvorfalles L5/S1. Die Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in die Oberarmaußenseite rechtsbetont entsprächen einer C5-Irritation, bedingt durch die knöcherne Enge der Foramina, wie sie im Mai 2003 kernspintomographisch zur Darstellung gekommen sei.

Im November 2003 diagnostizierte Dr. D. ein chronifiziertes myogenes Wirbelsäulensyndrom mit Hemisymptomatik rechts und eine Komorbidität mit vegetativer Erschöpfung. Der Kläger klagt seit einigen Jahren über ständige Nacken-, Schulter- und Kreuzschmerzen. Es habe sich inzwischen eine Schmerzsymptomatik der gesamten rechten Körperhälfte entwickelt. Die Beschwerden würden insbesondere nachts auftreten bei gestörtem Schlaf. Zusätzlich würden Kopfschmerzen, ein Müdigkeitsgefühl und Schwindelattacken bestehen. Er habe den Verdacht auf Somatisierung und eine Tendenz zur Fibromyalgie und empfahl die psychologische Abklärung (Befundbericht vom 10.11.2003).

Vom 04.03. bis 01.04.2004 befand sich der Kläger zur stationären Rehabilitationsmaßnahme in der M.-Klinik unter den Diagnosen Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, Rückenschmerzen und leichtes, sensibles Carpaltunnelsyndrom rechts (Reha-

Entlassungsbericht vom 28.04.2004). Kurz vor der Entlassung habe der Kläger über Rückenschmerzen geklagt.

Dr. W. diagnostizierte nach Untersuchung des Klägers am 15.08.2005 eine Wurzelirritation S1 links, eine Meralgia Paraesthetica links und Schmerzen in der rechten Schulter (nicht neurologisch). Der Kläger habe seit zwei Monaten Schmerzen in der linken Oberschenkelaußenseite, Wade und Ferse und nach langem Stehen ein Taubheitsgefühl in der rechten Oberschenkelaußenseite, zudem habe er seit Monaten im Liegen Schmerzen in der rechten Schulter (Befundbericht vom 16.08.2005).

Am 17.08.2005 wurde eine CT der LWS durchgeführt. Hierbei zeigte sich folgender Befund: L3/L4: Knöcherner Spinalkanal normal weit, knöcherner Defekt am Wirbelbogen rechts bedingt durch die Bandscheiben-OP, ventrale und laterale Spondylophyten. Die Bandscheibe überlappt die benachbarten Wirbelkörper allenfalls diskret auch nach dorsal ohne Beeinträchtigung des Duralsacks, normale Weite der Neuroforamina. L4/L5: Knöcherner Spinalkanal normal weit, initiale Spondylarthrose, diskrete laterale Spondylophyten, kleine zapfenförmige Vorwölbung der Bandscheibe median nach dorsal mit flachbogiger Impression des Duralsacks. Dieser kleine Bandscheibenvorfall reiche von Höhe des Bandscheibenfachs über zwei Schichten nach kaudal, im Rahmen der Spondylarthrose knöcherner Einengung der Neuroforamina beidseits. L5/S1: Knöcherner Spinalkanal normal weit, auch lateraler Rezessus normal weit, beginnende Spondylarthrose mit leichter Verplumpung der Facettengelenke, dadurch leichte knöcherner Einengung der Neuroforamina, keine umschriebene oder allgemeine Bandscheibenvorwölbung über die benachbarten Wirbelkörper hinaus (CT-Bericht des Radiologen Dr. D. vom 18.08.2005). Dieser radiologische Befund wurde von Dr. D. wie folgt beurteilt: kleiner medianer Bandscheibenvorfall L4/L5 mit partieller Dislokation nach kaudal und flachbogiger Impression des Duralsacks von ventral her, in L5/S1 kein Bandscheibenvorfall und auch keine knöcherner Enge des Spinalkanals, beginnende Spondylarthrose L4/L5 und L5/S1 mit leichter knöcherner Einengung der Neuroforamina, Zustand nach Bandscheiben-OP L3/L4 mit knöchernem Defekt am Wirbelbogen rechts, kein Rezidivvorfall, Neuroforamina in L3/L4 normal weit.

Am 21.10.2005 diagnostizierte der Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. A. beim Kläger eine rheumatoide Arthritis, ein chronisches Schmerzsyndrom, PHSR, ein chronisches Cervical- und Lumbalsyndrom und eine depressive Episode. Er führte in seinem Befundbericht vom 24.10.2005 aus, dass sich trotz positivem Rheumafaktor und ASL-Titta ein Systemgeschehen nicht nachweisen lasse und er vielmehr an ein chronisch degeneratives Erkrankungsbild mit Schmerzverstärkung im Rahmen eines chronifizierten Schmerzsyndroms sowie einer Depression denke.

Der Kläger befand sich vom 27.12.2005 bis 17.01.2006 zur stationären Rehabilitationsmaßnahme in der F.klinik Bad B. (Abteilung Rheumatologie) unter den Diagnosen Osteochondrose der Wirbelsäule im Lumbalbereich, Cervicobrachialgie rechts und depressive Episode (Reha-Entlassungsbericht vom 25.01.2006).

Nachdem der Kläger Anfang Juni 2006 gegenüber Dr. D. über blitzartige Schmerzen im rechten Bein sowie Ruhe- und Belastungsschmerzen klagte, wurde eine weitere MRT der LWS veranlasst. Die entsprechende MRT-Untersuchung vom 29.06.2006 zeigte folgenden Befund: "Zwischenwirbelraum L3/4 höhengemindert, Grund- und Deckplatte wenig konturiert, Markraumödem im Bereich der Grundplatte deutlich ventral sowie geringgradig im Bereich der Deckplatte L4 dorsal. In diesem Segment findet sich bei Zustand nach Hemilaminektomie rechts eine Duralsackverziehung nach rechts und wenig KM-aufnehmendes Fremdgewebe im Rezessus rechtsseitig. Im Segment L4/5 ragt die Bandscheibe leichtgradig dorsal rechtsbetont über die Wirbelkörperhinterkante hervor mit geringer kompressiver Wirkung, der Spinalkanal ist knöchern nicht eingeeengt, Nebenbefund: Hämangiome L5 und S1 sowie L3 links" (MRT-Bericht Dr. Z. vom 30.06.2006). Der Befund wurde von Dr. Z. wie folgt beurteilt: "Floride erosive Osteochondrose L3/4 sowie wenig Narbengewebe rechtsseitig im Rezessus bei Zustand nach Hemilaminektomie rechts mit leichter Duralsackverziehung nach rechts, kein Rezidivprolaps. L4/5: geringgradige, rechtsbetonte Protrusion mit geringer kompressiver Wirkung, kein Bandscheibenvorfall, keine knöcherner spinale Enge." Dr. D. diagnostizierte im Juli 2006 beim Kläger ein chronifiziertes Wirbelsäulensyndrom, einen Zustand nach Bandscheibenvorfall-OP in Höhe L3/4 rechts, eine psychovegetative Erschöpfung und äußerte den dringenden Verdacht auf eine depressive Komorbidität (Befundbericht vom 11.07.2006). Er führte in seinem Befundbericht aus, dass die geäußerten Beschwerden - die Ischialgie und die Schmerzen im rechten Knie - nicht orthopädisch einzuordnen seien. Er empfahl dringend eine psychologische Abklärung.

Bei einer Untersuchung im Mai 2007 gab der Kläger Schmerzen am gesamten Körper rechtsbetont an. Dr. D. diagnostizierte ein chronisches myogenes Wirbelsäulensyndrom, Fibromyalgie und ein allgemeines Schmerzsyndrom (Befundbericht vom 16.05.2007).

Bei einer am 30.05.2007 durchgeführten MRT der HWS zeigte sich folgender Befund: "In Höhe C2/3 und C3/4 anteriore Randzacken, die Zwischenwirbelräume sind jeweils verschmälert, die Neuroforamina und der Spinalkanal werden nicht eingeeengt, in Höhe C3/4 paramedian rechtsseitige Bandscheibenvorwölbung mit leichter Myelonkompression, in den übrigen Segmenten schließen die Bandscheiben weitgehend mit der Wirbelkörperhinterkante ab, keine weitere Vorwölbung" (MRT-Bericht Dr. W. vom 31.05.2007). Der Befund wurde wie folgt beurteilt: Kleiner median rechtsseitiger Bandscheibenvorfall C3/4 mit leichter Myelonkompression, Spondylose und Osteochondrose C2/3 und C3/4.

Der Kläger war sodann vom 09.06. bis 22.06.2007 in stationärer Behandlung im O.klinikum A. unter den Diagnosen Foramenstenose HWK 4/5 bis HWK 5/6 rechts, kleiner Bandscheibenvorfall C3/4 rechts paramedian, Lumboischialgie rechts und Zustand nach lumbaler Bandscheiben-OP LWK 3/4 1999 (Befundbericht des Klinikums vom 25.06.2007).

Eine am 31.10.2007 durchgeführte MRT der LWS zeigte folgenden Befund: "L1/2: Geringe Turgorminderung der Bandscheibe, hypertrophe Veränderungen der Facettengelenke. L2/3: Medianer bis rechts paramedianer Bandscheibenvorfall mit Einengung des Rezessus L3 rechts, Neuroforamina nicht eingeeengt, Spinalkanal mäßiggradig eingeeengt, hypertrophe Veränderungen der Facettengelenke. L3/4: Zustand nach Hemilaminektomie rechts, Spinalkanal und Neuroforamina nicht eingeeengt, geringe narbige Veränderungen im Rezessus rechts, kein Hinweis für eine höhergradige Nervenwurzelkompression. L4/5: Turgorminderung der Bandscheibe, breitbasige Protrusion mit Einengung des Rezessus L5 rechts, Neuroforamina nicht eingeeengt, hypertrophe Veränderungen der Facettengelenke, Gelenksergüsse beidseits. L5/S1: Kein Bandscheibenvorfall, keine neuroforaminale oder spinale Einengung, hypertrophe Veränderungen der Facettengelenke" (vgl. MRT-Bericht Dr. M. vom 06.11.2007). Dieser Befund wurde wie folgt beurteilt: "Im Vergleich zur Voruntersuchung neu aufgetretener Bandscheibenvorfall L2/3 mit Einengung des Rezessus L3 rechts. Übrige Befunde im Wesentlichen unverändert zur Voruntersuchung: Osteochondrose L3/4 bei Zustand nach Bandscheiben-OP, Rezessusstenose L4/5 rechts, Spondylarthrose L1 bis S1".

Der Kläger war vom 10.12. bis 17.12.2007 in stationärer Behandlung im O.klinikum L., bei der am 11.12.2007 der Bandscheibenvorfall L2/3

operiert wurde (Befundbericht des Klinikums vom 17.12.2007).

Im Anschluss befand sich der Kläger vom 02.01. bis 22.01.2008 in stationärer Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik H. unter den Diagnosen Nukleus-Pulposus-Prolaps (NPP)-OP LW2/3 am 11.12.2007, sensibles Wurzelreizsyndrom L 3 rechts, Zustand nach NPP-OP L3/4 1999, mittelgradige depressive Episode, Nikotinabusus, Spannungskopfschmerz, Verdacht auf Tranquilizerabusus (Reha-Entlassungsbericht vom 05.02.2008).

Der Kläger wurde sodann im April 2008 bei dem Neurochirurgen Dr. S. wegen eines persistierenden Lumbalsyndroms sowie rechtsseitiger Schulterschmerzen vorstellig (Befundbericht vom 16.04.2008).

Am 02.06.2008 wurde eine MRT der LWS durchgeführt, in der sich laut Dr. S. kein Rezidivbandscheibenvorfall und keine Hinweise auf Spinalkanalstenose/Wurzelkompression zeigten (Befundbericht Dr. S. vom 12.06.2008).

Am 15.07.2008 diagnostizierte Dr. W. bei dem Kläger eine Lumboischialgie rechts unklarer Ursache (Befundbericht vom 16.07.2008). Die vom Kläger angegebenen Schmerzen am rechten Bein entsprächen einer S1-Irritation. Die Ursache sei unklar. Radikuläre Ausfälle habe der Kläger nicht, die Gefühlsstörung am Oberschenkel entspreche einer Meralgia Paraesthetica.

Der Kläger war dann vom 21.07. bis 03.08.2008 in stationärer Behandlung in der R.klinik Bad W., Abteilung Orthopädie, Neurologie und Schmerztherapie. Dort wurden die Diagnosen mittelgradige depressive Episode, Schlafstörung, Postnukleotomiesyndrom und akute Lumbago mit Verdacht auf Funktionsstörung des Iliosakralgelenkes rechts gestellt (Entlassungsbericht vom 01.08.2008). Der Röntgenbefund vom 25.07.2008 habe eine fünfgliedrig, deutlichere Osteochondrose mit Deck- und Bodenplattensklerosierung/Usurierung L3/4 mehr als in den kaudalen Segmenten gezeigt. In der Seitebene sei L5/S1 nicht sicher zu differenzieren, man gehe aber nicht von einer Synostosierung aus, eine schwere Degeneration der Facetten liege in den beiden unteren Segmenten definitiv nicht vor. Auch auf Höhe L3/4 rechts sei eine Sklerosierung erkennbar, die Rahmenstruktur mit Ausnahme der Betonung der Deck- und Bodenplatten sei regelrecht ohne Anhalt für eine relevante Osteopenie.

Im September 2008 wurde eine CT-gesteuerte peridurale Therapie rechts in Höhe L4/5 durchgeführt. Der Radiologe Dr. M. führte in seinem Befundbericht vom 26.09.2008 aus, dass nach insgesamt sieben Behandlungen lediglich eine mäßiggradige Beschwerdeverbesserung habe erzielt werden können.

Die Beklagte zog ein Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers von der gesetzlichen Krankenkasse (A.) bei. Aus diesem ergeben sich mehrjährige Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Beschwerden der Wirbelsäule von 1986 bis 2008. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf Bl. 81 bis 96 der Verwaltungsakte verwiesen.

Der Präventionsdienst der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft führte in seiner Stellungnahme vom 10.12.2009 aus, dass hinsichtlich der Tätigkeit als Steinwerker wegen des Unterschreitens des Grenzwertes für die kumulative Belastungsdosis keine gefährdende Tätigkeit im Sinne der BK 2108 vorgelegen habe. Der Präventionsdienst der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft führte in seiner Stellungnahme vom 22.01.2010 zur Arbeitsplatzexposition bei der Firma O. für die Zeit vom 08.09.1988 bis 31.12.2006 aus, dass beim Kläger eine Gesamtbelastungsdosis von 0 MNh vorgelegen habe und damit keine gefährdende Tätigkeit.

Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 07.04.2010 unter Ziff.1 die Anerkennung einer BK 2108 ab und führte unter Ziff. 2 des Bescheides aus, dass Ansprüche auf Leistungen nicht bestünden. Zur Begründung führte sie aus, dass nach dem Ergebnis der Ermittlungen die Einwirkungen, denen der Kläger während seiner Berufstätigkeit ausgesetzt gewesen sei, nicht geeignet gewesen seien, eine Berufskrankheit zu verursachen. Die ermittelte Belastung der LWS durch das Heben und Tragen schwerer Lasten nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) betrage beim Kläger deutlich unter 12,5 Meganewtonstunden (MNh). Die Mindestbelastungsdosis, bei der die Geeignetheit einer Verursachung zwischen Tätigkeit und LWS anerkannt sei, sei daher nicht erreicht.

Den am 09.04.2010 erhobenen Widerspruch, den der Kläger damit begründete, dass es keine andere Ursache seiner Bandscheibenschäden als seine berufliche Tätigkeit als Steinmetz bzw. Steinspalter gebe, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 09.06.2010 als unbegründet zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 15.06.2010 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben, mit der er die Anerkennung der BK 2108 weiterverfolgt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt hat, dass er auch bei seiner Tätigkeit bei der Firma O. schwere Lasten habe heben und tragen müssen und auch diese Tätigkeit mit ständigem Rumpfbeugen verbunden gewesen sei.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 23.01.2012 abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, dass die nach der Stellungnahme des Präventionsdienstes der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft ermittelte Gesamtbelastungsdosis für die Tätigkeit als Steinwerker deutlich unter 12,5 MNh liege und bei Unterschreitung dieses Grenzwertes nach dem gegenwärtigen Wissensstand ein Kausalzusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und bandscheibenbedingter Erkrankung der LWS ausgeschlossen sei. Aus der Stellungnahme des Präventionsdienstes der Verwaltungs-BG ergebe sich überdies, dass die bei der Firma O. ausgeübte Tätigkeit keine gefährdende Tätigkeit im Sinne der BK 2108 sei.

Der Kläger hat am 08.02.2012 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt und sein Vorbringen im Wesentlichen wiederholt und vertieft.

Der Kläger beantragt (sachdienlich gefasst),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 23. Januar 2012 sowie den Bescheid vom 7. April 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Juni 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, das Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung festzustellen. Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat weitere Ermittlungen zur beruflichen Tätigkeit des Klägers durchgeführt und eine Auskunft der Deutschen Rentenversicherung über die versicherungspflichtigen Beschäftigungszeiten des Klägers beigezogen.

Nach Durchführung eines Erörterungstermins am 27.07.2015 hat die Beklagte eine weitere Stellungnahme des Präventionsdienstes zur Arbeitsplatzexposition des Klägers als Steinwerker vom 05.01.2016 vorgelegt. Dieser hat ausgeführt, dass ausgehend von einer anzunehmenden Maximalbelastung bei der Herstellung von 150 Granitsteinen mit einem Gewicht von 40 kg und 50 Granitsteinen mit einem Gewicht von 20 kg bei einem Transportweg von jeweils zwei Metern und einer gesamt extremen Rumpfbelastung über 90° von 90 Minuten eine Gesamtbelastungsdosis - errechnet nach dem MDD - von 13,2 MNh für eine Gesamtbeschäftigungszeit von 2.641 Tagen (umgerechnet auf einen zusammenhängenden Beschäftigungszeitraum vom 12.03.1980 bis 05.06.1987) erreicht sei. Dies entspreche einem prozentualen Anteil von 53% des Orientierungswertes von 25 x 106 Nh für Männer. Damit sei der hälftige Orientierungswert von 12,5 x 106 Nh (12,5 MNh) überschritten. Mit Schriftsatz vom 27.01.2016 hat die Beklagte unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des Präventionsdienstes ausgeführt, dass damit vom Vorliegen einer Gefährdung im Sinne der BK 2108 auszugehen sei.

Der Senat hat im Weiteren die den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen befragt. Hinsichtlich der schriftlichen Auskünfte von Dr. S. vom 10.03.2016, des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. R. vom 28.03.2016, des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. V. - als Praxisnachfolger von Dr. D. - vom 31.03.2016 und des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. S. - als Praxisnachfolger des Dr. K. - vom 06.04.2016 wird auf Bl. 113 bis 152 der Gerichtsakte verwiesen.

Die Beklagte hat sodann eine beratungsfachärztliche Stellungnahme des Facharztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. C. vom 06.06.2016 vorgelegt, wonach das zeitige Auftreten der behandlungspflichtigen LWS-Beschwerden ab 1981 unter der Diagnose L5/S1-Syndrom gegen eine berufliche Verursachung sprechen würde, da 1981 der Kläger nicht ausreichend wirbelsäulenbelastend exponiert gewesen sei. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung liege offenbar vor, der Kläger leide an einem Postnukleotomiesyndrom nach Bandscheiben-OP. Er empfehle, die entscheidungsrelevanten Röntgenbefunde fachradiologisch nachbefunden zu lassen.

Die Beklagte hat sodann die fachradiologische Stellungnahme des Facharztes für Diagnostische Radiologie Dr. R. vom 05.09.2016 vorgelegt, der die MRT vom 02.06.2008 wie folgt befundet hat: "LWK 1/2: Bandscheibenhöhe: 5,00 mm (Chondroseggrad II). Dorsale Bandscheibenvorwölbung: 1,5 mm. Retrospondylophyten: Keine. Anterolaterale Spondylophyten: Bis max. 1,0 mm Prominenz. "Black disc": Keine. Bandscheibennahe Sklerose: Keine. Spondylarthrosen: Grad 0. LWK 2/3: Zustand nach Op. Bandscheibenhöhe: 5,5 mm (Chondroseggrad II). Dorsale Bandscheibenvorwölbung: Mit einer max. Prominenz von 2,00 mm - Protrusion. Retrospondylophyten: Keine. Anterolaterale Spondylophyten: Bis max. 2,0 mm Prominenz. "Black disc": Keine. Bandscheibennahe Sklerose: Keine. Spondylarthrosen: Grad I. LWK 3/4: Zustand nach Op. Bandscheibenhöhe: 3,0 mm (Chondroseggrad III). Dorsale Bandscheibenvorwölbung: Mit einer max. Prominenz von 1,0 mm. Retrospondylophyten: Keine. Anterolaterale Spondylophyten: Bis max. 5,00 mm Prominenz. "Black disc": Anhand der T2-gewichteten Sequenzen erhebliche Signalminderung der Bandscheibe - Bild einer "black disc". Bandscheibennahe Sklerose: Keine. Spondylarthrosen: Grad I. LWK 4/5: Bandscheibenhöhe: 6,5 mm (Chondroseggrad II). Dorsale Bandscheibenvorwölbung: Mit einer max. Prominenz von 2,5 mm - gemäß Konsensempfehlung Bandscheibenprotrusion. Retrospondylophyten: Keine. Anterolaterale Spondylophyten: Bis max. 2,0 mm Prominenz. "Black disc": Keine. Bandscheibennahe Sklerose: Grad I. Spondylarthrosen: Grad I. LWK 5/SWK 1: Bandscheibenhöhe: 10,0 mm (Chondroseggrad 0). Dorsale Bandscheibenvorwölbung: Mit einer max. Prominenz von 2,0 mm - Bandscheibenprotrusion. Retrospondylophyten: Keine. Anterolaterale Spondylophyten: Bis max. 1,0 mm Prominenz. "Black disc": Keine. Bandscheibennahe Sklerose: Keine. Spondylarthrosen: Grad 0."

Dr. R. hat in seiner Stellungnahme ausgeführt, die degenerativen Veränderungen an den Wirbelkörpern und den LWS-Bandscheiben würden das alterstypisch zu erwartende Maß eines 50-jährigen Mannes übersteigen und in einzelnen Kriterien den Schweregrad II bis III erreichen. Das Schadensmaximum liege im Segment LWK 3/4 vor. Insgesamt bestehe kein typisches von oben nach unten in die LWS zunehmendes Schadensbild.

Die Beklagte hat ergänzend die beratungsfachärztliche Stellungnahme von Dr. C. vom 26.09.2016 vorgelegt, wonach die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2108 nicht vorlägen, da kein belastungskonformes Schadensbild an der LWS unter bindender Zugrundelegung der computergestützten Berechnung des Chondroseggrades aus den MRT-Aufnahmen vom 02.06.2008 vorlägen. Es fänden sich altersunphysiologische Chondrosen im Bereich der Segmente LWK 1/2 bis zum Segment LWK 4/5. Das biomechanisch am höchstbelastete Segment zwischen LWK 5 und S 1 weise keine Chondrose und keine Black disc auf und auch keinen Bandscheibenvorfall. Im Segment zwischen LWK 3/4 finde sich eine drittgradige Chondrose und kein Bandscheibenvorfall.

Der Senat hat Prof. Dr. S., Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie, Universitätsklinikum H. zum gerichtlichen Sachverständigen bestellt und mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 13.07.2017 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06.10.2017 die vorliegenden bildgebenden Untersuchungen der LWS wie folgt befundet und beurteilt: Röntgenbild 01.04.1981: Es zeige sich eine unauffällige Darstellung der Zwischenwirbelräume und der lumbalen Wirbelkörper bei Ausschluss von Spondylosen und einer Wirbelsäule aufrecht und im Lot. Es handele sich um einen röntgenmorphologischen Normalbefund. Bandscheibenpathologien (insbesondere Höhenminderungen der Zwischenwirbelräume) und andere morphologische Anpassungsveränderungen (insbesondere Verdichtungen der Grund- und Deckplatten im Sinne einer Osteochondrose) der LWS seien nicht zu sichern. Röntgenbild 26.02.1983: Dargestellt sei weiterhin ein röntgenmorphologischer Normalbefund. Morphologische Anpassungsveränderungen der LWS seien nicht gesichert. Röntgenbild 27.08.1995: Weiterhin zeige sich eine unnatürliche Darstellung der Zwischenwirbelräume, nunmehr submarginale Spondylophyten im Bereich der Deckplatten L3 und (deutlich geringer) L2 sowie L4. Nunmehr hätten sich geringfügige Spondylosen im Segment L2/L3, noch geringfügiger im Bereich der Segmente L1/L2 sowie L3/L4 ausgebildet. Die Segmente L4/L5 sowie L5/S1 seien weiterhin röntgenmorphologisch unauffällig. MRT 02.06.2008: Es würden sich Grund- und Deckplatten-Unregelmäßigkeiten des Segmentes L3/L4 mit Einmüldungen in der Grundplatte L3 und in der Deckplatte L4 zeigen. Zudem zeige sich ein Signalverlust dieser Bandscheibe mit deutlichem Volumenverlust. Das Signal der sonstigen lumbalen Bandscheiben sei unauffällig. Es zeige sich eine geringe Ausziehung der Grund- und Deckplatten L2/L3 sowie L1/L2. Nunmehr zeige sich eine fortgeschrittene Chondrose mit Begleitspondylose L3/L4, nach Bandscheibenoperation in diesem Segment und wahrscheinlich auf dem Boden einer sogenannten juvenilen Aufbaustörung mit Schmorlknoten in der Grundplatte L3 und in der Deckplatte L4. Zudem liege eine geringfügige Spondylose L1/L2 sowie L2/L3 ohne

wesentliche Signalstörung dieser Bandscheiben vor. Röntgenuntersuchung vom 30.06.2017: Es zeige sich ein ähnlicher Befund wie in der MRT vom 02.06.2008. Veränderung der Höhe der Bandscheibenfächer, mit Maximum auf Höhe LWK 3/4. Eine Röntgenuntersuchung der HWS vom 30.06.2017 zeige ebenfalls eine deutliche Degeneration der Wirbelsäule mit spondylophytären Aufbauten ventral sowie eine deutliche Verminderung der Bandscheibenhöhe und eine vermehrte Sklerosierung dorsal. Prof. Dr. S. hat in seinem Gutachten ausgeführt, im Bereich der LWS finde sich anlässlich der aktuellen Untersuchung eine eingeschränkte Entfaltungsfähigkeit und eine Klopfschmerzempfindlichkeit. Die Aufbraucherscheinungen in den Bandscheiben der HWS und LWS würden das alterstypisch zu erwartende Maß eines 50jährigen Mannes übersteigen, jedoch kein typisches von kranial nach kaudal zunehmendes Schadensbild mit deutlicher Höhenminderung der Bandscheibenfächer zeigen. Das Segment L3/4 sei im Bereich der LWS am stärksten betroffen. Zudem zeige sich eine ähnlich stark degenerativ veränderte HWS. Die Ausprägung des Aufbrauchs und die gleiche Betroffenheit von HWS und LWS würden ihn zu dem Schluss kommen lassen, dass der Verschleiß aus innerer Ursache sei und nicht die Arbeitsbelastung zu dem Schadensbild geführt habe. Prof. Dr. S. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, dass sich zwischen 1981 und 2008 ein fortgeschrittener Bandscheibenverschleiß des Segments L3/L4 ergeben habe, der im Jahre 1999 zu einer Bandscheiben-OP dieses Segmentes geführt habe. Bildmorphologisch bestehe für dieses Segment ein erheblicher Risikofaktor beschleunigten Aufbrauchs in Form von Einmuldungen in die Grund- und Deckplatten als Ausdruck einer juvenilen Aufbaustörung. Die darunterliegenden Segmente würden dagegen keinen vorauseilenden Aufbrauch zeigen. Die von vorauseilendem Aufbrauch freien Segmente L4/L5 sowie L5/S1 würden einen von oben nach unten zunehmenden Aufbrauch ausschließen. Die ermittelten arbeitstechnischen Voraussetzungen sowie die Morphologie des Bandscheibenverschleißes L3/L4 würden die Folgen von Spitzenbelastungen, die auf dieses Segment eingewirkt haben könnten, ausschließen. Der Aufbrauch dieses Segmentes sei Folge einer anlagebedingten Schadensanlage. Damit ergebe sich aus der Gesamtmorphologie der bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS des Klägers keine Ableitung für eine plausible Begründung durch die beruflichen Einwirkungen auf die Bandscheiben der LWS. Auch die Begleitspondylosen L2/L3 sowie L1/L2, die erstmals neun Jahre nach Aufgabe der belastenden beruflichen Tätigkeit festgestellt worden seien, hätten keine Indizwirkung, da sie sehr geringfügig seien, sich also nicht von Spondylosen der Allgemeinbevölkerung unterscheiden würden. Somit sei von einem mehrsegmentalen Bandscheibenschaden der LWS nicht auszugehen. Ein Bandscheibenschaden mit Begleitspondylose bestehe nur für das Segment L3/L4, die Spondylose der Segmente L1/L2 und L2/L3 bestehe ohne wesentlichen Bandscheibenschaden dieses Segmentes. Auch ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der bandscheibenbelastenden beruflichen Tätigkeit mit der Erstdokumentation eines Bandscheibenschadens (mit dokumentierter Höhenminderung eines Zwischenwirbelaumes) könne nicht hergestellt werden: Die Bandscheibenpathologie L3/L4 sei erstmals 15 Jahre nach Beendigung der belastenden beruflichen Tätigkeit dokumentiert. Damit handele es sich bei dem Kläger um eine B 10-Konstellation im Sinne der Konsensempfehlungen auf dem Boden einer konkurrierenden Ursache (prädiskotischer Deformität oder juvenile Aufbaustörung des Segments L3/L4). Die Bandscheibenerkrankung des Klägers auf Höhe des Segments L3/L4 sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch die berufliche Tätigkeit verursacht. Es liege eine über das Altersmaß hinausgehende degenerative Veränderung der Bandscheiben der HWS und LWS mit Anpassungen der angrenzenden Wirbelkörper vor. Da das Bandscheibensegment L5/S1 von den degenerativen Veränderungen ausgespart sei, könne die bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten bei der Tätigkeit im Steinbruch oder langjährige berufliche Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung hervorgerufen oder wesentlich verschlimmert worden sein. Im Übrigen sei von einer herrschenden Lehrmeinung zur Deutschen Wirbelsäulenstudie nicht auszugehen. Dies sei das Ergebnis einer Tagung beim Bundessozialgericht (BSG) am 14.09.2017.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat mit Schreiben vom 24.11.2017 mitgeteilt, dass er einen Antrag nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) stellen und den Sachverständigen bis zum 01.12.2017 benennen werde.

Mit gerichtlicher Verfügung vom 28.11.2017 wurde dem Prozessbevollmächtigten des Klägers aufgegeben, bis 29.12.2017 den Arzt, dessen gutachterliche Äußerung nach [§ 109 SGG](#) beantragt wird, mit genauer Anschrift zu benennen und die voraussichtlichen Kosten vorzuschießen und die beigefügte Kostenverpflichtungserklärung ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden.

Der Kostenvorschuss und die Kostenverpflichtungserklärung sind am 04. bzw. 14.12.2017 eingegangen. Der Arzt wurde indes bis zur Entscheidung des Senats nicht benannt.

Mit Schriftsatz vom 27.02.2018 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers sein Einverständnis mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung erklärt. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 01.03.2018 ihr diesbezügliches Einverständnis erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie auf die von der Beklagten beigezogenen Verwaltungsakten (zwei Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) entscheiden konnte, ist statthaft und auch im Übrigen zulässig. Berufungsausschließungsgründe liegen nicht vor ([§ 144 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Die angegriffene Entscheidung des SG sowie der Bescheid der Beklagten vom 07.04.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.06.2010 sind im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Die gegen die Bescheide erhobene kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) ist zulässig. Insbesondere hat der Kläger bei einer gerichtlich streitigen Feststellung des Versicherungsfalles ein Wahlrecht, ob er dies durch eine Verpflichtungsklage mit dem Ziel der gerichtlichen Verurteilung der Behörde zur Feststellung des Versicherungsfalles oder durch eine Feststellungsklage ([§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#)) mit dem Ziel der unmittelbar gerichtlichen Feststellung des Versicherungsfalles geltend macht (Bundessozialgericht (BSG), Urteile vom 29.11.2011 - [B 2 U 10/11 R](#) - und vom 27.04.2010 - [B 2 U 23/09 R](#) -, Juris). Von diesem Wahlrecht hat der Kläger im Sinne der Verpflichtungsklage Gebrauch gemacht.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung des Vorliegens einer BK 2108. Zwar liegen die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen im Sinne einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS vor. Indes konnte sich der Senat nicht davon überzeugen,

dass mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ursachenzusammenhang zwischen den gefährdenden beruflichen Einwirkungen und der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers besteht.

Rechtsgrundlage für die Anerkennung der streitigen BK sind [§ 7 Abs. 1](#), [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) in Verbindung mit (i.V.m.) Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vom 18.12.1992. Danach sind Berufskrankheiten (Versicherungsfälle) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden. Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV lautet: "Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können".

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG, der der erkennende Senat in ständiger Rechtsprechung folgt, ist für die Feststellung einer Listen-BK erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und dass eine Krankheit vorliegt. Des Weiteren muss die Krankheit durch die Einwirkungen verursacht sein (haftungsbegründende Kausalität). Für die BK 2108 bedeutet dies, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS des Klägers (dazu unter I.) durch langjähriges schweres Heben und Tragen bzw. Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung im Rahmen seiner versicherten Tätigkeit verursacht worden sein muss (dazu unter II.). Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung gilt im Berufskrankheitenrecht, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. zum Arbeitsunfall die Urteile des BSG vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) - SozR 4-2700 § 8 Nr. 44 Rdnr. 34 ff sowie vom 13.11.2012 - [B 2 U 19/11 R](#) - [BSGE 112, 177](#) = SozR 4-2700 § 8 Nr. 46, Rdnr. 37; zu Berufskrankheiten Urteile vom 23.04.2015 - [B 2 U 10/14 R](#) -, [B 2 U 20/14 R](#) -, [B 2 U 6/13 R](#) -, Juris; vom 29.11.2011 - [B 2 U 26/10 R](#) - UV-Recht Aktuell 2012, 412; vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [BSGE 96, 196](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), Rdnr. 13 sowie [B 2 U 26/04 R](#) - UV-Recht Aktuell 2006, 497), die zunächst auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie beruht, nach der jedes Ereignis (jede Bedingung) Ursache eines Erfolgs ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio-sine-qua-non). Steht die versicherte Tätigkeit als eine der Wirkursachen fest, muss auf der zweiten Stufe die Einwirkung rechtlich unter Würdigung auch aller auf der ersten Stufe festgestellten mitwirkenden unversicherten Ursachen die Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten Versicherungstatbestandes fallenden Gefahr sein. Die Wesentlichkeit der Wirkursache ist zusätzlich und eigenständig nach Maßgabe des Schutzzwecks der jeweils begründeten Versicherung zu beurteilen (zur Theorie der wesentlichen Bedingung: eingehend BSG, Urteile vom 13.11.2012 - [B 2 U 19/11 R](#) - [BSGE 112, 177](#) = SozR 4-2700 § 8 Nr. 46, Rdnr. 37 f. und vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - [BSGE 108, 274](#) = SozR 4-2700 § 11 Nr. 1, Rdnr. 28 ff.). Schließlich ist Anerkennungsvoraussetzung, dass der Versicherte deshalb seine Tätigkeit aufgeben musste sowie alle gefährdenden Tätigkeiten unterlässt. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, ist die BK nicht anzuerkennen (BSG, Urteile vom 23.04.2015 - [B 2 U 10/14 R](#) -, [B 2 U 20/14 R](#) -, [B 2 U 6/13 R](#) -, vom 30.10.2007 - [B 2 U 4/06 R](#) - [BSGE 99, 162](#) = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5, Rdnr. 17). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. Dabei müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteile vom 04.07.2013 - [B 2 U 11/12 R](#) - [BSGE 114, 90](#) = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2109 Nr. 1, Rdnr. 12; vom 29.11.2011 - [B 2 U 26/10 R](#) - UV-Recht Aktuell 2012, 412; vom 15.09.2011 - [B 2 U 22/10 R](#) - [NZS 2012, 151](#) und - [B 2 U 25/10 R](#) - SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 4111 Nr. 3 Rdnr. 14; vom 02.04.2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - [BSGE 103, 45](#) = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 3101 Nr. 4, Rdnr. 16 m.w.N. und - [B 2 U 9/08 R](#) - [BSGE 103, 59](#) = [SozR 4-2700 § 9 Nr. 14](#), Rdnr. 9 m.w.N.).

Unter Berücksichtigung dieses Maßstabes sind die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2108 hier nicht erfüllt.

I. Bei dem Kläger liegt eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vor. Das Krankheitsbild einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS im Sinne der BK 2108 setzt nach den Konsensempfehlungen aus dem Jahr 2005 voraus, dass in bildgebenden Verfahren morphologische altersuntypische Veränderungen eines Segments oder mehrerer Segmente der LWS in Form von Chondrosen (Höhenminderung der Bandscheiben/Zwischenwirbelsräume) Grad II und/oder eines Prolapses (Bandscheibenvorfall) und ein hiermit korrelierendes klinisches Krankheitsbild in Form eines lokalen Lumbalsyndroms oder eines lumbalen Wurzelsyndroms im Vollbeweis nachgewiesen sind (vgl. Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe, U. Bolm-Audorff et al, "Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule", Trauma und Berufskrankheit 2005/3, S. 212 ff.). Der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens ist unabdingbare Voraussetzung für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung (vgl. Konsensempfehlungen, S. 211, 215, Ziff. 1.3, S. 215). Die Konsensempfehlungen bilden nach der Rechtsprechung des BSG (zuletzt Urteile vom 23.04.2015 - [B 2 U 10/14 R](#) -, [B 2 U 20/14 R](#) -, [B 2 U 6/13 R](#) -, Juris), der sich der Senat in ständiger Rechtsprechung angeschlossen hat (vgl. Urteile des erkennenden Senats vom 25.07.2017 - [L 9 U 1561/16](#) -, vom 11.04.2017 - [L 9 U 2420/17](#) - und vom 23.02.2016 - [L 9 U 5101/12](#) -), weiterhin den aktuellen medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisstand ab. Die vom gerichtlichen Sachverständigen mit Blick auf die zwischenzeitlich erfolgten Meinungsäußerungen in der medizinischen Wissenschaft zur Deutschen Wirbelsäulenstudie ändern daran nichts. Hiermit hat sich bereits das BSG in den zitierten Entscheidungen vom 23.04.2015 ([a.a.O.](#)) eingehend auseinandergesetzt.

Der Senat stellt fest, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung des Segments L3/4 im Sinne der Konsensempfehlungen erstmals im Jahr 1999 (MRT vom 16.03.1999) in Form eines Prolapses und einer damit verbundenen Lumboischialgie nachgewiesen ist. Ungeachtet der insoweit erfolgten operativen Versorgung am 15.09.1999 ist sodann bei weiter anhaltender Lumboischialgie in diesem Sinne eine bandscheibenbedingte Erkrankung in Form einer Chondrose Grad III im Jahr 2008 (MRT vom 02.06.2008) nachgewiesen. Soweit schon im April 1996 mittels CT eine Protrusion in diesem Segment bildmorphologisch nachgewiesen wurde, stellt diese keine bandscheibenbedingte Erkrankung im zuvor dargestellten Sinne dar. Unabhängig davon kommt einer Protrusion nur dann Krankheitswert zu, wenn zusätzlich ein enger Spinalkanal vorliegt (vgl. Konsensempfehlungen, S. 218, Befundkonstellation D), was vorliegend nicht der Fall ist. Eine knöcherne Enge in diesem Segment wurde ärztlicherseits nie gesichert.

Weiter stellt der Senat fest, dass in diesem Sinne eine bandscheibenbedingte Erkrankung des Segments L4/5 erstmals im Jahr 2008 (MRT 02.06.2008) in Form einer Chondrose Grad II nachgewiesen ist. Ein Prolaps lag und liegt in diesem Segment zur Überzeugung des Senats nicht vor. Soweit Dr. D. die CT vom 17.08.2005 mit einem "kleinen medialen Bandscheibenvorfall" befundet hat, konnte ein solcher durch

die MRT vom 29.06.2006, 31.10.2007 und 02.06.2008 nicht bestätigt werden. Vielmehr handelt es sich bei den morphologischen Veränderungen an diesem Segment, wie von Dr. R. computertechnisch ausgemessen, lediglich um eine Bandscheibenvorwölbung bis max. 2,5 mm und damit nach den Konsensempfehlungen um eine Protrusion (vgl. S. 215, Übersicht 8). Dies wird im Ergebnis bestätigt durch das bereits zuvor veranlasste MRT vom 29.06.2006, das Dr. Z. dahingehend befundet hatte, dass die Bandscheibe lediglich leichtgradig über die Wirbelkörperkante hervorragt und damit eine Protrusion und explizit kein Bandscheibenvorfall vorliegt. Zu diesem Ergebnis kam zudem Dr. M. bei der Befundung der MRT vom 31.10.2017 sowie die Ärzte des Kreiskrankenhauses A. bei der Befundung der CT vom April 1996. Den Protrusionen kommt mangels nachgewiesener knöcherner Enge auch in diesem Segment kein Krankheitswert zu.

Der Senat stellt zudem fest, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung am Segment L2/3 in Form eines Prolapses nachgewiesen ist und zwar (erstmalig) im Oktober 2007 (MRT vom 31.10.2007) und einer damit verbundenen Schmerzsymptomatik. Ungeachtet der operativen Versorgung am 11.12.2007 ist an diesem Segment eine bandscheibenbedingte Erkrankung überdies in Form der Chondrose Grad II seit Juni 2008 (MRT 02.06.2008) und der damit verbundenen Schmerzsymptomatik nachgewiesen.

Der Senat stellt auch fest, dass an dem Segment L1/2 eine bandscheibenbedingte Erkrankung in Form der Chondrose Grad II seit der MRT vom 02.06.2008 und der damit verbundenen Schmerzsymptomatik nachgewiesen ist.

Weiter stellt der Senat fest, dass an dem Segment L5/S1 keine bandscheibenbedingte Erkrankung im Sinne einer Chondrose Grad II oder eines Prolapses nachgewiesen ist. Entsprechende morphologische Veränderungen haben sich in keinem der bildgebenden Verfahren gezeigt. Der von Dr. W. im Oktober 2003 geäußerte Verdacht auf Vorliegen eines Bandscheibenvorfalles (Prolaps) L5/S1 wurde durch keine bildgebende Untersuchung gesichert, sondern vielmehr durch die CT vom 17.08.2005 und die MRT vom 31.10.2007 und 02.06.2008 ausgeschlossen. Die erstmals in der MRT vom 02.06.2008 von Dr. R. befundete Bandscheibenprotrusion (Vorwölbung) mit 2 mm und damit Grad I ist ab dem 40. Lebensjahr nicht mehr altersuntypisch (vgl. Konsensempfehlungen, S. 215, Übersicht 8). Da auch in diesem Segment nie eine knöcherne Enge des Spinalkanals festgestellt wurde, kommt auch dieser Protrusion kein Krankheitswert zu.

Soweit bereits im Befundbericht des Kreiskrankenhauses A. vom 11.09.1995 die damals durchgeführte Röntgenaufnahme mit einer Verschmälerung der Zwischenwirbelräume und damit einer Chondrose befundet wird, lässt sich nicht feststellen, in welchem Segment und in welchem Ausprägungsgrad diese Chondrose bestand und damit auch nicht, ob sie altersuntypisch (Grad II) war.

Auch die Röntgenaufnahmen aus den 80er Jahren zeigen keine bildmorphologischen Veränderungen im Sinne einer Chondrose oder eines Prolapses. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den von Prof. Dr. S. ausgewerteten bildgebenden Befunden der röntgenologischen Untersuchungen aus den Jahr 1981 und 1983.

II. Der Kläger war als Steinwerker versicherungspflichtig beschäftigt und damit versicherte Person im Sinne von [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#). Zudem unterlag er während seiner versicherten Tätigkeit mit Unterbrechungen im Zeitraum vom 01.01.1975 bis 05.06.1987 einer kumulativen Einwirkungsbelastung in Form von Hebe- und Tragevorgängen sowie extremer Rumpfbelastung von 13,2 MNh und damit oberhalb des Mindestbelastungswertes von 12,5 MNh (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 30.10.2007 - [B 2 U 4/06 R](#) - - [BSGE 99, 162](#) = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5, Rdnr. 18), so dass von einem Heben und Tragen schwerer Lasten und Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung und damit einer gefährdenden Tätigkeit im Sinne des Tatbestandes der BK 2108 auszugehen ist. Zu diesem Ergebnis ist der Präventionsdienst in seiner Stellungnahme vom 05.01.2016 gekommen, der sich die Beklagte angeschlossen hat. Dieser schließt sich auch der Senat nach eigener Überzeugungsbildung an. Weitere, in diesem Sinne gefährdende Tätigkeiten hat der Kläger nach dem 05.06.1987 zur Überzeugung des Senats nicht ausgeübt, insbesondere nicht durch seine Tätigkeit als Sortierer/Verpacker/Ablaufkontrolleur bis zum 31.12.2006. Dies ergibt sich sowohl aus den Angaben des Klägers im Fragebogen vom 13.02.2009 sowie der damit verbundenen Auswertung und Berechnung des Präventionsdienstes der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft vom 22.01.2010.

Diese gefährdenden Belastungen in der Tätigkeit als Steinwerker erfolgten auch langjährig. Zwar sind im Durchschnitt hierfür zehn Berufsjahre als untere Grenze der belastenden Tätigkeit zu fordern (vgl. BSG, Urteile vom 23.04.2015, [a.a.O.](#) unter Verweis auf das aktuelle Merkblatt 2108, Bekanntmachung des BMAS vom 01.09.2006, BARbI 2006, Heft 10, S 30, Abschnitt IV). Jedoch kann es in begründeten Einzelfällen möglich sein, dass bereits eine kürzere, aber sehr intensive Belastung eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS verursachen kann (BSG, Urteil vom 22.06.2004 - [B 2 U 22/03 R](#) -, Juris; Merkblatt 2108, Bekanntmachung des BMAS vom 01.09.2006, BARbI 2006, Heft 10, S 30, Abschnitt IV; Mehrrens/Brandenburg, BKV, Stand 12/2013, M 2108, Anm 2.2.2.). Das BSG ([B 2 U 22/03 R](#)) selbst verweist darauf, dass das MDD bei der Aufstellung von Orientierungswerten die Langjährigkeit - basierend auf Erkenntnissen aus epidemiologischen Studien - mit mindestens sieben Jahren ansetzt. Der Präventionsdienst hat die Berechnung der Belastungsdosis in seiner Stellungnahme vom 05.01.2016 anhand des MDD durchgeführt und hierbei als durchgängige Belastungszeit einen Zeitraum von 7,23 Jahren berücksichtigt, indem er die tatbestandlichen Expositionszeiten, die zwischenzeitlich mehrfach unterbrochen waren, addiert hat (zur Addition und Berücksichtigung auch unterbrochener Tätigkeiten vgl. Merkblatt 2108, Bekanntmachung des BMAS vom 01.09.2006, BARbI 2006, Heft 10, S 30, Abschnitt IV).

Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen den gefährdenden beruflichen Einwirkungen durch die Tätigkeit als Steinwerker und der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS des Klägers liegt indes zur Überzeugung des Senats nicht vor.

Zwar ist unter Zugrundelegung des Einwirkungswertes in Höhe von 13,2 MNh ausgehend vom MDD anzunehmen, dass die versicherten Einwirkungen durch schweres Heben und Tragen sowie in extremer Rumpfbeugehaltung ausreichen, um generell einen Bandscheibenschaden zu verursachen. Insofern ist mit der Rechtsprechung des BSG das MDD als Grundlage zur Bestimmung der für eine Krankheitsverursachung erforderlichen Belastungsdosis zur Konkretisierung der im Text der BK 2108 mit den unbestimmten Rechtsbegriffen "langjähriges" Heben und Tragen "schwerer" Lasten oder "langjährige" Tätigkeit in "extremer Rumpfbeugehaltung" heranzuziehen (st. Rspr. seit BSG, Urteile vom 18.03.2003 - [B 2 U 13/02 R](#) - [BSGE 91, 23](#) = [SozR 4-2700 § 9 Nr. 1](#), Rdnr. 11 ff.; vom 19.08.2003 - [B 2 U 1/02 R](#) - USK 2003-219). Die hälftigen Orientierungswerte von 12,5 MNh sind insoweit als Mindestbelastungswerte heranzuziehen (BSG, Urteile vom 30.10.2007 - [B 2 U 4/06 R](#) - [BSGE 99, 162](#) = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5, Rdnr. 18 und zuletzt vom 18.11.2008 - [B 2 U 14/07 R](#) - UV-Recht Aktuell 2009, 295). Ob eine weitere Absenkung dieses Orientierungswertes aufgrund der mittlerweile vorliegenden Ergebnisse der DWS-Richtwertestudie (DWS II; "Erweiterte Auswertung der Deutschen Wirbelsäulenstudie mit dem Ziel der Ableitung geeigneter

Richtwerte", Kurztitel: "DWS-Richtwerteableitung", veröffentlicht unter <http://www.dguv.de/ifa/Forschung/Projektverzeichnis/FF-FB0155A.jsp>) angezeigt ist, um von einem erhöhten Erkrankungsrisiko auszugehen, kann insofern offenbleiben (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 23.04.2015 - [B 2 U 10/14 R](#) -, juris), da jedenfalls der bislang geltende hälftige Orientierungswert im Falle des Klägers überschritten war und damit die sog. arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt sind.

Aus dem Vorliegen der sog. arbeitstechnischen Voraussetzungen kann indes angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS (BSG, Urteil vom 30.10.2007 - [B 2 U 4/06 R](#) - BSGE 99, 162 = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5, Rdnr. 26) nicht automatisch auf das Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen der BK 2108 geschlossen werden; vielmehr müssen medizinische Kriterien hinzukommen (BSG, Urteile vom 27.06.2006 - [B 2 U 20/04 R](#) - BSGE 96, 291 = SozR 4-2700 § 9 Nr. 7, Rdnr. 19; vom 30.01.2007 - [B 2 U 15/05 R](#) - SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 4104 Nr. 2, Rdnr. 23; vom 27.06.2006 - [B 2 U 7/05 R](#) - UV-Recht Aktuell 2006, 510 zur BK nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV; vom 07.09.2004 - [B 2 U 34/03 R](#) - USK 2004-107). Die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen beruflichen Belastungen und Bandscheibenerkrankung hat auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu erfolgen; daher sind neben der Begründung des Verordnungsgebers auch die Merkblätter des zuständigen Bundesministeriums, die wissenschaftliche Begründung des ärztlichen Sachverständigenbeirates sowie die sogenannten Konsensempfehlungen.

Für sämtliche Befundkonstellationen wird in den Konsensempfehlungen die Grundvoraussetzung aufgestellt, dass die gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS in ihrer bildgebenden Darstellung altersuntypisch ist und neben der ausreichenden beruflichen Exposition eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung besteht, wobei die Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs mit der Länge des Zeitraums zwischen Ende der Exposition und erstmaliger Diagnose der Erkrankung abnimmt (vgl. Konsensempfehlungen, a.a.O., S. 216, 217). Erst bei Erfüllung dieser Grundvoraussetzungen ist anhand der nachfolgenden Kriterien abzuwägen, ob ein Ursachenzusammenhang wahrscheinlich ist: - Eine Betonung der Bandscheibenschäden an den unteren drei Segmenten der LWS spricht eher für einen Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Belastung. - Ein Befall der HWS und/oder BWS kann je nach Fallkonstellation gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen. Für den Vergleich zwischen LWS und darüber gelegenen Wirbelsäulenabschnitten sind hierbei Chondrosen und Vorfälle maßgeblich. Nicht mit Chondrosen einhergehende Spondylosen der HWS und/oder BWS haben bei gleichzeitigem Vorliegen einer altersuntypisch ausgeprägten Spondylose an der LWS keine negative Indizwirkung. - Eine Aussparung der beiden unteren LWS-Segmente spricht eher gegen eine berufliche Verursachung. - Als Begleitspondylose wird definiert eine Spondylose in/im nicht von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment(en) sowie in/im von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment(en), die nachgewiesenermaßen vor dem Eintritt der bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne einer Chondrose oder eines Vorfalles aufgetreten ist. Um eine positive Indizwirkung für eine berufsbedingte Verursachung zu haben, muss die Begleitspondylose über das Altersmaß hinausgehen und mindestens zwei Segmente betreffen. - Bei Vorliegen einer Begleitspondylose als Positivkriterium ist eine Anerkennung als Berufskrankheit auch möglich, wenn konkurrierende Ursachenfaktoren erkennbar werden, die jedoch das Schadensbild nicht durch eine überragende Qualität erklären. - Bei beruflichen Belastungen, bei denen sich die Gefährdung hauptsächlich aus wiederholten Spitzenbelastungen ergibt, hat das Fehlen einer Begleitspondylose keine negative Indizwirkung. - Bei monosegmentaler Chondrose im Röntgenbild ohne Begleitspondylose sprechen Plausibilitätsüberlegungen bei fehlenden magnetresonanztomographischen Begleitspondyloiden in anderen Segmenten ("black disc") eher gegen das Vorliegen einer Berufskrankheit, wenn das 45. Lebensjahr überschritten ist.

Vorliegend fehlt es bereits an der Grundvoraussetzung des zeitlichen Zusammenhangs zwischen der Exposition bzw. der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit im Juni 1987 und der erstmalig gesicherten Diagnosen der bandscheibenbedingten Erkrankungen des Segments L3/4 im Jahr 1999, des Segments L4/5 im Jahr 2008, des Segments L2/3 im Jahr 2007 und des Segments L1/2 im Jahr 2008 und damit 12 Jahre (1999) und 20 bzw. 21 Jahre (2007/2008) nach Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit im Jahr 1987. Auch bei einer - zu Gunsten des Klägers unterstellten - im Jahr 1995 nachgewiesenen Chondrose Grad II fehlt es an einer hinreichenden zeitlichen Korrelation zur Exposition, da auch sie dann erst 8 Jahre nach Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit festgestellt wäre.

Überdies liegt beim Kläger kein Schadensbild vor, das mit der rechtlich wesentlichen Verursachung dieser Krankheit durch die beruflichen Einwirkungen zumindest im Einklang steht (zu dieser Voraussetzung vgl. BSG, Urteil vom 23.04.2015 - [B 2 U 10/14 R](#) - juris; Bieresborn, Die Umsetzung der BK 2108 aus sozialrechtlicher Sicht, in: Grosser/S./Thomann (Hrsg.), Berufskrankheit "Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule" (BK 2108), Frankfurt 2014, S. 193, 194, 199). Zu dieser übereinstimmenden und für den Senat überzeugenden Einschätzung gelangen Dr. R., Dr. C. und Prof. Dr. S. Denn zum einen liegt an dem durch das Heben und Tragen schwerer Lasten und Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung am höchsten belasteten untersten Segment L5/S1 keine bandscheibenbedingte Erkrankung und überdies auch hinsichtlich sonstiger morphologischer Veränderungen der im Ausmaß geringste Befund vor, was sich insbesondere aus der insoweit übereinstimmenden Befundung der MRT vom 02.06.2008 durch Dr. R. und Prof. Dr. S. ergibt. Vielmehr weist das Segment L3/4 - und damit keines der beiden untersten LWS-Segmente - nach übereinstimmender Einschätzung von Dr. R. und Prof. Dr. S. das Schadensmaximum mit einem Chondroseggrad III und einer sog. black disc auf. Diese Tatsache wie auch die in den beiden obersten Segmenten L1/2 und L2/3 und dem unterhalb von L3/4 liegenden Segment L4/5 festgestellten Chondrosen Grad II sprechen gegen eine hinreichende Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs, da für einen solchen ein in der Regel von oben (L1/2) nach unten (L5/S1) in der Ausprägung zunehmender Befund erforderlich ist (vgl. BK-Report 2/03 Wirbelsäulenerkrankungen BK-Nrn. 2108 bis 2110 des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (S. 139), auf den die Konsensempfehlungen (S. 216) verweisen.).

Zudem stellt das beim Kläger seit 1999 bzw. 2007/2008 gesicherte Schadensbild kein belastungskonformes Schadensbild im Sinne der Befundkonstellationen dar, die nach den Konsensempfehlungen einen Ursachenzusammenhang wahrscheinlich machen. Die Befundkonstellationen mit dem Buchstaben "B" setzen allesamt eine bandscheibenbedingte Erkrankung in Form der Chondrose Grad II (oder höher) und/oder einen Prolaps einer der oder beider unteren Segmente der LWS (L4/5, L5/S1) voraus. Im Falle des Klägers ist (allein) das Segment L4/5 von einer altersuntypischen Chondrose Grad II betroffen. Soweit Prof. Dr. S. in diesem Zusammenhang ausführt, dass das Segment L4/5 keinen vorausseilenden Aufbrauch zeigen würde, überzeugt dies den Senat vor dem Hintergrund der Konsensempfehlungen (Übersicht 1, S. 214) nicht. Denn danach ist eine Chondrose Grad II bis zum Lebensalter von 65 Jahren - der Kläger war zum Zeitpunkt der MRT 50 Jahre alt - altersuntypisch, d.h. sie geht über die Schwankungsbreite der altersentsprechenden Norm hinaus und ist in diesem Sinne auffällig. Dies wird auch von Dr. R. so bestätigt. Dennoch ist ein Ursachenzusammenhang nach keiner der B-Befundkonstellationen wahrscheinlich zu machen. Der Konsens hinsichtlich eines wahrscheinlichen Ursachenzusammenhangs im Falle der B1-Konstellation setzt voraus, dass - wie zwar hier - keine wesentlichen konkurrierenden Ursachen erkennbar sind, überdies aber auch - wie hier nicht - eine Begleitspondylose vorliegt. Eine solche ist hier nicht nachgewiesen. Denn insoweit konnte bereits eine Spondylose in dem hier von der

Chondrose Grad II betroffenen Segment L4/5 nicht belegt werden. Damit wäre zwar grundsätzlich die B2-Konstellation einschlägig, nach der ebenfalls ein Konsens hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs besteht und die gerade an eine fehlende konkurrierende Ursache und eine fehlende Begleitspondylose anknüpft. Diese setzt weiter voraus, dass eines der dort genannten Zusatzkriterien erfüllt ist. Zwar ist hier grundsätzlich das 2. Zusatzkriterium zu bejahen, das an eine besonders intensive Belastung anknüpft und als Anhaltspunkt hierfür das Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren nennt, wobei das BSG (Urteil vom 23.04.2015 – [B 2 U 10/14 R](#), Rn. 26, 27) entschieden hat, dass auch insoweit der "Richtwert für die Lebensdosis" analog der Modifizierung des MDD auf die Hälfte des MDD-Orientierungswertes zu reduzieren ist. Von einer solchen besonders intensiven Belastung ist vorliegend angesichts des Überschreitens des hälftigen Orientierungswertes mit 13,2 MNh in 7,23 Jahren ausgehen. Indes darf auch hier in der Gesamtschau die zeitliche Latenz zwischen Exposition und erstmaligen Nachweis der Chondrose Grad II im Segment L4/5 im Jahr 2008 und damit 21 Jahre nach Aufgabe der Tätigkeit nicht unbeachtlich bleiben. Sie lässt den Ursachenzusammenhang zur Überzeugung des Senats vielmehr für nicht hinreichend wahrscheinlich erscheinen. Die sonstige Befundkonstellationen B4, B7 und B9 Alt. 2, nach denen ein Ursachenzusammenhang wahrscheinlich ist, liegen hier nicht vor. Im Übrigen besteht für die Befundkonstellationen B3, B5 Alt. 2, B6 und B8 Alt. 2 ohnehin kein Konsens hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs. Auch hinsichtlich des Segments L3/4 liegt keine Befundkonstellation nach den Konsensempfehlungen vor, nach der ein Ursachenzusammenhang als wahrscheinlich gilt. Das Segment L3/4 wird in den Konsensempfehlungen unter den Befundkonstellationen mit dem Buchstaben "C" erfasst. Warum Prof. Dr. S. insoweit vom Vorliegen der Befundkonstellation B10 ausgegangen ist, erschließt sich dem Senat nicht, da sich – wie dargestellt – die B-Befundkonstellationen ausschließlich auf die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Segmente L4/5 und/oder L5/S1 beziehen. Da im Segment L3/4 eine wesentliche konkurrierende Ursache im Form einer juvenilen Aufbaustörung vorliegt – insofern schließt sich der Senat den insoweit nachvollziehbaren Ausführungen von Prof. Dr. S. an –, kommt allein die Befundkonstellation C5 in Betracht, nach der bei – wie hier von Prof. Dr. S. – festgestellter Begleitspondylose ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich ist, falls die schicksalhaften Krankheitsursachen – wie hier – das Schadensbild durch eine überragende Qualität erklären. Der Senat geht mit Prof. Dr. S. davon aus, dass die juvenile Aufbaustörung von überragender Qualität ist. Die Konsensempfehlungen verweisen auf die konkurrierende Ursache der juvenilen Aufbaustörung (S. 239), die der gerichtliche Sachverständige auf Grund der MRT vom Juni 2008 an Hand von Einmuldungen im Bereich der Grund- und Deckplatten L3/4 mit Schmorlknoten nachvollziehbar und überzeugend diagnostiziert hat. Der am Segment L2/3 vorliegende Befund unterfällt der Konstellation C2 Alt. 1, wonach bei einer – wie hier – fehlenden erkennbaren konkurrierenden Ursache und fehlender Begleitspondylose ein Zusammenhang als nicht wahrscheinlich gilt. Da die Spondylose an L2/3 nur geringfügig ist, wie Prof. Dr. S. auch angesichts der Befundung des MRT vom 02.06.2008 durch Dr. R. nachvollziehbar ausgeführt hat, und damit nicht über das Altersmaß hinausgeht (vgl. Konsensempfehlungen, S. 214, Übersicht 4), kommt ihr keine positive Indizwirkung für eine berufsbedingte Verursachung zu (vgl. Konsensempfehlungen, S. 216 f.). Dies gilt im Übrigen auch für die im Segment L1/2 im Juni 2008 nachgewiesene Chondrose Grad II.

Nach alledem kann von einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit zwischen beruflicher Einwirkung im Rahmen der Tätigkeit als Steinwerker und der bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS nicht ausgegangen werden, weshalb es auf den Unterlassungszwang als weitere Tatbestandsvoraussetzung nicht entscheidungserheblich ankommt.

Ein Gutachten war nicht nach [§ 109 SGG](#) einzuholen. Nach dieser Vorschrift muss auf Antrag des Versicherten ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werden, wobei die Anhörung davon abhängig gemacht werden kann, dass der Antragsteller die Kosten vorschießt und vorbehaltlich einer anderen Entscheidung des Gerichts endgültig trägt. Ein wirksamer Beweisantrag nach [§ 109 SGG](#) wurde nicht gestellt, da der Kläger bis zuletzt keinen Arzt benannt hat, dessen gutachterliche Anhörung er begehrt. Die namentliche Nennung eines bestimmten Arztes ist essentielle Voraussetzung für einen wirksamen Beweisantrag nach dieser Vorschrift. Allein die Äußerung, der zu hörende Arzt werde noch benannt, stellt keinen wirksamen Antrag dar (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl., § 109, Rdnr. 4).

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

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-05-04