

L 2 U 423/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 331/03

Datum

16.11.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 423/05

Datum

24.11.2010

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Anerkennung einer BK 2108 setzt eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule voraus. Bei der Beurteilung sind die Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung zu berücksichtigen.

I. Auf die Berufung wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts

Augsburg vom 16.11.2005 aufgehoben und die Beklagte unter

Aufhebung des Bescheides vom 04.06.2003 in der Gestalt des

Widerspruchsbescheides vom 25.09.2003 verurteilt festzustellen,

dass eine Berufskrankheit Nummer 2108 der Berufskrankheiten-verordnung vorliegt.

II. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

III. Die Beklagte trägt zwei Drittel der außergerichtlichen

Kosten.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob beim Kläger eine Berufskrankheit (BK) nach Nr.2108 Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) anzuerkennen ist.

Der 1955 geborene Kläger ist gelernter Akustikbauer. Er war zwischen 1970 und 1999 als Rollladenbauer, Schlosserhelfer, Trockenbauer und Stapelfahrer tätig, zuletzt seit 1982 als Trockenbauer. Seit 1999 ist er berentet. Bei einer Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) des Klägers am 01.07.1999 waren Bandscheibenvorfälle in den Bereichen L3/4, L4/5 und L5/S1 festgestellt worden. Mit Schreiben vom 04.01.2000 beantragte er, seine Erkrankung als Berufskrankheit anzuerkennen.

Mit Bescheid vom 20.09.2000 lehnte die Beklagte Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Eine Berufskrankheit liege nicht vor. Der dagegen erhobene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 23.11.2000 zurückgewiesen.

Hiergegen legte der Kläger Klage beim Sozialgericht Augsburg ein (Az.: S 5 U 475/00). In der mündlichen Verhandlung vom 13.08.2002 schlossen die Beteiligten einen Vergleich, wonach sich die Beklagte bereit erklärte, das Vorliegen der arbeitstechnischen und medizinischen Voraussetzungen nochmals zu überprüfen und neu zu verbescheiden.

Der TAD überprüfte die arbeitstechnischen Voraussetzungen des Klägers. Für den Kläger errechnete sich nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell eine Lebensdosis von 29,782 MNh. Damit sei der vorgeschlagene Richtwert für eine Mindestexposition von 25 MNh, ab der ein Risiko für die Entstehung bandscheibenbedingter Bandscheibenerkrankungen durch schweres Heben und Tragen sowie durch extreme Rumpfbeugehaltungen angenommen wird, überschritten. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen wurden bejaht. Daraufhin holte die Beklagte ein orthopädisches Gutachten bei Dr. L. ein. Dieser kam am 12.03.2003 zum Ergebnis, dass eine bandscheibenbedingte

Erkrankung der LWS vorliege. Die berufliche Belastung sei im Rahmen der maßgeblichen Teilursachen als höchstens gleichwertig den endogenen Faktoren gegenüber zu sehen. Es kämen auch diverse konkurrierende Ursachen (muskuläre Dysbalance, Rumpfadipositas, Nikotinabusus) für die Entstehung der Erkrankung in Betracht.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 04.06.2003 die Anerkennung einer Bk-Nr.2108 und die Gewährung von Leistungen ab.

Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 25.09.2003 zurückgewiesen.

Hiergegen erhob der Kläger am 06.10.2003 Klage beim Sozialgericht Augsburg (SG). Nach Beiziehung dieser Befunde wurde der Dr. P. zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt. Er kam in seinem Gutachten vom 25.10.2004 zum Ergebnis, dass beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne von Nr.2108 der Anlage zur BKV vorliege. Die MdE schätzte er mit 10 v.H. ein. Die Beklagte legte eine gutachterliche Stellungnahme des Orthopäden Dr. K. vor. Dieser sah im Bereich der LWS keine dem Altersmaß vorausseilende Sklerosierung der Deck- und Grundplatten und keine dem Alter des Versicherten vorausseilende spondylotischen Stützungsvorgänge im Bereich der mittleren und oberen LWS oder direkt am dorsolumbalen Übergang. Eine BK nach Nr. 2108 sei nicht zu begründen.

Mit Gerichtsbescheid vom 16.11.2005 wies das SG die Klage ab. Es fehle am einwirkungskonformen Krankheitsbild. Der Gutachter Dr. P. habe ausdrücklich darauf hingewiesen, dass hier ein atypisches Schadensbild gegeben sei. Es lägen nämlich starke Veränderungen im Bereich der BWS bzw. im Übergangsbereich von BWS und LWS vor, wohingegen die Veränderungen im Bereich der unteren LWS eher gering ausgeprägt seien. Aufgrund der Veränderungen im Bereich der BWS sei davon auszugehen, dass sich die Verschleißerscheinungen aus innerer Ursache entwickelt hätten. Das Gericht könne Dr. P. nicht folgen, der gerade aus diesem untypischen Schadensbild einen Kausalzusammenhang hergeleitet habe.

Hiergegen hat der Kläger am 09.12.2005 Berufung eingelegt. Der Senat hat ein Gutachten bei dem Chirurgen Dr. R. vom Städtischen Krankenhaus E-Stadt eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 12.01.2007 ausgeführt, dass für die Anerkennung einer BK 2108 ein von kranial nach kaudal zunehmender Schaden anzunehmen sei. Die Sklerosierung der Grund- und Deckplatten sei neben dem Bandscheibenschaden sicherstes Indiz einer relevanten mechanischen Belastung. Beim Kläger ließen sich nennenswerte sklerotische, also belastungsverursachte Veränderungen der Grund- und Deckplatten, welche die altersgemäß zu erwartenden Ausprägungen deutlich und mit von kranial nach kaudal zunehmende Intensität überschreiten würden, nicht erheben. Das Maximum der Verschleißerkrankung finde sich beim Kläger nicht im Bereich der LWS, explizit hier die Bandscheibenschädigung L4/5 ausgenommen, sondern im Bereich der BWS. Deshalb sei ein belastungsspezifisches Schadensbild nicht vorliegend und eine BK 2108 nicht anzuerkennen.

Auf Antrag des Klägers hat der Dr. W. ein weiteres Gutachten erstellt. Er hielt die berufliche Exposition für die Entstehung der Gesundheitsstörung für überwiegend bedeutsam. An der LWS liege eine dreisegmentale Erkrankung der Bandscheibe an LWK 3/4, LWK 4/5 und LWK 5/S1 mit Bandscheibenvorfall und Osteochondrose sowie diskreter Spondylose vor. Daneben fand er degenerative Veränderungen der BWS im Segment BWK 7 bis BWK 11 sowie Abnutzungserscheinungen der HWS in den Segmenten C3 bis C7. Eine BK nach der Nr.2108 sei bei multisegmentaler Bandscheibenerkrankung mit Wurzelreizsyndrom anzuerkennen.

Auf Antrag des Klägers hat das Gericht ein röntgenologisches Zusatzgutachten bei Dr. G., B-Stadt, in Auftrag gegeben. Dieser ist am 11.05.2009 zum Ergebnis gekommen, dass sämtliche röntgenmorphologische Veränderungen der BWS charakteristisch seien für einen sog. Morbus Forestier. Die bildmorphologischen Kriterien zeigten einen durchgemachten Bandscheibenvorfall in den Segmenten L4/5 und L5/S1 mit deutlicher Rechtsbetonung seit 1999. In der Folge sei es zu einer weitgehenden Stabilisierung der Bandscheibenverhältnisse gekommen. Einen Zusammenhang mit einer beruflichen Tätigkeit als Trockenbauer hat Dr. G. nicht erkennen können. Die Wirbelsäulenschäden seien nur zum geringeren Teil belastungsabhängig.

In der mündlichen Verhandlung vom 05.08.2009 wurde darauf hingewiesen, dass die bisher gehörten Gutachter sich nicht zu den Voraussetzungen nach dem Konsenspapier geäußert hätten. Der Senat hat daraufhin den Orthopäden Dr. E. zum Sachverständigen ernannt. Er ist in seinem Gutachten vom 31.10.2009 zum Ergebnis gekommen, beim Kläger liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Wirbelsäule im Sinne von Nr. 2108 der Anlage zur BKV vor. Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren lägen bei Beachtung der Konsensempfehlungen nicht vor. Die MdE sei mit 10 v.H. einzuschätzen.

Auf die Einwendungen der Beteiligten hin hat Dr. E. am 19.04.2010 eine ergänzende Stellungnahme erstellt. Unter Berücksichtigung der Konsensempfehlungen liege die Konstellation B 1 vor. Erkenne man die geringen Spondylophyten nicht als Begleitspondylose an, so sei Konstellation B 2 anzusetzen.

Auf die Einwendungen der Beklagten hat der Senat bei dem Sachverständigen Dr. R. eine ergänzende Stellungnahme eingeholt. Auch unter Rückgriff auf die Konsensempfehlungen müsse beim Kläger davon ausgegangen werden, dass ein vorausseilender monosegmentaler Bandscheibenschaden über einen längeren Zeitraum bestanden habe, welcher dann auch die Veränderungen im vorletzten lumbalen Segment nach sich gezogen habe. Beim Kläger ergebe sich kein Hinweis für eine relevante Belastungseinwirkung. Das vorliegende klinische Beschwerdebild sei nur zum Teil auf die Bandscheibenschäden zurückzuführen und zum Teil durch die bestehenden und aufgelisteten Erkrankungen des Achsorgans allein zu erklären.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheides vom 16.11.2005 und des Bescheides vom 04.06.2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2003 zu verurteilen, festzustellen, dass beim Kläger eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung vorliegt und ihm daraus eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig (§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) und teilweise begründet, da die medizinischen Voraussetzungen für das Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV erfüllt sind.

Berufskrankheiten sind nach § 7 Abs. 1 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VII) Versicherungsfälle. Berufskrankheiten sind dabei 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 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Vorliegend betrifft der Rechtsstreit Ziffer 2108 der Anlage 1 der BKV - bandscheibenbedingte Erkrankung 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, Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Die Feststellung dieser Berufskrankheit setzt einerseits das Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen im Sinne der haftungsbegründenden Kausalität, andererseits der medizinischen Voraussetzungen im Sinne der haftungsausfüllenden Kausalität voraus, d.h. es muss das typische Krankheitsbild der Berufskrankheit vorliegen und dieses muss im Sinne der unfallrechtlichen Kausalitätslehre wesentlich ursächlich auf die berufliche Tätigkeit zurückzuführen sein. Dabei reicht es aus, dass die berufliche Tätigkeit wesentlich mitursächlich für den Gesundheitsschaden ist.

Die arbeitstechnischen Voraussetzungen sind für die Zeit bis zur Aufgabe der Tätigkeit 1999 gegeben. Dies hat die nochmalige Überprüfung durch den TAD der Beklagten ergeben. Nach den Berechnungen der Gesamtbelastungsdosis nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) ergibt sich, dass beim Kläger eine Lebensdosis von 29,782 MNh gegeben ist. Damit ist der vorgeschlagene Richtwert für eine Mindestexposition von 25 MNh, ab der ein Risiko für die Entstehung bandscheibenbedingter Bandscheibenerkrankungen durch schweres Heben und Tragen sowie durch extreme Rumpfbeugehaltungen angenommen wird, überschritten. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen sind deshalb erfüllt.

Auch die medizinischen Voraussetzungen liegen vor. Dies hat der Gerichtssachverständige Dr. E. in seinem Gutachten vom 31.10.2009 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19.04.2010 überzeugend dargelegt.

Für die Beurteilung der Ursächlichkeit sind als Kriterien die belastenden Einwirkungen, das Krankheitsbild, insbesondere ob ein altersuntypischer Befund und ein belastungskonformes Schadensbild vorliegen, eine zeitliche Korrelation zwischen den Einwirkungen und dem Erkrankungsverlauf sowie das Vorliegen von konkurrierenden Ursachen wie z.B. endogene Veranlagungen zugrunde zu legen (BSG vom 27. Juni 2006, Az.: B 2 U 13/05 R, m.w.N.). Die berufliche Exposition müsste, wie dargelegt, zumindest eine wesentliche Mitursache für die Gesundheitsstörungen sein. Die für die Bejahung des Zusammenhangs der Gesundheitsstörungen mit der beruflichen Exposition notwendige Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt.

Der vom Senat bestellte Sachverständige Dr. E. hat in seinem Gutachten vom 31.10.2009 bejaht, dass beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Wirbelsäule im Sinne von Nr. 2108 der Anlage zur BKV vorliegt. Dieser Ansicht ist zu folgen. Am 01.07.1999 waren durch Kernspintomographie Bandscheibenvorfälle nachgewiesen worden. Es bestand ein sensibles Wurzelreizsyndrom rechts. Laut Dr. E. sind durch den Degenerationsprozess die Bandscheiben der drei untersten Bewegungssegmente der LWS betroffen. Die Kernspintomographie vom 01.07.1999 zeigt eindeutige Dehydratationen der Bandscheiben mit Bandscheibenvorfällen in der vorletzten und drittletzten Etage sowie einer Bandscheibenprotrusion der untersten Etage. Die darüberliegenden Etagen bzw. Bandscheiben zeigen keine wesentlichen Veränderungen dieser Art. Es liegt somit eine bandscheibenbedingte Erkrankung vor.

Im Bereich der Halswirbelsäule bestehen dagegen keine wesentlichen degenerativen Veränderungen. An der BWS zeigten Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 2004 ausgeprägte spondylotische Veränderungen mit teilweise spangenförmigen Osteophyten im unteren Bereich der BWS. Die Veränderungen sind typisch für das Krankheitsbild einer Spondylosis hyperostotica, Morbus Forestier. Sie haben entsprechend diesem Krankheitsbild, das üblicherweise erst nach dem 50. Lebensjahr in Erscheinung tritt, im weiteren Verlauf deutlich zugenommen. Diese Veränderungen können nicht in Zusammenhang mit körperlichen Belastungen gebracht werden. Zudem ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe im Jahre 1999 kaum solche Veränderungen vorlagen. Rückschlüsse, dass die BWS vom Degenerationsprozess stärker betroffen war als die LWS, was maßgeblich für das Urteil des Sozialgerichts Augsburg (SG) war, sind damit unbegründet.

Auch Dr. G. hat in seinem radiologischen Zusatzgutachten vom 11.05.2009 einen Morbus Forestier festgestellt. Dieser hat aber entgegen der Beurteilung des Dr. G. keinen Einfluss auf die LWS (s.a. Schönberger/Merthens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, S. 507). Der Morbus Forestier führt nicht zu einer Beeinträchtigung der LWS und gilt auch nach den Konsensempfehlungen nicht als eine konkurrierende Ursache.

Der derzeitige wissenschaftliche Stand zu Fragen der Anerkennung als BK nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV wird durch die sog. Konsensempfehlungen - medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der LWS (Konsensempfehlung von Bolm-Audorff, u.a. veröffentlicht in Trauma und Berufskrankheit III 2005, 211, 216 ff., 228 ff.), wiedergegeben. Diese Konsensempfehlungen hat Dr. E. in seinem Gutachten vom 31.10.2009 zugrunde gelegt. Die früher in dem Verfahren tätigen Sachverständigen Dr. G., Dr. R. und Dr. L. sowie Dr. P. hatten diese noch nicht berücksichtigt.

Das Gutachten des Dr. G. ist insoweit nicht aussagekräftig, da er zu den beruflichen Belastungen Stellung nimmt, die er für zu gering hält. Er konnte jedoch noch nicht auf den Befund des TAD und der Belastungseinschätzung nach dem MDD zurückgreifen. Danach ist geklärt, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen, wie oben bereits ausgeführt, vorliegen.

Dr. R., und Ingenieur, geht in seinem Gutachten vom März 2002 von einer wesentlich höheren Belastung aus, als ursprünglich vom TAD

angegeben und bestätigt das Vorliegen einer BK. Es fehlt aber die entsprechende Begründung nach den Konsensempfehlungen.

Der Dr. L. schätzte berufliche und konstitutionelle Faktoren gleich hoch für die Entwicklung des Bandscheibenleidens ein. Konkurrierende Faktoren liegen jedoch bei Beachtung des Konsenspapiers nicht vor. Beim Kläger ist zunächst die anatomische Besonderheit mit 6 Lendenwirbeln bzw. einer Lumbalisation des 1. Sakralwirbels zu erörtern, wobei eine persistierende Wirbelbogenspalte im untersten freien Lendenwirbel vorliegt und entsprechend zu berücksichtigen ist. Für Übergangswirbel ohne Asymmetrien, persistierende Wirbelkörperspalten und eine hypersegmentierte, d.h. 6-gliedrige LWS ist aufgrund der Literaturangaben nicht von einer erhöhten Bereitschaft zu Bandscheibendegenerationen auszugehen (Schönberger/Merthens/Valentin, a.a.O., S. 507, Konsensempfehlungen 2.1.3).

Aufgrund umfangreicher Literaturangaben (s. Konsensempfehlungen 2.1.7 und 2.1.8) geht auch die Hyperlordose nicht mit vermehrter Bandscheibendegeneration einher. Die Hyperlordose muss daher für die ursächliche Bewertung außer Acht bleiben. Gleiches gilt für die sog. Lifestylefaktoren, die in den anderen Gutachten eingehend diskutiert wurden. Es gibt keine gesicherten Hinweise dafür, dass durch Adipositas, Nikotinabusus und das mit der Adipositas in Zusammenhang stehende metabolische Syndrom Bandscheibenleiden begünstigt würden (Konsensempfehlungen 2.1.16).

Damit scheiden wesentliche konkurrierende Verursachungsfaktoren für das Auftreten der bandscheibenbedingten Erkrankung beim Kläger aufgrund der Konsensempfehlungen aus. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bandscheibendegeneration der drei untersten Etagen der LWS mit kernspintomographisch nachgewiesenen Bandscheibenvorfällen bzw. Bandscheibenprotrusion bei dem damals 44 Jahre alten Kläger als altersuntypische bandscheibenbedingte Erkrankung zu werten ist. Laut Definition in den Konsensempfehlungen (Abschn.1.2) wird zur Definition des altersuntypischen Bandscheibenvorfalles gefordert, dass Bandscheibengewebe mindestens 5 mm über die Verbindungslinie der dorsalen Begrenzungen der Wirbelkörperhinterkanten hinaus ragt. Dies ist im Falle des Klägers in den Kernspintomographiaufnahmen vom 01.07.1999 zumindest in der vorletzten und vorvorletzten Etage der LWS der Fall. Bandscheibendegenerationen mit Höhenminderung und Osteochondrose sowie Vorfälle in drei Etagen bestehen, in zwei Etagen sind die Forderungen bezüglich eines Bandscheibenvorfalles entsprechend den Konsensempfehlungen erfüllt. Diese Befunde sind aus den Kernspintomographiaufnahmen vom 01.07.1999 ersichtlich. Hierbei handelt es sich laut Dr. E. um einen für das Alter des Klägers außergewöhnlichen pathologischen Befund.

Laut dem Sachverständigen Dr. E. ist eine Beurteilung der Begleitspondylophyten nicht möglich. Allerdings sind spondylophytäre Anbauten in den ersten vorliegenden Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 2004 am 2. und 3. Lendenwirbelkörper erkennbar, sie haben eine Ausdehnung von etwa 2 bis 4 mm bei einem anzunehmenden Vergrößerungsfaktor von 1:1,15. Da spondylophytäre Anlagerungen an der HWS fehlen, können diese kleinen Veränderungen an der LWS oberhalb der bandscheibenbedingten Schädigungsregion als Begleitspondylose gewertet werden. Es ist von einer geringen Begleitspondylose auszugehen. Die Voraussetzungen der Konstellation B 1 des Konsenspapiers wären damit erfüllt und ein beruflicher Zusammenhang damit wahrscheinlich.

Alternativ - da die spondylophytären Anbauten nur gering sind - liegt die Konstellation B 2 vor, da beim Kläger bereits im Alter von 44 Jahren Bandscheibendegenerationen (Black disc) mit Höhenminderungen und Osteochondrose in drei Etagen der LWS vorlagen, wobei in zwei Etagen Bandscheibenvorfälle entsprechend der Richtlinien der Konsensempfehlungen vorlagen, in einer weiteren Etage eine deutliche Bandscheibenprotrusion.

Der Kläger war bei seiner beruflichen Tätigkeit auch hohen Belastungsspitzen ausgesetzt. Wird die Gesamtbelastung durch kurzzeitige Belastungsspitzen erreicht, so kann das Fehlen der Begleitspondylose nicht als Indiz gegen das Vorliegen einer beruflichen Bandscheibenschädigung gewertet werden. Damit erfüllt der Kläger nicht nur ein Kriterium, sondern zwei Kriterien für die Einstufung in die Konstellation B 2, womit ebenfalls der Zusammenhang zwischen den Bandscheibenschäden und der beruflichen Exposition als wahrscheinlich zu werten ist.

Abschließend ist festzustellen, dass entweder die Konstellation B 1 vorliegt, sofern man die geringfügigen spondylophytären Anbauten am 2. und 3. Lendenwirbel, also oberhalb der Bandscheibenschäden als Begleitspondylose wertet. Erkennt man die geringen Spondylophyten nicht als Begleitspondylose an, so ist die Konstellation B 2 anzusetzen, da das Bandscheibenleiden die drei untersten Bewegungssegmente der LWS betrifft mit nachgewiesenen Bandscheibendegenerationen unter Höhenminderung der Zwischenwirbelräume mit Osteochondrose und Bandscheibenvorfällen in zwei Etagen und einer Bandscheibenprotrusion in einer weiteren Etage. Zudem ist von einem besonderen Gefährdungspotential durch Belastungsspitzen auszugehen, da laut Gutachten des TAD überwiegend hohe Belastungsspitzen mit Hebebelastungen über einen Zeitraum von wenigen Sekunden zum Erreichen der Gesamtdosis geführt haben.

Dem Gutachten des Dr. R. und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17.09.2010 ist hingegen nicht zu folgen. Dr. E. ist hierauf in seinem Gutachten eingegangen und hat die Befundung durch Dr. R. widerlegt. Dieser fordert eine Belastungsadaptation,

d.h. Sklerosierung der Deck- und Bodenplatten, was laut Dr. E. bei der etwas eingeschränkten Röntgenqualität infolge der Adipositas schwer beurteilbar ist. Weiter geht er von der falschen Annahme aus, dass die BWS durch berufliche Einflüsse verändert wurde. Hier ist jedoch die Befundung durch Dr. G. und Dr. E. anzuführen, die beide von einem Morbus Forestier ausgehen, der keinerlei Zusammenhang mit beruflicher Exposition hat. Die 6-Gliedrigkeit der LWS stellt keinen konkurrierenden Faktor aufgrund der Konsensempfehlungen und der vom Expertengremium angestrebten Literaturlauswertung dar. Dem Gutachten des Dr. R. ist deshalb nicht zu folgen.

Eine BK 2108 ist deshalb dem Grunde nach zu bejahen.

Eine MdE rentenberechtigenden Grades ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)) ergibt sich hieraus jedoch nicht. Beim Kläger handelt es sich um ein lokales LWS-Syndrom bzw. lumbales Wurzelkompressionssyndrom mit belastungsabhängigen Beschwerden und leichten Funktionseinschränkungen. Ein stärkeres Wurzelreizsyndrom kann nicht bejaht werden. Gesicherte Nervendehnungszeichen fehlen ebenso wie motorische Störungen. Es liegt ein unauffälliges Reflexverhalten vor, die angegebenen sensiblen Störungen sind nicht eindeutig radikulär zuzuordnen. Bereits Ende des Jahres 1999 war elektromyographisch kein pathologischer Befund vorgefunden worden. Für eine wesentliche Änderung hinsichtlich des neurologischen Befundes ergeben sich keine Hinweise. Die MdE ist deshalb mit 10 v.H. einzuschätzen.

Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 16.11.2005 war deshalb aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, beim Kläger eine BK 2108 festzustellen. Im Übrigen war die Berufung zurückzuweisen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente wegen der BK. Ein Stützrentenatbestand liegt nicht vor.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#). Die Kosten sind zu quoteln, da der Kläger wegen der Verletztenrente erfolglos blieb. Das Hauptgewicht liegt jedoch auf der Anerkennung der BK.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Gründe nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2011-04-06