

L 2 U 120/13

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 U 93/12
Datum
11.02.2013
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 120/13
Datum
25.11.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Nach den Konsensempfehlungen zur Berufskrankheit Nr. 2108 der Anlage 1 der BKV ist Grundvoraussetzung für die Anerkennung eines Ursachenzusammenhangs, dass eine plausible zeitliche Korrelation zwischen ausreichender beruflicher Belastung und einer altersuntypischen, nachgewiesenen bandscheibenbedingten Erkrankung bestehen muss; insbesondere muss die Exposition der Erkrankung vorausgegangen sein.

2. Ein allgemein anerkannter wissenschaftlicher Erfahrungssatz, wonach in der Regel ein monosegmentaler Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 ohne Begleitspondylose entsteht, wenn eine Frau innerhalb von 8 ½ Jahren einer Gesamtbelastungsdosis von 12,5 MNh unterliegt und das 3. Zusatzkriterium der Konstellation B 2 der Konsensempfehlungen erfüllt ist, ist nicht bekannt und auch den Konsensempfehlungen nicht zu entnehmen.

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 11.02.2013 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin Anspruch auf Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) hat.

Die 1965 geborene Klägerin brach ihre im September begonnene Lehre im Siebdruck im Dezember 1980 ab und übte von Januar 1981 bis März 2001 - unterbrochen durch Erziehungszeiten in den Jahren 1987 bis 1990 und Arbeitslosigkeit von Januar bis November 1993 - verschiedene Tätigkeiten aus, u.a. in einem Dentallabor, als Lageristin, als Heimarbeiterin und von Juli 1994 bis März 2001 als kaufmännische Angestellte in einer Spedition. Ab 01.04.2001 bis 15.09.2009 war sie als Helferin in der Alten- und Krankenpflege tätig, vom 01.04.2001 bis 31.01.2006 als Altenpflegehelferin für den ambulanten Krankenpflagedienst G. in W-Stadt mit 30 Std./Woche und anschließend für das Altenheim St. M. in W-Stadt - vom 01.02.2006 bis 31.12.2007 als Altenpflegehilfskraft 38,5 Std./Woche, - vom 01.01.2008 bis 31.07.2009 teilweise als Altenpflegehelferin und teilweise als gerontopsychiatrische Fachkraft bei parallel durchgeführter Weiterbildung und - vom 01.08.2009 bis 15.09.2009 wieder als Altenpflegehilfskraft. Ausweislich der Auskunft der Krankenkasse war die Klägerin vom 22.07. bis 02.08.2009 wegen Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen (F 43.9) und ab 16.09.2009 wegen Rückenschmerzen mit Lumboischialgien bis 16.03.2011 arbeitsunfähig. Auf die von den Arbeitgebern und der Klägerin ausgefüllten Fragebögen zu den beruflichen Tätigkeiten wird verwiesen.

Am 21.10.2009 ging bei der Beklagten die Berufskrankheitenanzeige des Hausarztes Dr. N. wegen Lendenwirbelsäulen (LWS)-Beschwerden ein.

Im Fragebogen vom 22.12.2009 gab die Klägerin an, sie habe erstmals 1997 Wirbelsäulenbeschwerden im Bereich L5/S1 gehabt, nach ruckartigem Heben eines Limokastens im privaten Bereich, mit Ohnmacht und Notaufnahme in das Krankenhaus W-Stadt. Bis ca. 2004 habe sie keine bzw. kaum Beschwerden gehabt, nur manchmal leichte Schmerzen. Jetzt bestünden wieder Beschwerden mit Arbeitsunfähigkeit. Vorgelegt wurde eine Bescheinigung des Betriebsmediziners und Chirotherapeuten Dr. F. vom 27.02.1998, wonach er die Klägerin am 28.11.1997 nach akutem medialen Bandscheibenvorfall L5/S1 notärztlich versorgt und nach stationärer Behandlung ambulant weiterbehandelt habe.

Die Gewerbeärztin Dr. H. führte mit Stellungnahme vom 22.03.2010 aus, dass bei der Klägerin bereits 1997 und damit vor Aufnahme der belastenden Tätigkeiten im Sinne der BK Nr. 2108 im Jahre 2001 ein Bandscheibenvorfall aufgetreten sei. Daher sei auch der jetzige Bandscheibenvorfall im Wesentlichen anlagebedingt. Außerdem sei die gefährdende Tätigkeit weniger als sieben Jahre durchgeführt worden.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 07.04.2010 die Anerkennung einer BK Nr. 2108 ab, bewilligte aber besondere Leistungen oder Maßnahmen, die dem Entstehen dieser BK entgegenwirken, in Form eines Rückenkollegs. Eine langjährige wirbelsäulenbelastende Tätigkeit von mindestens zehn Berufsjahren liege nicht vor. Außerdem hätten vor Aufnahme der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit als Altenpflegehelferin bandscheibenbedingte Beschwerden vorgelegen, was gegen eine berufsbedingte Entstehung der Erkrankung spreche. Weiterhin bestehe das Angebot, an einem Rückenkolleg teilzunehmen.

Zur Begründung des am 05.05.2010 eingelegten Widerspruchs wies der Klägerbevollmächtigte auf Arztberichte hin. Auf die vorgelegten bzw. von der Beklagten eingeholten ärztlichen Unterlagen wird Bezug genommen, insbesondere auf den MRT-Befund der LWS vom 09.06.2010, den Rehabilitationsentlassungsbericht der Klinik R. in Bad B. über den Aufenthalt vom 04. bis 25.2.2010, den Arztbrief der Praxis Dres. L. und Kollegen vom 27.5.2010 sowie deren Befundbericht vom 26.8.2011, den Arztbrief des Klinikums W-Stadt vom 30.12.1997, den Befundbericht von Dr. F. vom 07.09.2011 und den Rehabilitationsbericht des Fachklinikums C-Stadt über den Aufenthalt der Klägerin vom 22.08. bis 11.9.2000.

Im Arztbrief des Klinikums W-Stadt vom 30.12.1997 über die stationäre Behandlung der Klägerin vom 28.11. bis 08.12.1997 wurde ein medialer Bandscheibenvorfall L5/S1 diagnostiziert, eine beginnende pathologische Glukosetoleranz sowie eine Hypercholesterinämie. Geschildert wurde, dass die Klägerin am Nachmittag des Aufnahmetages einen Limokasten hochgehoben habe, dabei einen plötzlichen Riss im Bereich der LWS verspürt habe und kollabiert sei. Mittels CT wurde ein medialer Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 festgestellt, bei sonst unauffälligen Bandscheiben

Laut Rehabericht des Fachklinikums C-Stadt erfolgte der Aufenthalt im August bzw. September 2000 wegen eines seit Jahren auftretenden Wirbelsäulensyndroms mit rezidivierenden Lumboischialgien. Dr. F. führte im Befundbericht vom 7.9.2011 aus, dass er die Klägerin zuletzt im Jahr 2000 behandelt habe, diese einen Bandscheibenvorfall im Bereich L5/S1 gehabt habe und er Arbeitsunfähigkeit wegen Wirbelsäulenbeschwerden vom 17.11. bis 24.11.2000 attestiert habe. Auf frühere Daten könne er nicht mehr zugreifen.

Im MRT-Befund der LWS vom 9.6.2010 wurde ein medial leicht linksbetonter Bandscheibenprolaps L5/S1 mit Höhenminderung der Bandscheibe und Kontakt zur linksseitigen L5-Nervenwurzel sowie Pelottierung des Duralschlauchs bei zusätzlich aktivierter Osteochondrosis intervertebralis beschrieben. Im Rehabilitationsentlassungsbericht der Klinik R. vom 25.02.2010 wurde eine Lumboischialgie beidseits, links mehr als rechts, bei Bandscheibenprolaps L5/S1 mit Osteochondrose L5/S1 beschrieben. Nach Anamnese sei die Klägerin hinsichtlich des 1997 bestehenden Bandscheibenprolapses im Segment L5/S1 nach konservativer Behandlung beschwerdefrei gewesen; sie habe seit letztem Sommer wieder zunehmende Ischialgien mit Schmerzausstrahlung in beiden Beinen sowie rezidivierende Miktionsstörungen. Als Altenpflegehelferin oder Krankenpflegehelferin wurde die Klägerin als weiterhin arbeitsunfähig angesehen. Die eingeholten Auskünfte der Krankenkassen wiesen Arbeitsunfähigkeit der Klägerin wegen Spondylose mit Radikulopathie vom 10. bis 19.12.2004 aus.

Auf die eingeholten Auskünfte zur Arbeitsbelastung der Klägerin, auf die von der Klägerin vorgelegten Zeugnisse und auf die Stellungnahme des Präventionsdienstes der Beklagten vom 09.08.2011 wird verwiesen. Dieser ermittelte eine Belastung der Klägerin durch schweres Heben und Tragen im Zeitraum vom 01.04.2001 bis 31.01.2006 mit 8,5 MNh und vom 01.02.2006 bis 31.12.2007 mit 4 MNh, also insgesamt von 12,5 MNh (= 74 % des Orientierungswertes von 17 MNh für Frauen). Das 3. Zusatzkriterium für die Konstellation B 2 - besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Spitzenbelastungen - sei erfüllt.

Anschließend holte die Beklagte ein Gutachten des Orthopäden Dr. S. ein, das dieser nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 04.12.2011 erstellt hat. Dr. S. stellte unter Auswertung bildgebender Befunde eine monosegmentale Bandscheibendegeneration mit deutlicher Osteochondrose Grad II im Segment L5/S1 fest, ohne Begleitspondylose, ohne weitere osteochondrotische Veränderungen und ohne Black Discs in weiteren Segmenten. Die beginnende Osteochondrose, Uncovertebralarthrose und Intervertebralarthrose von C 5/6 und C 6/7 sah Dr. S. nicht als wesentliche Veränderungen der HWS; klinische Beschwerden bestünden insoweit nicht. Eine aktuelle bandscheibenbedingte Erkrankung verneinte Dr. S. mangels lokalen Lumbalsyndroms oder lumbalen Wurzelsyndroms bei der eigenen Untersuchung, nahm aber wegen geschilderter Lumboischialgien eine solche Erkrankung 2009 bzw. 2010 angenommen. Ohne auf den 1997 festgestellten Bandscheibenvorfall einzugehen, bejahte Dr. S. eine plausible zeitliche Korrelation der beruflichen Belastung zur Entwicklung der bandscheibenbedingten LWS-Erkrankung nach Hebearbeiten in einem Zeitraum von 8 1/2 Jahren. Ein belastungskonformes Schadensbild liege nicht vor mangels entsprechender Befunde in anderen Segmenten. Da aber eine besonders intensive Belastung in weniger als zehn Jahren und ein besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen vorgelegen habe, liege die Konstellation B 2 der Konsensempfehlungen vor.

Gegen diese Einschätzung wandte die Gewerbeärztin Dr. S. in ihrer Stellungnahme vom 14.2.2012 ein, dass zwar eine Chondrose Grad II im Segment L5/S1 gesichert sei, aber keine belastungsabhängigen Beschwerden geschildert oder entsprechende Befunde erhoben worden seien. Außerdem fehlten die bei langjähriger gefährdender Tätigkeit zu erwartenden deutlichen degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren LWS.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 27.03.2012 als unbegründet zurück. Es fehle ein belastungskonformes Schadensbild. Da bereits vor Aufnahme der Tätigkeit LWS-Beschwerden aufgetreten seien, sei nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die berufliche Exposition wesentliche Ursache der LWS-Erkrankung sei. Im Übrigen seien im Gutachten belastungsabhängige Beschwerden bzw. entsprechende Funktionseinschränkungen oder pathologische Befunde nicht erhoben worden.

Dagegen hat der Klägerbevollmächtigte am 11.04.2012 Klage beim Sozialgericht Regensburg (SG) erhoben und die Feststellung einer BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV und die Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. begehrt. Er hat sich zur Begründung im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr. S. gestützt.

Das SG hat bildgebende Befunde beigezogen und Gutachten gemäß [§ 106](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) des Chirurgen Dr. S. vom 10.8.2012 und des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. E. vom 29.11. 2012 eingeholt.

Dr. S. hat eine Chondrose Grad 3 im Segment L5/S1 sowie eine Chondrose Grad 1 im Segment L4/5 festgestellt, ohne typische klinische Beschwerden, ohne weitere Bandscheibenerkrankungen, ohne Black Discs und ohne belastungsadaptive Veränderungen oberhalb von L5/S1. Bereits 1997 und damit vor Aufnahme der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit habe ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 bestanden und die Klägerin sei auch nach stationärer und ambulanter Behandlung nicht beschwerdefrei gewesen, wie die Rehabilitation im Jahr 2000 und die Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2004 zeige. Zwar könne sich ein Bandscheibenvorfall bei entsprechender Behandlung narbig verändern, so dass er keine Kompression mehr verursache. Der Faserring, der die Bandscheibe umschließt, sei aber erheblich degenerativ geschädigt, so dass die Bandscheibe insbesondere bei Zug- und Scherkräften durch ihn hindurchdringe und klinische Beschwerden verursache. Da bei der Klägerin der Belastungsrichtwert für eine BK 2108 vorzeitig erreicht worden sei und häufige Spitzenbelastungen vorgelegen hätten, habe die ab 2001 verrichtete wirbelsäulenbelastende Tätigkeit die vorbestehende Bandscheibenerkrankung für den Zeitraum vom September 2009 bis November 2011 (Untersuchung durch Dr. S.) verschlimmert. In diesem Zeitraum liege eine BK Nr. 2108 vor. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) für den Verschlimmerungsanteil habe allenfalls bei 10 v. H. gelegen; derzeit bestehe keine MdE von mindestens 10 v. H.

Die Beklagte hat mit Stellungnahme vom 23.10.2012 ausgeführt, dass sie dem Gutachten nicht folgen könne, weil der Bandscheibenschaden im Segment L5/S1 vor der belastenden Tätigkeit bestanden habe und kein belastungskonformes Schadensbild vorliege.

Dr. E. hat bei Untersuchung der Klägerin am 29.11.2012 und unter Auswertung der bildgebenden Befunde ebenfalls einen Bandscheibenvorfall L5/S1 und eine Osteochondrose im Segment L5/S1 festgestellt. Allerdings habe der Bandscheibenvorfall bereits 1997 vorgelegen und zu monatelangen Rückenschmerzen geführt, mit im weiteren Verlauf mehrfachen Erkrankungen. Angesichts dieser vorbestehenden Gesundheitsstörung sei eine Beurteilung des Ursachenzusammenhangs mit der beruflichen Tätigkeit anhand der Fallgruppen in den Konsensempfehlungen nicht möglich. In der Medizin sei bekannt, dass ein Bandscheibenvorfall mit nachfolgender Osteochondrose und sich entwickelnder Spondylarthrose im Laufe von Jahren oder Jahrzehnten sehr häufig immer wieder zu Rückenschmerzen führen kann, auch unabhängig von beruflichen Belastungen. Durch langsamen Höhenverlust der Zwischenwirbelsegmente trete ein stauchendes Teleskopphänomen an den Wirbelgelenken auf, das zu typischen Lumbalgien, wiederkehrenden Wurzelreizerscheinungen und Beschwerden im Bandapparat führen könne. Dies sei ein langsam ablaufender physiologischer Prozess. Außerdem stehe nicht mit notwendiger Sicherheit fest, ob es sich in der Vergangenheit um einen bandscheibenbedingten Schmerz gehandelt habe. Die Voraussetzungen für eine BK Nr. 2108 seien nicht erfüllt. Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen.

Gegen diese Einschätzung hat der Klägerbevollmächtigte im Wesentlichen vorgetragen, dass die Klägerin 2009 nicht wegen des alten Bandscheibenvorfalles aus dem Jahr 1997 unter Beschwerden gelitten habe, sondern dass 2009 ein lokales Lumbalsyndrom bzw. ein lumbales Wurzelsyndrom aufgetreten sei. Nur wegen dieser Erkrankung habe die Klägerin ihre Tätigkeit aufgeben müssen, so dass Dr. E. wohl die falsche Krankheit seiner Beurteilung zu Grunde gelegt habe. Aus der Notwendigkeit, die berufliche Tätigkeit aufzugeben, ergebe sich zwangsläufig eine MdE. Die Beklagte hat demgegenüber die Einschätzung von Dr. E. für zutreffend erachtet und darauf hingewiesen, dass für die MdE-Bewertung nicht der jeweilige Beruf, sondern der gesamte Arbeitsmarkt als Maßstab anzusetzen sei.

Nach Anhörung der Beteiligten zu einer beabsichtigten Entscheidung mit Gerichtsbescheid hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 11.02.2013, dem Klägerbevollmächtigten zugestellt am 22.02.2013, die Klagen abgewiesen. Die auf Verletztenrente gerichtete Klage sei unzulässig, weil hierzu eine Verwaltungsentscheidung fehle. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Feststellung einer BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV. Angesichts des bereits 1997 festgestellten Bandscheibenvorfalles im Segment L5/S1 und der in der Folgezeit immer wieder auftretenden Beschwerden sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die berufliche Tätigkeit als Altenpflegerin ab 2001 eine wesentliche Verschlimmerung verursacht habe. Das SG hat sich der Beurteilung von Dr. E. angeschlossen.

Zur Begründung der am 21.03.2013 beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegten Berufung hat der Klägerbevollmächtigte im Wesentlichen ausgeführt, dass eine vorangegangene Beeinträchtigung in einem bestimmten Bereich nicht zwangsläufig eine Berufskrankheit in demselben Bereich ausschließen dürfe. Angesichts der vorherigen Stabilität des Bandscheibenvorfalles und des erneuten Auftretens von Wirbelsäulenproblemen nach der beruflichen Belastung, sei eine BK Nr. 2108 gegeben. Er hat sich auf die Ausführungen von Dr. S. und Dr. E. gestützt.

Das LSG hat weitere ärztliche Unterlagen der Klägerin beigezogen, insbesondere die Originalröntgenbefunde des Klinikums W-Stadt von 1997, die ärztlichen Unterlagen der deutschen Rentenversicherung einschließlich Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. R. vom 07.12.2010 und von Dr. S. vom 30.04.2011 und den vollständigen Rehabilitationsbericht der Fachklinik C-Stadt. Laut Arztbrief von Dr. T. vom 21.09.2009 hat die Klägerin über einen 1997 aufgetretenen Bandscheibenprolaps mit Blasenstörung berichtet und danach immer wieder auftretenden Schmerzen mit seit acht Wochen persistierender Lumboischialgie, links mehr als rechts.

Anschließend hat das SG eine ergänzende Stellungnahme von Dr. E. vom 28.11.2014 und aufgrund von Einwänden des Klägerbevollmächtigten eine weitere ergänzende Stellungnahme vom 26.02.2015 eingeholt. Dr. E. hat im Wesentlichen ausgeführt, dass die neuen bildgebenden Befunde - die Röntgen- und CT-Aufnahmen der LWS aus dem Jahr 1997 - seine bisherige Einschätzung stützen. Bereits 1997 und damit vor Aufnahme der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit habe eine Osteochondrose im Segment L5/S1 bestanden mit relativ großem Bandscheibenvorfall medial und links betont. Dabei habe es sich um einen altersvoraussetzenden Bandscheibenschaden der damals 32-jährigen Klägerin gehandelt. Auch nach Beginn der belastenden Tätigkeit im Jahr 2001 seien keine wesentlichen zusätzlichen Veränderungen aufgetreten, insbesondere keine zusätzlichen Bandscheibenerkrankungen. Unverändert liege ein monosegmentaler Bandscheibenschaden in Form des Bandscheibenvorfalles L5/S1 mit Osteochondrose in diesem Segment vor. Eine Verschlimmerung des Bandscheibenschadens von 1997 im Segment L5/S1 sei daher 2009 nicht nachweisbar. Aufgrund des vorbestehenden Bandscheibenschadens sei eine Zuordnung der bandscheibenbedingten Erkrankung der Klägerin zu einer Fallgruppe der Konsensempfehlungen nicht möglich. Für einen 1997 festgestellten Bandscheibenvorfall könne aber eine erst ab 2001 ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht ursächlich sein.

Der Klägerbevollmächtigte hat im Wesentlichen beanstandet, dass der Sachverständige keine Fragebögen genutzt habe, dass das Begutachtungsgespräch sehr kurz gewesen sei und dass die zwischenzeitliche Beschwerdefreiheit der Klägerin nicht berücksichtigt worden sei. Eine Bandscheibe könne sich durchaus regenerieren. Außerdem sei die Bandscheibe 1997 noch intakt gewesen, während jetzt nur noch Teilstücke und ein Abstand von nur noch 33 % bestünden. Die aktuellen Probleme seien Grund für die Aufgabe des Berufs. Angesichts des Grades der Behinderung (GdB) von 20 betrage auch die MdE 20 v.H.

Dr. E. hat mit Stellungnahme vom 26.02.2015 der Einschätzung widersprochen, dass sich eine Bandscheibe vollständig regenerieren könne. Denkbar sei nur eine Beschwerdefreiheit für einen gewissen Zeitraum, wobei hier nach Aktenlage immer wieder Beschwerden aufgetreten seien. Angesichts der nachgewiesenen vorbestehenden Veränderungen im Segment L5/S1 mit Bandscheibenvorfall und Chondrose könne auch eine weitere Zunahme der Chondrose in diesem Segment nicht der beruflichen Tätigkeit als wesentliche Teilursache zugerechnet werden. Selbst bei Anerkennung der BK Nr. 2108 sei die MdE hierfür auf unter 20 v. H. zu schätzen; MdE und GdB unterlägen unterschiedlichen Kriterien. Die Verwendung von Fragebögen sei für die gutachterliche Beurteilung nicht erforderlich.

Die Beklagte hält die Ausführungen des Sachverständigen für zutreffend. Auf ihr Schreiben vom 16.02.2015 wird verwiesen. Der Klägerbevollmächtigte hat an seinen Einwendungen festgehalten. Nicht der Bandscheibenvorfall von 1997, sondern die Arbeit als Alten- und Krankenpflegehelferin habe zu Beschwerden und notwendiger Berufsaufgabe geführt. Eine Vorschädigung dürfe die BK-Anerkennung nicht ausschließen.

Auf die Niederschrift der mündlichen Verhandlung vom 25.11.2015 wird Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 11.02.2013 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 07.04.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.03.2012 festzustellen, dass der Bandscheibenvorfall und die Osteochondrose im Segment L 5/S1 eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung ist.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten, des Sozialgerichts, die beigezogenen medizinischen Unterlagen der Rentenversicherung sowie die LSG-Akte Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

A) Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung erweist sich als unbegründet. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch gegenüber der Beklagten auf Feststellung einer BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV, so dass der Bescheid der Beklagten vom 07.04.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.03.2012 und der klageabweisende Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 11.02.2013 rechtmäßig sind.

Die bei der Klägerin vorliegende bandscheibenbedingte Erkrankung ist keine Erkrankung im Sinne der BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV. Das steht zur Überzeugung des Senats nach durchgeführter Beweisaufnahme fest.

Berufskrankheiten sind 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). Eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV sind "bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben ursächlich waren oder sein können". Voraussetzung für die Anerkennung einer BK Nr. 2108 ist daher, dass der Versicherte aufgrund einer versicherten Tätigkeit langjährig schwer gehoben und getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet hat und dass durch die spezifischen, der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden besonderen Einwirkungen eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS entstanden sein muss, die noch besteht. Zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen muss ein innerer/sachlicher Zusammenhang und zwischen diesen Einwirkungen und der Erkrankung muss ein (wesentlicher) Ursachenzusammenhang bestehen.

Der Versicherte muss darüber hinaus gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben. Als Folge dieses Unterlassungszwangs muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, liegt eine BK 2108 nicht vor (vgl. Urteil des BSG vom 30.10. 2007 - [B 2 U 4/06 R](#) - Juris sowie Urteile vom 18.11.2008 - [B 2 U 14/07 R](#) - und - [B 2 U 14/08 R](#) - jeweils zitiert nach Juris).

Über die allgemeine berufliche Gefährdung hinaus muss als wahrscheinlich nachgewiesen sein, dass die berufliche Tätigkeit wesentliche (Mit-)Ursache für die Gesundheitsstörungen war (vgl. hierzu BSG SozR 2200 § 551 Nr. 1 und 18). Nach der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung maßgeblichen Theorie der wesentlichen Bedingung sind dabei nur solche Ursachen rechtserheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (vgl. BSG v. 30.01.2007 - [B 2 U 23/05 R](#); vom 02.04.2009 - [B 2 U 9/08 R](#)). Dabei reicht für die Bejahung der Kausalität der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit aus. Diese liegt vor, wenn nach aktueller wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (vgl. BSG [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#))

Für die Bewertung des Ursachenzusammenhangs zwischen beruflichen Belastungen und Bandscheibenerkrankung ist der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand zu berücksichtigen; daher sind neben der Begründung des Ordnungsgebers auch die Merkblätter des zuständigen Bundesministeriums, die wissenschaftliche Begründung des ärztlichen Sachverständigenbeirates sowie die sogenannten Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe ("Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der

Lendenwirbelsäule", Bolm-Audorff, Franz, Grosser, Schröter, Seidler u.a., Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211 ff.) zu beachten. In seinen Urteilen vom 23.04.2015 hat das BSG aktuell bestätigt, dass diese Konsensempfehlungen weiterhin den aktuellen Erkenntnisstand abbilden (vgl. [B 2 U 6/13 R](#) - Juris RdNr. 20 ff.; [B 2 U 20/14](#) - Juris RdNr. 32 ff.; [B 2 U 10/14 R](#) - Juris RdNr. 20 ff.).

Zur Konkretisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe der BK Nr. 2108 "langjähriges" Heben und Tragen "schwerer" Lasten oder "langjährige" Tätigkeit in "extremer Rumpfbeugehaltung" wird das Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell (MDD) herangezogen. Die als Richtwert für eine entsprechende Belastung für Frauen geltende Gesamtdosis von 17 MNh hat die Klägerin angesichts der Lebensdosis von 12,5 MNh zwar nicht erfüllt. Allerdings hat sie die vom BSG entwickelte Mindestgrenze - die Hälfte des Orientierungswertes - deutlich überschritten. Diesen Belastungen i.S. der BK 2108 war die Klägerin erst seit Tätigkeiten im Bereich Kranken- und Altenpflege ab 01.04.2001 ausgesetzt. Daher erfolgten diese Einwirkungen insgesamt von April 2001 bis Mitte September 2009 und damit über einen Zeitraum von ca. 8 1/2 Jahren. Zwar bedeutet langjährig, dass zehn Berufsjahre als im Durchschnitt untere Grenze der belastenden Tätigkeit zu fordern sind (vgl. hierzu BSG vom 23.04.2015 - [B 2 U 6/13 R](#) Juris RdNr. 13 m.w.N. unter Verweis auf das aktuelle Merkblatt 2108, Bundesarbeitsblatt 2006, Heft 10, S.30, Abschnitt IV). Das BSG hat allerdings für die Erfüllung der arbeitstechnischen Voraussetzungen auch einen kürzeren Zeitraum als 10 Jahre ausreichen lassen und insoweit auf die sich aus dem MDD rechnerisch bei maximaler Exposition ergebende Mindestdauer von 7 Jahren verwiesen (BSG vom 20. 6. 2004 - [B 2 U 22/03 R](#) Juris RdNr. 24). Die Anerkennung einer BK Nr. 2108 bei der Klägerin ist daher nicht schon wegen fehlender arbeitstechnischen Voraussetzungen ausgeschlossen. Vielmehr ist der Kausalzusammenhang zwischen beruflicher Belastung und bandscheibenbedingter Erkrankung der Klägerin anhand medizinischer Kriterien im vorliegenden Einzelfall zu prüfen.

Für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS im Sinne der BKV ist der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens (Höhenminderung und/oder Vorfall) unabdingbare, aber nicht bereits hinreichende Voraussetzung (vgl. 1.3 der Konsensempfehlungen). Vielmehr muss eine korrelierende klinische Symptomatik wie eine neurologische Ausfallsymptomatik hinzukommen. Nach dem Merkblatt zu der BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vom 01.09.2006 (BArbBl. 10/2006, S. 30 ff, veröffentlicht in Mehrtens/Brandenburg "Die Berufskrankheitenverordnung") müssen chronische oder chronisch-rezidivierende Beschwerden und Funktionseinschränkungen bestehen, die therapeutisch nicht mehr voll kompensiert werden können und die den geforderten Unterlassungstatbestand begründen. Das BSG hat mit Urteil vom 31.05.2005 ([B 2 U 12/04 R](#) - Juris RdNr. 21 ff.) dargelegt, dass eine bloß röntgenologisch feststellbare Veränderung der LWS ohne Funktionsbeeinträchtigung zur Erfüllung des Tatbestandsmerkmals der bandscheibenbedingten Erkrankung nicht ausreicht angesichts der Materialien und der sinnorientierten Auslegung der Regelung unter Beachtung des Gesamtzusammenhangs. Denn angesichts des geforderten Unterlassungszwangs ist Voraussetzung für diese BK, dass das Krankheitsbild über einen längeren Zeitraum andauert, also chronisch oder zumindest chronisch wiederkehrend ist, und dass es zu Funktionseinschränkungen geführt hat, die eine Fortsetzung der genannten Tätigkeit unmöglich macht; daher ist ein klinisches Beschwerdebild mit Funktionseinschränkungen Voraussetzung für die Anerkennung einer Berufskrankheit Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV.

Ein altersvoraussetzender Bandscheibenschaden liegt bei der Klägerin lediglich im Segment L5/S1 mit Chondrose Grad II und Bandscheibenprolaps vor, wie bereits Dr. S. im Verwaltungsverfahren unter Auswertung von bildgebenden Befunden vom 02.12.2011 überzeugend dargelegt hatte. Ein davon ausgehendes klinisches Beschwerdebild in Form eines lokalen Lumbalsyndroms oder eines lumbalen Wurzelsyndroms (vgl. 1.3 der Konsensempfehlungen) haben Dr. S., Dr. S. und Dr. E. bei ihren eigenen Untersuchungen nicht feststellen können. Neurologische Auffälligkeiten im Sinne eines Wurzelreizsyndroms im Segment L5/S1 mit Blick auf Reflexe, Sensibilität oder Motorik haben die Gutachter ebenfalls nicht feststellen können. Ebensovienig war ein lokales Lumbalsyndrom mit durch Bewegung provozierbarem Schmerz im entsprechenden Segment, Bewegungsschmerz und funktioneller Entfaltungsstörung feststellbar.

Bereits bei Untersuchung der Klägerin am 07.12.2010 durch den Neurologen und Psychiater Dr. R. im Klageverfahren gegen den Rentenversicherungsträger wegen Umschulung war der neurologische Befund unauffällig hinsichtlich Reflexen, Motorik und Sensibilität und das Zeichen nach Laségue war negativ. Die Beweglichkeit der LWS war normal, insbesondere war die Entfaltbarkeit der LWS nicht eingeschränkt, angesichts des erreichten Fingerspitzen-Boden-Abstandes von ca. 3 cm, der Seitdrehung und Seitneigung des Rumpfes um jeweils 30° beidseits, dem Zeichen nach Ott von 30 cm zu 36 cm und dem Zeichen nach Schober von 10 cm zu 15 cm. Auch Dr. S. stellte bei Untersuchung der Klägerin im April 2011 im Klageverfahren gegen die Deutsche Rentenversicherung keine neurologischen Symptome, Schmerzen oder ausstrahlende Beschwerden fest und die LWS-Beweglichkeit erwies sich angesichts des FBA von 0 cm, einer Seitneigung des Rumpfes rechts bis 30°, links bis 40°, Drehung um 40° beidseits, Zeichen nach Schober von 10 cm zu 15 cm und Zeichen nach Ott von 30 cm zu 36 cm als uneingeschränkt, ohne Dehnungsschmerzhaftigkeit. Vor diesem Hintergrund ist ein klinisches, dem Bandscheibenschaden im Bereich L5/S1 entsprechendes Beschwerdebild über den 06.12.2010 hinaus nicht nachgewiesen.

Allerdings haben Dr. S. und Dr. S. dem Bandscheibenschaden im Segment L5/S1 entsprechende klinische Beschwerden in Form von Lumboschialgien aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen für die Vergangenheit entnommen. Insoweit ist das lokale Lumbalsyndrom bzw. ein Wurzelreizsyndrom keine andere, vom Bandscheibenschaden zu trennende bandscheibenbedingte Erkrankung, wie der Klägerbevollmächtigte mit seiner Argumentation im Klageverfahren nahelegen scheint, sondern lediglich die klinische Symptomatik bzw. das Beschwerdebild, das aus dem Bandscheibenschaden resultiert und Voraussetzung für die Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung ist.

Soweit die Radikulopathie 2004 bzw. die ab 2008 und 2009 vorhandenen Beschwerden aber aus dem Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 mit Berührung der Nervenwurzeln resultieren, ist zu berücksichtigen, dass genau dieser Bandscheibenschaden mit klinischem Beschwerdebild bereits im November 1997 erstmals, damals äußerst dramatisch mit notwendiger Notarztversorgung, bei der damals 32jährigen Klägerin aufgetreten waren.

Auch wenn der stationäre Aufenthalt im Krankenhaus W-Stadt zu einem raschen Abklingen der Schmerzen geführt hat, so ergibt sich aus den Angaben der Klägerin gegenüber Dr. E., dass sie anschließend noch ca. ein dreiviertel Jahr Beschwerden hatte, die sie mit viel Anstrengungen und körperlicher Betätigung überwinden konnte. Dabei war sie ausweislich der Unterlagen und ihrer eigenen Angaben aber nicht durchgehend bis 2008 bzw. 2009 beschwerdefrei, wie es die anamnestischen Angaben im Rehabilitationsbericht der Klinik R. während des Aufenthaltes im Februar 2010 nahelegen. Die Klägerin hat selbst im Fragebogen vom 22.12.2009 dargelegt, dass sie bis ca. 2004 "keine/kaum" Beschwerden hatte bzw. nur manchmal leichte Schmerzen. Der die BK anzeigende Dr. N. spricht von relativer Beschwerdearmut von 1998 bis 2009.

Dass bereits vor Aufnahme der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten weiterhin Beschwerden wegen des Bandscheibenschadens aufgetreten sind, haben sowohl Dr. S. als auch Dr. E. unter Auswertung der ärztlichen Unterlagen schlüssig dargelegt. Die Klägerin befand sich wegen Wirbelsäulensyndroms vom 11.08. bis 11.09.2000 in einer stationären Rehabilitation in der Fachklinik C-Stadt. Sie gab dort an, seit Jahren unter einem Wirbelsäulensyndrom zu leiden mit rezidivierenden Lumboischialgien. Ferner hatte Dr. F. eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin wegen Wirbelsäulenleidens vom 17.11. bis 25.11.2000 bestätigt; zu früheren Zeiten konnte er mangels Zugriffs auf die entsprechenden Daten keine Aussage mehr treffen. Bereits 3 1/2 Jahre nach Aufnahme der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit war die Klägerin vom 10. bis 19.12.2004 wegen Spondylose mit Radikulopathie arbeitsunfähig. Vor diesem Hintergrund ist eine langjährige vollständige klinische Unauffälligkeit des Bandscheibenschadens widerlegt.

Der Annahme des Klägerbevollmächtigten, nach einem Bandscheibenvorfall könne sich die Bandscheibe vollständig wieder regenerieren, widersprechen die Ausführungen sowohl von Dr. E. als auch von Dr. S. ... Im Übrigen zeigen die bildgebenden Befunde - insbesondere das MRT vom 09.06.2010 - deutlich, dass sich die Bandscheibe im Segment L5/S1 gerade nicht regeneriert hatte. Dr. S. hat dargelegt, dass sich die Bandscheibe zwar durch Übungen narbig verändern kann und dann keine akuten Beschwerden mehr durch Kompression ausgelöst werden, dass aber der Faserring im Segment L5/S1 bei der Klägerin bereits vor Aufnahme der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit dauerhaft degenerativ geschädigt war und so ein Durchdringen des Bandscheibenmaterials mit Bedrängung der Nervenwurzeln bei Belastungen mit Auftreten klinischer Symptome immer wieder zu erwarten war. Ebenso hat Dr. E. schlüssig und überzeugend ausgeführt, dass angesichts dieses vorbestehenden Schadens im Segment L5/S1 das Wiederauftreten klinischer Beschwerden immer wieder zu erwarten war, auch unabhängig von äußeren Belastungen wie schweres Heben und Tragen.

Letztlich ist die bereits 1997 in Erscheinung getretene bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L5/S1 in der Folgezeit immer wieder aufgetreten, insbesondere in den Jahren 2000, 2004 und besonders stark ab September 2009.

Dass durch die beruflichen Belastungen im Sinne der BK 2108 - langjähriges schweres Heben und Tragen - die bandscheibenbedingte Erkrankung der Klägerin wesentlich verschlimmert worden ist, lässt sich nicht nachweisen. Selbst wenn diese Belastung klinische Symptome des vorbestehenden Bandscheibenschadens erneut bzw. verstärkt ausgelöst haben sollte, ist damit die Belastung keine wesentliche Teilursache für den diesen Beschwerden zu Grunde liegenden Bandscheibenschaden und damit auch nicht für das Entstehen bzw. die Verschlimmerung der bandscheibenbedingten Erkrankung.

Soweit Dr. S. eine beruflich bedingte Verschlimmerung annimmt, überzeugt sein Gutachten nicht, zumal er keinen abgrenzbaren Verschlimmerungsanteil des seit 1997 vorbestehenden Bandscheibenschadens benennt. Dr. E. hat unter Auswertung aller Unterlagen, insbesondere der 1997 gefertigten Originalröntgenbilder, überzeugend dargelegt, dass nach Aufnahme der belastenden Tätigkeit im Jahre 2001 keine wesentlichen zusätzlichen Veränderungen im LWS-Bereich aufgetreten sind, sondern dass unverändert ein altersvorausweisender Bandscheibenschaden bei der Klägerin nach wie vor nur im Segment L5/S1 zu erkennen ist und gerade dieses Segment schon 1997 degenerativ altersvorausweisend geschädigt war.

Der Senat ist außerdem der Überzeugung, dass selbst bei Annahme einer wesentlichen Verschlimmerung des Bandscheibenschadens im Segment L5/S1 zwischen 1997 und 2009 - in Form verstärkter Osteochondrose oder zunehmender Beschwerden - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar ist, dass wesentliche Teilursache dafür die berufliche Belastung war und nicht die erhebliche degenerative Vorschädigung des Gewebes in Zusammenwirken mit der normalen altersbedingten Degeneration von Bandscheibengewebe. Für eine erhebliche anlagebedingte Anfälligkeit spricht hier, dass bei der Klägerin schon im Alter von 32 Jahren ein massiver Bandscheibenschaden aufgetreten war mit bereits damals im Röntgenbild sichtbarer Osteochondrose im Segment L 5/S 1. Überzeugend hat Dr. E. dargelegt, dass nach den bekannten medizinischen Erfahrungssätzen ein Bandscheibenvorfall mit nachfolgender Osteochondrose und sich entwickelnder Spondylarthrose im Laufe von Jahren oder Jahrzehnten sehr häufig immer wieder zu Rückenschmerzen führen kann, auch unabhängig von beruflichen Belastungen. Denn durch langsamen Höhenverlust der Zwischenwirbelsegmente tritt ein stauchendes Teleskopphänomen an den Wirbelgelenken auf, das zu typischen Lumbalgien, wiederkehrenden Wurzelreizerscheinungen und Beschwerden im Bandapparat führen kann. Dabei handelt es sich laut Dr. E. um einen langsam ablaufenden, physiologischen Prozess. Vor diesem Hintergrund hat Dr. E. auch die Zunahme der bereits 1997 bestehenden Osteochondrose im weiteren Zeitverlauf nicht als Folge der beruflichen Einwirkung gewertet. Der Senat schließt sich dieser Einschätzung an.

Soweit Dr. S. und Dr. S. ihre Ausführungen darauf stützen, dass bei der Klägerin nach den Konsensempfehlungen eine B 2-Konstellation vorliegt, kann ihnen nicht gefolgt werden. Sie übersehen nämlich, dass nach den Konsensempfehlungen - Punkt 1.4 - Grundvoraussetzung für die Anerkennung eines Ursachenzusammenhangs ist, dass eine plausible zeitliche Korrelation zwischen ausreichender beruflicher Belastung und einer altersuntypischen, nachgewiesenen bandscheibenbedingten Erkrankung bestehen muss; insbesondere muss die Exposition der Erkrankung vorausgegangen sein. Erst bei Erfüllung dieser Grundvoraussetzungen ist anhand weiterer dargelegter Kriterien abzuwägen, ob ein Ursachenzusammenhang zwischen beruflicher Belastung und aufgetretener bandscheibenbedingter Erkrankung im Einzelfall wahrscheinlich ist. Nur dann können auch die Fallgruppen in den Konsensempfehlungen herangezogen werden, wie die nochmalige Hervorhebung dieser Aussage im Rahmen der Fallgruppen-Beschreibung zeigt. Dort heißt es nach Schilderung der Konstellation A 1, dass für sämtliche nachfolgende Konstellationen jeweils vorausgesetzt wird, dass - eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vorliegt, - die Exposition ausreichend ist und - eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung besteht (z.B. ausreichende Exposition musste Erkrankung vorausgehen; Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs mit der Länge des Zeitraums zwischen Ende der Exposition und erstmaliger Diagnose der Erkrankung ab)

Außerdem setzt die Konstellation B2 voraus, dass wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren nicht erkennbar sind. Hier ist nicht nur ein konkurrierender Ursachenfaktor für die Entstehung eines Bandscheibenschadens im Segment L5/S1 erkennbar. Vielmehr war der Bandscheibenschaden schon vor der Aufnahme der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit eingetreten.

Darüber hinaus haben sich weder Dr. S. noch Dr. S. damit auseinandergesetzt, dass die BK Nr. 2108 ausdrücklich langjähriges (!) Heben und Tragen schwerer Lasten voraussetzt und bei der Klägerin nach eigenen Angaben, gestützt durch die Arbeitsunfähigkeit wegen Radikulopathie im Dezember 2004, entsprechende Beschwerden schon nach ca. 2 3/4 Jahren belastender Einwirkungen aufgetreten waren. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Gesamtbelastungsdosis der Klägerin zudem nicht einmal die Mindestbelastungsdosis der BK Nr. 2108 - die Hälfte des Orientierungswertes von 17 MNh für Frauen - erreicht, sondern lag ausgehend von den errechneten 8,5 MNh im Zeitraum vom

01.04.2001 bis 31.01.2006 im Dezember 2004 bei weniger als 5 MNh.

Der Senat folgt daher den schlüssigen und überzeugender Ausführungen von Dr. E., dass die ab April 2001 bis Mitte September 2009 ausgeführte berufliche Tätigkeit keine wesentliche Teilursache für die bandscheibenbedingte Erkrankung der Klägerin war. Wie das SG bereits dargelegt hat, sind die Ausführungen von Dr. S. schon deshalb für den Senat nicht überzeugend, weil er sich bei seiner Beurteilung mit dem vorbestehenden Bandscheibenschaden in diesem Segment nicht auseinandergesetzt hat. Auch die Ausführungen von Dr. S. zu einer zeitlich befristeten BK Nr. 2108 wegen vorübergehender klinischer Symptomatik als Verschlimmerung eines vorbestehenden Bandscheibenschadens überzeugen aus den oben genannten Gründen nicht.

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

C) Gründe gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zur Zulassung der Revision, sind weder vorgetragen noch ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-09-12