

L 22 U 23/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 3 U 153/98
Datum
25.11.2003
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 U 23/08
Datum
22.09.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 25. November 2003 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob beim Kläger eine Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vorliegt.

Der 1953 geborene Kläger erlernte von April 1969 bis März 1972 den Beruf eines Betonbauers. Er arbeitete von 1972 bis 1973 als Eisenflechter und Einschaler und ab dem Jahr 1974 bis Oktober 1993 ausschließlich als Eisenflechter. Am 28. Oktober 1993 wurde der Kläger wegen einer Lumboischialgie, eines Halswirbelsäulen-/Lendenwirbelsäulen-Syndroms und Spondylosis krankgeschrieben und hat seitdem nicht mehr als Eisenflechter gearbeitet. Zum 13. November 1993 ist sein letztes Arbeitsverhältnis wegen Arbeitsmangel gekündigt worden. Nach seiner "Aussteuerung" (27. April 1995) war der Kläger arbeitslos und bezog Leistungen wegen Arbeitslosigkeit. Von Februar 1998 bis Februar 2000 wurde er zum Industriekaufmann umgeschult.

Nach Eingang einer Unfallanzeige der AOK Berlin im März 1995 ermittelte die Beklagte und holte Berichte behandelnder Ärzte ein, so von der Ärztin für Arbeitsmedizin Dr. med. M. Dabei gelangten zu den Akten der Befund des Radiologen Dr. med. K über eine Kernspintomografie der Lendenwirbelsäule des Klägers vom 06. Dezember 1993, ein Befund über eine CT Untersuchung L3 bis S1 von der Ärztin für Radiologie und Strahlentherapie Dr. med. C vom 26. November 1990, Vorerkrankungsverzeichnisse des Klägers der AOK Berlin sowie der ärztliche Entlassungsbericht über eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme des Klägers in der Kurklinik L vom 31. Mai 1994 bis zum 20. Juni 1994. Von dem Technischen Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten wurde eine Stellungnahme vom 22. Juli 1996 über die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Entstehung einer BK Nr. 2108 zu den Akten gereicht.

Auf Veranlassung der Beklagten erstatteten Prof. Dr. med. W/Dr. med. W nach ambulanter Untersuchung des Klägers vom 25. September 1996 am 21. November 1996 ein fachorthopädisches Gutachten mit dem Ergebnis, dass eine Lumboischialgie mit Einengung der Wurzel L3/L4 rechts keine Berufskrankheit im Sinne der Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV sei.

Mit Bescheid vom 26. Juni 1997 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Entschädigung wegen einer BK nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV ab, da die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nicht erfüllt seien. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30. Juli 1998 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 31. August 1998 Klage beim Sozialgericht Berlin erhoben, mit der er einen Anspruch auf Rente unter Anerkennung des Lendenwirbelsäulenleidens als BK weiter verfolgt hat. Durch Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 19. November 1998 ist der Rechtsstreit wegen örtlicher Unzuständigkeit des Sozialgerichts Berlin an das Sozialgericht Frankfurt (Oder) SG verwiesen worden.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 26. Juni 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Juli 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Verletztenrente wegen einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung zu

gewähren,

hilfsweise,

festzustellen, dass der Kläger an einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung erkrankt ist.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG hat von der AOK Berlin weitere Vorerkrankungsverzeichnisse des Klägers eingeholt.

Am 20. Oktober 2000 erstatteten der Chefarzt der Orthopädischen Klinik, Klinikum B, Priv. Doz. Dr. med. Z und die Ärztin für Orthopädie Dr. med. P nach ambulanter Untersuchung des Klägers vom 22. September 2000 ein schriftliches fachorthopädisches Zusammenhangsgutachten: Es liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule in den Etagen L 4/5 und L 5/S 1 vor. Die Erkrankung sei nicht mit Wahrscheinlichkeit durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten mit extremer Rumpfbeugung verursacht worden.

Nachdem der Kläger eingewandt hatte, dass der Sachverständige die Wesentlichkeitstheorie bei der Kausalitätsprüfung und auch den aktuellen versicherungsmedizinischen Stand bei der Beurteilung der BK Nr. 2108 verkenne, und verschiedene Aufsätze von ihm übersandt worden sind, sind die Sachverständigen mit schriftlicher Stellungnahme vom 05. August 2001 bei ihrer Einschätzung geblieben.

Durch Urteil vom 25. November 2003 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat sich das SG im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. Z gestützt.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 03. Dezember 2003 zugestellte Urteil hat dieser mit dem am 05. Januar 2004 (einem Montag) eingegangenen Schriftsatz Berufung beim damaligen Landessozialgericht für das Land Brandenburg eingelegt.

Zur Begründung ist insbesondere vorgetragen worden, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV erfüllt seien; gerade Eisenflechterarbeiten seien besonders belastend, so dass nach dem Grundsatz des ersten Anscheins die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule erfüllt seien. Das Gutachten des Dr. med. Z sei nicht überzeugend, da darin zum einen die Theorie von den notwendigen belastungsadaptiven Veränderungen der Lendenwirbelsäule zur Anerkennung der BK nach Nr. 2108 vertreten werde, was gegen die herrschende medizinische Lehrmeinung spreche. Zum anderen sei Dr. med. Z davon ausgegangen, dass für eine BK um zehn Jahre vorausseilende Veränderungen an der Lendenwirbelsäule im Vergleich zur Normalbevölkerung zu fordern seien, was ebenfalls nicht der herrschenden Meinung in der Literatur entspreche.

Der Kläger hat weitere medizinische Unterlagen übersandt (Befundbericht der Radiologin Dr. med. N über eine Kernspintomografie der Lendenwirbelsäule des Klägers vom 03. Januar 2005, Radiologiebefund des Radiologen Dr. med. H vom 05. Juli 2005 über eine radiologische Beckenuntersuchung des Klägers, Befundbericht des Orthopäden Dr. med. T vom 05. Juli 2005).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 25. November 2003 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. Juni 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Juli 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung zu gewähren

hilfsweise

eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat das erstinstanzliche Urteil verteidigt und eine Stellungnahme ihrer Abteilung Prävention Hochbau vom 01. November 2006 übersandt, wonach beim Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV bei Anwendung des Mainz-Dortmunder Dosismodells (MDD) erfüllt seien, da der Richtwert für die Mindestexposition (Berufslebensdosis) für Männer (25 x 106 Nh) überschritten sei (28,9 x 106 Nh).

Auf Antrag des Klägers hat der Facharzt für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin Prof. Dr. Dr. med. habil. B nach ambulanter Untersuchung und Befragung des Klägers vom 10. Mai 2005 und unter Verwertung eines neurologisch-neurophysiologischen Zusatzgutachtens des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie und Chefarztes der Neurologischen Klinik - H Klinikum B - Klinikum B Prof. Dr. med. V vom 20. März 2006 am 29. Mai 2006 ein schriftliches arbeitsmedizinisches Gutachten gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattet. Eine Chondrose Grad II mit fortgeschrittener Bandscheibenverschmälерung im Segment L5/S1 sei beim Kläger röntgenologisch erstmals am 25. September 1996 festgestellt worden. Beim Kläger liege nach den "Konsensempfehlungen" die Fallkonstellation B 3 vor.

Die Beklagte hat daraufhin unter dem 26. Juni 2006 eine Stellungnahme des Beratenden Arztes, des Arztes für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin Dr. med. F vorgelegt.

Auf Anforderung des Berichterstatters hat Prof. Dr. Dr. B ein radiologisches Zusatzgutachten vom Arzt für Diagnostische Radiologie Priv.

Doz. Dr. med. R sowie Dr. med. B vom 02. Mai 2007 eingeholt. Darin wird festgestellt, dass beim Kläger altersuntypische degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule in Form einer Chondrose L5/S1 Grad II sowie einer Spondylose L5/S1 Grad II erstmals am 29. Januar 1996 im Alter des Klägers von 42 Jahren und acht Monaten festzustellen seien. Eine Begleitspondylose an der Lendenwirbelsäule bestehe nicht.

In seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2007 hat Prof. Dr. Dr. B auf das radiologische Zusatzgutachten von Dr. med. R Bezug genommen und darauf hingewiesen, dass dieses Gutachten seine Bewertung stütze.

Hierzu hat die Beklagte eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme vom Facharzt für Arbeitsmedizin und Beratenden Arzt der Berufskrankheitenabteilung des Arbeitsmedizinischen Dienstes Berlin-Wilmersdorf Dr. med. P vom 01. Oktober 2007 vorgelegt. Dr. med. P ist der Auffassung, dass die aus der Zeit der beruflichen Spitzenbelastung des Klägers vorliegenden Röntgenuntersuchungen seiner Wirbelsäule die von den Konsensempfehlungen aufgestellte Forderung, dass die bildtechnisch nachweisbaren Veränderungen bei einer BK Nr. 2108 deutlich das Altersmaß überschreiten müssten, sich für den Zeitraum der Spitzenbelastungen beim Kläger nicht nachweisen lasse. Im Übrigen habe eine bandscheibenbedingte Erkrankung weder 1990 noch 1993 und 1996 bestanden; denn es fehle an der korrelierenden klinischen Symptomatik, wie auch Prof. Dr. med. W festgestellt habe. Auch für das Jahr 2000 fänden sich keine ausreichenden Kriterien einer Bandscheibenerkrankung, wie der Gutachter Priv. Doz. Dr. med. Z festgestellt habe. Dasselbe gelte auch für das Jahr 2006, in dem der Kläger durch Prof. Dr. Dr. B untersucht worden sei.

Am 06. November 2009 hat Prof. Dr. Dr. B, nachdem die Suche nach der Computertomografie der Lendenwirbelsäule vom 26. November 1990 sowie des MRT der Lendenwirbelsäule vom 06. Dezember 1993 erfolglos verlaufen war, erneut Stellung genommen. Maßgeblich für seine Diagnose einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule im Sinne der BK Nr. 2108 sei die Feststellung einer Chondrose Grad II mit fortgeschrittener Bandscheibenverschmälerung im Segment L5/S1 sowie ein lokales Lumbalsyndrom gewesen. Von den in den Konsensempfehlungen genannten Kriterien für ein lokales Lumbalsyndrom seien beim Kläger neben der gesicherten radiologisch altersuntypischen Höhenminderung im Segment L5/S1 eine Druckschmerzhaftigkeit im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule sowie funktionell Entfaltungsstörungen der Lendenwirbelsäule in Form einer verminderten Fähigkeit zur Seitneigung und Ventralflexion der Rumpfwirbelsäule bei seiner Untersuchung des Klägers festzustellen gewesen. Dr. med. Z sei in seinem Gutachten vom 20. Dezember 2001 zum Ergebnis eines lokalen Lumbalsyndroms gelangt. Im Widerspruch hierzu stehe das Gutachten von Prof. Dr. med. W; den Widerspruch zu den beiden vorgenannten Gutachtern könne er nicht aufklären. Nach seiner Auffassung seien die Kriterien für die Fallkonstellation B 2 der "Konsensempfehlungen" im Fall des Klägers nachzuweisen. Insbesondere habe nach der Stellungnahme des Präventionsdienstes der Beklagten beim Kläger eine besonders intensive Belastung vorgelegen, so dass ein Zusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung im Sinne der BK Nr. 2108 wahrscheinlich sei.

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. B hat am 05. August 2010 weiter Stellung genommen.

Wegen des Sachverhalts im Übrigen und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten (Az.:).

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Das angefochtene Urteil ist daher nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung und auch nicht auf Feststellung des Vorliegens einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV.

Dahinstehen kann, ob der Anspruch noch nach dem Recht der Reichsversicherungsordnung (RVO) oder bereits nach den Vorschriften des am 01. Januar 1997 in Kraft getretenen Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) zu beurteilen ist. Denn die für den Anspruch des Klägers maßgeblichen Vorschriften des alten und neuen Rechts stimmen in den hier streitigen Punkten inhaltlich überein. Anspruch auf Rente haben im Fall des Fehlens eines Tatbestandes für eine Stützrente gemäß [§ 56 Abs.1 Satz 1 SGB VII](#) (früher § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. (früher die 13. Woche) um wenigstens 20 v. H. gemindert ist.

Der Anspruch des Klägers setzt in jedem Fall voraus, dass die Voraussetzungen einer BK - nur die ist hier streitgegenständlich - erfüllt sind. Das ist vorliegend nicht der Fall.

BKen sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte infolge eines Versicherungsschutzes nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (§§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO) erleiden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als BKen zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#), § 551 Abs. 1 Satz 3 RVO). In der BKV ist die BK 2108 als "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 Krankheiten ursächlich waren oder sein können" definiert.

Eine BK Nr. 2108 der Anlage zur BKV lässt sich nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs.1](#) Sozialgerichtsgesetz, SGG) nicht feststellen. Voraussetzung für die Feststellung jeder Erkrankung als BK ist, dass die versicherte Tätigkeit, die schädigenden Einwirkungen sowie die Erkrankung, für die Entschädigungsleistungen beansprucht werden, im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen sind. Eine absolute Sicherheit ist bei der Feststellung des Sachverhalts nicht zu erzielen. Erforderlich ist aber eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, wonach kein vernünftiger Mensch mehr am Vorliegen vorgenannter Tatbestandsmerkmale zweifelt (BSGE 6, 144; Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz, 9. Auflage, Anm. 5 zu § 118 m.w.N.). Es muss ein so hoher Grad von Wahrscheinlichkeit vorliegen, dass alle Umstände des Einzelfalles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung hiervon zu begründen (BSGE 45, 285, 287; [61, 127](#), 128). Zur Anerkennung einer BK muss ein

doppelter ursächlicher Zusammenhang bejaht werden. Die gesundheitsgefährdende schädigende Einwirkung muss ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein und diese Einwirkung muss die als BK zur Anerkennung gestellte Krankheit verursacht haben. Es gibt hinsichtlich der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule der Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV keine gesicherten Erfahrungsgrundsätze, die es rechtfertigen, bei einem typischen Geschehensablauf die Grundsätze über den Beweis des ersten Anscheins anzuwenden. Allein aus dem Umstand, dass beim Kläger, die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK der Nr. 2108 erfüllt sind, kann nicht schon auf das Vorliegen eines Anscheinsbeweises zugunsten des ursächlichen Zusammenhangs eines Lendenwirbelsäulenschadens mit schädigenden Einwirkungen bei der versicherten Tätigkeit geschlossen werden (BSG Urteil vom 18. November 1997 - [2 RU 48/96](#)). Mit der Aufnahme einer Krankheit in die BK-Liste wird die Ursächlichkeit einer beruflichen Schädigung generell anerkannt und die Erkrankung als solche für entschädigungswürdig befunden. Davon zu unterscheiden ist aber die Verursachung der Krankheit durch die gefährdende Tätigkeit im konkreten Einzelfall. Von diesen rechtlichen Voraussetzungen ausgehend ist nach dem Gesamtergebnis der arbeitstechnischen und medizinischen Ermittlungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren nicht nachgewiesen, dass die BK Nr. 2108 beim Kläger vorliegt.

Die so genannten "arbeitstechnischen Voraussetzungen" für die Anerkennung einer Krankheit als BK Nr. 2108 sind erfüllt. Hierunter sind die für die Anerkennung einer Krankheit als BK erforderlichen besonderen Einwirkungen im Sinne des [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) gemeint. Es geht darum, welche Einwirkungen vorgelegen haben und wie sie beschaffen gewesen sein müssen, um von einer beruflichen Ursache der eingetretenen Erkrankung ausgehen zu können, BSG, Urteil vom 27. Juni 2007 - [B 2 U 20/04 R](#), zitiert nach juris).

Die vom TAD nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) ermittelte Gesamtbelastungsdosis überschreitet im Fall des Klägers erheblich den Richtwert von 12,5 x 10⁶ Nh. Dieser Wert wird nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts für ausreichend erachtet, da die Richtwerte des MDD nach dieser Rechtsprechung für die Gesamtbelastungsdosis zu halbieren sind (BSG Urteil vom 30. Oktober 2007, [B 2 U 4/06 R](#)).

Allerdings lässt sich nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens keine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule des Klägers zweifelsfrei feststellen.

Der Senat orientiert sich bei der Frage, ob eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS nachgewiesen ist, an den "Medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule", die als Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung auf Anregung der vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe erstellt wurden (vgl. Trauma und Berufskrankheit, Heft 3/2500, Springer Medizinverlag, Seite 211 ff.).

Die Konsensempfehlungen entsprechen dem aktuellen wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnisstand. Als solcher sind die durch Forschung und praktische Erfahrungen gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt wurden, die über die also von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallende Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht (Urteil des BSG vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 13/05 R](#)).

Nach den Konsensempfehlungen ist der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens (Höhenminderung und/oder Vorfall) unabdingbare aber nicht hinreichende Voraussetzung für den Nachweis eines Bandscheibenschadens. Hinzukommen muss eine korrelierende klinische Symptomatik. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens im Sinne der Konsensempfehlungen ist zweifelsfrei erst 1996, also drei Jahre nach Aufgabe der als schädigend angeschuldigten Tätigkeit erbracht.

Heranzuziehen sind zur Beurteilung die der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit zeitlich nächstliegenden Röntgenbilder, hier also in zeitlicher Nähe zum Datum des 28. Oktober 1993. Von daher scheiden die Befundberichte zu den röntgenologischen Untersuchungen der unteren Lendenwirbelsäule des Klägers durch Dr. med. C vom 26. November 1990 und Dr. med. K vom 06. Dezember 1993 als Beurteilungsgrundlage aus: Die zugrunde liegenden Aufnahmen, die eine Messung nach den Konsensempfehlungen ermöglichen könnten, sind nicht mehr auffindbar und konnten deshalb nicht bei gezogen werden, sodass ihre Auswertung nach den Konsensempfehlungen nicht möglich ist. Dazu liegen lediglich die textlichen Befundberichte dieser Ärzte vor, die keine exakten Angaben zu Bandscheibenhöhen oder den Umfang einer Vorwölbung der Bandscheiben enthalten. Insoweit lassen die von diesen Ärzten mitgeteilten Ergebnisse ihrer jeweiligen Untersuchungen keine Beurteilung im Sinne einer Alterstypik oder Altersuntypik zu (Dr. med. C vom 26. November 1990: "Ergebnis: In Höhe L5/S1 re. Betonte mediale Protrusion bei ausreichender knöcherner Weite des Spinalkanals. Nebenbefund: Sklerose der Iliaca communis re."; Dr. med. K vom 06. Dezember 1993: "Beurteilung: Auffällige Konfiguration der lumbalen Grund- und Deckplatten jeweils dorsal wie bei persistierender Randleiste. Kleiner umschriebener Prolaps L5/S1 rechts medial in enger Nachbarschaft zu einer gestauten epiduralen Vene. Die Wurzel L5 und S1 werden allerdings nicht beeinträchtigt. Laterale Protrusion L4/L5 mit deutlich engem Neuroforamen L4/L5. In den dargestellten Segmenten zudem jeweils glatte dorsale Randkanten"). Aus diesem Grund kann auch Dr. med. P nicht gefolgt werden, der in seiner Stellungnahme vom 01. Oktober 2007 "aus den bildtechnisch nachweisbaren Veränderungen" - bezogen auf das CT vom 26. November 1990 - auf einen das alterdurchschnittliche Ausmaß leicht übersteigenden Bandscheibenschaden des Klägers schließt.

Es lässt sich erst für 1996 mit der notwendigen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit feststellen, dass beim Kläger eine altersuntypische Bandscheibenschädigung vorgelegen hat.

Nach dem röntgenologischen Zusatzgutachten von Dr. med. R lässt sich anhand der noch vorhandenen Filme/Ausdrucke bzw. CD Sequenzen vom 29. Januar 1996, 29. September 1996, 03. Februar 2000, 22. September 2000, 08. November 2004, 03. Januar 2005 sowie 01. April 2005 ein im Sinne der Konsensempfehlungen altersuntypischer Röntgenbefund der Lendenwirbelsäule des Klägers für den Zeitraum ab 29. Januar 1996 nachweisen. Nach seiner Beurteilung lag zu diesem Zeitpunkt eine Chondrose L5/S1 Grad II sowie eine Spondylose L5/S1 Grad II bei dem zum Zeitpunkt der Röntgenaufnahme 42 Jahre und 8 Monate alten Kläger vor. Röntgenologisch hat sich die Spondylose L5/S1 nach dem Gutachten des Dr. med. R ausweislich der Röntgenbilder vom 03. Februar 2000 von Grad II zuvor auf Grad III/IV verschlechtert (ebenso Röntgenbilder vom 22. September 2000, siehe Seite 5 oben und 7 oben des Zusatzgutachtens).

Eine Chondrose II. Grades - definiert nach den Konsensempfehlungen als eine Höhenminderung) 1/3 bis 1/2 (dort Übersicht 1) - gilt nach den Konsensempfehlungen immer als altersuntypisch (zur Berechnung der normierten relativen Bandscheibenhöhe sowie der aufgrund dieser Messungen erfolgenden Ermittlung des Grades der Höhenminderung: Tabelle 1 und 4, Seite 224 f. der Konsensempfehlungen). Ebenso ist

die nach dem Röntgenbild vom 29. Januar 1996 von Dr. med. R mit "max. 5 mm" vermessene Spondylose L5/S1 Grad II (Grad II erfordert nach den Konsensempfehlungen einen Befund von 3 bis 5 mm) nach den Konsensempfehlungen als altersuntypisch zu qualifizieren, da der der Kläger zum Zeitpunkt der Röntgenaufnahme unter 50 Jahre (42 Jahre und 8 Monate) gewesen ist. Chondrose und Spondylose bleiben, was die Lendenwirbelsäule des Klägers betrifft, nach den Ergebnissen der Zusatzbegutachtung von Dr. med. R auf das Segment L5/S1 begrenzt. Im MRT vom 03. Januar 2005 – also über 10 Jahre nach Aufgabe der Tätigkeit des Klägers – ist dann keine Spondylose mehr nachweisbar, wohl aber zusätzlich ein altersuntypischer Prolaps L5/S1 Grad II (S. 10 des Zusatzgutachtens Dr. med. R und Übersicht 8 der Konsensempfehlungen).

Der Senat vermag bereits nicht festzustellen, dass dieser durch bildgebende Nachweise festgestellte Bandscheibenschaden des Klägers auf schädigende Einwirkungen bei versicherter Tätigkeit als wesentliche (Mit-)Ursache mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zurückzuführen ist.

Wie dargelegt kann allein aus dem Umstand, dass beim Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK der Nr. 2108 erfüllt sind, nicht schon auf das Vorliegen eines Anscheinsbeweises zugunsten des ursächlichen Zusammenhangs eines Lendenwirbelsäulen-schadens mit schädigenden Einwirkungen bei der versicherten Tätigkeit geschlossen werden. Auch ist [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#) nach dem heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht anwendbar (Urteil des BSG vom 18. November 1997 - [2 RU 48/96](#) in [SGB 1999, 39](#)). Es kann nicht vermutet werden, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung des Klägers als Folge der besonderen Bedingungen seiner beruflichen Tätigkeit eingetreten ist.

Hingegen gilt für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im Recht der BK wie sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung die Theorie von der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Bedingungen (mit-)ursächlich, die wegen ihrer besonderen Bedeutung für den Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG a.a.O.). Die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität müssen hinreichend wahrscheinlich sein, die bloße Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 02. Februar 1978, [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#)). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (BSG [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#)). Der ursächliche Zusammenhang ist jedoch nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist ([BSGE 60, 58, 59](#)).

Nach diesen Maßstäben ist der bildgebend nachgewiesene Bandscheibenschaden auch nach dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. B- nicht auf die berufliche Tätigkeit des Klägers als wesentliche Ursache hinreichend wahrscheinlich zurückzuführen. Die Erkrankung ist erst 3 Jahre nach Aufgabe der Tätigkeit radiologisch nachgewiesen. Prof. Dr. B- erachtete zwar als "plausibel", dass die Bandscheibenschädigung in "unmittelbarer Beziehung zur beruflichen Wirbelsäuleinwirkung" aufgetreten sei. Allerdings überzeugt seine Begründung nicht. Denn er zieht zur Begründung heran, dass bereits am 06. Dezember 1993 eine alterstypische Bandscheibenbeschädigung vorgelegen habe. Denn er führt aus: "Unterstellt die damalige Befundung durch Dr. Kaiser am 06. Dezember 1993 war korrekt, lag bei dem Kläger wahrscheinlich bereits am 06. Dezember 1993 eine alterstypische Bandscheibenschädigung vor." Am 06. Dezember 1993 lässt sich jedoch wie dargelegt keine altersuntypische Bandscheibenbeschädigung im Sinne der Konsensempfehlungen zweifelsfrei nachweisen. Selbst wenn der radiologische Nachweis eines beruflich verursachten Bandschadens erbracht wäre, ließe sich keine bandscheibenbedingte Erkrankung feststellen. Es fehlt an einer korrelierenden klinischen Symptomatik.

Nach den Konsensempfehlungen ist der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens (hier Chondrose Grad II, Spondylose Grad II bei L5/S1 für die Zeit ab 29. Januar 1996) keine hinreichende Voraussetzung für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung; hinzukommen muss eine korrelierende klinische Symptomatik. Dabei ist bei den klinischen Krankheitsbildern zu unterscheiden zwischen einem lokalen Lumbalsyndrom, bei dem folgende Kriterien erfüllt sein sollen

- Radiologie: altersuntypische Höhenminderung einer oder mehrerer Bandscheiben - Symptom. Schmerz durch Bewegung - Klinik: Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz - funktionell: Entfaltungsstörung der Lendenwirbelsäule - Mukulatur. erhöhter Tonus - ggf. pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung

und einem lumbalen Wurzelsyndrom, bei dem als Kriterien erfüllt sein sollen,

- Radiologie: Vorfalle oder Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung mit Nervenwurzelbedrängung, ggf. i. V. m. Retrospondylose, Spondylarthrose, Foramenstenose, Recessusstenose und/oder Spinalkanalstenose, im Ausnahmefall bei engem Spinalkanal nach Protrusion
- Neurologie: Zeichen der Reizung bzw. Schädigung der entsprechenden Nervenwurzel (n) - Typ I und II kommen häufig auch als Mischform vor. Das Kaudasyndrom ist eine Sonderform des lumbalen Wurzelsyndroms.

Ein in diesem Sinne korrelierendes chronisch klinisches Beschwerdebild lässt sich beim Kläger weder für das Jahr 1996 - korrelierend zum bildgebenden Befund 1996 noch später - feststellen.

Es fehlt insoweit an einem korrelierenden klinischen Krankheitsbild gerade auch zum Zeitpunkt des Nachweises der röntgenologischen Kriterien für die Anerkennung einer BK nach Nr. 2108 nach den Konsensempfehlungen. Prof. Dr. Dr. B hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. November 2009 selbst darauf verwiesen, dass Prof. Dr. med. W in seinem Gutachten vom 21. November 1996 bis auf eine Hypästhesie im Bereich des Dermatoms L 3/L 4 rechts, beidseits nicht nachweisbare Patellarsehnenreflexe und einen parvertebralen Muskelhartspann einen "unauffälligen" Befund erhoben habe, was insbesondere für die normalen Bewegungsmaße zutrefte. Damit hat er den Befund von Prof. Dr. Weber zutreffend wieder gegeben. Dieser hat im November 1996, also zeitnah zu dem Zeitpunkt, zu dem erstmals das röntgenologische Kriterium für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung nachgewiesen ist, eine Lumboischialgie mit Einengung der Wurzel L3/L4 rechts diagnostiziert und allerdings eine Hypästhesie im Bereich des Dermatoms L3/L4 rechts neurologisch festgestellt. So lässt sich ein lokales Lumbalsyndrom zeitnah zum Datum der Aufgabe der Tätigkeit durch das Gutachten von Prof. Dr. med. W vom 21. November 1996 nicht nachweisen, ein mit dem röntgenologischen Befund bei L5/S1 korrelierendes Erscheinungsbild ist nicht feststellbar. Prof. Dr. med. W hat entsprechend darauf hingewiesen, dass eine Inkongruenz zwischen dem Schadensort, dem Schmerzort und den Röntgenbefunden besteht, da die klinische Zuordnung dem Dermatome L3/L4 rechts entspreche. Auch das nicht vorliegende MRT von 1993 zeigt nach dem entsprechenden Befund jedoch einen Vorfall in Höhe L4/L5 rechts sowie L5/S1 und nicht bei L3/L4.

Auch bei der Begutachtung durch Prof. Dr. Dr. B hat dieser anlässlich seiner Untersuchung vom 06. März 2006 für die genannten Kriterien keine ausreichenden Befunde erhoben. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. November 2009 hat er von den Kriterien für ein lokales Lumbalsyndrom beim Kläger lediglich 2 klinische Kriterien als erfüllt angesehen, und zwar einen Segmentbefund mit Druckschmerzhaftigkeit im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule sowie das funktionelle Kriterium im Sinne einer Entfaltungsstörung der Lendenwirbelsäule in Form einer verminderten Fähigkeit zur Seitneigung und Ventralflexion der Rumpfwirbel. Mit den 2 Kriterien ist zur Überzeugung des Senats ein lokales Lumbalsyndrom aber nicht nachgewiesen. Zudem hat sich Prof. Dr. Dr. B bezüglich der Druckschmerzhaftigkeit im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule in seinem Befund widersprüchlich geäußert: "Druckschmerzhaftigkeit im unteren Bereich der LWS, jedoch keine Druck- oder Stauchungsschmerzhaftigkeit" (Seite 3 des Gutachtens vom 29. Mai 2006), wobei er auch keinen Segmentbefund - wie nach den Konsensempfehlungen erforderlich - erhoben hat. Zum zweiten hat er, was die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule betrifft, einen lediglich "unauffälligen" (!) Rotationsbefund von 30/0/30 erhoben. Damit lassen sich insoweit keine sicheren Feststellungen zu dem Vorliegen eines Lumbalsyndroms treffen.

Ein lumbales Wurzelsyndrom ist ebenfalls nicht nachgewiesen. Es fehlt bereits an den radiologischen Kriterien: "Vorfall oder Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung mit Nervenwurzelbedrängung". Insoweit sind keine Nachweise erbracht.

Prof. Dr. Dr. B hat unter Hinweis auf das Ergebnis der neurologischen Zusatzbegutachtung von Prof. Dr. med. V vom 20. März 2006 und unter Berücksichtigung der Kriterien der Konsensempfehlungen hierzu nichts feststellen können. Auch die neurologische Zusatzbegutachtung durch Prof. Dr. med. V vom 06. März 2006 ergab keine neurologischen Hinweise für ein Wurzelsyndrom infolge einer Bandscheibenerkrankung der Lendenwirbelsäule. Insoweit fehlt es jedenfalls an dem neurologischen Kriterium für ein lumbales Wurzelsyndrom im Sinne von Zeichen der Reizung bzw. Schädigung der entsprechenden Nervenwurzeln. Eine Mischform zwischen einem lokalen Lumbalsyndrom und einem lumbalen Wurzelsyndrom bestand zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Prof. Dr. Dr. B ebenfalls nicht.

Die Gutachten, die vor Bekanntgabe der Konsensempfehlungen erstattet wurden, verhelfen dem Kläger ebenfalls nicht zum Erfolg.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2010-12-20