

L 3 U 145/05 WA

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 10/33/18 U 1793/95
Datum
26.08.2003
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 3 U 145/05 WA
Datum
01.12.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 79/10 B
Datum
14.06.2010
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 26. August 2003 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist in diesem Rechtsstreit die Anerkennung einer Lendenwirbelsäulen-Berufskrankheit (LWS-BK) nach Nr. 2110 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) streitig. Das Verfahren bezüglich der Anerkennung einer LWS-BK der Nr. 2108 der Anlage zur BKV wurde abgetrennt und ruhend gestellt. Bezüglich der Anerkennung einer Halswirbelsäulen-Berufskrankheit (HWS-BK) gemäß Nr. 2109 der Anlage zur BKV hat der Kläger die Klage zurückgenommen.

Der 1946 geborene Kläger erlernte den Beruf des Kraftfahrzeugmechanikers und übte diesen Beruf, unterbrochen durch eine zweijährige Wehrdienstzeit, bis zu Beginn der 70er Jahre aus. Von Juli 1971 bis Ende Dezember 1995 war er als selbstständiger Betonpumpenfahrer und Mitunternehmer der Firma MM GmbH & Co. KG in D-Stadt tätig. Von Juni 1996 bis zum 15. Oktober 1996 arbeitete er als angestellter Betonpumpenfahrer bei der Firma MM GmbH & Co. KG in DD. Anschließend war der Kläger arbeitslos und ließ sich zum Heilpraktiker umschulen. Seit September 1999 betreibt er als Heilpraktiker eine eigene Praxis. Im Juni 1993 wurde beim Kläger, nachdem bereits seit einigen Jahren Wirbelsäulenprobleme bekannt waren, ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 festgestellt und im Jahre 1995 eine Protrusion im Segment L4/5. Der Kläger bezieht aufgrund des Wirbelsäulenschadens eine private Berufsunfähigkeitsrente sowie seit September 2000 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit von der Deutschen Rentenversicherung Hessen.

Die Beklagte veranlasste die Einholung eines Gutachtens im Juni 1993 aufgrund eines am 6. Dezember 1986 erlittenen Arbeitsunfalles, bei welchem der linke Arm des Klägers verletzt worden war. Im Rahmen der Begutachtung äußerte er den Verdacht, dass seine Wirbelsäulenerkrankung auf seine berufliche Tätigkeit zurückzuführen sei. Es folgte eine Anzeige auf Verdacht des Bestehens einer BK des Arbeitgebers des Klägers, der Firma MM im September 1993.

Die Beklagte holte daraufhin eine Arbeitgeberauskunft zu Art und Ausmaß der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit samt einer Fotodokumentation ein, zog das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK sowie der privaten Krankenversicherung bei als auch Befundberichte des behandelnden Arztes für Neurologie und Chirotherapie Prof. Dr. J. sowie des Orthopäden Dr. SX. sowie diverse Röntgen- und CT-Aufnahmen. Zudem holte die Beklagte eine Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. AAH. vom 10. Dezember 1993 ein, der darin ausführte, dass der Wirbelsäulenschaden des Klägers auf eine anlagebedingte Wirbelsäulenfehlform zurückzuführen und daher nicht beruflich verursacht sei. Schließlich holte die Beklagte eine Stellungnahme der Landesgewerbeärztin vom 22. Februar 1994 ein, die sich dieser Beurteilung des beratenden Arztes anschloss mit der Begründung, dass der Bandscheibenschaden L5/S1 auf die anlagebedingte deutliche linkskonvexe Skoliose mit einer Aufbaustörung in den Segmenten L4/5 und S1 zurückzuführen sei.

Durch zwei Bescheide mit Datum vom 26. April 1994 lehnte die Beklagte die Anerkennung als BK nach Nr. 2108 bzw. nach Nr. 2110 der Anlage zur BKV ab und begründete dies damit, dass die hierzu erforderlichen medizinischen Voraussetzungen nicht vorlägen. Es spreche mehr dafür, dass der Wirbelsäulenschaden auf die anlagebedingte Fehlbildung der Wirbelsäule zurückzuführen sei, weshalb dahinstehen könne, ob die beruflichen Tätigkeiten geeignet gewesen seien, eine bandscheibenbedingte Erkrankung zu verursachen. Der Kläger legte hiergegen Widerspruch mit dem erklärten Ziel der Anerkennung seiner Wirbelsäulenschäden als BK ein. Zur Begründung legte er eine

Bescheinigung von Prof. Dr. U. der Orthopädischen Universitätsklinik AAB. vom 31. Mai 1994 vor, in welcher ausgeführt wird, dass die Frage der BK nicht eindeutig zu beantworten sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 19. April 1995 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück, bezog sich jedoch ausschließlich auf die BK Nr. 2110 der Anlage zur BKV. Zuvor hatte sie einen CT-Befund des Radiologen Dr. O. vom 27. März 1995 beigezogen. Sie begründete dies damit, dass weder die arbeitstechnischen noch die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Lendenwirbelsäulen(LWS)-Erkrankung als BK vorlägen.

Auf die hiergegen zwecks Anerkennung einer BK der Nrn. 2108 sowie 2110 erhobene Klage vom 8. Mai 1995 vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Sozialgericht) hat das Sozialgericht ein chirurgisches Sachverständigengutachten bei Prof. Dr. W. eingeholt, der in seinem Gutachten vom 13. Dezember 1999 ausgeführt hat, dass beim Kläger starke anlagebedingte Vorschäden der Wirbelsäule vorlägen, so dass das Bandscheibenleiden rechtlich wesentlich hierdurch und nicht durch die beruflichen Einwirkungen verursacht worden sei. Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das Sozialgericht ein orthopädisches Sachverständigengutachten bei Prof. Dr. U./Dr. ED. ein, die in ihrem Gutachten vom 30. Mai 2000 feststellten, dass das Krankheitsbild im Segment L3 bis L5/S1 durchaus belastungskonform sei und als Folge der beruflichen Exposition interpretiert werden könne. Allerdings gebe es beim Kläger zwei konstitutionell bedingte Vorschäden an der Wirbelsäule, nämlich einen abgelaufenen Morbus Scheuermann im Bereich der mittleren und unteren Brustwirbelsäule (BWS) und oberen LWS, die schwere Veränderungen vor allem im BWS-Bereich hervorgerufen hätten und die sich sowohl in einer Fehlstellung der BWS mit verstärkter Kyphosierung als auch in einem hieraus resultierenden Verschleiß der betroffenen Wirbelsäulensegmente äußern würden. Zudem liege eine skoliotische Fehlstellung der Wirbelsäule vor, die sowohl die BWS in Form einer rechtskonvexen Ausbiegung als auch die LWS in Form einer linkskonvexen Ausbiegung betreffe. Die Kombination zweier Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule wirke sich gesamtheitlich betrachtet extrem ungünstig aus. Aufgrund der bestehenden Fehlstellung und der damit verbundenen Fehlbelastung sei ein Verschleiß der Wirbelsäulensegmente sicherlich auch ohne die hier angeführten beruflichen Belastungen zu erwarten gewesen und wäre auch erfolgt, wenn der Kläger einen weniger wirbelsäulenbelastenden Beruf ausgeübt hätte. Des Weiteren fänden sich im Halswirbelsäulen(HWS)- und BWS-Bereich die degenerativen Veränderungen, die denen im LWS-Bereich entsprächen. Im Ergebnis führten die Sachverständigen aus, dass der Schaden an der unteren LWS als BK anzuerkennen sei, sofern die bis dahin umstrittenen arbeitstechnischen Voraussetzungen tatsächlich zu bejahen seien.

Während des erstinstanzlichen Verfahrens sind Stellungnahmen der Beklagten im Hinblick auf die Erfüllung der arbeitstechnischen Voraussetzungen durch ihren Technischen Aufsichtsdiens (TAD) vom 22. April 1999 sowie vom 10. Januar 2001 erfolgt. Letzterer zufolge ist isoliert betrachtet weder für die BK 2108 noch für die BK 2110 eine ausreichende Gefährdung gegeben. Trotzdem ergebe sich anhand der zuletzt vorgestellten Rechnungsmodelle eine theoretische Belastung hinsichtlich der Kombinationswirkung zwischen beiden BKen, weshalb insgesamt von einer Gefährdung auszugehen sei.

Im Anschluss hat das Sozialgericht eine gutachterliche Stellungnahme nach Aktenlage beim Orthopäden Dr. AC. veranlasst, der bereits ein Rentengutachten in einem mit der Deutschen Rentenversicherung geführten Parallel-Rechtsstreit im Hinblick auf eine bestehende Erwerbsunfähigkeit am 7. Dezember 2000 erstellt hatte (Rechtsstreit Az.: S 6/RJ - 1935/97). Dr. AC. ist zu dem Ergebnis gelangt, dass die LWS-Erkrankung des Klägers mit Wahrscheinlichkeit beruflich bedingt sei, weil diese bei Abwägung der verschiedenen Ursachen eine wesentlich bedeutendere Rolle als dem Vorschaden zukäme, so dass die beruflichen Einflüsse den Wirbelsäulenschaden wesentlich mitverursacht hätten. Die MdE betrage 30 v.H.

Die Beklagte hat daraufhin eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Prof. Dr. KK. vom 20. September 2002 vorgelegt, zu welcher das Gericht eine ergänzende Stellungnahme bei Dr. AC. vom 29. Januar 2003 eingeholt hat, der an seiner Auffassung festgehalten hat. Ebenso ist Prof. Dr. KK in einer weiteren Stellungnahme vom 28. April 1999 bei seiner Meinung verblieben. Mit Schreiben vom 19. August 2003 hat Dr. AC. festgestellt, dass für den Kläger im Zeitpunkt des Bandscheibenvorfalles vom 18. Juni 1993 eine Zwangsunterlassung der beruflichen Tätigkeit bestanden und zu diesem Zeitpunkt die MdE bei 20 v.H. gelegen habe. Ab dem 7. Dezember 2000, dem Tag der Begutachtung, sei die MdE mit 30 v.H. zu bewerten.

Das Sozialgericht hat durch Urteil vom 26. August 2003 die Klage abgewiesen mit der wesentlichen Begründung, inzwischen sei unstreitig, dass beim Kläger bei kumulierter Betrachtung der beruflichen Einwirkungen die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK-Ziffern 2108 sowie 2110 erfüllt seien. Dennoch könne der LWS-Schaden nicht als BK anerkannt werden, da nicht hinreichend wahrscheinlich sei, dass das klinische Beschwerdebild des Klägers im LWS-Bereich durch die Berufstätigkeit als Betonpumpenfahrer wesentlich mitverursacht worden sei. Das Vorliegen der sog. arbeitstechnischen Voraussetzungen bilde keinen Anscheinsbeweis für eine berufliche Verursachung. Erforderlich sei zudem eine dem Alter des Versicherten vorausseilende Bandscheibendegeneration in Form osteochondrotischer und spondylotischer Reaktionen sowie ein grundsätzlich von oben nach unten hin qualitativ zunehmendes mehrsegmentales Schadensbild. Im vorliegenden Fall fänden sich vorausseilende Veränderungen ausschließlich in einem oder zwei Segmenten, so dass es am mehrsegmentalen schweren und insbesondere seitengleich symmetrisch ausgebildeten Schadensbild fehle. Auch hinsichtlich des seit 1993 bestehenden Bandscheibenleidens im Segment L5/S1 seien nur ein kleines linksorientiertes und isoliertes Bandscheibenleiden computertomographisch lokalisierbar. Hingegen würden keine Begleitreaktionen eines chronischen Bandscheibenleidens in Form einer verstärkten Verdichtung der Stütz- und Deckplatte des betroffenen Bewegungssegmentes oder wesentliche spondylotische Randzackenbildungen nachgewiesen. Dem Gutachten des Dr. AC. sei nicht zu folgen, weil es gravierende Mängel aufweise und sich insbesondere nicht mit der Frage des BK-relevanten Krankheitsbildes befasse. Gegen die berufliche Verursachung spreche auch, dass sich der Wirbelsäulenschaden des Klägers seit Aufgabe der beruflichen Tätigkeit im Oktober 1996 stark verschlimmert habe und der Kläger deswegen seit September 2000 erwerbsunfähig sei. Hingegen schreite nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen eine beruflich bedingte Wirbelsäulenerkrankung nach Beendigung der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit gerade nicht fort, weshalb in den BK-Ziffern 2108 bis 2110 auch jeweils der Unterlassungszwang normiert sei. Nach Auffassung der Kammer sei der Schaden in der Wirbelsäule mit Wahrscheinlichkeit auf die konstitutionsbedingten Veränderungen der BWS/LWS infolge einer durchgemachten Scheuermann'schen Erkrankung sowie einer skoliotischen Verbiegung der LWS, die mit einer rechtskonvexen Seitverbiegung der BWS und linkskonvexen Verbiegung der LWS einhergehe, zurückzuführen.

Gegen das am 24. September 2003 der Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellte Urteil richtet sich dessen Berufung vom 21. Oktober 2003. Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Sachverständigengutachtens bei Oberarzt Dr. S. vom 13. August 2004. Der Sachverständige führt in seinem Gutachten aus:

"Eindeutig qualitative Befundunterschiede zwischen Lendenwirbelsäule und Halswirbelsäule sind nicht zu erkennen. Nur für die

Lendenwirbelsäule des Versicherten kommt jedoch eine berufsbedingte, exogene, Überbelastung in Betracht, und nicht für die Halswirbelsäule. Weder hat Herr S. als Betonpumpenfahrer regelmäßig und langdauernde schwere und sperrige, eine Kopfwegdrehung erfordernde, Lasten auf einer Schulter getragen, noch hat er an seiner Halswirbelsäule ein bei einer Berufskrankheit nach Ziffer 2109 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung zu erwartendes röntgenmorphologisches Schadensbild mit altersnormüberschreitenden Degenerationszeichen auch an der physiologisch weniger stark belasteten, und deshalb im Alltagsfalle auch weniger stark von Degenerationsprozessen betroffenen oberen Halswirbelsäule proximal von C3. Dieses Mitbetroffensein der beruflich nicht belasteten Halswirbelsäule spricht gegen die hinreichende Wahrscheinlichkeit einer Berufskrankheit nach Ziffer 2108 oder 2110 oder beider zusammen, so wie auch Prof. Dr. RO. und Prof. Dr. KK. gewertet hatten. Die von den Vorgutachtern thematisierten Fehlstatiken (Skoliose) und Fehlanlagen (Morbus Scheuermann) beeinflussen das klinische Bild bei Herrn E. zusätzlich mit, sind auch eher keine eigentlichen Auslöser der primären Lendenwirbelsäulenverletzung bei L5/S1. Die Tätigkeitsaufgabe als Betonpumpenfahrer zum Jahre 1996 wird den degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule von Herrn E. mitgeschuldet gewesen sein. Sie ist aber weder auf eine Erkrankung nur an der Lendenwirbelsäule zurückzuführen, noch gar ausschließlich auf eine dortige bandscheibenbedingte Erkrankung."

Im Hinblick auf eine bis dato nicht beschiedene BK 2109 der Anlage zur BKV und einer Stellungnahme des TAD der Beklagten vom 24. Januar 2005 hat der Senat das Verfahren am 28. Juni 2005 ruhend gestellt, welches nach Erlass eines die Anerkennung einer BK 2109 der Anlage zur BKV ablehnenden Bescheides vom 7. Juli 2005 wieder fortgeführt wurde. Der Senat hat nach Vorlage weiterer Stellungnahmen des TAD vom 22. Juni 2007 und 24. September 2007 auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) ein arbeitsmedizinisches Sachverständigengutachten bei Prof. Dr. Dr. A. vom 8. August 2008 zusammen mit einem radiologischen Zusatzgutachten von Dr. B. vom 12. Mai 2008 sowie einem nervenärztlichen Zusatzgutachten von Dr. C. vom 28. Januar 2008 veranlasst. Dr. C. führt in seinem Gutachten Folgendes aus:

Bei bekannter degenerativer Wirbelsäulenerkrankung werden vom Patienten belastungsabhängige Missempfindungen im Dermatom L5 im Sinne eines intermittierenden sensiblen L5 Syndroms angegeben, die angesichts der subklinischen Veränderungen in den technischen Zusatzuntersuchungen plausibel sind. Nach Lage der Akten hatte Herr Prof. J. 1997 ein intermittierendes Wurzelreizsyndrom L5 ebenso wie eine beginnende Polyneuropathie diagnostiziert, präzisere Angaben in Form eines neurologischen Untersuchungsbefundes sind dem Bericht nicht beigelegt. In der Untersuchung von Prof. Dr. W. wird ein pseudoradikuläres Syndrom im Sinne einer Empfindungsstörung im Bereich der Oberschenkelrück- und -außenseite am linken Bein angegeben, am rechten Oberschenkel eine nicht näher erklärbare Umfangsdifferenz. In den übrigen zur Verfügung stehenden Untersuchungsberichten wurden keine neurologischen Auffälligkeiten angegeben. Dabei bleibt zu erwähnen, dass in der neurologischen Untersuchung im Jahr 2000 bei der Messung des Tibialis-SEP's eine grenzwertige Seitenlatenz von 2,8 msec bestanden hat. Auffällig erscheint auch die damals noch unauffällige motorische Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus peroneus, die ebenfalls die Funktionsfähigkeit der L5-Wurzel wiedergibt, so dass die jetzt beobachteten elektrophysiologischen Veränderungen auch in den vergangenen 7 Jahren sich ereignet haben können. Im Bereich der HWS-Erkrankung keine Ausfälle zu verzeichnen. Im Bereich der Lendenwirbelsäule waren klinisch ebenfalls keine neurologischen Ausfälle zu verzeichnen, subklinisch wurde eine motorische und sensible Funktionsstörung der L5 Wurzel links dargestellt. Hinweise auf eine Polyneuropathie, wie von einem Vorgutachter berichtet, ergaben sich nicht. Die neurologischen Funktionsausfälle wurden nur an der Lendenwirbelsäule gefunden. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit auf Grund neurologischer Funktionsstörungen liegt nicht vor, die Beurteilung der ausgeprägten orthopädischen Veränderungen und Funktionsstörungen sollte vom Orthopäden eingeschätzt werden.

Prof. Dr. Dr. A. führt in seinem Gutachten Folgendes aus:

Bei dem Kläger liegt nach der Einstufung durch die Konsensus-Arbeitsgruppe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Begutachtung der Berufskrankheit 2108 die Fallkonstellation B 3 vor, die wie folgt gekennzeichnet ist: 1. Vorliegen der beruflichen Voraussetzungen zur Entwicklung einer Berufskrankheit 2108. 2. Bandscheibenbedingte Erkrankung in Form einer Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall im Segment L5/S1 und/oder L4/L5. 3. Keine wesentlichen außerberuflich bedingten konkurrierenden Ursachenfaktoren. 4. Keine Begleitspondylose.

Bei dieser Fallkonstellation bestand innerhalb der Konsensus-Arbeitsgruppe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Begutachtung der Berufskrankheit 2108 kein Konsens in Bezug auf die Empfehlung einer Anerkennung oder Ablehnung (Bolm-Audorff et al. 2005a, siehe Anlage 1, Seite 217, rechte Spalte, Absatz 8). Die Fallkonstellation B 3 unterscheidet sich von der Fallkonstellation B1 mit den Kennzeichen:

1. Vorliegen der beruflichen Voraussetzungen zur Entwicklung einer Berufskrankheit 2108.
2. Bandscheibenbedingte Erkrankung in Form einer Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall im Segment L5/S1 und/oder L4/L5.
3. Keine wesentlichen außerberuflich bedingten konkurrierenden Ursachenfaktoren.
4. Vorliegen einer Begleitspondylose,

bei deren Vorliegen die Konsensus-Arbeitsgruppe die Anerkennung einer Berufskrankheit 2108 empfohlen hat (Bolm-Audorff et al. 2005a, siehe Anlage 1, Seite 217, rechte Spalte, Absatz 2), lediglich durch das Merkmal Begleitspondylose. Bezüglich der Bedeutung dieses Merkmals für die Zusammenhangsbegutachtung bei der Berufskrankheit 2108 konnte in der Konsensus-Arbeitsgruppe keine Übereinstimmung gefunden werden. Die unterschiedlichen Auffassungen sind der Veröffentlichung der Konsensus-Arbeitsgruppe zu entnehmen (Bolm-Audorff et al. 2005a, siehe Anlage 1, Seite 219-222). Der Forderung einiger Sachverständiger, dass eine Berufskrankheit 2108 nur anerkannt werden könne, wenn eine Begleitspondylose oder nach früherer Normenkultur sog. belastungsadaptive Reaktionen vorliegen, kann ich inhaltlich nicht zustimmen.

Dieser Auffassung des Vorgutachters kann ich mich inhaltlich nicht anschließen, weil der jetzige radiologische Zusatzgutachter zu dem Ergebnis kam, dass sich in der Computertomographie der Lendenwirbelsäule des Klägers vom 18.05.1993 ein Bandscheibenvorfall Grad II im Segment L5/S1 nachweisen ließe, der den linken Recessus lateralis einengte, so dass eine Wurzelreizung S1 möglich sei (Anlage 2, Seite 4). Ferner erkennt der Vorgutachter, dass der Bandscheibenprolaps nach der Röntgenklassifikation der Konsensus-Arbeitsgruppe des Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Begutachtung der Berufskrankheit 2108 generell als altersuntypisch einzustufen ist. Auch bedarf es für die Diagnose eines Bandscheibenvorfalles nicht der vom Zusatzgutachter zusätzlich geforderten sekundären Veränderungen in Form einer verstärkten Verdichtung der Stütz- und Deckplatten der betroffenen Bewegungssegmente oder

wesentlicher spondylotischer Randzackenbildung (Bolm-Audorff et al. 2005a, siehe Anlage 1, Seite 215, Übersicht 8). Ferner spreche gegen die Anerkennung einer Berufskrankheit 2108 bei dem Kläger, dass bei diesem keine mehrsegmentalen Bandscheibenvorfälle vorlägen (siehe Seite 28 des o.g. Gutachtens, Blatt 109 der Gerichtsakte 1).

Die Forderung des Gutachters, für die Anerkennung einer Berufskrankheit 2108 müsse eine polysegmentale Bandscheibenerkrankung der LWS vorliegen, ist umstritten. Weder der Legaldefinition der Berufskrankheit 2108, noch der Amtlichen Begründung der Bundesregierung zu dieser Berufskrankheit (Bundesrats-Drucksache 773/92, Seite 8), noch dem Amtlichen Merkblatt der Bundesregierung zur Berufskrankheit 2108 (BMA 1993) ist zu entnehmen, dass eine monosegmentale Erkrankung der Lendenwirbelsäule nicht als Berufskrankheit 2108 anerkannt werden kann, wie es der Vorgutachter fordert. Im Gegensatz zur Annahme des Vorgutachters enthält das Amtliche Merkblatt der Bundesregierung zur Berufskrankheit 2108 unter Ziffer 3 "Krankheitsbild und Diagnose" die Ausführung, dass monoradikuläre und polyradikuläre lumbale Wurzelsyndrome zum Krankheitsbild der Berufskrankheit 2108 gehören (BMA 1993, Seite 51). Für die Anerkennung von monosegmentalen bandscheibenbedingten Erkrankungen spricht ebenfalls die Aufnahme des Bandscheibenvorfalles in die Liste der bandscheibenbedingten Erkrankungen nach der Amtlichen Begründung der Bundesregierung zur BK 2108 (BR-Drucksache 773/92, S. 8) geht zurück auf mehrere epidemiologische Fall-Kontroll-Studien, die einen Zusammenhang zwischen beruflichen Entwicklungen des lumbalen Bandscheibenvorfalles nachwiesen (Braun 1969, Kelsey et al. 1984, Heliövaara 1967, Jørgensen et al. 1994, Hofmann et al. 1998). Diese epidemiologischen Studien sind von Bedeutung, weil es sich beim lumbalen Bandscheibenvorfall nach der Studie nach Brüske-Hohlfeld et al. (1990) in 90,3 v.H. um eine monosegmentale Erkrankung, in 9,5 v.H. der Fälle um eine bisegmentale Erkrankung und nur in 0,2 v.H. der Fälle um eine polysengmentale Erkrankung handelt. Keiner der o.a. epidemiologischen Fall-Kontroll-Studien ist zu entnehmen, dass der Zusammenhang zwischen beruflichen Wirbelsäulenbelastungen und dem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines lumbalen Bandscheibenvorfalles an einen polysegmentalen Befall geknüpft ist.

Bei dem Kläger besteht eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule in Form eines Bandscheibenprolapses L5/S1, der erstmals am 18.05.1993 und erneut am 27.03.1995 diagnostiziert wurde. Zum Begutachtungszeitpunkt bestanden bei dem Kläger bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule in Form einer altersuntypischen Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung Grad II in den Segmenten L2/L3 und L4/L5. Der ursprünglich im Segment L5/S1 diagnostizierte Bandscheibenprolapse hatte sich zum Untersuchungszeitpunkt zurückgebildet. Die dort diagnostizierte Bandscheibenprotrusion führe jedoch zu einer diskogenen Stenose des linken Neuroforamens, wobei eine Wurzelreizung L5 möglich sei. Unabhängig von der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule bestehen bei dem Kläger Zeichen eines abgelaufenen Morbus Scheuermann im Bereich der HWS, BWS und LWS sowie einer geringfügigen S-förmigen Skoliose im Bereich der LWS und BWS. Bei dem Kläger sind aus meiner Sicht die beruflichen Voraussetzungen für die Entwicklung einer Berufskrankheit 2108 und 2110 erfüllt (siehe Abschnitt 1 der Beurteilung). Den Zusammenhang zwischen der beruflichen Einwirkung und der bei dem Kläger bestehenden bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule im Sinne einer Berufskrankheit 2108 und 2110 nehme ich mit Wahrscheinlichkeit an (im Einzelnen siehe Abschnitt 2 der Beurteilung). Eine Berufskrankheit 2109 ist in meinen Augen nicht wahrscheinlich (siehe Abschnitt 2 der Beurteilung). Die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule hat wegen der Diagnose eines altersuntypischen Bandscheibenprolapses L5/S1 aus arbeitsmedizinischer Sicht 07/1996 zur Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit gezwungen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt schätze ich wegen der verminderten Fähigkeit zur Rotation, Seitneigung und Ventralflexion der Lendenwirbelsäule auf 20 v.H. Eine eigenständige MdE im Bereich der HWS lässt sich wegen unauffälliger Funktionsfähigkeit nicht begründen.

Der Senat hat des Weiteren eine ergänzende Stellungnahme beim Sachverständigen Prof. Dr. Dr. A. vom 15. Juli 2009 eingeholt in welcher er ausführte:

Nach dem radiologischen Zusatzgutachten im Rahmen meines o.g. Gutachtens durch Herr PD Dr. B., radiologische Gemeinschaftspraxis am WR.Hospital, vom 12.05.2008 ist bei dem Kläger erstmals ein altersuntypischer Bandscheibenschaden in Form eines Bandscheibenprolapses Grad II im Segment L5/S1 in der Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 18.05.1993 nachweisbar (siehe S. 4 des Zusatzgutachtens, Blatt 252 der Gerichtsakte). Im Gegensatz zur Annahme der beklagten Berufsgenossenschaft entwickelte sich bei dem Kläger in der Folgezeit keine Verschlimmerung der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule. Vielmehr war in der Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 27.03.1995 der Bandscheibenprolapse Grad II im Segment L5/S1 weiter unverändert nachweisbar (siehe S. 5-6 des o.g. Zusatzgutachtens, Blatt 653-654 der Gerichtsakte). In den Röntgenbildern der Lendenwirbelsäule in zwei Ebenen vom 20.09.1996, 26.08.1998, 23.05.2000, 07.12.2000 und 28.04.2008 war jeweils keine altersuntypische Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung der Lendenwirbelsäule nachweisbar (siehe S. 6-7, 9-10, 12-13 und 17-18 des o.g. Zusatzgutachtens, Blatt 654-655, 657-658, 660-661 und 665-666 der Gerichtsakte). In der Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 25.01.2008 hatte sich der 1995 nachgewiesene Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 rückgebildet (siehe S. 14-15 des o.g. Zusatzgutachtens, Blatt 662-663 der Gerichtsakte). Im Gegensatz zur Auffassung der beklagten Berufsgenossenschaft gibt es keine gesicherten Erkenntnisse in der medizinischen Wissenschaft über den Verlauf einer bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne der Berufskrankheit 2108 und 2110 nach Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit im Vergleich zu einer altersvergleichbaren Gruppe von Beschäftigten mit bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch außerberufliche Ursachen. Insofern wäre es selbst bei einem Fortschreiten der bandscheibenbedingten Erkrankung nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit unzulässig, daraus auf eine außerberufliche Verursachung zu schließen. Aus den genannten Gründen vermag in meinen Augen die Stellungnahme der beklagten Berufsgenossenschaft nicht zu überzeugen, so dass ich dem Senat weiter die Anerkennung einer Berufskrankheit 2108 und 2110 bei dem Kläger empfehle. Wegen der grundsätzlichen Frage, ob bei Vorliegen der Fallkonstellation B 3 unter bestimmten Bedingungen die Anerkennung einer Berufskrankheit 2108 oder 2110 in Frage kommt, bitte ich den Senat um Prüfung, ob dies als Begründung für die Zulassung der Revision beim Bundessozialgericht ausreicht oder nicht.

Der Kläger vertritt die Auffassung, dass bei ihm die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr. 2108 bzw. BK Nr. 2110 der Anlage zur BKV vorlägen, insbesondere sei dies aufgrund des zuletzt eingeholten Gutachtens bei Prof. Dr. Dr. A. nachgewiesen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 26. August 2003 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. April 1994 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. April 1995 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, seine Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit nach Ziffer 2110 der Anlage zur BKV anzuerkennen und in gesetzlicher Höhe zu entschädigen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen,
hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Sie vertritt im Wesentlichen die Auffassung, dass auch durch das Gutachten von Prof. Dr. Dr. A. die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Wirbelsäulen-BK nicht nachgewiesen seien. Zwar seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen für das Vorliegen der BKen nach Nrn. 2108/2110 erfüllt. Jedoch läge nach den Ausführungen des Gutachters beim Kläger nach der Einstufung durch die Konsensusarbeitsgruppe des Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaft zur Begutachtung der BKen der Wirbelsäule eine Fallkonstellation nach B3 vor, nach welcher die Konsensusarbeitsgruppe keine Übereinstimmung hinsichtlich der Empfehlung zur Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhangs gefunden habe. Daher handele es sich bei der Einschätzung durch den Gutachter um eine solche, die von anderen Bewertungen namhafter Gutachter der Konsensusarbeitsgruppe abweiche, weshalb es nicht als gesichert gelten könne, dass im Falle des Klägers mit der in der gesetzlichen Unfallversicherung geforderten hinreichenden Wahrscheinlichkeit die Bandscheibenschäden auf wirbelsäulenbelastende berufliche Tätigkeiten eines Versicherten zurückzuführen sind.

Bezüglich der Anerkennung einer BK Nr. 2108 der Anlage zur BKV hat der Senat durch Beschluss vom 1. Dezember 2009 das Verfahren abgetrennt und mit gleichem Datum ausgesetzt, um der Beklagten die Gelegenheit zur Durchführung des bisher fehlenden Vorverfahrens gemäß [§ 78 SGG](#) zu geben. Bezüglich der BK Nr. 2109 der Anlage zur BKV hat der Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 1. Dezember 2009 die Klage zurückgenommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten auch im Vorbringen der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die Beklagtenakte Bezug genommen, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Nach der erfolgten Abtrennung des die BK Nr. 2108 der Anlage zur BKV betreffenden Berufungsverfahren und Rücknahme der Klage auf Anerkennung einer BK Nr. 2109 war Streitgegenstand dieses Berufungsverfahrens allein die Anerkennung und Entschädigung einer BK der Nr. 2110 der Anlage zur BKV.

Die form- und fristgerecht erhobene Berufung des Klägers ist zulässig ([§§ 143, 151 Abs. 1 SGG](#)), aber nicht begründet, da das Sozialgericht und Beklagte die Anerkennung und Entschädigung einer LWS-BK nach § 9 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – 7. Band (SGB VII) i.V.m. Nr. 2110 der Anlage zur BKV zu Recht abgelehnt haben.

BKen sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit 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. Nach Ziffer 2110 der Anlage zur BKV gehören hierzu bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können sowie nach Ziffer 2109 der Anlage zur BKV bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Voraussetzung für die Feststellung jeder Erkrankung als BK ist, dass die versicherte Tätigkeit, die schädigenden Einwirkungen sowie die Erkrankung, für die Entschädigungsleistungen beansprucht werden, i. S. des Vollbeweises nachgewiesen sind. Eine Tatsache ist danach bewiesen, wenn sie in so hohem Maße wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens nach allgemeiner Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung zu begründen (s. [BSGE 45, 1](#), 9 sowie [BSGE 19, 52](#), 53 und [BSGE 7, 103](#), 106). Erforderlich ist eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, nach der kein vernünftiger Mensch mehr am Vorliegen der vorgenannten Tatbestandsmerkmale zweifelt ([BSGE 6, 144](#) vgl. auch Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz mit Erläuterungen, § 118, Rdnr. 5). Darüber hinaus muss die sog. haftungsbegründende Kausalität zwischen den Einwirkungen und der erforderlichen Erkrankung zumindest mit hinreichender Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Dies ist dann der Fall, wenn bei vernünftiger Abwägung aller für und gegen den Zusammenhang sprechenden Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Erwägung so stark überwiegen, dass die dagegen sprechenden billigerweise für die Bildung und Rechtfertigung der richterlichen Überzeugung außer Betracht bleiben können (s. BSG vom 2. Juni 1959, SozR § 542 Reichsversicherungsordnung –RVO– a. F. Nr. 20). Jedoch ist der ursächliche Zusammenhang nicht bereits dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist ([BSGE 60, 58](#), 59).

Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im BK-Recht gilt, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung (s. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05](#) sowie [B 2 U 26/04](#) = [BSGE 96, 196](#) – 209). Die Theorie der wesentlichen Bedingung basiert auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der Ursache eines Erfolges jedes Ereignis ist, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (sog. *condicio sine qua non*). Aufgrund der Unbegrenztheit der Bedingungstheorie werden im Sozialrecht als rechtserheblich aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Gesichtspunkte für die Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache sind insbesondere die versicherte Ursache bzw. das Ereignis als solches, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, konkurrierende Ursachen unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens und Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen der erstbehandelnden Ärzte sowie der gesamten Krankengeschichte. Trotz dieser Ausrichtung am individuellen Versicherten ist der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs im Einzelfall der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand über die

Ursachenzusammenhänge zwischen Ereignissen und Gesundheitsschäden zugrunde zu legen.

Abweichend von einem Arbeitsunfall als einem zeitlich begrenzten Ereignis, das oftmals relativ eindeutig die allein wesentliche Ursache für einen als Unfallfolge geltend gemachten Gesundheitsschaden ist, ist die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs bei BKen in der Regel schwieriger. Denn angesichts der multifaktoriellen Entstehung vieler Erkrankungen, der Länge der zu berücksichtigenden Zeiträume und des Fehlens eines typischerweise durch berufliche Einwirkung verursachten Krankheitsbildes bei vielen BKen stellt sich letztlich oft nur die Frage nach einer wesentlichen Mitverursachung der Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen (s. BSG, Urteil vom 27. Juni 2006, [B 2 U 7/05 R](#) - Juris).

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts und die Bescheide der Beklagten sind im Ergebnis rechtlich nicht zu beanstanden. Der Kläger hat weder Anspruch auf Anerkennung einer Lendenwirbelsäulenerkrankung als BK Nr. 2110 der Anlage zur BKV noch auf Gewährung einer entsprechenden Entschädigung.

Beim Kläger liegen gemessen an diesen Kriterien nicht die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr. 2110 der Anlage zur BKV vor.

Zwar ist zwischen den Beteiligten letztlich nicht streitig, dass der Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Wirbelsäulen-BK Nr. 2110 sowie der Nr. 2108 der Anlage zur BKV erfüllt. Durch die höchstrichterliche Rechtsprechung ist anerkannt, dass wenn bei der Entstehung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule berufliche Einwirkungen im Sinne der Nrn. 2108 und 2110 der Anlage zur BKV zusammenwirken, beide BKen nebeneinander vorliegen können, auch wenn bei gesonderter Betrachtung die Orientierungswerte für die jeweiligen schädigenden Einwirkungen nicht erreicht sind (s. BSG, Urteil vom 27. Juni 2006, Az.: [B 2 U 9/05 R](#), veröffentlicht SGB 2007, 558 bis 562). Kann wie im Fall der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS ein bestimmtes Krankheitsbild durch verschiedene berufliche Einwirkungen verursacht werden, die jeweils für sich genommen Gegenstand einer eigenen BK sein können, so besteht bei entsprechender Exposition die Möglichkeit, dass die betreffende Krankheit die Voraussetzungen zweier oder mehrerer BKen gleichzeitig erfüllt, die dann nebeneinander anzuerkennen und zu entschädigen sind. Gemäß Nr. 2108 der Anlage zur BKV können auch bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können, als BK anerkannt werden. Wie sich aus der Stellungnahme des TAD der Beklagten vom 10. Januar 2001 (Bl. 210 ff. Gerichtsakte) ergibt, ist aufgrund einer Kombinationswirkung von Schwingungsbelastungen und Hebe- und Tragebelastungen, denen der Kläger im Laufe seines beruflichen Lebens ausgesetzt war, von einer ausreichenden Gefährdung im Hinblick auf eine Entstehung einer Erkrankung der LWS mit einer Belastungskennzahl nach dem Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell von 1,83 auszugehen, die somit erheblich höher ist als 1,0, wobei zu berücksichtigen ist, dass zwischenzeitlich die Anforderungen an die arbeitstechnischen Voraussetzungen bzw. das Erreichen der Orientierungswerte durch das Bundessozialgericht herabgesetzt wurden (BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - [B 2 U 4/06 R](#)).

Allerdings war zwar im vorliegenden Fall mangels Durchführung eines Vorverfahrens bezüglich der BK 2108 bereits die Klage diesbezüglich unzulässig, weshalb im Einverständnis der Beteiligten insoweit das Verfahren abgetrennt und bis zur Durchführung des Widerspruchsverfahrens ausgesetzt wurde. Selbst wenn man aber zugunsten des Klägers unterstellt, dass die damit im Verfahren auf Anerkennung einer BK 2110 nicht streitgegenständlichen Einwirkungen durch schweres Heben und Tragen additiv den Schwingungsbelastungen hinzugerechnet werden können, kann dennoch keine Anerkennung einer BK 2110 der Anlage zur BKV erfolgen, weil dann zwar das Vorliegen der arbeitstechnischen, nicht aber das der arbeitsmedizinischen Voraussetzungen nachgewiesen ist.

Zwar liegt beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule in Form eines Bandscheibenprolapses bei L5/S1 und einer fortgeschrittenen Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung Grad II in den Segmenten L2/3 und L4/5 vor. Dies folgt zur Überzeugung des Senates nicht zuletzt aus dem im Berufungsverfahren eingeholten Sachverständigengutachten des Prof. Dr. Dr. A. und ist letztlich zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.

Jedoch liegen nach Auffassung des Senates nicht die weiteren arbeitsmedizinischen Voraussetzungen vor, um die beruflichen Belastungen des Klägers als wesentliche Ursache dieser berufsbedingten LWS-Erkrankung mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit bejahen zu können. Für die Anerkennung einer LWS-Erkrankung als BK nach Nr. 2108 bzw. 2110 müssen Art, Ausprägung und Lokalisation des Krankheitsbildes den spezifischen Einwirkungen entsprechen. Die bildtechnisch nachweisbaren segmentalen Bandscheibenveränderungen und deren Folgen müssen das altersdurchschnittlich zu erwartende Maß übersteigen. Die Lokalisierung der bildtechnisch nachweisbaren Veränderungen muss mit der Funktionseinschränkung und der beruflichen Exposition - sog. belastungskonformes Schadensbild - übereinstimmen (vgl. Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, Anmerkung 5.3 zu M 2108). Ein als belastungskonform zu bezeichnendes Schadensbild lässt nach älteren und neueren epidemiologischen Untersuchungen ein dem Lebensalter vorauseilendes Auftreten osteochondrotischer und spondylotischer Reaktionen am Achsenorgan bei körperlich überdurchschnittlich belasteten Personen erwarten. Eine vorzeitige Osteochondrose tritt bevorzugt in den unteren LWS-Segmenten und eine vorzeitige Spondylose in den oberen LWS-Segmenten unter eventueller Einbeziehung der unteren BWS-Etagen auf (ständige Rechtsprechung des erkennenden Senats beispielsweise Urteile vom 24. Oktober 2001 - L 3 U 408/98 - und vom 25. April 2006 - L [3 U 253/05](#)). Dies entspricht den Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe ("Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule", Bolm-Audorff u.a., Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211 ff.). Danach gilt bei der sog. Konstellation B1 (Bandscheiben L5/S1 und/oder L4/L5 betroffen, Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall, Begleitspondylose) der Zusammenhang als wahrscheinlich. Liegt hingegen keine Begleitspondylose vor, so wird der Zusammenhang nur dann als wahrscheinlich betrachtet, wenn Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben - bei monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/L5 "black disc" im MRT in mindestens 2 angrenzenden Segmenten vorliegt oder eine besonders intensive Belastung bestand oder ein besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen (Konstellation B2). Soweit weder eine Begleitspondylose noch eines der zuvor genannten Zusatzkriterien vorliegen (Konstellation B3), ist die Einschätzung des Zusammenhangs durch die Arbeitsgruppenteilnehmer unterschiedlich. Es sprechen nach der Mehrheit der Sachverständigen jedoch gewichtige Argumente gegen einen Zusammenhang und damit das Fehlen einer Begleitspondylose in der Konstellation B3 gegen eine Expositionsabhängigkeit der bandscheibenbedingten Erkrankung. In Anhang 1 der Anmerkungen zu den nicht im Konsens beurteilten Fallkonstellationen weisen Grosser/Schröter auf Studien hin, nach denen deutliche Höhenminderungen von Bandscheiben in allen Segmenten der LWS bei

Schwerarbeitern deutlich häufiger als in der Normalbevölkerung seien. Auch die Häufigkeit von Spondylosen sei in der belasteten Gruppe in allen Segmenten der Lendenwirbelsäule deutlich erhöht. Zudem entspreche die Konstellation B3 der häufigsten Manifestationsform eigenständiger Bandscheibenerkrankungen innerer Ursache an der LWS. Es existieren keinerlei epidemiologische Arbeiten, welche nachweisen, dass bei Schadensbildern, die der Konstellation B3 entsprechen, bei beruflich Exponierten im Vergleich zur Normalbevölkerung statistisch eine relevante Risikoerhöhung besteht. Die epidemiologische Literatur zu berufsbedingten Bandscheibenerkrankungen bestätigt eine relative Häufung von Chondrosen bei schwerer im Vergleich zu leichter Arbeit an der mittleren und oberen LWS und eine absolute Häufung in den unteren beiden LWS-Segmenten; dies entspricht auch der aus biomechanischer Sicht zu erwartenden Entwicklung, während ein mono- und bisegmentaler Befall biomechanisch kaum plausibel ist (Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 219 ff.). Nach Auffassung von S./A. hingegen sei der hohe Stellenwert, welcher dem Fehlen einer Begleitspondylose beigemessen werde, wissenschaftlich nicht begründbar. Aber auch von diesen Autoren wird eingeräumt, dass Patienten mit Chondrose und Spondylose ein höheres berufliches Erkrankungsrisiko aufweisen (Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 221 f.). Die Konsensempfehlungen begründen damit keine Änderung der oben aufgeführten Rechtsprechung des erkennenden Senats.

Von diesen Erwägungen ausgehend, sind die medizinischen Voraussetzungen für eine Anerkennung einer LWS-BK der Nr. 2110 der Anlage zur BKV beim Kläger nicht erfüllt. Ausweislich sämtlicher sowohl im Verwaltungsverfahren als auch im Laufe des Gerichtsverfahrens eingeholter Gutachten liegt beim Kläger keine Begleitspondylose vor. Vielmehr folgt aus dem letzten, aus Sicht des Klägers für ihn positiven Gutachten des Prof. Dr. Dr. A., dass beim Kläger lediglich eine bandscheibenbedingte Erkrankung in Form eines Bandscheibenprolapses bei L5/S1 und einer fortgeschrittenen Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung Grad II in den Segmenten L2/3 und L4/5 vorliegt. Nach dem Ergebnis des Gutachtens von Prof. Dr. Dr. A. liegt damit nur ein sog. bisegmentaler Befund im Sinne eines Bandscheibenprolapses L5/S1 und einer Bandscheibenverschmälerung in den Segmenten L2/3 und L4/5 vor. Damit handelt es sich, wie der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15. Juli 2009 selbst ausgeführt hat, um die Fallkonstellation B3 nach den Empfehlungen der Konsensusarbeitsgruppe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Begutachtung der BKen 2108 und 2110, bei der die Konsensusarbeitsgruppe keine Übereinstimmung hinsichtlich einer Empfehlung zur Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhangs gefunden hat. Zutreffend weist der Sachverständige im folgenden darauf hin, dass diese Fallkonstellation B3, die sich von der Fallkonstellation B1, bei der die Konsensusarbeitsgruppe sich für eine Anerkennung als BK 2108 und BK 2110 ausgesprochen hat, durch das Merkmal der Begleitspondylose unterscheidet, dieses Zusatzkriterium aber aus medizinischen Gründen umstritten ist.

Hinzu kommt, dass ohnehin die Anerkennungsempfehlung in den Konstellationen B 1 und B 2 nur dann zum Tragen käme, wenn keine wesentlichen konkurrierenden Ursachenfaktoren erkennbar wären. Vorliegend führen jedoch alle Gutachter übereinstimmend aus, dass beim Kläger ein abgelaufener Morbus Scheuermann als konkurrierende Ursache zu beachten sei. Doch selbst wenn man dies als nicht wesentlichen Faktor außer Acht lässt, liegen die Voraussetzungen weder der Konstellation B 1 mangels Begleitspondylose noch der B 2 mangels der erforderlichen Zusatzkriterien vor.

Die Voraussetzungen der Konstellation B2, unter denen auf die Bedingung des Vorliegens einer Begleitspondylose verzichtet werden kann, liegen beim Kläger nicht vor. Das Vorliegen einer im MRT gesicherten "black disc" in mindestens zwei angrenzenden Segmenten ist nicht gegeben. Der Kläger gehörte auch nicht zu den "Schwerstarbeitern", zu denen Transportarbeiter im Umzugsgewerbe oder Lastenarbeiter in Seehäfen zählen, und hat auch nicht wie diese in weniger als 10 Jahren bereits die Risikodosis durch die Belastungen, denen er unterlag, erreicht. Schließlich kann auch kein besonders hohes Gefährdungspotential in Folge des wiederkehrenden Erreichens der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen angenommen werden. Der Senat hat in seiner bisherigen Rechtsprechung (Urteil vom 18. August 2009 – [L 3 U 202/04](#)) zu der Frage der Belastungsspitzen ausführlich dargelegt, dass es medizinischerseits ausschließlich für die medizinischen Pflegeberufe und deren besondere Arbeitsbelastungen und auch Arbeitsbedingungen entsprechende Nachweise einer erhöhten Bandscheibenerkrankungsrate nur mono- oder bisegmental am unteren LWS-Ende ohne Begleitspondylose gibt. Im Fall des Klägers sind dessen Belastungen nicht mit den Spitzenbelastungen der Alten- und Krankenpfleger beim Versorgen und Bewegen immobiler Patienten gleichzusetzen, denn die dort getroffene Beurteilung findet ihre Begründung nicht allein in den – häufig durchaus erheblichen – zu hebenden Gewichten der Patienten, sondern insbesondere auch darin, dass diese Personen sich häufig auch beim Anheben eigenständig und unkontrolliert bewegen oder ihr Gewicht verlagern, dass sie demzufolge oder aufgrund der Körpermasse, der Körperkonturen oder der Schmerzhaftigkeit verletzter oder frisch operierter Körperregionen nur schlecht zu fassen und zu halten sind und dass dies schließlich zumeist auch noch aus einer biophysikalisch ungünstigen, vorgebückten Haltung des Pflegenden zu geschehen hat. Entsprechende epidemiologische Studien zu anderen Berufsgruppen liegen dagegen nicht vor.

Maßgebend für die Frage, ob eine hinreichende Wahrscheinlichkeit der Kausalität im Sinne einer rechtlich wesentlichen Ursache zwischen einer beruflichen Einwirkung und einem erlittenen Gesundheitsschaden besteht, hat nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts der sog. aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Ursachenzusammenhänge zwischen Ereignissen und Gesundheitsstörungen zu sein. Die Feststellung des jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ist nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung gerade auf Gebieten, die in einer steten Entwicklung begriffen sind, für eine objektive Urteilsfindung unerlässlich BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) = [BSGE 96, 196](#) – 209). Die Klärung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes macht die Einholung von Sachverständigengutachten und die eigenständige verantwortliche Beurteilung des konkreten Einzelfalles durch einen Sachverständigen nicht entbehrlich. Dieser Erkenntnisstand ist aber die Basis für die Beurteilung des Sachverständigen, von der er nur wissenschaftlich begründet abweichen kann, und macht sein Gutachten für die Beteiligten und das Gericht transparent und nachvollziehbar. Denn auch für die Beurteilung des Einzelfalles kommt es nicht auf die allgemeine wissenschaftliche Auffassung des einzelnen Sachverständigen an, sondern auf den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand. Ausgangsbasis müssen die Fachbücher und Standardwerke insbesondere zur Begutachtung im jeweiligen Bereich sein (vgl. z.B. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003, S. 517 ff.). Von besonderer Wichtigkeit für die Beurteilung von Wirbelsäulenerkrankungen sind die Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaften eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe aus dem Jahre 2005, auf welche sich auch der Sachverständige Prof. Dr. Dr. A. zuletzt bezogen hat (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 – [B 2 U 20/04 R](#) = [BSGE 96, 291](#) – 297).

Sofern Prof. Dr. Dr. A. von den im Konsens getroffenen Empfehlungen abweicht und auch im Falle des Fehlens eines der alternativen Zusatzkriterien der Konstellation B2 bei fehlender Begleitspondylose auch für Erkrankungsbilder der Fallkonstellation B3 von einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit der Verursachung des Bandscheibenschadens durch die berufliche Einwirkung ausgeht, handelt es sich um eine wissenschaftliche Einzelmeinung, welche jedoch erkennbar nicht repräsentativ für den aktuellen wissenschaftlichen

Erkenntnisstand ist. Dem Senat ist die Existenz einer aktuelleren Fassung oder Zusammenstellung der für die Beurteilung von Wirbelsäulenerkrankungen maßgeblichen Kriterien als die Konsensusempfehlungen aus dem Jahr 2005 nicht bekannt. Auch der Sachverständige Prof. Dr. Dr. A. hat das Vorliegen neuerer Erkenntnisse nicht behauptet, sondern nur mit seiner insoweit abweichenden Meinung argumentiert.

Zwar kann bei Abwägung verschiedener Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden. Dies gilt aber nur dann, wenn es zu einer bestimmten Fragestellung keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand gibt (BSG vom 17. Juli 1958, SozR Nr. 33 zu [§ 128 SGG](#)). Selbst wenn man im Hinblick auf die Konstellation B 3 davon ausginge, dass mangels Konsens in der interdisziplinären Fachgruppe hierüber kein aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisstand existiert, müsste zur Anerkennung im Rahmen der freien Beweiswürdigung gemäß [§ 128 SGG](#) der Senat zu der Überzeugung gelangen, dass der Sachverständige Prof. Dr. Dr. A. die überzeugenderen Argumente anführt. Unter kritischer Würdigung seiner Auffassung führt auch Prof. Dr. Dr. A. keine Argumente an, warum im Falle eines Bandscheibenschadens in Form eines Bandscheibenprolapses Grad II im Segment L5/S1, jedoch ohne belastungsadaptive Reaktionen in Form einer sog. Begleitspondylose und auch ohne Befall von mindestens zwei Nachbarsegmenten beim Kläger eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für eine berufliche Verursachung gegeben sein soll, weil die Abgrenzung eines solchen Schadensbildes von solchen, die durch degenerative Verursachungen gekennzeichnet sind, nicht überzeugend möglich ist, wie dies die Mehrzahl der an den Konsensusempfehlungen beteiligten Fachmediziner – vor allem Grosser und Schröter – ausführlich begründet hat. Deshalb kann auch nicht der bloße Hinweis auf die Langjährigkeit der beruflichen Hebelbelastung dafür ausreichen, die Kausalität zwischen Exposition und Erkrankung zu beweisen. Die Vermutungsregel des [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#) ist bereits dann widerlegbar, wenn Anhaltspunkte für eine andere Verursachung bestehen (vgl. BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 – [B 2 U 15/05 R](#) - [NZS 2007, 594](#) - 597), als welche im Falle der Konstellation B 3 ohne Begleitspondylose und weiterer Kriterien gemäß Konstellation B2 immer die Möglichkeit einer degenerativen Verursachung zumindest gemäß dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand in Betracht zu ziehen sind.

Gerade weil im Hinblick auf die Rolle des Fehlens einer sog. Begleitspondylose innerhalb der Konsensusgruppe keine Einigkeit erzielt werden konnte, verbleibt es dabei, dass bei fehlender Begleitspondylose nicht auf eine hinreichende Wahrscheinlichkeit der Verursachung durch die beruflichen Einwirkungen geschlossen werden kann.

Im Hinblick auf die hier alleine im Streit stehende Anerkennung einer BK Ziffer 2110 der Anlage zur BKV ist zudem zu beachten, dass basierend auf dem Ergebnis wissenschaftlicher Studien (vgl. Weber, Zeitschrift für Orthopädie 2002, Heft 5, S. 512 ff.) die Rechtsprechung dieses Senates als ein wesentliches Kriterium auch das Vorhandensein einer Spondylose am thoracolumbalen Übergang und der mittleren LWS bis zur Deckplatte des 4. LWK verlangt, weil diese Schadensverteilung nach langjähriger Einwirkung von Ganzkörperschwingungen mechanisch aufgrund des Umstands, dass Ganzkörperschwingungen zu einer besonderen Zugbelastung der Bandscheiben der oberen und mittleren LWS führen, erklärbar ist (Urteil des Senates vom 6. Dezember 2004 – L 3 U 1459/01). Auch diese Voraussetzungen sind vorliegend erkennbar nicht gegeben.

Nach den Grundsätzen der im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden objektiven Beweislast bzw. materiellen Feststellungslast hat derjenige die Folgen der Nichtfeststellbarkeit einer Tatsache zu tragen, der aus dieser Tatsache ein Recht oder einen Vorteil herleiten will (s. [BSGE 6, 70](#), 72 sowie [BSGE 19, 52](#), 53). Dies gilt für alle anspruchsbegründenden Tatbestandsmerkmale für die Gewährung einer Rente und damit auch für die erforderliche Kausalität zwischen den versicherten Einwirkungen und den festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigungen; diese Feststellungslast trägt in der Regel der Versicherte. Selbst bei erheblichen Beweisschwierigkeiten lehnt das BSG eine Beweislastumkehr in ständiger Rechtsprechung ab ([BSGE 63, 270](#), 271; BSG vom 29. Januar 1974, SozR 2200 § 551 Nr. 1).

Insgesamt war daher der Berufung sowie der Klage der Erfolg zu versagen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Nichtzulassung der Revision ergibt sich aus [§ 160 Abs. 2 SGG](#), weil die Voraussetzungen nicht vorlagen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-04-26