

L 10 U 164/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 11 U 176/04
Datum
21.11.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 10 U 164/05
Datum
06.04.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

I.

Die Beteiligten streiten in einem Überprüfungsverfahren nach [§ 44 SGB X](#) darüber, ob der Kläger entgegen einem rechtskräftigem Urteil des Landessozialgerichts einen Anspruch auf eine Rente aufgrund einer Berufskrankheit Nr. 2108 und / oder Nr. 2110 nach der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (im Weiteren BK-Nr. 2108, 2110) hat.

Der Kläger ist am ... 1947 geboren. Sein Arbeitsleben gestaltete sich wie folgt:

September 1962 bis Juni 1965 Maurer-Lehre

anschließend Kurzzeiträume Transportarbeiter, Kraft- und

Raupenfahrer

April 1966 bis Juli 1973 Traktorist in der Landwirtschaft

August 1973 bis Mai 1974 Rußbläser im VEB B.

Mai 1974 bis Mai 1975 Gleisleger bei der Sowjetisch-Deutschen-

Aktien-Gesellschaft (SDAG) Wismut

Januar 1976 bis Mai 1977 Traktorist in der Landwirtschaft

anschließend Kurzzeiträume Heizer, Maschinenarbeiter, Gestellbauer,

E.-Schweißer und Rangierarbeiter in

verschiedenen VEB´n ... und bei der Bahn

September 1978 bis Mai 1979 Füller untertage

Juni 1979 bis Mai 1983 Anschläger untertage

Juni 1983 bis Mai 1988 Lokfahrer untertage

Juni 1988 bis Mai 1991 Lokfahrer übertage

Juni 1991 April 1995 Lagerarbeiter in einem Baufachmarkt

Die letzte Tätigkeit musste der Kläger wegen Arbeitsunfähigkeit am 10. April 1995 aufgeben. 1997 gewährte die Bundesknappschaft dem Kläger eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bei einem Leistungsfall am 10. April 1995.

Der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten kam später unter Berücksichtigung von Zuarbeiten anderer Berufsgenossenschaften zu dem Ergebnis, dass von 1966 bis Juli 1973 und Januar 1976 bis Mai 1977 zeitweise eine Gefährdung im Sinne der BK-Nr. 2108 und durchgängig eine Gefährdung im Sinne einer BK-Nr. 2110 vorgelegen habe. Im Zeitraum von September 1978 bis Mai 1991 habe eine Gefährdung im Sinne der BK-Nr. 2108 nur bis Mai 1979 bestanden. Danach habe bis Mai 1991 keine Gefährdung mehr vorgelegen. Für den Zeitraum von Juni 1991 bis 1995 habe für eine BK-Nr. 2108 eine Gefährdung vorgelegen, nicht jedoch im Sinne einer BK-Nr. 2110. Insgesamt lägen die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK-Nr. 2108 und einer BK-Nr. 2110 vor.

Mit einem am 2. Juni 1995 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben stellte der Kläger einen Antrag auf Anerkennung einer Berufskrankheit und verwies auf seine geschädigte Wirbelsäule und seine jahrelange belastende Berufstätigkeit.

Nach einem von der Beklagten eingeholten Bericht des Kreiskrankenhauses H. vom 20. April 1995 bestanden Myogelosen im Lendenwirbelsäulenbereich bei erheblich eingeschränkter Beweglichkeit. Das Zeichen nach Lasègue war bei 40 Grad positiv.

Nach dem beigezogenen Entlassungsbericht der Knappschaftsklinik Warmbad über eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme vom 25. Oktober bis 22. November 1995 zeigte sich die Lendenwirbelsäule des Klägers gerade und fixiert; wesentliche Bewegungen waren nicht ausführbar. Das Zeichen nach Schober betrug allerdings 10/15 Zentimeter und Finger-Boden-Abstand 28 Zentimeter. Das Zeichen nach Lasègue war beidseits negativ. Eine Röntgenaufnahme von April 1995 zeigte eine betonte Kyphose (deutliche Krümmung) im unteren Brustwirbelsäulenanteil mit deutlicher Verschmälerung der Zwischenwirbelräume bei reaktiver Osteochondrose und Ausbildung teilweiser spangenbildender osteophytärer Randzacken. Im Lendenwirbelsäulenbereich bestand der Verdacht auf Ausbildung eines Morbus Bastrup. Labordiagnostisch wurde der HLA B 27 - Wert schwach positiv gemessen.

Eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) im Januar 1996 zeigte degenerative Veränderungen der Zwischenwirbelgelenke zwischen L 4 und L 5 (dort mit möglicherweise minimaler Bandscheibenvorwölbung) und zwischen L 5/S 1 (dort ohne Hinweis auf eine Bandscheibenprotrusion) bei sonst normalem Nervenkanal. Im Februar 1996 wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) der LWS durchgeführt. Dabei wurde festgestellt, dass im gesamten Bereich der LWS eine degenerative Knorpelveränderung mit verschleißbedingtem Gewebeabbau der Wirbelgrund- und -deckplatten vorliege. Die Zwischenwirbelräume bei L 5/S 1 seien verschmälert. In geringem Ausmaß sei dies auch bei L 4/5 der Fall. Es habe sich eine zarte Vorwölbung der Bandscheibe zwischen L 3/4 nach allen Seiten gezeigt, ohne dass es zu einer Verengung des Nervenkanals oder der Nervenaustrittspunkte gekommen sei. Außerdem fand man eine Randzackenbildung bei L 4/5 mit einem linksbetonten, teilweise einengend in den Nervenaustrittspunkt hineinragenden Bandscheibenvorfall mit Berührung des Nervenkanals. Ansonsten sei das Signalverhalten der Bandscheiben regelgerecht.

Die Beklagte holte u.a. einen Befundbericht von Dr. A. (Facharzt für Chirurgie und Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses H.) vom 19. Juli 1996 ein. Dieser gab an, der Kläger habe sich im April 1995 erstmals wegen Wirbelsäulenbeschwerden bei ihm vorgestellt. Der Kläger habe Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule angegeben; dort habe er einen Druckschmerz bei einer nur geringen Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule festgestellt. Die Röntgenaufnahmen hätten im Bereich der unteren Brustwirbelsäule Ausziehungen der Grund- und Deckplatten mit beginnender Spangenbildung gezeigt. In einem weiteren Befundbericht teilte die orthopädische Praxis Dr. M ... R. mit, an der Brustwirbelsäule sei eine deutliche Spondylose feststellbar sowie eine deutliche Spondylitis mit dezenten Veränderungen im Sinne einer Ausbildung von Syndesmophyten. Es liege eine Bechterew'sche Erkrankung vor (eine chronisch-entzündliche rheumatische Erkrankung der Wirbelsäule), denn die serologische Kontrolle habe einen positiven HLA B 27 - Wert ergeben.

Nach einem beigezogenen Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes der Bundesknappschaft vom 19. September 1996 bestand bei dem Kläger ein Druck- und Klopfschmerz über der unteren Brust- und der oberen Lendenwirbelsäule bei deutlich verminderter Beweglichkeit (Zeichen nach Schober 10/14 cm und Finger-Boden-Abstand 38 cm). Das Zeichen nach Lasègue war rechts bei 80 Grad und links bei 75 Grad positiv. Die Diagnosen lauteten u.a. auf degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit hochgradiger Leistungseinschränkung bei chronischem Lumbalsyndrom bei Bandscheibenvorwölbung bei L3/4 und Bandscheibenvorfall bei 4/5. Eine stationäre Behandlung in der Orthopädischen Klinik d. Universität J. im Waldkrankenhaus (Prof. Dr. V.) im Februar 1997 zeigte die bekannte Lumboischialgie links mit Osteochondrose und mit Bandscheibenvorfall bei L 4/5. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war eingeschränkt; Reflexe, Motorik, Sensibilität und Durchblutung seien ohne krankhaften Befund. Es zeigte sich kein Hinweis auf eine Nervenwurzelbeteiligung. Man stellte bei dem Kläger eine Spondylitis ankylosans (Bechterew'sche Erkrankung) fest. Die Skelettszintigraphie schloss eine floride Sakroiliitis aus (Bl. 140 VA).

Im Weiteren fragte die Beklagte den Kläger gem. [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) an, welcher Arzt mit der Begutachtung beauftragt werden sollte. Der Kläger entschied sich für Prof. Dr. H. (Klinik und Poliklinik für Orthopädie der M.-L.-U. H. -W.). Die Beklagte beauftragte diesen daraufhin mit der Erstellung eines Gutachtens. Unter dem 8. Juli 1998 erstellten Dr. S. und Herr K. (Assistenzarzt), beide Klinik und Poliklinik für Orthopädie der M.-L.-Universität H.-W. ein Gutachten für die Beklagte. Das Zeichen nach Lasègue zeigte sich bei der Untersuchung durch Herrn K. rechts bei 60 Grad positiv und links negativ. Es bestanden Myogelosen sowie in der Schulter-Nacken-Region paravertebrale Verspannungen. Neurologische Ausfälle bestanden nicht. Auf den Röntgenaufnahmen vom 27. Mai 1998 zeigte sich eine ausgeprägte Spondylitis deformans an der Brustwirbelsäule sowie eine syndesmophytäre Aggregation im Rahmen eines Morbus Bechterews. An der Lendenwirbelsäule waren weder wesentlichen degenerativen Anbauten noch typische Veränderungen im Sinne eines Morbus Bechterews ersichtlich. Die Bogenwurzel erschien intakt und es bestand eine "allenfalls sehr diskrete Höhenminderung des Zwischenwirbelraumes L 5/S 1 im Rahmen einer Osteochondrose" (Bl. 195 VA). Es lagen ein chronisch rezidivierendes thorakales lumbales Schmerzsyndrom bei Spondylitis ankylosans, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit geringer rechtskonvexer Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule und eine degenerative

Bandscheibenerkrankung im Segment L 4/5 vor. Die Gutachter führten aus, das Ausmaß der degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule erfülle nicht die Bedingungen der Berufskrankheitenverordnung. Eine Berufskrankheit sei nicht anzunehmen. Die Beschwerdesymptomatik bei dem Kläger erkläre sich in erster Linie durch die Spondylitis ankylosans und durch die degenerativen Veränderungen der gesamten Lendenwirbelsäule. Unter dem 8. September 1998 schloss sich der Landesgewerbearzt Dr. M. diesem Gutachten an.

Mit Bescheid vom 13. Oktober 1998 lehnte die Beklagte jeden Entschädigungsanspruch aus Anlass der Erkrankung des Klägers ab und führte zur Begründung aus, eine Berufskrankheit nach den Nrn. 2108 bis 2110 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung liege nicht vor. Nach Auffassung der Gutachter und des Landesgewerbearztes würden die Wirbelsäulenbeschwerden vor allem durch eine chronisch-entzündliche rheumatische Erkrankung des Achsenskeletts (Morbus Bechterew) verursacht. Wesentliche Funktionsstörungen und neurologische Ausfallerscheinungen, die auf eine bandscheibenbedingte Wirbelsäulenerkrankung zurückzuführen seien, könnten nicht festgestellt werden.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und wies u. a. darauf hin, dass andere Ärzte keinen Morbus Bechterew festgestellt hätten. Mit Bescheid vom 5. März 1999 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Im daraufhin eingeleiteten Klageverfahren (S 1 U 66/99) erhob das Sozialgericht Beweis durch Einholung von Befundberichten. Hierbei führten Dr. T. - Waldkrankenhaus Eisenberg (Direktor: Prof. Dr. V.) - aus, bei dem Kläger läge eine Spondylitis ankylosans vor. Der Kläger widersprach dieser Diagnose unter Hinweis auf einen Bericht des Fachkrankenhauses für Rheumatologie und Orthopädie von Prof. Dr. K. vom 1. Dezember 1999. Darin wird als Diagnose eine Sakroiliitis gestellt; szintigraphisch hätte kein Anhalt für einen Morbus Bechterew gefunden werden können.

Mit Urteil vom 22. Februar 2000 wies das Sozialgericht die Klage ab und begründete dies mit dem von der Beklagten eingeholten Gutachten. Die Diagnose Morbus Bechterew stehe in Übereinstimmung mit der der behandelnden Orthopäden Dr. M./R. sowie der Klinik für Orthopädie in J ... Auch Prof. Dr. K. nehme nicht an, dass die vorliegenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule auf starke berufliche Belastungen des Klägers zurückzuführen seien. Ein hinreichender Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit sei nicht wahrscheinlich.

Mit seiner Berufung bestritt der Kläger erneut das Vorliegen eines Morbus Bechterew. Zur Begründung verwies er auf einem Bericht der Rheumasprechstunde der F. U. B. vom 12. Dezember 2000 (Prof. Dr. S ... Danach zeigten sich auf den Röntgenaufnahmen deutliche degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule. Im Bereich der Lendenwirbelsäule ließen sich keine wesentlichen degenerativen Veränderungen und auch keine Syndesmophyten nachweisen. Man diagnostizierte eine ankylosierende Spondylitis sowie eine Spondylosis deformans, insbesondere der Brustwirbelsäule. Ob eine Berufskrankheit vorliege, sei durch ein orthopädisches Gutachten zu klären.

Das Landessozialgericht holte ein orthopädisches Gutachten von Prof. Dr. R. ein. Dieser stellte die Diagnosen auf ein lokales lumbales vertebrales Schmerzsyndrom bei primär hypermobiler Wirbelsäule mit sehr hohen Zwischenwirbelräumen, dysostotische Feinzeichen und persistierender Chorda dorsalis mit beginnender Gefügelockerung der Lendenwirbelsäule bei L 4 / 5. Dies sei eine bandscheibenbedingte Erkrankung. Weiter bestehe eine seronegative Sakroiliitis, aber keine Bechterew'sche Erkrankung. Zwar zeigten die Iliosakralgelenke den typischen Morbus Bechterew-Befund, jedoch hätten sich in der fünfjährigen Verdachtszeit keine weiteren typischen Veränderungen an der Wirbelsäule herausgebildet. Die Wirbelsäule sei immer noch sehr gut beweglich, es bestehe keine Einschränkung in der Atemweite. Dazu mangle es an entsprechenden Entzündungszeichen. Der positive HLA-B 27 Wert sei nicht aussagekräftig, weil zwar 95 % aller Bechterew-Patienten dieses Zeichen aufwiesen, aber auch nur jeder 130ste HLA-B 27 - positiv getestete Patient an Morbus Bechterew leide. Eine chronisch entzündliche Erkrankung der Wirbelsäule schließe er deshalb bei dem vorliegenden Befund aus. Jedoch seien auch bei Annahme der Erfüllung der arbeitstechnischen Voraussetzungen die vorgefundenen Veränderungen an der LWS nicht durch die beruflichen Belastungen verursacht worden. Zur Beurteilung ziehe er die Prüfung nach dem sog. "Hamburger Modell" heran. Danach könne über ein "belastungskonformes Schadensbild" eine Wahrscheinlichkeit über den Kausalzusammenhang als Ergebnis der Bewertung einer Kongruenz zwischen Lasteinwirkung, Röntgenbefund, Funktionseinschränkung und Schmerzlokalisierung bei Ausschluss anderer Erkrankungen herausgearbeitet werden. Durch diese Herangehensweise werde auch dem Umstand Rechnung getragen, dass z. B. Menschen mit hochgradig degenerativen Veränderungen keine Schmerzsymptome hätten und der Röntgenbefund nur zufällig erhoben werde, dass umgekehrt aber auch geringe röntgenologische Veränderungen mit erheblichen subjektiven Schmerzen einhergingen. An diesen Maßstäben gemessen sei die berufliche Verursachung der Beschwerden des Klägers im LWS-Bereich auszuschließen. Röntgenologisch müsse sich eine Höhenminderung des Bandscheibenraumes zeigen. Dies belege die Beteiligung der Bandscheiben. Im gleichen Segment müsse eine Gefügelockerung und eine Schmerzprovokation auslösbar sein sowie eine Funktionsstörung vorliegen, die mit einer Wurzelreizung einhergehe. Beim Kläger habe er eine eben beginnende Gefügelockerung der unteren LWS noch ohne wesentliche Höhenminderung der Zwischenwirbelräume mit möglicher Schmerzprovokation, ohne messbare Funktionsstörung und ohne Nervenwurzelreizerscheinungen vorgefunden. In der medizinischen Literatur sei anerkannt, dass die Belastung der Wirbelsäule durch Heben und Tragen schwerer Lasten im Bereich L 3/4 wegen der einwirkenden Schwingungen, Scher-, Druck- und Schubkräfte eine Spondylose (Bildung von Randwülsten am Wirbelkörper) sowie eine Osteochondrose, also eine Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes, im Bereich darunter (L 4/5, L 5/5 1) hervorrufe (belastungsadaptives Schadensbild). Dieses Bild weise der Kläger auch nicht andeutungsweise auf. Die Belastung der Wirbelsäule durch Ganzkörpervibrationen weise nach den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen einen pathologischen Röntgenbefund im Übergang von der BWS zur LWS auf. Beim Kläger jedoch fehle es schon an massiven spondylosten Veränderungen im mittleren und oberen LWS-Bereich, so dass auch ein solcher Zusammenhang verneint werden müsse. Der mittels CT und MRT aufgedeckte Bandscheibenvorfall und die Bandscheibenvorwölbung seien nicht aussagekräftig und dürften nicht überinterpretiert werden, da in der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen sei, dass auffällige Bandscheibenbefunde und selbst Massenvorfälle ohne eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit einhergehen könnten. So sei es auch bei dem Kläger. Das Ergebnis der MRT-Untersuchung müsse gegenüber dem Röntgenbefund vernachlässigt werden. Entscheidend sei, dass wider der biomechanischen Erwartung keine Höhenminderung in den nach den Hebelgesetzen am höchsten belasteten Wirbelsegmenten vorliege. Der Kläger weise daher nicht die für die BK-Nr. 2108 und 2110 biomechanisch zu erwartenden Schadensbilder an der Wirbelsäule auf. Seiner Ansicht nach könnten die chronischen Beschwerden auch durch die vorgefundene primäre Hypermobilität mit der beginnenden Gefügelockerung der unteren LWS erklärt werden. Die zusätzlich bestehende Sakroiliitis sei eine schicksalhafte Erkrankung, welche keine Beziehung zu einer beruflichen Belastung habe.

Mit Urteil vom 23. Juli 2003 wies das Landessozialgericht die Berufung des Klägers zurück und stützte sich im Wesentlichen auf die eingeholten Gutachten. Die hiergegen eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde wurde vom Bundessozialgericht als unzulässig verworfen

(Beschluss vom 8. Oktober 2003).

Am 12. Dezember 2003 beantragte der Kläger erneut Leistungen nach dem SGB VII. Zur Begründung verwies er u. a. auf ein CT der Lendenwirbelsäule vom 8. Oktober 2003, in welchem ein kleiner linksseitiger Bandscheibenvorfall Segment L 5/S 1 festgestellt wurde. Eine Sakroiliitis erscheine weniger wahrscheinlich. Soweit die Beschwerden anhalten sollten, wurde ergänzend eine Bestimmung von HLA-B 27 vorgeschlagen.

Mit Bescheid vom 26. Mai 2004 lehnte die Beklagte die Rücknahme des vorher erteilten Bescheides gem. [§ 44 SGB X](#) ab und wies den hiergegen eingelegten Widerspruch mit Bescheid vom 6. September 2004 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 28. September 2004 Klage erhoben und zur Begründung das Vorliegen eines Morbus Bechterew bzw. einer Sakroiliitis bestritten. Im Rahmen eines Erörterungstermins am 25. August 2005 hat das Sozialgericht Halle darauf hingewiesen, dass es die Voraussetzungen zum Erlass eines Gerichtsbescheides als gegeben ansehe und insoweit ausdrücklich rechtliches Gehör gewährt. Hiergegen hat der Kläger protestiert und vorgetragen, man müsse ihm Gelegenheit geben, sich zu den beiden Gutachten und den Urteilen äußern zu können.

Mit Gerichtsbescheid vom 21. November 2005 hat das Sozialgericht Halle die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Antrag des Klägers nach [§ 44 SGB X](#) sei nicht begründet; eine erneute Sachprüfung sei nicht geboten. Der Kläger habe keine neuen Tatsachen, die Anhaltspunkte für einen unrichtigen Sachverhalt erbringen könnten, vorgetragen. Er setze sich nur mit den vorhandenen Befunden, Gutachten und gerichtlichen Wertungen auseinander. Das Gutachten von Prof. Dr. R. sei überzeugend.

Am 20. Dezember 2005 hat der Kläger Berufung eingelegt und zur Begründung sinngemäß auf [§ 44 SGB X](#) verwiesen. Das Urteil stütze sich auf medizinische Gutachten, nicht verwertet werden dürften bzw. nicht nach besten ärztlichen Wissen und Gewissen erstattet worden seien. Bei ihm läge eine bandscheibenbedingte Erkrankung vor. Er habe 30 Jahre lang belastend gearbeitet. Bei ihm liege exakt das Verteilungsmuster krankhafter Röntgenbefunde vor, dass nach einer Ganzkörpervibrationsbelastung nach dem Gutachten von Prof. Dr. R. zu erwarten wäre (vermehrte Sklerosierung der Deck- und Grundplatten als Osteochondrose und ventrale teilweise spitzwinklige Überbrückung als Spondylose). Dies hätten auch andere Ärzte bestätigt. Erneut hat der Kläger vorgetragen, die Diagnose Morbus Bechterew sei falsch. Zwei Ärzte hätten das Vorliegen dieser Erkrankung ausdrücklich ausgeschlossen. Das Landessozialgericht habe sich in seinem Urteil vom 23. Juli 2003 unrichtig auf einen von Prof. Dr. V. (Waldkrankenhaus) diagnostizierten Morbus Bechterew gestützt. Eine von dem Waldkrankenhaus zweimal durchgeführte Szintigrafie besage eindeutig das Gegenteil. Ergänzend stützt sich der Kläger wieder auf das Schreiben von Prof. Dr. K. vom 28. August 2001. Schließlich seien seine Rechte nach [§ 103 Abs. 2 SGB VII](#) (Teilnahme an der sogenannten Unfalluntersuchung) sowie sein Auswahlrecht des Sachverständigen bei der Einholung von Gutachten gemäß [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) verletzt worden. Durch die Entscheidung mit Gerichtsbescheid sei sein Grundrecht auf rechtliches Gehör verletzt worden. Er habe nicht Gelegenheit gehabt, sich vollständig zu den betreffenden Sachverhalten zu äußern.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Halle vom 21. November 2005 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. Mai 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. September 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Rücknahme des Bescheides vom 13. Oktober 1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 5. März 1999 wegen einer Berufskrankheit nach der Nummer 2108 und 2110 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens von Dr. S ... Dieser hat ausgeführt, er könne keine wesentlich vermehrte Tenosierung im Lendenwirbelsäulenbereich und insbesondere keine Myogelosenbildung feststellen. Die Brustwirbelsäule zeige sich weitgehend eingesteift; auch die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule war eingeschränkt (Zeichen nach Schober 10/12,5 cm; Finger-Boden-Abstand 45 cm). Eine Nervenwurzelreizung im Rumpfbereich konnte Dr. S. nicht feststellen; die Zeichen nach Lasègue und Bragard waren beidseits negativ. Seiner Auffassung nach zeigte die MRT-Aufnahme vom 7. Februar 1996 ein normales "Sandwich-Muster". Auffällig erscheine die teils großen Unregelmäßigkeiten der Abschlussplatten, am deutlichsten im Deckplattenbereich L 2 im Sinne von Residuen einer Scheuermanschen Erkrankung. Relativ gleichförmig sei dies auch an den noch mit abgebildeten unteren Brustwirbelsäulen-Etagen zu erkennen. Auf den MRT-Aufnahmen vom 19. November 1999 könne er eine erhebliche Spondylarthrose bei L 5/S 1 feststellen. Auf den 2010 bei seiner eigenen Untersuchung angefertigten Röntgenaufnahmen wirke lediglich der Bandscheibenraum beim L 4/5 höhengemindert (fraglich auch initial bei L 5/S 1). Eine Spondylose fehle - außer im Segment L 4/5 - an Fder LWS und an den mit abgebildeten unteren Etagen der Brustwirbelsäule gänzlich. Die Brustwirbelsäule zeige Veränderungen im Sinne eines Morbus Scheuermann. Nach Ansicht von Dr. S. ließen sich zwar Verschleißveränderungen in allen Bewegungssegmenten der Lendenwirbelsäule nachweisen; nur im Bandscheibenraum L 4/5 finde man aber eine hiermit verknüpfte Höhenminderung der Bandscheibe, die die Drittelgrenze, wie sie im Konsenspapier vorgegeben werde, erreichen dürfte. An sämtlichen übrigen Bandscheibenräumen zeigten sich altersgerechte Höhenverhältnisse; hier fehle auch eine Sklerosierung und jegliche, auch nur geringfügige spondylotische Reaktionen, so dass insoweit die Voraussetzungen für eine bildtechnische Feststellung einer Bandscheibenerkrankung fehlten. Andererseits zeige die Lendenwirbelsäule aber noch anderweitige Auffälligkeiten, so z. B. die ausgeprägte Spondylarthrose am Lumbosacralcharniers (L 5/S 1), die ganz offenkundig aus der etwas vermehrten ventralen Beckenkipfung resultiere. Die Beschwerden des Klägers könnten durchaus auch auf das sogenannten "Baastrup-Phänomen" (Rückenschmerzen infolge sich berührender Dornfortsätze) und die "chorda dorsalis" zurückgeführt werden, wie sie auch Prof. Dr. R. bereits beschrieben habe. Die Lendenwirbelsäule zeige aber auch und insbesondere im Lendenwirbelkörper L 4/5 Residuen einer Scheuermanschen Erkrankung, die im Brustwirbelsäulenbereich in einer eher blanden (d.h. milden, reizlosen) Ausprägung vorzufinden sein, was möglicherweise auch dazu geführt habe, dass in früheren Befundberichten und Gutachten dieser

Einzelaspekt nicht weiter thematisiert worden wäre. Darüber hinaus zeige auch die Lendenwirbelsäule klassische Merkmale einer allerdings nur sehr langsam ablaufenden Bechterewschen Erkrankung. Damit seien mehrere krankhafte Veränderungen an der Lendenwirbelsäule festzustellen, die weit überwiegend - außer der Bandscheibenerkrankung L 4/5 - sich außerhalb dessen bewegten, was sowohl nach den Vorgaben der Merkblätter zu den beiden in Betracht kommenden Berufskrankheiten (BK) als auch aus den Konsensempfehlungen anerkennungsfähig wäre. Bezüglich einer bandscheibenbedingter Erkrankung im Segment L 4/5 sei kein erhöhter Muskeltonus festzustellen. Zwar liege eine Entfaltungsstörung vor, die aber nachhaltig durch die Versteifungsvorgänge am Achsenorgan mitverursacht werde. Ein provozierbarer Segmentschmerz sei in einem gewissen Umfang festzustellen. Insgesamt seien damit zumindest drei der fünf Befundkriterien für die Feststellung einer bandscheibenbedingten Erkrankung als erfüllt anzusehen, wobei allerdings das Kriterium Entfaltungsstörung auch durch andere krankhafte Wirbelsäulenveränderungen mitverursacht werde. Zusammenfassend bedürfe es also einer relativ großzügigen Handhabung, um eine bandscheibenbedingte Erkrankung zu bejahen, die aber in jedem Fall einem monosegmentalen Schadensbild entspreche und dies in einer deutlich geringeren bildtechnischen Entwicklung als dies im Bereich der Halswirbelsäule nachzuweisen sei. Ob dies 1995 zum Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit schon in dieser Form vorgelegen habe, sei zu hinterfragen. Selbst wenn man noch von einer bandscheibenbedingten Erkrankung ausginge, so sei diese im Wesentlichen auf die Scheuermannsche Erkrankung bzw. den Morbus Baastrop und den Morbus Bechterew zurückzuführen. Die Beschwerden im unteren Lumbalbereich des Klägers seien Ausdruck der zweietagigen relativ fortgeschrittenen Spondylarthrose und möglicherweise auch einer gewissen Gefügelockerung in dem bandscheibenerkrankten Segment L 4/5. Bei dem Kläger sei auch noch zusätzlich die leicht knickförmige Anordnung des lumbosakralen Scharniers zu berücksichtigen. Nach einer primär ablaufenden Spondylarthrose lasse sich sehr häufig eine zeitlich nachhinkende sekundäre Bandscheibenerkrankung, besonders häufig im Segment L 4/5, nachweisen. Positivkriterien mit Indizwirkung für eine Berufskrankheit lägen nicht vor. Es fände sich nicht die Spur einer Begleitspondylose, die dann - in erheblicher Ausprägung und bis zur unteren Brustwirbelsäule reichend - zu erwarten wäre. Bei dem Vorliegenden einer BK-Nr. 2110 könne nicht erwartet werden, dass solche Belastungen nur in ein oder zwei Bewegungssegmenten Spuren hinterlassen könnten. Ähnliches gelte für die BK-Nr. 2108. Schließlich sei auch zu berücksichtigen, dass angesichts der Verschleißerscheinungen im Halswirbelsäulenbereich eine B 8 - Konstellation vorliege, die allerdings von fehlenden wesentlichen konkurrierenden Ursachen mitgeprägt sei, so dass schon aufgrund des Verteilungsmusters keine Anerkennung möglich sei. Hinzu komme, dass die belastende berufliche Tätigkeit bereits vor 15 Jahren beendet wurde, vor 15 Jahren aber mit Sicherheit der Bandscheibenbefund bei L 4/5 noch wesentlich günstiger gewesen sein müsse als zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Zusammenfassend ergebe sich danach eine solche Fülle und Gewichtigkeit an Indizien gegen eine berufliche Verursachung der Bandscheibenerkrankung bei L 4/5, dass die Wahrscheinlichkeit in einem sehr hohen Maße gegen eine Verursachung durch berufliche Belastungen spreche. Ohne Berücksichtigung des Verschleißschwerpunktes im HWS-Bereich käme man im vorliegenden Einzelfall zu einer weitestgehend typischen B 10 Konstellation, die nicht anerkannt werden könne.

Auf die Kritik des Klägers hat der Gutachter in einer ergänzenden Stellungnahme seine Darlegungen weiter vertieft.

Der Senat hat Kopien aus Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Seiten 500-511 und die Medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule (Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des HVBG eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe, siehe Gerichtsakte Bl. 261 ff - im weiteren Konsensempfehlungen) beigezogen und den Beteiligten zur Kenntnis gegeben.

Die Beteiligten haben sich in einer Entscheidung durch den Berichterstatter nach [§ 155 Abs. 4 SGG](#) einverstanden erklärt.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

II.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg. Die statthafte ([§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) sowie frist- und formgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

A.

Das Sozialgericht (SG) hat nicht verfahrensfehlerhaft entschieden.

Es ist kein Verstoß gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs ([Art. 103 Grundgesetz, § 62 SGG](#)) erkennbar. Soweit der Kläger [§ 139 Abs. 2 Zivilprozessordnung](#) zitiert und meint, das Gericht sei zum sogenannten Rechtsgespräch über nicht oder nicht voll erkannte rechtliche Gesichtspunkt verpflichtet, so ist hier fernliegend, dass der Kläger von den Ausführungen im Gerichtsbescheid des SG Halle überrascht wurde. Schließlich hatten sich zuvor auch das SG Halle in seiner Entscheidung vom 22. Februar 2000 sowie das Landessozialgericht in seinem Urteil vom 23. Juli 2003 sowie nachfolgend auch erneut die Beklagte auf den Umstand gestützt, die sogenannten medizinischen Voraussetzungen zur Anerkennung der streitigen Berufskrankheiten lägen nicht vor.

Zudem hatte der Kläger in diesem rund 40-minütigen Erörterungstermin durchaus die Gelegenheit, seine Bedenken vorzutragen; aus dem Protokoll ergibt sich, dass der Kläger dies getan hat. Darüber hinaus ist der erkennende Senat der Überzeugung, dass der Kläger durchaus in der Lage ist, sich schriftlich zu artikulieren, wie er es vorher und nachher ausgiebig getan hat. Eine mündliche Verhandlung ist bei einer Entscheidung nach [§ 105 SGG](#) nicht vorgesehen.

Das SG hat den Kläger ordnungsgemäß nach [§ 105 Abs. 1. Satz 2 SGG](#) zu der Möglichkeit einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört. Ausweislich des Protokolls des Erörterungstermins vom 25. August 2005 hat das SG darauf hingewiesen, dass es die Voraussetzungen zum Erlass eines Gerichtsbescheides als gegeben ansieht und ausdrücklich hierzu rechtliches Gehör gewährt. Anschließend hatte der Kläger fast drei Monate Zeit zu weiteren Stellungnahmen.

Die Entscheidung durch Gerichtsbescheid war möglich; insbesondere lag der Rechtsstreit angesichts der bereits vorliegenden Gutachten und Entscheidungen einfach und durfte als geklärt angesehen werden. Der Kläger wiederholt letztlich im Wesentlichen seit über zehn Jahre den gleichen Vortrag, ohne die dazu ergangenen Urteile wirklich in Gänze zur Kenntnis zu nehmen. Nur angesichts der nicht absehbaren Entwicklung neuer Erkenntnisse zum Schadensbild sah sich der Senat im Berufungsverfahren veranlasst, zum Ausschluss letzter Zweifel ein medizinisches Gutachten einzuholen, welches auch nur die bisherigen Erkenntnisse eindrucksvoll bestätigte.

B.

Die Klage ist unbegründet. Der Kläger wird durch den Bescheid vom 26. Mai 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. September 2004 nicht in seinen Rechten verletzt, weil dieser rechtmäßig ist. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Aufhebung des Bescheides vom 13. Oktober 1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 5. März 1999 nach § 44 Abs. 1 Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X). Nach dieser Norm ist ein Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind. Denn der Bescheid vom 13. Oktober 1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides ist rechtmäßig.

1.

Das Verwaltungsverfahren leidet nicht an einem rechtlich erheblichen Fehler.

a) Eine rechterhebliche Verletzung des § 200 Abs. 2 Sozialgesetzbuch 7. Buch (Gesetzliche Unfallversicherung - SGB VII) ist nicht festzustellen, obgleich das Gutachten vom 8. Juli 1998 entgegen der Anforderung der Beklagten offensichtlich von Dr. S. sowie Herrn K. erstellt wurde.

aa) Zum einen findet [§ 200 SGB VII](#) hier keine Anwendung. Wie das Landessozialgericht bereits für den vorliegenden Fall entschieden hat, richtet sich der vom Kläger geltend gemachte Anspruch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO). Diese werden auf Versicherungsfälle angewendet, die vor Inkrafttreten des SGB VII am 1. Januar 1997 eingetreten sind (Art. 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz vom 7. August 1996, [BGBl. I S. 1254](#); vgl. [§ 212 SGB VII](#)). Dies ist hier der Fall, weil der Kläger mit Antrag vom 2. Juni 1995 die Anerkennung der BK wegen seiner Wirbelsäulenbeschwerden und der daraus folgenden Arbeitsunfähigkeit seit 10. April 1995 geltend gemacht hatte (vgl. § 551 Abs. 3 RVO).

bb) Selbst wenn man hier von einer Geltung des [§ 200 SGB VII](#) ausgehen würde, wäre eine rechterhebliche Verletzung dieser Vorschrift nicht festzustellen. Denn ein Versicherter, der meint, dass nicht der von ihm ausgewählte Arzt das Gutachten erstellt, hat er dies unverzüglich anzuzeigen (Rügeobliegenheit - so ausdrücklich BSG, 20.07.2010, [B 2 U 17/09 R](#), Juris). Er muss dies nicht hinnehmen; es obliegt ihm aber, sein Auswahlrecht unverzüglich zu verteidigen. Daher kann nach den Umständen des Einzelfalls seine Mitwirkung an einer Gutachtenerstellung durch einen vom Träger bestellten Gutachter, den der Versicherte zuvor als von ihm nicht ausgewählt erkannt hat, die Genehmigung der vom Träger getroffenen Gutachterausswahl bedeuten. Erkennt der Versicherte den Fehler ausnahmsweise erst später, etwa bei Kenntnisnahme von dem Gutachten, obliegt es ihm besonders dringlich, dies unverzüglich dem Träger mitzuteilen. Denn nur dann kann dieser sofort die Lage klären und notfalls rechtzeitig ein Gutachten des vom Versicherten ausgewählten Sachverständigen einholen. Nur so kann der Träger sicherstellen, dass er seine das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung auf ein Gutachten stützen kann, das ohne eine Verletzung des Auswahlrechts erstellt wurde. Nach der Rechtsprechung des BSG kann daher eine Verletzung des Auswahlrechts grundsätzlich nur bis zum Abschluss des jeweiligen Verwaltungsverfahrens vom Unfallversicherungsträger geheilt werden. Deshalb wird die Verletzung, auch wenn sie ungeheilt bleibt, mit dem Abschluss des Verwaltungsverfahrens grundsätzlich unbeachtlich (BSG, 20.07.2010, [B 2 U 17/09 R](#), Juris). Hier hat der Kläger nicht nur das Verwaltungsverfahren, sondern sogar ein Gerichtsverfahren bis zum BSG durchgeführt, ohne diese Verletzung zu rügen.

Eine Ausnahme, weil der Versicherte ausnahmsweise die Verletzung seines Auswahlrechts vor dem Erlass des abschließenden Verwaltungsaktes nicht erkennen konnte, oder weil der Träger das Auswahlrecht trotz einer rechtzeitigen Rüge des Bürgers nicht als verletzt ansieht und keine Heilung veranlasst (dazu BSG, 20.07.2010, [B 2 U 17/09 R](#), Juris), liegt hier nicht vor. Denn dem Kläger war bereits aufgrund der korrekt durchgeführten Anhörung bewusst, dass er Prof. Dr. H. ausgewählt hatte, wie er auch selbst im Berufungsverfahren betont hat. Ebenso war ihm von Anfang an bekannt, dass er nicht von diesem Arzt untersucht worden war, den er nach eigenen Angaben "nie zu Gesicht bekommen" hat. Spätesten im ersten Berufungsverfahren war dem Kläger auch bewusst, dass das Gutachten von Dr. S./K. erstellt wurde, die in dem Berufungsschriftsatz vom 20. April 2000 ausdrücklich genannt werden. Gleichwohl erfolgte kein Hinweis auf einen Verfahrensfehler oder gar eine Rüge.

cc) Schließlich stützt der Kläger sein Begehren hier auf [§ 44 SGB X](#). Danach muss bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden sein, der sich als unrichtig erweist, und deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sein. Diese Ursächlichkeit kann bei Verfahrensfehlern nicht vorliegen, wenn diese wie hier keine Auswirkungen auf das Ergebnis haben können.

b) Eine Verletzung des [§ 103 Abs. 3 Abs. 2 SGB VII](#) liegt nicht vor. Nach dieser Vorschrift ist der Versicherte berechtigt, an der Untersuchung eines Versicherungsfalles, die am Arbeitsplatz durchgeführt wird, teilzunehmen.

aa) Wie oben bereits ausgeführt, ist das SGB VII erst zum 1. Januar 1997 in Kraft getreten und findet auf den vorliegenden Fall keine Anwendung; daher war eine Beteiligung des Klägers vor diesem Stichtag nicht erforderlich.

bb) Letztlich kommt es hierauf nicht an. Eine Anerkennung einer Berufskrankheit darf nicht aufgrund von eventuellen Verfahrensfehlern erfolgen, wenn diese Berufskrankheit tatsächlich nicht vorliegt. Nach [§ 42 Satz 1 SGB X](#) kann die Aufhebung eines Verwaltungsaktes nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Soweit der Kläger die Anerkennung der Berufskrankheiten Nr. 2108, 2110 begehrt, ist offensichtlich, dass hier die Beklagte von Anfang an von dem Vorliegen der entsprechenden

Exposition ausgegangen ist. Zwischen den Beteiligten sind ausschließlich die medizinischen Voraussetzungen umstritten. Grundsätzlich hätte die Beklagte zu der Frage der Exposition keinerlei Ermittlungen anstellen müssen; die (für den Kläger günstigen Feststellungen) erwachsen ohnehin nicht in Rechts- oder Bestandskraft. Das gleiche ergibt sich – wie bei cc) ausgeführt – auch aus einer näheren Betrachtung des [§ 44 SGB X](#).

2.

Die Beklagte hat zu Recht die Voraussetzungen für die BK-Nr. 2108 und 2110 abgelehnt hat, so dass auch ein Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente entfällt. Die Ausführungen von Dr. S., die letztlich mit denen von Prof. Dr. R. übereinstimmen, wonach keine Berufskrankheit vorliegt, sind überzeugend.

Gemäß dem hier anwendbaren §§ 551 Abs. 1 RVO ist eine Krankheit eine BK, wenn sie durch die Rechtsverordnung ausdrücklich als solche bezeichnet wurde und der Versicherte sie durch die versicherte Tätigkeit erleidet. Die Bundesregierung hat mit Zustimmung des Bundesrates durch Art. 1 Ziff. 4 und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 der 2. Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 19. Dezember 1992 (BGBl. S. 2343) die oben näher bezeichneten BK-Nr. 2108 und BK-Nr. 2110 für die Versicherungsfälle rückwirkend in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen, die nach dem 31. März 1988 eingetreten sind.

Die BK Nr. 2108 erfasst bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung bzw nach Nr. 2110 bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die - jeweils - zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die Erkrankung erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. BSG, 30.04.1985, [2 RU 24/84](#), [BSGE 58, 80](#), 83). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, 20.01.1987, [2 RU 27/86](#), [BSGE 61, 127](#), 129). Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im Berufskrankheitenrecht gilt, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung, die das BSG in den Entscheidungen vom 9. Mai 2006 ([B 2 U 1/05 R](#), [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), [B 2 U 26/04 R](#), Juris m.w.N.) zusammengefasst dargestellt hat. Die Theorie der wesentlichen Bedingung hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der Ursache eines Erfolges jedes Ereignis ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio 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 andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Gesichtspunkte für die Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache sind insbesondere die versicherte Ursache bzw das Ereignis als solches, also Art und Ausmaß der Einwirkung, konkurrierende Ursachen unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens und Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach den Einwirkungen, Befunde und Diagnosen der erstbehandelnden Ärzte sowie die gesamte Krankengeschichte. Trotz dieser Ausrichtung am individuellen Versicherten sind der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs im Einzelfall der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Ursachenzusammenhänge zwischen Ereignissen und Gesundheitsschäden zugrunde zu legen. Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang nach der Theorie der wesentlichen Bedingung positiv festgestellt werden muss und hierfür hinreichende Wahrscheinlichkeit genügt, nicht jedoch die bloße Möglichkeit.

Abweichend von einem Arbeitsunfall mit seinem 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 BKn und insbesondere der BK Nr. 2108 in der Regel schwieriger. Denn angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen (vgl. BSG, 27.06.2006, [B 2 U 13/05 R](#), [SozR 4-2700 § 9 Nr. 9](#) unter Hinweis auf BR-Drucks 773/92, S 8), der Dauer der zu berücksichtigenden Zeiträume und des Fehlens eines eindeutig abgrenzbaren Krankheitsbildes, das für Belastungen durch Heben und Tragen oder Arbeit in Rumpfbeugehaltung typisch ist (vgl. Konsensempfehlungen), stellt sich letztlich entscheidend nur die Frage nach einer wesentlichen Mitverursachung der LWS-Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen (vgl. BSG, 27.06.2006, [B 2 U 13/05 R](#), [SozR 4-2700 § 9 Nr. 9](#)).

a) Zwischen den Beteiligten ist unumstritten, dass der Kläger belastend tätig war. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei der Festlegung von Belastungsgrenzwerten, die im Verlauf der versicherten Berufstätigkeit mindestens erreicht worden sein müssen, damit ein rechtlich relevanter Ursachenzusammenhang mit der späteren Erkrankung angenommen werden kann, synergetische und additive Wirkungen zu berücksichtigen sind, die sich beim Zusammentreffen mehrerer schädlicher Einwirkungen ergeben (BSG, 27.06.2006, [B 2 U 9/05 R](#), Juris m. w. N.; siehe grundlegend zur Exposition bei der BK Nr. 2108 BSG, 18.11.2008, [B 2 U 14/08 R](#), Juris). Nach den Feststellungen des Technischen Aufsichtsdienstes der Beklagten war der Kläger bis Mai 1991 insgesamt rund neun Jahre exponiert tätig. Hinzu kommen noch rund vier Jahre für die Zeit von Juni 1991 bis April 1995. Die belastende Tätigkeit ist damit unstrittig. Der Senat hat keinen Anlass, hieran zu zweifeln.

b) Allerdings scheitert der Anspruch des Klägers daran, dass eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für den Ursachenzusammenhang zwischen der gefährdenden Einwirkung und der vorliegenden bandscheibenbedingten Erkrankung auch unter Berücksichtigung der Konsensempfehlungen nicht festgestellt werden kann.

Die Frage, unter welchen Umständen ein gefundenes Schadensbild mit Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Belastung zurückzuführen ist, ist nach dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand unter Zuhilfenahme medizinischer Erfahrungssätze festzustellen. Als aktueller Erkenntnisstand sind solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen

Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also, von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht. Dazu können einschlägige Publikationen, beispielsweise die Merkblätter des zuständigen Bundesministeriums oder Konsensusempfehlungen der mit der Fragestellung befassten Fachmediziner herangezogen werden, sofern sie zeitnah erstellt oder aktualisiert worden sind und sich auf dem neuesten Stand befinden (BSG, 27.10.2009, [B 2 U 16/08 R](#), juris). Dr. S. hat seiner Beurteilung dem folgend zu Recht die bereits zitierten Konsensempfehlungen zugrunde gelegt. Denn bei diesen handelt es sich um aktuelle und neuste Empfehlungen der mit der einschlägigen Fragestellung befassten Fachmediziner, die den maßgebenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand wiedergeben (insgesamt zur Orientierung an den Konsensempfehlungen BSG, a.a.O.).

Nach Ansicht von Dr. S. liegt hier eine "B 10" Konstellation nach den Konsensempfehlungen vor. Damit muss folgendes Krankheitsbild vorliegen:

"aa) Lokalisation: Die bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft L5/S1 und/oder

L4/L5 und Ausprägung des Bandscheibenschadens: Chondrose Grad II oder höher

und/oder Vorfall

bb) Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren erkennbar

cc) keine Begleitspondylose"

Bei Vorliegen dieses Schadensbildes gilt nach den Konsensempfehlungen ein Zusammenhang als nicht wahrscheinlich. Diese Voraussetzungen liegen nach den Feststellungen von Dr. S. vor; dies ist nachvollziehbar und überzeugend.

aa) Lokalisation: Die bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft L5/S1 und/oder L4/L5 und Ausprägung des Bandscheibenschadens: Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall

Eine bandscheibenbedingte Erkrankung liegt beim Kläger - bei großzügiger Betrachtung - bei L 4/5 vor. Wiederholt wird (teilweise) von einem Bandscheibenvorfall an diesem Segment berichtet.

Allerdings ist dieser Bandscheibenschaden - wie Dr. S. ausführt - gering ausgeprägt; wesentlich für die Beschwerden des Klägers sind andere Wirbelsäulenerkrankungen, die mit Sicherheit nicht berufsbedingt sind. Eine für einen Bandscheibenvorfall typische Nervenwurzelreizung im Rumpfbereich konnte Dr. S. nicht feststellen; das Zeichen nach Lasègue und Bragard waren beidseits negativ. Sofern der Kläger darauf verweist, andere Ärzte hätten bei ihm ein positives Zeichen nach Lasègue festgestellt, so kann der Senat auch eigener Anschauung und Erfahrung sich den Ausführungen von Dr. S. anschließen, wonach dieses Zeichen äußerst unzuverlässig ist. Nachvollziehbar und überzeugend führt Dr. S. insoweit aus, dass man zusätzlich als Zeichen nach Bragard zu prüfen habe, um Fehlinterpretationen auszuschließen.

Letztlich wäre im Übrigen - wie bereits dargelegt - der Kläger beweispflichtig, dass Dr. S. und nicht seine behandelnden Ärzte insoweit eine falsche Beobachtung gemacht haben. Zweifel an möglicherweise anspruchsbegründenden Tatsachen gehen nach allgemeinen Regeln zu Lasten des Beteiligten, der hieraus eine ihm günstige Rechtsfolge herleitet (ständige Rechtsprechung BSG, 10 RV 995/55, [BSGE 6, 70](#), 73; BSG, 20.1.77, [8 RU 52/76](#), BSGE 73, 110, 112 = SozR 2200 § 548 Nr. 27), hier also zu Lasten des Klägers. Die eingeholten Gutachten haben wiederholt die Position der Beklagten bestätigt.

Auffällig ist auch - worauf Dr. S. mit Recht hinweist -, dass die Funktionseinschränkung nach dem Ende der Exposition noch gering war. Eine gute Beweglichkeit der LWS hat Prof. Dr. R. ausdrücklich bestätigt; er ging sogar von einer hypermobilen Wirbelsäule aus (Bl. 15 seines Gutachtens = Bl. 124 Gerichtsakte L [6 U 43/00](#)). Dies wird auch durch den Bericht des Kreiskrankenhauses H. vom 19. Juli 1996 (geringe Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule) bestätigt. Diesen Bericht nimmt der Kläger nur selektiv wahr, da er dies mit einem anderen Bericht einem andern Zeitraum vermischt.

Dass der Kläger bei anderen Untersuchungen eine eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule zeigte, spricht für eine akute Erkrankung und nicht für eine chronisch fortwirkende Berufskrankheit. Speziell muskuläre Verspannungen können - im Gegensatz zu Bandscheibenschäden - variieren. Nachvollziehbar hat Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme darauf hingewiesen, dass eine solche muskuläre Verspannung nur schwierig zu beschreiben und zu quantifizieren ist und darüber hinaus auch in hohem Maße von verschiedenen, auch wechselnden Parametern abhängig sei. Zu Recht verweist Dr. S. auch auf den Umstand, dass sich die Befunde - wie z.B. der Atembereite - im Laufe der Zeit verändern können. Hier liegen Befunde von nunmehr rund 16 Jahren vor.

Soweit man von einer bandscheibenbedingten Erkrankung ausgeht, so liegt diese allerdings nur im Segment L4/L 5 vor. Mit Dr. S. kann der Senat schwer nachvollziehen, dass die berufsbedingten Belastungen nur in ein oder zwei Bewegungssegmenten Spuren hinterlassen haben sollen. Dies könnte - als ein Indiz unter vielen - gegen eine berufsbedingte Erkrankung sprechen. Letztlich kann dies aber auch offen bleiben. Auffällig ist auch, dass Verschleißerscheinungen im Halswirbelsäulenbereich vorliegen, die mangels entsprechender Exposition nicht berufsbedingt erklärlich sind. Stark verändert ist auch die Brustwirbelsäule. Selbst in dem Bericht der Rheumasprechstunde der Freien Universität Berlin vom 12. Dezember 2000 (Prof. Dr. S., auf den sich der Kläger ausdrücklich stützt, zeigten sich auf den Röntgenaufnahmen deutliche degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule; im Bereich der Lendenwirbelsäule ließen sich aber keine wesentlichen degenerativen Veränderungen nachweisen.

bb) Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren

Es sind wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren erkennbar. Die Beschwerden im unteren Lumbalbereich des Klägers sind nach den Feststellungen von Dr. S. in erster Linie Ausdruck der zweietagigen relativ fortgeschrittenen Spondylarthrose. Eine Spondylarthrose ist eine degenerative Veränderungen der Wirbelbogengelenke und nicht der Bandscheibe. Diese Erkrankung kann aber eine bandscheibenbedingte

Erkrankung der LWS verursachen. Dr. S. führt aus, nach einer primär ablaufenden Spondylarthrose lasse sich sehr häufig eine zeitlich nachhinkende sekundäre Bandscheibenerkrankung, besonders häufig im Segment L 4/ 5 nachweisen. Für die - grenzwertige - Bandscheibenerkrankung lässt sich daher eine andere Ursache konkret benennen. Hinzu kommt bei dem Kläger auch noch zusätzlich die leicht knickförmige Anordnung des lumbosakralen Scharniers.

Wie das Landessozialgericht bereits 2003 zu dem damaligen Verfahren ausgeführt hat, ist wesentlich, dass bei dem Kläger eine systemische Erkrankung vorliegt, nämlich die Spondylitis, die besonders im Bereich der BWS zu Randzackenbildung an den Wirbelkörpern mit überbrückenden Anteilen und im Bereich des Iliosakralgelenkes zu der perlschnurartigen Sklerosierung und dem "bunten Bild" geführt hat. Unerheblich ist in diesem Zusammenhang die Phase der Erkrankung, d. h., ob sie schon zu einer Versteifung (Ankylosierung) der beteiligten (Wirbel-) Gelenke geführt hat oder derzeit bild- und labordiagnostisch (Entzündungsparameter, Szintigraphie) kein Fortschritt der entzündlichen Veränderung zu beobachten ist, ein florides Geschehen also ausgeschlossen werden kann.

Das Vorliegen eines Morbus Bechterew haben zum Beispiel Dr. S. und Herr K. in der Aufzählung der leistungsrelevanten orthopädischen Diagnosen zusammengefasst: "Chronisch rezidivierendes thorakales lumbales Schmerzsyndrom bei Spondylitis ankylosans und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit geringer rechtskonvexer Kyphoskoliose der BWS und einer degenerativen Bandscheibenerkrankung im Segment L 4/5". Die Diagnosen dieser Ärzte hat der Kläger selbst auf Seite 7 seines Schreiben vom 14. Juni 2006 als "überzeugend" bezeichnet.

Keinen Erfolg hat es, soweit der Kläger rügt, dass das Landessozialgericht in seinem Urteil vom 23. Juli 2003 sich auf den von Prof. Dr. V. diagnostizierten Morbus Bechterew gestützt hat. Zwar konnte diese Erkrankung nicht in der zweimal durchgeführten Szintigrafie festgestellt werden; unter dem 25. Februar 1997 berichtet dieser Arzt jedoch eindeutig, dass man bei dem Kläger eine Spondylitis ankylosans (Bechterew'sche Erkrankung) festgestellt habe (Bl. 140 VA).

Richtig ist zwar, dass Prof. Dr. R. einen Morbus Bechterew nicht festgestellt hat. Mit der Frage, ob der Morbus Bechterew vorliegt oder nicht, hat sich dieser Sachverständige in seinem Gutachten ausführlich auseinandergesetzt (Bl. 321 VA). Auch er bezeichnete den Befund im Bereich der Iliosakralgelenke als typisch für einen Morbus Bechterew, verlangt aber einen Unterschied zu diversen anderen Ärzten weitere Indizien und lässt einen positiven HLA-B 27-Befund nicht ausreichen. Allerdings hat er dafür eine seronegative Sakroiliitis diagnostiziert, die so von den übrigen Gutachtern nicht festgestellt wurde. Je nach Schwerpunkt der Bewertung der Kriterien (positiver HLA B 27-Wert, Vorliegen einer Sakroiliitis, negative Skelettszintigraphie, niedrige Entzündungsparameter etc.) haben einige Ärzte die Diagnose einer Bechterew'schen Erkrankung (Spondylitis ankylosans) gestellt (Dr. M ... R. und Prof. Dr. V.), wohingegen ein anderer von einer seronegativen Sakroiliitis ausgegangen ist (Prof. Dr. R.) oder den Befund als ankylosierende Spondylitis (Prof. Dr. S. bzw. als HLA B 27-positive Spondarthritis (Prof. Dr. K.) bezeichnet hat. Für die Beurteilung kommt es nicht darauf an, wie die anlagebedingte Erkrankung des Klägers zu bezeichnen ist; maßgeblich ist allein, dass alle Ärzte von einer solchen nicht berufsbedingten Erkrankung ausgehen. Dies hatte das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt auch bereits in seiner Entscheidung vom 23. Juli 2003 ausdrücklich dargelegt, ohne dass der Kläger dies bisher zur Kenntnis genommen hat.

Als weitere nicht bandscheibenbedingte Erkrankung liegt bei dem Kläger nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen Dr. S. ein "Baastrup-Phänomen" vor. Hierbei handelt es sich um Rückenschmerzen infolge sich berührender Dornfortsätze; diese Erkrankung wird bereits in einer Röntgenaufnahme von April 1995 beschrieben. Hinzu kommt die gleichfalls von Dr. S. beschriebene "chorda dorsalis", wie sie auch Prof. Dr. R. bereits diagnostiziert hat.

Weiter liegt nach den nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. S. eine Scheuermannsche Erkrankung vor. Da diese in einer eher blanden (d.h. milden, reizlosen) Ausprägung vorzufinden ist, erstaunt es nicht, dass andere Gutachter diese nicht erwähnt haben. Gegen das Vorliegen eines Morbus Scheuermann spricht auch nicht, dass der Kläger bei früheren Untersuchungen als tauglich für Schwerarbeit eingestuft wurde. Wie Dr. S. ausführt, entwickelt sich ein Morbus Scheuermann als aktive Erkrankung im Jugendalter, der dann jedoch ganz typische Residuen an den Abschlussplatten der Wirbelkörper hinterlasse. Schon die Kernspinaufnahme aus 1996 zeigte klassische Merkmale einer solchen Erkrankung.

Dass eine langjährige, systemische Erkrankung vorliegt, ergibt auch schon der Vortrag des Klägers. Er selbst hat immer wieder bei der Beklagten und den beteiligten Ärzten eingeräumt, dass er schon seit Jahrzehnten an wiederkehrenden Rückenschmerzen leidet.

Soweit der Kläger heute behauptet, er habe als junger Mann noch nicht unter Rückenschmerzen gelitten, so ist diese Aussage nicht zutreffend. So hat er ausweislich von Seite 42 der Verwaltungsakte angeben, er habe in den 70er Jahren schon einmal Ischiasbeschwerden gehabt und 1984 Rückenschmerzen (Bl. 42 VA). In dem ärztlichen Entlassungsbericht der Knappschaftsklinik Warmbad vom 7. Dezember 1995 heißt es, er leide seit ca. 20 Jahren an progredienten Beschwerden der Wirbelsäule. Ähnlich heißt es in dem Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes Halle vom 19. August 1996, er habe Ende der 60er Jahre während der Arbeit in der Landwirtschaft Ischiasbeschwerden wechselnd rechts und links gehabt. In dem Gutachten von Dr. S. und Herr K. vom 8. Juli 1998 wird bei der Wiedergabe der Eigenangaben der Beschwerden ausgeführt, der Kläger leide seit 1967 an Rückenbeschwerden (Bl. 192 VA). In dem Bericht von Prof. Dr. S. vom 12. Dezember 2000 wird in der Anamnese angegeben, seit Ende des 20sten Lebensjahres sei es bei dem Kläger immer wieder zu Rückenschmerzen der unteren Lendenwirbelsäule gekommen. Dies passt auch zu dem Gutachten von Prof. Dr. R. vom 30. Juni 2001. Dort hat der Kläger über erste Ischiasbeschwerden wechselnd rechts und links ab Ende der 60er Jahre berichtet und ab Anfang der 80er Jahre über Kreuzschmerzen mit akuten Hexenschüssen. Diese Angaben können durch die Eintragung im SV-Ausweis des Klägers (Bl. 67 ff. VA) nicht widerlegt werden, da diese Eintragungen lückenhaft sind. Soweit der Kläger seine eigenen Angaben gegenüber den behandelnden bzw. begutachtenden Ärzten im Weiteren relativiert bzw. bestreitet (vgl. Bl. 79), so erscheint dies angesichts der Vielzahl von weitgehend übereinstimmenden Angaben nicht glaubhaft. Angesichts der für den Senat feststehenden Erkrankung des Klägers bereits Ende der 60er Jahre relativiert sich der Hinweis auf die Reihen- und Einstellungsuntersuchungen insbesondere von der Wismut AG.

Damit ist nicht nur belegt, dass der Kläger unter einem wiederkehrenden Geschehen gelitten hat, sondern auch, dass die Beschwerden bereits nach einigen, wenigen Jahren einer belastenden Tätigkeit auftraten, so dass tiefgreifende Zweifel an dem Ursachenzusammenhang angezeigt sind.

Nicht für den Kläger spricht auch, dass von verschiedenen Ärzten degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule festgestellt wurden. Zum einen sind hier nur Degenerationen der Bandscheibe und z.B. nicht der Gelenke relevant (vgl. die Definition der BK-Nr. 2108 [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] und BK-Nr. 2110 [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]). So ist die von Dr. S. festgestellte Spondylarthrose eine degenerative Veränderungen der Wirbelbogengelenke und nicht der Bandscheibe und damit grundsätzlich nicht anerkennungsfähig. Zudem sind degenerative Veränderungen grundsätzlich nach Vollendung des 30. Lebensjahres bei jedem zu erwarten. Die Unterschiede der Diagnosestellung zwischen einigen Befundberichten von behandelnden Ärzten und den eingeholten Sachverständigengutachten sind u.a. damit zu erklären, dass die behandelnden Ärzte auch die normalen, altersbedingten degenerativen Veränderungen als solche bezeichnen, während die Gutachter alterstypische Veränderungen nicht als Hinweis für eine Berufskrankheit akzeptieren. Dies ist der unterschiedliche Blickwinkel von Gutachter und behandelnder Arzt. Deutlich sind hier die Ausführungen von Dr. S., es ließen sich zwar Verschleißveränderungen in allen Bewegungssegmenten der Lendenwirbelsäule nachweisen; nur im Bandscheibenraum L 4/5 finde man aber eine hiermit verknüpfte Höhenminderung der Bandscheibe, die die Drittelfgrenze, wie sie im Konsenspapier vorgegeben würde, erreiche. Verfälschend ist es damit, wenn der Kläger trotz der von ihm verwendeten Zitat-Anführungszeichen das Gutachten von Dr. S. und Herr K. verkürzt wiedergibt (vgl. Bl. 196 VA [= Bl. 8 des Gutachtens] und Bl. 71 GA) und aus einer "Höhenminderung des Zwischenwirbelraumes L 5/5 1 im Rahmen der Osteochondrose" (vgl. Bl. 72 GA) die unmittelbar vorher stehende Einschränkung "allenfalls sehr diskrete" (Höhenminderung) weglässt. Eine maßgebliche Einschränkung können damit diese Gutachter ebenfalls nicht feststellen. Auch Prof. Dr. R. berichtet über "auffallend hohe Zwischenwirbelräume im Gesamtbereich der Lendenwirbelsäule als Zeichen einer primär hypermobilen Wirbelsäule".

Soweit der Kläger darauf verweist, dass auch seine behandelnden Ärzte stets zugunsten der Berufsgenossenschaft argumentieren würden, so spricht dieser Vorwurf bereits für sich und gegen den Kläger. Richtig ist, dass kein Arzt einschließlich Prof. Dr. K. vom Vorliegen einer Berufskrankheit ausgeht. Entgegen der Ansicht des Klägers spricht dessen Stellungnahme vom 28. August 2001 nicht für den Kläger. Ausdrücklich hat dieser die Schwierigkeit hervorgehoben, festzustellen, in welchem Ausmaß bei einzelnen Patienten verschleißbedingte Beschwerden durch berufliche Umstände entscheidend ausgelöst werden. Lediglich eine "Belastung der Wirbelsäule" hielt er berufsbedingt für wahrscheinlich. Eine solche berufsbedingte Belastung der Wirbelsäule ist zwischen den Beteiligten unstrittig. Eine gründliche Analyse der Befunde und eine Auseinandersetzung mit der vorliegenden Literatur fehlen konsequenterweise.

Darüber hinaus ist der Vorwurf des Klägers gegen seine behandelnden Ärzte auch unrichtig. Soweit der Kläger den Bericht des Kreiskrankenhauses H., Innere Abteilung/Chirurgische Abteilung vom 20. April 1995 einerseits mit dem Bericht für den Unfallversicherungsträger vom 19. Juli 1996 vergleicht, so werden hier jeweils verschiedene Aspekte betrachtet. Insbesondere beruht der Bericht von 1996 auf einer Röntgenaufnahme, die ausschließlich Veränderungen im Bereich der unteren Brustwirbelsäule zeigte. Über Beschwerden an der LWS wird in beiden Schreiben berichtet; es ist jedoch nachvollziehbar, dass die Diagnose des Schreibens vom 1995 (degenerative Lendenwirbelsäulenerkrankung) so nicht aufrecht erhalten wurde. Soweit über eine unterschiedliche Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule berichtet wird, so verwundert dies gleichfalls nicht, da über einen unterschiedlichen Zeitraum berichtet wird.

cc) Keine Begleitspondylose

Unter einer Spondylose (Spondylitis deformans) sind degenerative Veränderungen an Wirbelkörpern (und Intervertebralräumen) zu verstehen, die sich röntgenologisch als Unregelmäßigkeiten (z. B. Zacken, Erhebungen oder Randwülste) darstellen. Der Sachverständige Dr. S. hat festgestellt, dass eine Spondylose - abgesehen vom Segment L 4/5 - an der LWS und an den mit abgebildeten unteren Etagen der Brustwirbelsäule fehlt. Entgegen der Behauptung des Klägers finden sich auch nach Ansicht von Prof. Dr. R. keine Spondylose über der gesamten Lendenwirbelsäule, sondern lediglich am torakolumbalen Übergang; ansonsten fehlten massive spondylootische Veränderungen (Bl. 11/12, Bl. 22 oben seines Gutachtens = Bl. 121/122, Bl. 131 Gerichtsakte L [6 U 43/00](#)). Auch Dr. M ... R. haben in ihrem Befundbericht bezüglich der Lendenwirbelsäule weder von einer Verschmälerung noch von einer Spondylose berichtet; insoweit besteht ein deutlicher Unterschied zur Brustwirbelsäule. Auch die im Verwaltungsverfahren beauftragten Gutachter Dr. S. und Herr K. haben wesentliche degenerative Anbauten ausgeschlossen (Bl. 195 VA).

Zusammenfassend ergibt sich damit trotz der Ermittlungen über 16 Jahre nichts Neues. Die Bandscheiben an der Lendenwirbelsäule des Klägers sind relativ gering verändert; die Beschwerden erklären sich mit einer Vielzahl von anderen degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule.

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

Die Revision wird nicht zugelassen, weil Gründe hierfür nicht vorliegen (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)). Die hier maßgeblichen Rechtsfragen sind durch die zitierten Entscheidungen des BSG geklärt, denen sich der Senat anschließt.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-01