L 8 U 4946/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 3132/06
Datum
05.02.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 4946/08
Datum
28.01.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Es steht der Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 nicht entgegen, wenn das Vollbild einer belastungskonformen Bandscheibenschädigung (hier Fallkonstellation B 2 der Konsensempfehlungen) erst nach Aufgabe der wirbelsäulenschädigenden Tätigkeit entstanden ist, sofern das Fortschreiten der Bandscheibendegeneration nach Expositionsende noch der belastungsinduzierten Bandscheibenschädigung zuzuschreiben ist (hier: unter Belastung bei L4/5 progrediente Protrusion und nach Expositionsende Prolapsbildung).

2. Eine kumulative Belastung aus Hebe-/Tragelasten und Körperschwingungen begründet auch dann eine rechtlich beachtliche Einwirkungskausalität für die Feststellung beider Berufskrankheiten nach Nrn. 2108 und 2110, wenn bereits die Belastungsdosis einer der Expositionen allein für die Feststellung der betreffenden Berufskrankheit ausreicht (Weiterführung zu BSG, Urteil vom 27.06.2006 - [B 2 U 9/05 R](#) -, [SozR 4-2700 § 9 Nr. 8](#)).

Auf die Berufung des Klägers werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 5. Februar 2007 sowie der Bescheid der Beklagten vom 25. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juni 2006 abgeändert. Die Beklagte wird verpflichtet, beim Kläger eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 und Nr. 2110 der Anlage 1 zur BKV festzustellen und ihm deswegen Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. ab 7. Dezember 2002 zu gewähren.

Die Beklagte hat dem Kläger drei Viertel der außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits beider Rechtszüge zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist zuletzt streitig, ob beim Kläger eine als Berufskrankheit (BK) anzuerkennende bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108, Nr. 2110) vorliegt und Verletztenrente zu gewähren ist.

Der 1944 geborene Kläger beantragte mit Schreiben seines Bevollmächtigten vom 23.02.2005 die "Gewährung von Leistungen nach Ziff. 2108 bis 2110" der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) und machte hierzu geltend, von 1958 bis 1985 habe er als Arbeiter in verschiedenen Betrieben gearbeitet und vom 25.02.1985 bis 30.06.1995 sei er als Baggerfahrer und Maschinenführer tätig gewesen; vom 17.07.1995 bis 06.12.2002 sei er ausschließlich als Maschinenführer beschäftigt gewesen. Wegen Bandscheibenbeschwerden sei er in fachärztlicher Behandlung gewesen. Die Beschwerden seien an der Lendenwirbelsäule aufgetreten. Ab Dezember 2002 war der Kläger arbeitslos.

Die Beklagte forderte von den den Kläger behandelnden Ärzten Arztunterlagen an. Der Arzt für Radiologie Dr. B. führte in seinem Schreiben vom 14.01.1991 aus, beim Kläger liege eine Bandscheibendegeneration, vor allem in der Etage L2/3 mit zirkulärer dorsaler Bandscheibenprotrusion vor. Mäßige linksbetone Protrusion der Bandscheibe L4/5. Keine Sequestrierung. Bei seiner Untersuchung vom 06.12.1991 (Befundbericht von Dr. B. - ohne Datum -) habe sich bei L4/5 eine raumfordernde Protrusion innerhalb des Foramen intervertebrale auf der linken Seite ergeben; der knöcherne Spinalkanal sei mit 12 mm Sagittaldistanz nur grenzwertig weit und auch relativ schmal angelegt. Es liege eine intraforaminäre Bandscheibenprotrusion L4/5 li.-seitig vor. Der Befund sei im Vergleich zu den Voraufnahmen jetzt deutlicher abgrenzbar und etwas ausgeprägter. Im Bereich L5/S1 lägen auch hier noch ausreichende Sagittaldistanzwerte des knöchernen Spinalkanales vor, kein Vorfall von Bandscheibengewebe. Mit Schreiben vom 06.09.2001 führte Dr. B. aus, im Segment L2/L3 liege eine ausgeprägte Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes vor, die Bandscheibe überrage die knöchernen Strukturen in vollständiger Zirkumferenz und es liege eine leichte Beeinträchtigung der Neuroforamina vor. Der Duralsack sei tangiert und leicht imprimiert. Vakuumphänomen. Kräftige spondylotische Wirbelkörperkantenausziehungen. Im Segment L3/L4 überrage die Bandscheibe die

knöcherne Struktur nur geringgradig, Facettenbildung. Im Segment L4/L5 überrage die Bandscheibe die knöchernen Strukturen ebenfalls in vollständiger Zirkumferenz, auch hier Facettenarthropathie der Kleinwirbelgelenke mit verdickten Ligamenta flava, so dass es zu einer Einengung des knöchernen Spinalkanales komme. Im Segment L5/S1 liege im Wesentlichen ein unauffälliger Befund vor. Insgesamt liege kein Nachweis einer Bandscheibensequestrierung vor. Priv. Doz. Dr. N., L., führte am 12.01.2004 eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule durch. In seinem Bericht vom 13.01.2004 gelangte er zu der Beurteilung, es lägen schwere Osteochondrosen in Höhe LWK 2/3 mit Olisthesis in Höhe LWK 2/3, Defekte in der Interartikularportion Wirbelbogen L2 vor. Insgesamt liege eine lumbale Bandscheibenprotrusion vor. Die Fachärztin für Neurologie Dr. M., L., führte in ihrem Bericht vom 31.03.2004 aus, beim Kläger lägen rezidivierende Lumbalgien und Ischialgien bei schweren degenerativen LWS-Veränderungen mit Spinalkanalstenose vor. Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. Ch. S., L., führte in seinem Bericht vom 21. Juli 2004 aus, der seit Februar 2003 arbeitslose Kläger klage seit 12 Jahren über lumbale Wirbelsäulenschmerzen. Die mitgebrachte CT-Diagnostik zeige eine lumbale Spinalkanalstenose LW 3/4 - L4/5. Priv. Doz. Dr. N. nahm am 27.07.2004 eine Kernspintomographie beim Kläger vor. In seinem Bericht vom 29.07.2004 führte er aus, es liege ein degenerativer Bandscheibenschaden mit etwas Höhenminderung in Höhe LWK 4/5 vor. Degenerativer Bandscheibenschaden ohne Vorfall in Höhe LWK 3/4. Alter Bandscheibenschaden mit weitgehender Zerstörung in Höhe LWK 2/3.

Im ärztlichen Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung von Dr. R. vom 05.04.2005 ist ausgeführt, der Kläger habe angegeben, seit den 80er Jahren bestünden Schmerzen der Wirbelsäule. Von 1970 bis zum 06.12.2002 habe er vollschichtig als Baumaschinenführer gearbeitet. Wegen Auftragsmangel habe der Arbeitgeber gekündigt und seitdem sei er arbeitslos.

Die vorliegenden Arztunterlagen wurden im Auftrag der Beklagten vom Arzt für Arbeitsmedizin-Sozialmedizin Dr. F. mit Stellungnahme vom 17.05.2005 bewertet. Darin führte er aus, es liege kein belastungskonformes Schadensbild vor. Der schwerste Degenerativschaden finde sich im Bereich der mittleren Lendenwirbelsäule in Verbindung mit einer hochgradigen und altersvoraussetzenden Arteriosklerose bei dem Versicherten mit angeborener Fettstoffwechselstörung und ehemals starkem Rauchkonsum. Bei dieser Befundkonstellation sei weder seitens der arbeitstechnischen Voraussetzungen noch seitens des Schadensbildes, das keinem primären Bandscheibenschaden entspreche, von einem hinreichenden Verdacht auf eine BK der Wirbelsäule im Sinne der Ziffern 2108 bis 2110 auszugehen.

Mit Bescheid vom 25.10.2005 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit nach den Nr. 2108, 2109 und 2110 der BKV ab. Ansprüche auf Leistungen bestünden nicht. Zur Begründung wurde ausgeführt, beim Kläger bestehe eine allseitige Bandscheibenerweichung, die zu einer von außen einwirkenden Belastung nicht passe und daher nur mit einer inneren Ursache erklärt werden könne. Ein belastungskonformes Schadensbild liege beim Kläger nicht vor. Außerdem sei in diesem Bereich eine Spondylolisthesis (Wirbelgleiten) festgestellt worden. Diese Gesundheitsstörungen seien keine belastungsabhängigen, sondern anlagebedingte Erkrankungen der Wirbelsäule, die bereits frühzeitig zu Bandscheibenschäden führen könnten. Des Weiteren gäbe es Hinweis auf das Vorliegen einer Stoffwechselerkrankung (diabetische Stoffwechsellage, Leberschaden, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Arterienverkalkung), die sich auch auf den Stütz- und Bewegungsapparat auswirkten. Die Wirbelsäulenerkrankung habe auch nicht zur Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit gezwungen.

Der dagegen erhobene Widerspruch - u.a. mit der Begründung ein Leistungsanspruch läge bei einer BK-bedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. vor (Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 06.02.2006) - wurde mit Widerspruchsbescheid vom 23.06.2006 zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger am 28.06.2006 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) und verfolgte sein Begehren (Feststellung einer BK und Verletztenrente) weiter.

Das SG holte von Amts wegen das orthopädische Gutachten des Prof. Dr. C., H., vom 27.10.2006 ein. Er kam zu dem Ergebnis, ein belastungskonformes Schadensbild mit prinzipiell von oben nach unten zunehmendem Schweregrad der degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule liege beim Kläger nicht vor. Die degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule nähmen ihren Ausgangspunkt - dokumentiert in den Röntgenaufnahmen der LWS von 1991 - im Bewegungssegment L2/3. Dieser Degeneration liege jedoch primär nicht eine bandscheibenbedingte Erkrankung zugrunde, sondern eine angeborene Fehlbildung der Lendenwirbelsäule in Form einer Unterbrechung der sog. Interartikularportion, die zu einer Instabilität dieses Segmentes führe und damit zu einem Vorangleiten des zweiten Lendenwirbelkörpers gegenüber dem dritten Lendenwirbelkörper. Eine primär bandscheibenbedingte Erkrankung im Bewegungssegment L2/3 liege demgemäß nicht vor, sondern es handle sich vielmehr um eine Erkrankung, die aus innerer Ursache heraus entstanden sei. In der physiologischerweise am stärksten belasteten Bandscheibe, nämlich derjenigen zwischen dem 5. Lendenwirbelkörper und dem Kreuzbein fänden sich keinerlei voraussetzende degenerative Veränderungen und keinerlei Hinweise für eine bandscheibenbedingte Erkrankung. Die im Jahre 2004 - also nach Aufgabe der beruflich belastenden Tätigkeit - angefertigten Kernspintomographieaufnahmen zeigten zwar eine nach hinten gerichtete Vorwölbung der Bandscheiben L3/4 und L4/5 bei Ausparung der Bandscheibe L5/S1, jedoch zeigten die entsprechenden Röntgenaufnahmen, dass in diesen Segmenten keine Hinweise für belastungsadaptive Veränderungen vorlägen. Diese Argumente sprächen dagegen, dass beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung gemäß Ziffer 2108 der BKV vorliege. Eine Berufskrankheit nach Ziffer 2109 der BKV liege ebenfalls nicht vor. Ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt seien, könne ärztlicherseits nicht beurteilt werden, dies wäre durch eine Analyse des Technischen Aufsichtsdienstes zu prüfen. Zusammenfassend gehe er davon aus, dass bei dem Kläger mit Wahrscheinlichkeit unter medizinischen Gesichtspunkten Berufskrankheiten der Ziffern 2108 bis 2110 der BKV nicht vorlägen.

Mit Gerichtsbescheid vom 05.02.2007 wies das SG die Klage ab.

Dagegen hat der Bevollmächtigte des Klägers am 14.02.2007 Berufung eingelegt (L 6 U 782/07).

Mit dem Einverständnis der Beteiligten ist das Ruhen des Verfahrens angeordnet worden (Beschluss vom 08.11.2007), um die arbeitstechnischen Voraussetzungen abzuklären.

Am 23.10.2008 hat die Beklagte das ruhende Verfahren wieder angerufen, da zwischenzeitlich Ermittlungen zur Belastung der Hals- und Lendenwirbelsäule durchgeführt worden seien ([L 8 U 4946/08](#)). Vorgelegt wurden die Berichte zur Expositionsermittlung der BK'en Nrn. 2109, 2108 und 2110 von Dipl.-Ing. S. vom 13.03.2008 und vom 15.09.2008. Danach sei der Grenzwert der BK Nr. 2108 von 12,5 MNh mit

der für den Kläger nach dem Mainz-Dortmund-Dosis-Modell (MDD-Modell) errechneten Lebensarbeitszeitdosis von 15,79 MNh überschritten.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist das arbeitsmedizinische Gutachten von Prof. Dr. Dr. B.-A., W., vom 17.06.2009 eingeholt worden, dem das neurologische Zusatzgutachten des Dr. K. vom 27.02.2009 und das radiologische Zusatzgutachten des Priv. Doz. Dr. R. vom 02.06.2009 beigefügt worden sind. Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. B.-A. führt in seinem Gutachten aus, bei der radiologischen Zusatzbegutachtung durch Priv. Doz. Dr. R. seien auch die früheren Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule begutachtet worden. Es seien Bandscheibenprotrusionen festgestellt worden. Ein Bandscheibenprolaps sei erstmals im Segment L4/L5 bei der Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 27.07.2004 diagnostiziert worden. In der Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 11.11.2008 sowie 18.02.2009 hätten sich keine Veränderungen im Vergleich zum Vorbefund gefunden. Die Erstdiagnose eines Bandscheibenprolaps L4/L5 sei vom 27.07.2004. Seines Erachtens lägen bei dem Kläger die Voraussetzungen für die Annahme der Fallkonstellation B2 der Konsensempfehlungen vor. Die bandscheibenbedingte Erkrankung betreffe nach dem radiologischen Zusatzgutachten das Segment L4/L5, in dem am 06.12.1991 eine Recessus- und Foramenstenose bei Bandscheibenprotrusion diagnostiziert worden sei, die eine Nervenbeteiligung L4 und L5 links ermögliche. Am 27.07.2004 sei in diesem Segment ein altersuntypischer Bandscheibenprolaps diagnostiziert worden. Von den Zusatzkriterien im Sinne der Fallkonstellation B2 sei der erste Spiegelstrich erfüllt, weil beim Kläger mehrere Bandscheiben von Höhenminderung und/oder Prolaps betroffen seien, nämlich die Bandscheiben L2/L3 und L4/L5. Daher empfehle er auch im vorliegenden Erkrankungsfall die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt schätze er wegen der festgestellten neurologischen Ausfallerscheinungen auf 20 %. Eine Berufskrankheit nach Nr. 2109 könne beim Kläger nicht wahrscheinlich gemacht werden, da die beruflichen Voraussetzungen durch Tragen schwerer Lasten auf der Schulter mit einem Lastgewicht von mindestens 5 kg nicht vorlägen und beim Kläger auch keine bandscheibenbedingte Erkrankung der Halswirbelsäule in Form einer altersuntypischen Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung oder eines Bandscheibenvorfalles vorliege.

Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat erklärt, das Begehren zur Verpflichtung auf Feststellung der BK Nr. 2109 nicht weiter zu verfolgen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 5. Februar 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 25. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juni 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, eine Bandscheibenerkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit nach den Nrn. 2108 und 2110 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung festzustellen und Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 v. H. ab 7. Dezember 2002 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG für zutreffend.

Zu dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. B.-A. vom 17.06.2009 hat die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes für Orthopädie Dr. T. vom 12.04.2010 vorgelegt. Darin führt dieser aus, der Zuordnung zur Konstellation B2 nach den Konsensbestimmungen könne nicht zugestimmt werden, denn nach eigener Auswertung des Bildmaterials handele es sich bei L4/5 nicht um einen Prolaps, sondern nur um eine kräftige Protrusion. Die verstärkte Protrusion der Bandscheibe in diesem Segment habe sich auch erst lange nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit entwickelt, was gegen eine Kausalität spreche. Auch erst lange nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit seien verstärkte spondylotische Reaktionen entstanden, was vorher nicht der Fall gewesen sei. Es fehlten somit im Grunde dem Alter vorauseilende spondylotische Reaktionen, die als belastungsinduziert hätten charakterisiert werden können. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung der unteren Wirbelsäulenetagen könne eigentlich gar nicht bestätigt werden. Es komme hier letztlich nur die Fallkonstellation C2 der Konsensempfehlungen in Betracht, wonach das Gremium seinerzeit habe Einigkeit erzielen können, dass dann ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich sei.

Mit den Beteiligten ist der Rechtsstreit in der nichtöffentlichen Sitzung vom 05.10.2010 durch den Berichterstatter erörtert worden. Eine vergleichsweise Erledigung ist nicht zustande gekommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz und auf die Akten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig und in der Sache auch begründet.

Streitgegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 25.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.06.2006, mit dem die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit nach den Ziffern 2108, 2109 und 2110 der Anlage 1 zur BKV und im Ergebnis auch die beantragte Verletztenrente abgelehnt hat. Aus dem Zusammenhang mit dem Antrag des Klägers vom 23.02.2005 und seinem Widerspruchsvorbringen ist nach objektiver Sicht des Empfängerhorizonts davon auszugehen, dass in den angefochtenen Bescheiden die im Verfügungssatz ausgesprochene Ablehnung der Leistungsgewährung eine anfechtbare Entscheidung über den gestellten Antrag auf Verletztenrente ist.

Hinsichtlich der Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV hat der Kläger die Berufung zurückgenommen. Insoweit ist der angefochtene Gerichtsbescheid rechtskräftig geworden.

Hinsichtlich der Ablehnung einer Berufskrankheit nach den Nrn. 2108 und 2110 der Anlage 1 zur BKV ist der angefochtene Bescheid jedoch

rechtswidrig. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule nach Nr. 2108 und 2110 der Anlage 1 zur BKV und die Gewährung von Verletztenrente hierfür zu. Insoweit ist die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 05.02.2007 begründet.

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Siebtes Buch - SGB VII). Berufskrankheiten sind nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach dem § 2, § 3 oder § 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aufgrund dieser Ermächtigung in § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII hat die Bundesregierung die BKV vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I, S. 2623) erlassen, in der derzeit u.a. folgende als Berufskrankheit anerkannten Krankheiten aufgeführt sind:

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.

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.

Zur Feststellung einer Berufskrankheit muss generell die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung", "Einwirkungen" und "Krankheit" müssen im Sinne des Vollbeweis, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009 - B 2 U 9/08 R - , veröffentlicht in juris). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit. Abweichend von der früheren Verwendung des Begriffs der haftungsbegründenden Kausalität ist auch im Berufskrankheiten-Recht der ursächliche Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und den Einwirkungen nicht als haftungsbegründende Kausalität zu bezeichnen (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009, aaO). Erst die Verursachung einer Erkrankung oder ihre wesentliche Verschlimmerung durch die der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden Einwirkungen - in nachgewiesener Dauer und Intensität - begründet eine "Haftung". Ebenso wie die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheits (erst-)schaden und Unfallfolge beim Arbeitsunfall ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen der berufsbedingten Erkrankung und den Berufskrankheitenfolgen, die dann gegebenenfalls zu bestimmten Versicherungsansprüchen führen, bei der Berufskrankheit keine Voraussetzung des Versicherungsfalles.

Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt (vgl. BSGE 45, 286); eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht (BSGE 60, 58 m.w.N.; vgl. auch Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, E § 9 Rdnr. 26.2). Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Lässt sich eine Tatsache nicht nachweisen oder ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) zu Lasten dessen, der einen Anspruch aus der nicht erwiesenen Tatsache bzw. dem nicht wahrscheinlich gemachten Kausalzusammenhang für sich herleitet (BSGE 19,52, 53; 30,121, 123; 43, 110, 112).

Nach diesen Grundsätzen ist die Berufung mit dem vom Kläger zuletzt nur noch verfolgten Begehren auf Feststellung der BK Nrn. 2108 und 2110 begründet. Nach den Tatbeständen der oben bezeichneten BK 2108 und BK 2110 muss der Versicherte aufgrund einer versicherten Tätigkeit langjährig schwer gehoben oder getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet haben bzw. vertikalen Ganzkörperschwingungen im Sitzen ausgesetzt gewesen sein. Durch die spezifischen, der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden besonderen Einwirkungen muss eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule entstanden sein und noch bestehen. Zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen muss ein sachlicher Zusammenhang und zwischen diesen Einwirkungen und der Erkrankung muss ein (wesentlicher) Ursachenzusammenhang bestehen. Der Versicherte muss darüber hinaus gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben. Als Folge dieses Zwangs muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, liegt eine BK 2108 oder BK 2110 nicht vor (BSG a.a.O.).

Im vorliegenden Fall ist die Einwirkungskausalität der versicherten Tätigkeiten des Klägers für eine BK nach Nr. 2108 zu bejahen. Dies ist auch zwischen den Beteiligten nicht mehr streitig, nachdem die Beklagte entsprechende Ermittlungen zur Abklärung der arbeitstechnischen Voraussetzungen durchgeführt hat. Nach der überzeugenden, von Prof. Dr. Dr. B.-A. in seinem Gutachten bestätigten Berechnung von Dipl.-Ing. S. erreichte der Kläger eine Lebensarbeitszeitdosis von 15,79 MNh durch das Heben und Tragen von Lasten bzw. durch extreme Rumpfbeugehaltung, womit der nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts beachtliche Grenzwert von 12,5 MNh überschritten ist.

Zur Überzeugung des Senats liegt aber auch die Einwirkungskausalität für die BK Nr. 2110 vor. Zwar erreicht die Gesamtdosis der Schwingungsbelastung aus der Lebensarbeitszeit des Klägers mit 815 (m/s²)² nicht den Dosis-Richtwert von 1450 (m/s²)². Doch die zuletzt im Bericht vom 15.09.2008 erfolgte Berechnung der kumulativbelastung aus Trage- und Schwingungsbelastung ergibt nach Dipl.-Ing. S. einen Wert von größer als 1 (aH,V= 1,2), bei dem die berufliche Mischbelastung aus Heben und/oder Tragen schwerer Lasten und/oder extremer Rumpfbeugehaltung und Körpervibrationen in einer Belastungsausprägung vorliegt, die ein erhöhtes Risiko für die LWS bedeutet. In diesem Sinne ist die für sich alleine nicht als gesundheitsgefährdend einzustufende Schwingungsbelastung wesentlich ursächlich, da sie mit der das gleiche Zielorgan der Berufskrankheit Nr. 2108 betreffenden Einwirkung konkurriert und zu der errechneten Dosis von 15,79 MNh noch hinzutritt (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG Urteil vom 27.06.2006 - B 2 U 9/05 R - , SozR 4-2700 § 9 Nr. 8). Da das Unterschreiten - anders als in den Fällen ohne Mischbelastung (vgl. Urteil des BSG vom 30.10.2007 B 2 U 4/06 R = BSGE 99, 162 zur Bedeutung von Grenzwerten) - oder das Überschreiten des Grenzwerts vorliegend nicht den Ausschluss bzw. die Bestätigung der Gesundheitsschädigung der LWS zwingend beinhaltet, ist mit der zusätzlichen Risikoerhöhung der Eintritt der Gesundheitsgefährdung vor

oder nach Erreichen des Grenzwerts von 12,5 MNh noch wahrscheinlicher, weshalb die errechnete Einwirkung der Schwingungsbelastung trotz des Umstands, dass der errechnete Dosiswert von 15,79 MNh allein ausreicht, nicht vernachlässigt werden kann und somit wesentlich im Rechtssinne ist. Eine in der abschließenden Liste der Anlage 1 zur BKV nicht aufgeführte, neue BK, die aus verschiedenen BK-Tatbeständen zusammengefasst und daher unzulässig wäre, ist in der kumulativen Berücksichtigung der genannten Wirbelsäulenbelastenden Expositionen nicht zu sehen (vgl. BSG Urteil vom 27.06.2006, [a.a.O.](#)).

Die für eine BK nach Nrn. 2108, 2110 erforderliche haftungsbegründende Kausalität ist auch wahrscheinlich. Unter bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule sind solche Erkrankungen der Bewegungssegmente der Lendenwirbelsäule zu verstehen, die ursächlich auf eine Bandscheibenschädigung zurückzuführen sind oder mit einer solchen in einer kausalen Wechselbeziehung stehen (vgl. Brandenburg, BG 1993, 791/794). Den Tatbestand der BK nach Nr. 2108 erfüllen nur solche Schäden der Wirbelsäule, die sich als das Resultat einer langjährigen schädigenden Einwirkung auf die Lendenwirbelsäule darstellen. Ein morphologisch objektivierbares Schadenssubstrat ist daher zwingend erforderlich. Die ausgelösten degenerativen Prozesse - zu denen anlagebedingte Wirbelsäulenstörungen und Fehlhaltungen nicht gehören - finden sich in durch bildgebende Verfahren objektivierbaren Formen wieder, die auch gemeinsam auftreten können: Chondrose, Osteochondrose, Spondylose, Spondylarthrose, Bandscheibenprotrusion und Bandscheibenprolaps. In den am 04.08.2005 veröffentlichten Konsensempfehlungen der interdisziplinären Arbeitsgruppe "Medizinische Beurteilungskriterien bei den Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule" (Trauma und Berufskrankheit 3, 2005, S. 211 ff - Konsensempfehlungen -) entsprechen die im vollen Konsens aller Teilnehmer verabschiedeten Kriterien zur Überzeugung des Senats der gegenwärtigen herrschenden Meinung der Wissenschaft, welche der Senat daher in ständiger Rechtsprechung (vgl. stellvertretend Urteile des Senats vom 19.11.2010 - [L 8 U 4745/08](#) und vom 27.09.2010 - [L 8 U 891/10](#) -) seiner Entscheidung zugrundelegt. Danach ist Grundvoraussetzung für die Anerkennung eines Ursachenzusammenhangs eine nachgewiesene bandscheibenbedingte Erkrankung, die ihrer Ausprägung nach altersuntypisch sein muss, bei ausreichender beruflicher Belastung mit plausibler zeitlicher Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung (vgl. Konsensempfehlungen a.a.O., Nr. 1.4, S. 216). Danach spricht eine Betonung der Bandscheibenschäden an den unteren drei Segmenten der Lendenwirbelsäule eher für einen Ursachenzusammenhang der beruflichen Belastung, während ein Befall der Halswirbelsäule und/oder der Brustwirbelsäule je nach Fallkonstellation gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen kann. Für den Vergleich zwischen Lendenwirbelsäule und darüber gelegenen Wirbelsäulenabschnitten sind Chondrosen und Vorfälle maßgeblich (a.a.O.).

Unter Berücksichtigung dieser Beurteilungskriterien bejaht der Senat einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Wirbelsäulenleiden des Klägers und der Belastung seiner Wirbelsäule, der er während seines Berufslebens ausgesetzt gewesen ist. Hierbei stützt sich der Senat auf das arbeitsmedizinische Gutachten des Prof. Dr. Dr. B.-A. vom 17.06.2009. Das Krankheitsbild der BK Nr. 2108 und Nr. 2110 ist nicht wesentlich different (vgl. Konsensempfehlungen Nr. 1.1.2). Hinsichtlich der festgestellten Schäden an der Lendenwirbelsäule des Klägers und der Einordnung in Fallgruppen gemäß den Konsensempfehlungen ist im vorliegenden Fall zu berücksichtigen, dass sich sowohl altersuntypische degenerative Veränderungen in Form einer fortgeschrittenen Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung im Segment L2/L3, d. h. im oberen Bereich der Lendenwirbelsäule, als auch ein altersuntypischer Bandscheibenprolaps L4/L5, d. h. im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule finden. Da die klinischen Veränderungen in Form des von einem Neurologen 12/1991 diagnostizierten L5- und S1-Syndroms links (Blatt 49 der Beklagten-Akte) jedoch bezüglich der degenerativen Veränderungen im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule im Vordergrund stehen, sind nach Auffassung von Prof. Dr. Dr. B.-A., dem sich der Senat anschließt, im vorliegenden Erkrankungsfall die Fallkonstellationen B1-B10 zu diskutieren. Auf Grund der von Prof. Dr. Dr. B.-A. festgestellten Kriterien ist vorliegend die Fallkonstellation B2 erfüllt. Nach den Konsensempfehlungen ist allen Fallgruppen der Kategorie B eine bestimmte Lokalisation und Ausprägung des Bandscheibenschadens gemeinsam. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung muss die Segmente L 5/S1 und/oder L 4/5 betreffen. Es muss sich um eine Chondrose Grad II oder höher und/oder um einen Vorfall handeln. Für die Annahme der Konstellation B2 ist darüber hinaus Voraussetzung, dass keine wesentlichen konkurrierenden Ursachenfaktoren erkennbar sind, eine Begleitspondylose vordere und seitliche Randzackenbildung (Spondylose) an den Wirbelkörpern, die nicht von Chondrose oder einem Vorfall betroffen sind bzw. bereits zuvor entstanden waren (Konsensempfehlung Nr. 1.4 a.a.O.) fehlt und zusätzlich mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist: • Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben bei monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L 5/S1 oder L 4/5 "black disk" im Magnetresonanztomogramm in mindestens zwei angrenzenden Segmenten • Besonders intensive Belastung; Anhaltspunkt: Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren • Besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen; Anhaltspunkt: Erreichen der Hälfte des MDD Tagesdosis Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen

Die bandscheibenbedingte Erkrankung des Klägers betrifft nach dem radiologischen Zusatzgutachten das Segment L4/L5, in dem am 06.12.1991 eine Recessus- und Foramenstenose bei Bandscheibenprotrusion diagnostiziert worden ist, die eine Nervenbeteiligung L4 und L5 links ermöglicht. Eine Begleitspondylose an den LWS-Wirbelkörpern ist im radiologischen Zusatzgutachten ausgeschlossen worden, was die Beklagte auch nicht bestreitet. Am 27.07.2004 wurde in dem Segment L4/5 ein altersuntypischer Bandscheibenprolaps diagnostiziert. Der radiologische Zusatzgutachter beschrieb als prädiskotische Deformität eine Spondylolisthesis L2/L3 Grad I nach Meyerding bei beidseitiger Spondylolyse des Wirbelbogens L2. Die Konsensus-Arbeitsgruppe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 2108 kam zu dem Ergebnis, dass eine Spondylolisthesis bei Spondylolyse vom Typ Meyerding Grad I kein außerberuflich bedingter konkurrierender Ursachenfaktor für die Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule darstelle. Erst eine Spondylolisthesis vom Grad II und III nach Meyerding sei als außerberuflich bedingter konkurrierender Ursachenfaktor anzusehen. Auf Grund dessen steht dieser Befund der Anerkennung einer BK nach Nr. 2108 nach Überzeugung des Senats nicht entgegen. Von den Zusatzkriterien im Sinne der Fallkonstellation B2 ist zu berücksichtigen, dass beim Kläger nach dem radiologischen Gutachten von PD Dr. R. (Seite 16 des Gutachtens) mehrere Bandscheiben von Höhenminderung und/oder Prolaps betroffen sind, nämlich die Bandscheiben L2/L3 (Chondrose Grad III), L3/4 (Chondrose Grad II) und L4/L5 (Prolaps), weshalb der erste Punkt der Zusatzkriterien (Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben) erfüllt ist - nach der Rechtsprechung des Senats (vgl. Urteil vom 27.08.2010 a.a.O.) müssen zur Abgrenzung des Zusatzkriteriums von der Grundkonstellation der Fallgruppen B mindestens 3 Segmenten betroffen sein -. Bei Vorliegen der Kriterien für die Fallkonstellation B2 hat die Konsensus-Arbeitsgruppe den Zusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung im Sinne der Berufskrankheit 2108 bejaht. Auf Grund dessen gelangt der Senat mit Hilfe des gerichtlichen Sachverständigengutachtens des Prof. Dr. Dr. B.-A. zu dem Ergebnis, dass vorliegend der Kläger Anspruch auf Anerkennung einer BK nach Nr. 2108 hat. Die MdE auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist von Prof. Dr. Dr. B.-A. mit 20 v.H. eingestuft worden. Dementsprechend steht dem Kläger auch Verletztenrente wegen der BK nach Nr. 2108 in Höhe von 20 v. H. der Vollrente zu.

Soweit die Beklagte der Auffassung ist, beim Kläger fehle bereits das anspruchsbegründende Krankheitsbild einer bandscheibenbedingten

Erkrankung und es lägen auch keine belastungskonformen Veränderungen vor und sich hierbei auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. T. vom 09.04.2010 stützt, folgt der Senat dem nicht. Dr. T. begründet seine Auffassung im Wesentlichen damit, dass der vom gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. Dr. B.-A. vorgenommenen Zuordnung zur Konstellation B2 nicht zugestimmt werden könne, da es sich bei L4/5 nicht um eine Prolaps, sondern nur um eine kräftige Protrusion handle. Die verstärkte Protrusion der Bandscheibe in diesem Segment habe sich auch erst lange nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit entwickelt, was gegen eine Kausalität spreche. Dem ist jedoch nach Überzeugung des Senats entgegen zu halten, dass auch Protrusionen zu den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule gehören, wie dies oben aufgeführt ist, nämlich: Chondrose, Osteochondrose, Spondylose, Spondylarthrose, Bandscheibenprotrusion und Bandscheibenprolaps. In den Konsensempfehlungen ist dementsprechend unter der Übersicht 8 auch die Protrusion beschrieben, wonach die normale Konkavität der dorsalen Bandscheibenbegrenzung in der Koronarebene aufgehoben ist und die Bandscheibe sich bis 3 mm über die Verbindungslinie der dorsalen Begrenzung der WK-Hinterkante vorwölbt (Grad I). Die Rezessus- und Foramenstenose bei Bandscheibenprotrusion L4/L5 ist - entgegen dem Vortrag von Dr. T. - nicht erst lange nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit entstanden, sondern die Erstdiagnose stammt vom 06.12.1991, mithin zu einem Zeitpunkt, als der Kläger noch berufstätig war. Denn der Kläger hat von 1970 bis 06.12.2002 gearbeitet, war dann arbeitslos und befindet sich seit September 2006 in Rente. Aus dem Befundbericht des Dr. B. - Arzt für Radiologie - vom 06.12.1991 (Bl. 48 der Beklagtenakten) ergibt sich, dass die Untersuchung vom 06.12.1991 u. a. eine intraforaminäre Bandscheibenprotrusion L4/5 li.-seitig ergeben hat. Der Befund war im Vergleich zu den Voraufnahmen (vom 09.01.1991, Bl. 46 der Beklagtenakten, wonach ebenfalls schon eine mäßige linksbetonte Protrusion der Bandscheibe L4/5 diagnostiziert worden war) deutlicher abgrenzbar und etwas ausgeprägter. Aufgrund dessen ist festzustellen, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung beim Kläger im Bereich L4/L5 in Form einer Protrusion schon 1991, und nicht erst nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit vorgelegen hat. Der Senat gelangt daher unter Berücksichtigung des jetzt diagnostizierten Prolaps bei L4/5 mit Prof. Dr. Dr. B.-A. zur Anwendung der Konstellation B2 der Konsensempfehlungen und nicht zur Konstellation C2, wonach vorausgesetzt wird, dass ein Bandscheibenschaden in L4/L5 nicht vorhanden ist, sondern lediglich in L3/4 oder L2/3. Die Konstellation C2 wird damit dem Erkrankungsbild des Klägers nicht gerecht, da während seiner beruflichen Tätigkeit schon eine bandscheibenbedingte Erkrankung in Form einer Protrusion in dem Segment L4/5 vorgelegen hat. Dass im Bereich des Segmentes L4/5 ein Prolaps erst ab dem Jahr 2004, und damit nach Beendigung der beruflichen Tätigkeit diagnostiziert worden ist, ist demgegenüber nicht entscheidend. Die abweichenden Beurteilungen von Prof. Dr. C. und Dr. T. sind nicht überzeugend. Der im Gutachten von Prof. Dr. Dr. B.-A. und PD Dr. R. für den Senat überzeugend beschriebene Prolaps bei L4/5 erfüllt, wie dargelegt, die Konstellation B2, weil eines der beiden untersten Wirbelsäulensegmente von einem Prolaps befallen ist und nach den überzeugenden Darlegungen von Prof. Dr. Dr. B.-A. bereits 1991 die beschriebene Bandscheibenprotrusion bei L4/5 mit einer Dorsalverschiebung um 4 mm (Grad II) nahezu die Grenze zum Prolaps (nach den Konsensempfehlungen, Übersicht 8, definiert mit der Verschiebung um 5 mm) erreichte und der Zeitraum zwischen Beendigung der gesundheitsgefährdenden Exposition und der erstmaligen Diagnose des Bandscheibenprolaps mit einem Jahr und 7 Monate nicht sehr lang ist. Außerdem lagen zur Auswertung nur die seit 1991 angefertigten Computertomographien vom September 2001 und Januar 2004 und normale Röntgenaufnahmen vor, bei denen die Bandscheibenhöhe auf der Basis des vorgelegten Filmmaterials nicht ausreichend bestimmbar war, was bei der vorliegenden grenzwertigen dorsalen (rückwärtigen-seitlichen) Verschiebung der Bandscheibenmasse mit einer für die Definition entscheidenden Differenz um 1 mm eine noch frühere vorliegende Prolapsbildung nicht ausschließt. Jedenfalls war die belastungsinduzierte Bandscheibendegeneration bis Dezember 2002 in dem beschriebenen Ausmaß einer Protrusion Grad II bereits in Gang gesetzt worden, so dass deren Fortschreiten nach Expositionsende mit einer weiteren Vorwölbung um 1 mm nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. Dr. B.-A. noch dieser initierenden Belastung und nicht berufsfremden Ursachen zuzuordnen ist.

Zu einer nochmaligen radiologischen Auswertung des Materials, wie von der Beklagten angeregt, sah sich der Senat nicht veranlasst. Die Darlegungen des Radiologen PD Dr. R. waren für den Senat überzeugend. Der hiervon abweichenden Deutung des Bildmaterials durch die Orthopäden Prof. Dr. C. und Dr. T. folgte der Senat nicht, da PD Dr. R. als Radiologe die spezifischere Sachkunde zur Beurteilung dieser Frage zukommt. Dies hat Prof. Dr. Dr. B.-A. in Bezug auf die Bewertung von Prof. Dr. C. überzeugend ausgeführt, was auch für die Beurteilung von Dr. T. gilt, der auf die für Orthopäden/Chirurgen übliche Einweisung in die bildgegebene Diagnostik verweist. Weder den Ausführungen von Prof. Dr. C. noch den von Dr. T. ist zu entnehmen, dass sie ihrer Beurteilung die in den Konsensempfehlungen genannten Messmethoden zur Auswertung von Bildbefunden, z.B. zur Ermittlung der Bandscheibenverschmälerung, zu Grunde gelegt haben, wie dies aber aus dem Gutachten von PD Dr. R. ersichtlich ist. Er verweist in seinem Gutachten mehrmals (u.a. Seiten 9, 11, 13) auf die korrespondierenden Autoren H. et al. (Prof. Dr. Dr. B.-A., Dr. S.) der Konsensempfehlungen und damit auf deren Anhang 3 zu den messbasierten Verfahren.

Der Senat sah sich auch nicht gehindert durch Urteil zu entscheiden, obgleich die Beklagte mit Schriftsatz vom 11.11.2010 um einen diesbezüglichen richterlichen Hinweis gebeten hatte. Der Berichterstatter hatte im Erörterungstermin am 05.10.2010 auf die vorläufige Beurteilung, dass das Gutachten von Prof. Dr. Dr. B.-A. überzeugend sei, hingewiesen und hierauf den von der Beklagten später nicht angenommenen Vergleichsvorschlag unterbreitet. Eines weiteren Hinweises im vorbereitenden Verfahren bedurfte es daher nicht. Ob zur Entscheidungsfindung ein weiteres Gutachten zu veranlassen ist, steht verbindlich erst aufgrund der mündlichen Verhandlung unter Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter fest. Bei dieser Prozesslage war keine verfahrensfördernde Verfügung seitens des Senats geboten, um die Beklagte in die Lage zu versetzen, über die Veranlassung einer beratungsärztlichen radiologischen Stellungnahme entscheiden zu können. Jedenfalls sah sich der Senat aus Gründen der Neutralität und Objektivität zu weiteren Aufklärungsverfügungen nicht verpflichtet. Es obliegt allein der Partei, Folgerungen für ihre eigene Prozessführung aus dem durch das Gericht gewährten rechtlichen Gehör zu ziehen.

Die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule haben den Kläger auch gezwungen, alle Tätigkeiten, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich war oder sein können, aufzugeben. Dementsprechend hat er zuletzt bis 06.12.2002 gearbeitet, und war anschließend arbeitslos. Wie der Kläger im Erörterungstermin vom 05.10.2010 dargelegt hat, hat er während seiner Arbeitslosigkeit keine Beschäftigung erhalten und ist während seiner Arbeitslosigkeit immer wieder krankgeschrieben worden, meistens wegen Bandscheibenbeschwerden. Aufgrund dessen ist es gerechtfertigt, den Zeitpunkt der Unterlassung der gefährdenden Tätigkeiten mit dem 07.12.2002 anzunehmen. Die durch die BK verursachte MdE von 20 v. H. ist von Prof. Dr. Dr. B.-A. zum Untersuchungszeitpunkt (18.02.2009) festgestellt worden. Anhaltspunkte dafür, dass die MdE für die Zeit ab 07.12.2002 anders zu beurteilen wäre, liegen nicht vor. Vielmehr ist dem neurologischen Gutachten von Dr. K. zu entnehmen, dass bereits 1991 Funktionsstörungen beschrieben worden sind, die dem von Prof. Dr. Dr. B.-A. erhobenen aktuellen Befund entsprachen. Die klinischen Beschwerdeangaben des Klägers (u.a. dauerhafte Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die linke Beinaußenseite) entsprachen einer linksbetonten Radikulopathie vor allem des Segmentes L5 links mit Funktionsstörungen, die bei der technischen Untersuchung durch Dr. K. bestätigt werden konnten. Belastungsabhängige Einschränkungen der Gehstrecke mit beginnender Störung der Sexualfunktion sind

außerdem mit einer leichten Kompression der Kauda equina vereinbar. Dementsprechend gelangt der Senat unter Berücksichtigung der episodenhaft auftretenden geringeren Funktionsstörungen, worauf die von Dr. K. erwähnten unauffällige neurologischen Befunde aus den Jahren 1995 und 2004 hinweisen, zu dem Ergebnis, dass der Kläger wegen der BK Nr. 2108/2110 Anspruch auf Verletztenrente in Höhe von 20 v. H. der Vollrente für die Zeit ab 07.12.2002 hat.

Der Stellungnahme des beratenden Arztes der Beklagten Dr. F. vom 17.05.2005 folgt der Senat nicht. Die von Prof. Dr. Dr. B.-A. in seinem Gutachten auf Seite 19/21 dargelegten Einwendungen hält der Senat hingegen für überzeugend. Soweit Dr. F. gegen die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 angeführt hat, dass beim Kläger eine Scheuermann'sche Erkrankung der Lendenwirbelsäule in Form eines Schmorl'schen Knötchens L1 und sog. Caudarückbildungsstörungen bei L5 vorlägen, spricht das radiologische Zusatzgutachten von Privatdozent Dr. R. dagegen. Denn dieser hat keinerlei Hinweise für einen thorakalen oder lumbalen Morbus Scheuermann festgestellt. Im Übrigen gehören auch das von Dr. F. angenommene Schmorl'sche Knötchen im Wirbelkörper L1 sowie Caudarückbildungsstörung L5 nach Prof. Dr. Dr. B.-A. nicht zu den Kriterien des lumbalen Morbus Scheuermann im Sinne der Konsensempfehlung. Was die von Dr. F. angenommene Keilbildung im Bereich der Lendenwirbelsäule anbelangt, ist diese bei der radiologischen Zusatzuntersuchung durch Privatdozent Dr. R. ebenfalls nicht festgestellt worden. Soweit Dr. F. angeführt hat, gegen den Zusammenhang zwischen beruflicher Einwirkung und Erkrankung spreche auch der Umstand, dass beim Kläger ein metabolisches Syndrom mit Adipositas, diabetischer Stoffwechsellage, Hypercholesterinämie und Bluthochdruck vorliege, vermag der Senat dem nicht zuzustimmen. Mit Prof. Dr. Dr. B.-A. kommt er vielmehr zu dem Ergebnis, dass diese Faktoren nicht als außerberuflich bedingte konkurrierende Ursachenfaktoren für die Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule anzusehen sind. Die Konsensus-Arbeitsgruppe hat den Zusammenhang zwischen Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wie Adipositas, Nikotinabusus, Diabetes mellitus und metabolischem Syndrom und der Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung geprüft und diese derzeit als wissenschaftlich nicht ausreichend gesicherte Risikofaktoren beurteilt (Konsensempfehlungen Nr. 2.1.16 und Übersicht 9).

Dem vom SG eingeholten Gutachten von Prof. Dr. C. vermag sich der Senat ebenfalls nicht anzuschließen. Soweit Prof. Dr. C. geltend gemacht hat, gegen die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 bei dem Kläger spreche, dass bei diesem kein von oben nach unten zunehmender Schweregrad der degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule vorliege, ist von Prof. Dr. C. nicht berücksichtigt worden, dass beim Kläger ein Bandscheibenprolaps L4/L5 (Erstdiagnose: 27.07.2004) nachgewiesen ist und die klinischen Beschwerden seit 1991 vermehrt dem Segment L4 neurologisch zuzuordnen sind. Der Auffassung von Prof. Dr. C., gegen das Vorliegen einer Berufskrankheit Nr. 2108 beim Kläger spreche ferner, dass bei diesem die Bandscheibendegeneration ihren Ausgang von einer angeborenen Fehlbildung der Lendenwirbelsäule in Form einer Unterbrechung der sog. Interartikularportion nehme, die zu einer Instabilität dieses Segments führe und damit zu einem Vorangleiten des zweiten Lendenwirbelkörpers gegenüber dem dritten Lendenwirbelkörper, folgt der Senat dem nicht. Anhaltspunkte für die von Prof. Dr. C. angenommene Erkrankung der Lendenwirbelsäule aus innerer Ursache heraus liegen nach Auffassung des Senats nicht in ausreichendem Maß vor. Dr. R. hat vielmehr in seinem radiologischen Zusatzgutachten ausgeführt, dass beim Kläger eine Spondylolisthesis L2/L3 Grad I nach Meyerding bei Spondylolyse L2 vorliegt. Nach den Konsensempfehlungen ist aber erst die Spondylolisthesis Grad II und Grad III nach Meyerding als außerberuflich bedingter konkurrierender Ursachenfaktor für die Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule anzusehen, nicht dagegen eine Spondylolisthesis bei Spondylolyse vom Grad I nach Meyerding, worauf Prof. Dr. Dr. B.-A. zutreffend hingewiesen hat. Andererseits ist für den Senat durch diesen Befund erklärbar, dass bei eingeschränkter Kompensationsfähigkeit des Segments L2/3 die gegenüber den Segmenten L4/5 und L5/S1 physiologisch zu erwartenden geringeren Druckkräfte einer Trage- / Hebe- und Vibrationsbelastung gleichwohl zu einer früher einsetzenden belastungsinduzierten Bandscheibendegeneration geführt haben, was die von Prof. Dr. C. kritisierte nicht schadenskonforme Entwicklung mit Ausgangspunkt der mittleren Lendenwirbelsäule erklärt, zumal bereits 1991 eine Progredienz der Bandscheibenerkrankung bei L4/5 radiologisch von Dr. B. beschrieben wurde.

Zusammenfassend gelangt der Senat daher zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung der Berufskrankheiten nach Nr. 2108 und Nr. 2110 erfüllt sind und dem Kläger deswegen ein Anspruch auf Rente in Höhe von 20 v.H. der Vollrente zusteht.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#), wobei der Senat berücksichtigt hat, dass der Kläger zwar eine Berufskrankheit nach Nr. 2109 nicht mehr geltend macht, er aber im Wesentlichen mit seinem Verpflichtungsbegehren auf Feststellung und Leistung Erfolg gehabt hat.

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-02-16