

L 8 U 4519/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 4380/07
Datum
13.07.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 4519/10
Datum
31.08.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 13. Juli 2010 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) anzuerkennen ist.

Der 1949 geborene Kläger suchte am 21.06.1999 den Orthopäden D. wegen Kreuzschmerzen nach einem Verhebetrauma am 14.06.1999 auf. In der Unfallanzeige der Firma T. G. GmbH und Co ist ausgeführt, am 14.06.1999 sei die Zuschlagswaage des Betonwerks zu eichen gewesen. Hierzu müssten insgesamt 150 Stück à 50 kg-Gewichte auf den Waagen-Träger gesetzt werden. Beim Anheben eines Gewichts sei es dem Kläger so stark ins Kreuz gefahren, dass er die Tätigkeit habe beenden müssen. Als Spätfolge dieses Vorgangs habe er noch über Rückenschmerzen am 21.06.1999 geklagt. Dieser Rückenschmerz sei beim Einstieg in seinen LKW aufgetreten; der Kläger sei annähernd bewegungsunfähig gewesen und habe mit dem PKW abgeholt werden müssen. In der Neurochirurgischen Klinik des K. S. wurde ein Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1 links festgestellt (Bericht des Prof. Dr. H. vom 21.07.1999). Mit Bescheid vom 01.02.2001 lehnte die Beklagte Leistungen aus der Unfallversicherung ab. Zwar sei es am 14.06.1999 zu einer Bandscheibenschädigung gekommen, diese sei aber ohne geeignetes Unfallereignis eingetreten. Ein Versicherungsfall liege somit nicht vor. Den dagegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21.09.2001 zurück. Dagegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Ulm (SG, S 8 U 2475/01). Das SG holte das gerichtliche Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. U. vom 22.01.2005 ein. Dieser stellte im Bereich der Wirbelsäule folgende pathologischen Befunde fest: Spondylarthrose und Discopathie vom 5. bis zum 7. Halswirbelkörper; Osteochondrose der Brustwirbelsäule; Osteochondrose der Lendenwirbelsäule; Discopathie L5/S1; Zustand nach operativer Ausräumung der Bandscheibe L5/S1 links, im Kernspintomogramm nachgewiesene Narbenbildung in diesem Segment sowie Rezidivvorfall, Bandscheibenvorfall TH 12/L1; neurologisch nachgewiesene Nervenläsion L5 und S1 links. Ein Unfall, definiert als ein einmaliges, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis habe nicht vorgelegen. Das Heben eines 50 kg schweren Gegenstandes stellte keinen Unfallmechanismus in diesem Sinne dar. In der mündlichen Verhandlung vom 30.04.2004 schlossen die Beteiligten den gerichtlichen Vergleich, wonach sich die Beklagte bereit erklärte zu überprüfen, ob der Bandscheibenschaden des Klägers eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 und Nr. 2110 der Berufskrankheitenverordnung sei.

Mit Fragebogen vom 19.10.2004 teilte der Kläger der Beklagten mit, er habe 1979, 1992, 1995, 1996 und 1999 Wirbelsäulenbeschwerden gehabt. Er sei als Betonpumpen- LKW-Fahrer seit 1974 tätig gewesen. Seit 09.02.2000 beziehe er Rente.

Mit Bescheid vom 15.02.2005 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK nach Nr. 2108 und 2010 der Anlage zur BKV ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Ermittlungen des Technischen Aufsichtsdienstes hätten ergeben, dass der Kläger während seiner bisherigen beruflichen Berufstätigkeit keiner überdurchschnittlichen Belastung der Lendenwirbelsäule ausgesetzt gewesen sei. Tätigkeiten, die mit dem Heben und Tragen schwerer Lasten verbunden seien oder in extremer Rumpfbeugehaltung verrichtet würden, seien nur in geringem Umfang durchgeführt worden. Die Ermittlungen des Technischen Aufsichtsdienstes hätten ebenfalls ergeben, dass der Kläger während seiner beruflichen Tätigkeit auch keiner Belastung der Lendenwirbelsäule im Sinne der BK Nr. 2110 ausgesetzt gewesen sei. Die festgestellten Beurteilungsschwingstärken hätten allesamt unter den zulässigen Grenzwerten gelegen.

Der dagegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 15.04.2005 zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger Klage zum SG (S 8 U 1095/05). Die Beklagte teilte mit, sie habe zwischenzeitlich den Präventionsdienst ihrer Berufsgenossenschaft gebeten, eine Belastungsdokumentation zu erstellen. Mit Schriftsatz vom 12.12.2006 legte die Beklagte die Belastungsbeurteilung nach Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) vor, wonach der Präventionsdienst von einem Überschreiten des Richtwertes zur Mindestexposition ausgehe (27.57 x 106 NH). Die Beteiligten stimmten dem gerichtlichen Vergleichsvorschlag vom 19.12.2006 zu, wonach sich die Beklagte verpflichtete, dem Kläger über den Anspruch auf Anerkennung von Berufskrankheiten nach den Nummern 2108 und 2110 der Anlage zur BKV einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid zu erteilen.

Die Beklagte zog weitere Arztberichte und Röntgenbilder bei und holte die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. K. vom 05.07.2007 ein. Darin führte dieser aus, es liege ein monosegmentaler Schaden L5/S1 vor. Die darüber liegenden Segmente wiesen nur einen altersentsprechenden Befund nach. Es liege kein belastungskonformes Schadensbild vor, da die berufliche Belastung nicht isoliert ein Segment betreffen würde. Eine BK Nr. 2108 liege somit nicht vor.

Mit Bescheid vom 07.08.2007 stellte die Beklagte fest, dass beim Kläger keine Berufskrankheit nach Nr. 2108 oder nach Nr. 2110 vorliegt.

Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 23.11.2007 zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger erneut Klage zum SG (S 9 U 4380/07) und verfolgte sein Begehren weiter. Das SG holte von Amts wegen das orthopädische Gutachten des Dr. H. vom Orthopädischen Forschungsinstitut S. vom 04.08.2008 ein, das auf Grund der ambulanten Untersuchung des Klägers vom 07.07.2008 erstattet wurde. Dr. H. kam zu dem Ergebnis, beim Kläger lägen chronische schmerzhafte Funktionsstörungen der Lendenwirbelsäule mit ausstrahlenden Schmerzen und Missempfindungen sowie Gefühlsstörungen in der linken unteren Gliedmaße nach Operation eines akuten Bandscheibenvorfalles L5/S1 links und nachfolgender deutlicher Narbenbildung im Operationsgebiet vor. Der Kläger habe im Sommer 1999 einen akuten symptomatischen Bandscheibenvorfall L5/S1 links erlitten; es liege mithin eine bandscheibenbedingte Erkrankung vor. Auch die anhaltenden Beschwerden bis zum heutigen Tage ließen sich in einen Zusammenhang mit diesem Bandscheibenvorfall bringen. Die Beschwerdesymptomatik deute auf einen chronischen Nervenwurzel Schaden S1 links hin. Auch die anhaltenden Beschwerden bis zum heutigen Tage stünden im Zusammenhang mit einer bandscheibenbedingten Erkrankung. Im Rahmen der Begutachtung hätten sich keine Hinweise auf ein symptomatisches Krankheitsgeschehen der Wirbelsäule über den Bandscheibenvorfall L5/S1 links ergeben, die körperliche Untersuchung habe allerdings auch eine endgradig schmerzhafte Funktionsstörung der Halswirbelsäule ergeben. Diese Störung lasse sich in Zusammenhang bringen mit einer isolierten Blockierung der Halswirbelsäule rechts. Diese Blockierung sei aus therapeutischer Sicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch geeignete Therapiemaßnahmen in kürzester Zeit dauerhaft zu beseitigen. Darüber hinaus schienen die subjektiven Beschwerden des Klägers diesbezüglich von untergeordneter Bedeutung. Gemäß den medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule ("Konsensempfehlungen") stufe er das radiologische Erscheinungsbild in Kombination mit der Klinik als Konstellation B 1 ein. In dieser Konstellation sei ein Zusammenhang als wahrscheinlich anzusehen. Die berufsbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit schätze er seit 2000 bis auf weiteres mit 20 % ein. Gegenüber dem handschriftlichen Kommentar des Beratungsarztes Dr. K. ergäben sich insofern Meinungsunterschiede, als er nicht von einem monosegmentalen Schaden L5/S1 ausgehe. Bei genauer Betrachtung der vorgelegten Röntgenaufnahmen sehe man diskrete Spondylosen, sowohl in den Segmenten L4/L5 als auch L3/L4. Darüber hinaus falle seit 1995 eine ausgeprägte - unübersehbare!- Spondylochondrose im Segment L2/L3 auf.

Die Beklagte vermochte sich der Beurteilung des Dr. H. nicht anzuschließen und führte am 26.01.2009 aus, nach den erhobenen Befunden bestünden erhebliche Zweifel daran, dass insbesondere ein dem Schadensbild der Berufskrankheit nach Nr. 2108 entsprechendes Verteilungsmuster von Bandscheibenschäden an der Lendenwirbelsäule vorliege. Daneben habe sie erhebliche Zweifel daran, dass bei dem Kläger eine Begleitspondylose im Sinne des Konsenspapieres vorliege (was dann erst eine Eingruppierung in die Konstellation B 1 zulassen würde). Hierzu führte Dr. Hepp in seiner Stellungnahme vom 26.03.2009 aus, in seinem Gutachten habe er ausführlich zum radiologischen Befund bzw. zum "belastungskonformen Schadensbild" Stellung genommen. Ergänzend weise er nochmal darauf hin, dass das Segment L2/L3 eindeutig deutlich höhengemindert sei.

Mit Schriftsatz vom 28.05.2009 legte die Beklagte die Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. K. vom 13.05.2009 vor. Darin führte dieser aus, entgegen dem Gutachten von Dr. H. liege eine Konstellation B1 im vorliegenden Fall nicht vor. Begründung hierfür sei, dass lediglich im Segment L2/L3 eine Chondrose vorliege, jedoch nicht in den nachfolgenden beiden Segmenten L3/L4, L4/L5 und auch nicht im Segment L5/S1. Der beschriebene Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 habe in diesem Segment noch zu keiner Höhenminderung (Chondrose) geführt. Ein belastungskonformes Schadensbild liege deshalb nach den Konsensempfehlungen nicht vor. Hierzu gab Dr. H. die Stellungnahme vom 28.09.2009 ab. Er verweise auf sein Gutachten, in dem bereits beschrieben sei, dass sich auf den Röntgenaufnahmen der LWS in zwei Ebenen vom Jahr 1999 und den nachfolgenden Aufnahmen bis 2002 diskrete spondylotische Veränderungen in den Segmenten L3/L4 und L4/L5 gezeigt hätten. Diese spondylotischen Veränderungen erfüllten also die Forderung nach einer Begleitspondylose. Im Segment L2/L3 liege eine eindeutige Chondrose vor. Diese Chondrose sei so klar und deutlich dass es keiner technischen Klimmzüge bedürfe. Im Übrigen werde die Chondrose im Segment L2/L3 ja auch von Dr. K. in seiner Stellungnahme vom 13.05.2009 eingeräumt. Es bestehe also Einigkeit zwischen Dr. K. und ihm, dass der Kläger einerseits eine Chondrose L2/L3 im Röntgenbild aufweise und andererseits einen Bandscheibenvorfall L5/S1 gehabt habe. Damit erfülle er die Definition der Konstellation B. Wesentliche konkurrierende Ursachen oder Faktoren seien nicht erkennbar. Eine Spondylose im Segment L2/L3 sei sowohl von Dr. K. wie auch von ihm eindeutig bescheinigt worden. Er selber habe noch diskrete (begleit)- spondylotische Veränderungen in den Segmenten L3/L4 und L4/L5 vorgefunden. Dies entspreche also der Konstellation B1. Ein Zusammenhang gelte als wahrscheinlich.

Mit Urteil vom 13.07.2010 hob das SG den Bescheid der Beklagten vom 07.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.11.2007 auf und stellte fest, dass bei dem Kläger eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung vorliegt; im Übrigen wies es die Klage („mit der die Feststellung einer BK nach 2110 beantragt worden war,“) ab. In den Entscheidungsgründen führte das SG aus, wie der Sachverständige Dr. H. überzeugend ausgeführt habe, liege beim Kläger eine BK Nr. 2108 vor. Zwischen Einwirkungen und der Erkrankung sei ein wesentlicher Ursachenzusammenhang gegeben. Entsprechend den Konsensempfehlungen seien vorliegend die Voraussetzungen der Konstellation B1 erfüllt. Eine Konstellation B1 nach den Konsensempfehlungen liege vor, wenn die bandscheibenbedingte Erkrankung im Bereich L5/S1 auftrete, andere wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren nicht erkennbar seien und eine Begleitspondylose (muss heißen: Begleitspondylose) vorliege. Beim Kläger hätten sich keine Hinweise auf ein symptomatisches Krankheitsgeschehen der Wirbelsäule über den Bandscheibenvorfall hinaus ergeben. Ebenfalls

seien auch andere konkurrierende Ursachen für den Bandscheibenvorfall nicht ersichtlich. Eine Begleitspondylose liege vor. Als solche werde nach den Konsensempfehlungen definiert eine Spondylose (knöcherne Ausziehung in den Grenzflächen der Wirbelkörper), die entweder das von dem eigentlichen Bandscheibenvorfall betroffene Segment gar nicht betreffe oder nachweislich schon vor dem Eintritt der Bandscheibenbedingten Erkrankung vorhanden gewesen sei. Wie Dr. H. nachvollziehbar ausgeführt habe, seien im Zeitpunkt des Bandscheibenvorfalles im Juni 1999 radiologisch feststellbar auch diskrete Spondylosen in den Segmenten L3/L4 und L4/L5 in den konventionellen Röntgenbildern erkennbar gewesen, darüber hinaus eine seit 1995 im Wesentlichen unveränderte fortgeschrittene Spondylochondrose (Spondylose in Kombination mit einer Verschmälerung des Zwischenwirbelraums/Höhenminderung) im Bereich L2/L3. Spondylosen lägen also in Segmenten vor, die nicht von dem Bandscheibenvorfall betroffenen seien. Diese seien bereits vorhanden gewesen, als der Bandscheibenvorfall im Juni 1999 aufgetreten sei. Diese würden auch aufgrund der Ausführung des Sachverständigen Dr. H. das alterstypische Maß überschreiten, so dass von einer Begleitspondylose ausgegangen werden könne, zumal insbesondere im Bereich L2/L3 bereits seit 1995 eine fortgeschrittene Spondylochondrose bei dem Kläger vorliege. Zu Recht habe der Sachverständige Dr. H. daher die Konstellation nach B 1 der Konsensempfehlungen als erfüllt angesehen. In Folge der anhaltenden Schmerzen sei der Kläger gezwungen gewesen, seine Tätigkeit als Kraftfahrer aufzugeben. Die Voraussetzungen für die BK Nr. 2108 seien somit erfüllt. Die Voraussetzungen für eine Anerkennung der BK Nr. 2110 der Anlage zur BKV lägen jedoch nicht vor. Aufgrund der nachvollziehbaren Berechnung des Technischen Aufsichtsdienstes der Beklagten vom 11.01.2005 lägen die Tagesdosen sämtlich unter dem erforderlichen Wert, so dass nach dem Merkblatt keine Beurteilungsbeschleunigung vorliege, die geeignet sei, die festgestellte Bandscheibenerkrankung im Sinne einer wesentlichen Ursache für eine BK Nr. 2110 hervorzurufen.

Gegen das - der Beklagten am 02.09.2010 zugestellte - Urteil hat die Beklagte am 23.09.2010 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, die Beeinträchtigungen des Klägers im Bereich der Halswirbelsäule seien nach den Ausführungen des Dr. H. auf eine isolierte Blockierung der Halswirbelsäule rechts zurückzuführen. Chondrosen und Spondylosen hätten in diesem Bereich nicht nachgewiesen werden können. Dem könne sie nicht folgen. Bereits vom 22.06. bis 25.06.1982 sei der Kläger wegen eines akuten Halswirbelsäulensyndroms arbeitsunfähig gewesen. Auch bei der Begutachtung vom 02.09.1992 bei Dr. B. habe der Kläger über seit mehreren Jahren bestehende Nackenbeschwerden geklagt. Dr. D. habe am 11.04.2000 mitgeteilt, der Kläger stehe bei ihm wegen Lendenwirbelsäulen- und Halswirbelsäulenbeschwerden in Behandlung. Dr. D. habe den Röntgenbefund an der Halswirbelsäule vom 17.06.1996 wie folgt beschrieben: Steilstellung, Bandscheibenschaden mit Zwischenwirbelraumverschmälerung und Gefügestörung, Halswirbelkörper 5/6. Dr. U. habe in seinem für das SG Ulm in dem Verfahren S 8 U 2475/01 erstellten Gutachten aufgrund der von ihm angefertigten Röntgenaufnahmen ebenfalls Ausziehungen der Wirbelkörpervorderkanten sowie Verschmälerungen der Zwischenwirbelräume vom 5. bis zum 7. Halswirbelkörper beschrieben. Ferner habe er bei dieser Begutachtung auch osteochondrotische Randzacken von der mittleren bis zur unteren Brustwirbelsäule festgestellt. Da somit die gesamte Wirbelsäule des Klägers degenerativ verändert sei, müsse davon ausgegangen werden, dass bei diesem eine aus innerer Ursache bestehende Systemerkrankung und keine beruflich verursachte bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vorliege. Selbst wenn man von einer solchen Systemerkrankung nicht ausgehen wolle, müsste hier wegen der erheblichen Schäden an der Halswirbelsäule die Konstellation B 8 der "Konsensempfehlungen" in Betracht gezogen werden, zumal die Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule mit einer klinischen Erkrankung einhergingen wie der Behandlungsbericht des Orthopäden D. beweise. Der berufliche Zusammenhang wäre dann ebenfalls nicht wahrscheinlich. Im Übrigen habe der Kläger selbst angegeben, dass er bereits seit dem Jahre 1979 unter Wirbelsäulenbeschwerden leide. Die AOK N. - F. habe eine Arbeitsunfähigkeitszeit bestätigt wegen Lumbago, Ischias vom 22.02.1978 bis 05.03.1978. Bei Aufnahme der gefährdenden Tätigkeit am 01.12.1972 habe es somit auch an der "Langjährigkeit" (10 Berufsjahre) im Sinne der Ziffer 2108 der Anlage zur BKV bis zum Auftreten des Bandscheibenleidens gefehlt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 13. Juli 2010 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Berichterstatter hat die Beteiligten in nichtöffentlicher Sitzung am 09.08.2012 gehört.

Die Beteiligten haben ihre Zustimmung zur Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Akten des SG Ulm und der Senatsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet.

Streitgegenstand der Berufung ist die Frage der Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV. Nicht Streitgegenstand ist die Frage der Anerkennung einer BK-Nr. 2110 der Anlage zur BKV, da insoweit keine Berufung eingelegt worden ist.

Zu Recht hat das SG mit dem angefochtenen Urteil den Bescheid der Beklagten vom 07.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.11.2007 abgeändert und festgestellt, dass bei dem Kläger eine BK nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV vorliegt.

Das SG hat in der angefochtenen Entscheidung die für den Rechtsstreit maßgeblichen Rechtsvorschriften und Grundsätze vollständig und

zutreffend dargestellt. Es hat weiter zu Recht ausgeführt, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung der BK-Nr. 2108 gegeben sind, dass beim Kläger bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule mit chronischem Beschwerdebild und Funktionseinschränkungen vorliegen und dass diese mit dem erforderlichen Beweisgrad der Wahrscheinlichkeit auf die berufsbedingten Einwirkungen zurückzuführen sind. Der Senat schließt sich nach eigener Überprüfung zur Begründung seiner Entscheidung den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils voll an, auf die er zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug nimmt ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend und im Hinblick auf das Vorbringen der Berufungsführerin im Berufungsverfahren bleibt auszuführen:

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist vom SG zutreffend eine Bandscheibenerkrankung des Klägers nach der Konstellation B1 der Konsensempfehlungen unter Berufung auf das Gutachten von Dr. H. angenommen worden. 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](#), vom 27.08.2010 [L 8 U 891/10](#), beide unveröffentlicht, und vom 28.01.2011 - [L 8 U 4946/08](#) -, [Juris](#), [sozialgerichtsbarkeit.de](#)) seiner Entscheidung zugrundelegt. Grundvoraussetzung für die Anerkennung eines Ursachenzusammenhangs ist 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.

Soweit die Beklagte mit ihrer Berufungsbegründung geltend macht, es müsse beim Kläger davon ausgegangen werden, dass bei diesem eine aus innerer Ursache bestehende Systemerkrankung und keine beruflich verursachte bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vorliege, da die gesamte Wirbelsäule des Klägers - insbesondere auch die Halswirbelsäule - degenerativ verändert sei, folgt der Senat dem nicht. Soweit die Beklagte daher unter Hinweis auf die Konstellation B8 der Konsensempfehlungen von einer Systemerkrankung ausgeht, ist dies nicht überzeugend. Nach B8 der Konsensempfehlungen ist der Zusammenhang einer der Konstellation B1 unterfallenden Bandscheibenerkrankung mit der beruflich bedingten Belastung nicht wahrscheinlich, wenn der Bandscheibenschaden an der HWS stärker als der an der LWS ausgeprägt ist und mit einer klinischen Erkrankung einhergeht. Diese Voraussetzungen der Konstellation B8 liegen gerade nicht vor, was sich auch für den Senat überzeugend aus dem Gutachten von Dr. H. ergibt.

Der Kläger hat im Juni 1999 einen Bandscheibenvorfall L5/S1 links erlitten. Zu diesem Zeitpunkt haben sich nach der Beurteilung des gerichtlichen Sachverständigen Dr. H. lediglich diskrete Spondylosen in den Segmenten L3/L4 und L4/L5 auf konventionellen Röntgenbildern gefunden. Darüber hinaus fand sich eine seit 1995 im Wesentlichen unveränderte fortgeschrittene Spondylochondrose im Segment L2/L3. Der Kläger hat auch nicht über diffuse Schmerzen in der gesamten Wirbelsäule - insbesondere an der HWS - geklagt, sondern Schmerzen und Beschwerden bis zur Bewegungsunfähigkeit sind ausgegangen von der LWS-Region im Bereich des Bandscheibenvorfalles L5/S1. Die beim Kläger festgestellten Beeinträchtigungen der HWS mit endgradig schmerzhafter Funktionsstörung sind demgegenüber von untergeordneter Bedeutung und stehen auch nicht im Zusammenhang mit Bandscheibenveränderungen der HWS. Maßgeblich für den erforderlichen Vergleich des Degenerationszustandes der Wirbelsäulenabschnitte sind nur Chondrosen und Vorfälle, während Spondylosen an den belastungsfernen Wirbelabschnitten die Indizwirkung einer altersuntypischen Degeneration an der LWS nicht in Zweifel ziehen, worauf das SG in seinem Urteil zutreffend hingewiesen hat. Die Beeinträchtigungen der HWS sind nach den Ausführungen des Dr. H. für den Senat nachvollziehbar auf eine isolierte Blockierung der HWS rechts zurückzuführen und durch geeignete Therapiemaßnahmen in kürzester Zeit dauerhaft zu beseitigen (vgl. S. 20 des Gutachtens von Dr. H.). Eine auf einem Bandscheibenschaden beruhende HWS-Erkrankung (auf Dauer) kann insoweit nicht angenommen werden. Soweit der Kläger in der Zeit vom 22. bis 25.06.1982 wegen eines akuten Halswirbelsäulensyndroms arbeitsunfähig geschrieben worden ist (vgl. Bl. 278 der Beklagtenakten), ergeben sich daraus keine Hinweise auf eine Systemerkrankung, zumal es sich hierbei offensichtlich lediglich um eine vorübergehende 4-tägige Arbeitsunfähigkeit gehandelt hat. Soweit die Beklagte darauf hinweist, dass der Kläger bei der Begutachtung vom 02.09.1992 bei Dr. B. auch über Nackenbeschwerden (Bl. 51 der Beklagtenakten) geklagt habe, handelt es sich hierbei um geringe muskuläre Verspannungen, die entsprechend den Beurteilungen von Dr. H. durch Therapie behandelbar sind. Denn nach den Angaben des Klägers sind wiederkehrende Beschwerden aufgetreten, die meist anlässlich von einseitigen Haltungen und/oder körperlichen Belastungen aufgetreten sind. Ausstrahlungen in die Arme sind verneint worden. Hinweise auf Paresen haben ebenfalls nicht vorgelegen. Die Beweglichkeit war in allen Richtungen vorhanden, lediglich endgradig schmerzhaft eingeschränkt. Hinweise auf das Vorliegen einer Systemerkrankung ergeben sich nach Überzeugung des Senats daraus nicht. Bei den sowohl vom Orthopäden Dr. D. erhobenen Röntgenbefunden an der HWS (Bl. 245 der Beklagtenakte) als auch von Dr. U. aufgrund der von ihm angefertigten Röntgenaufnahmen der HWS handelt es sich um einen "Bandscheibenschaden" mit Zwischenwirbelraumverschmälerung und Gefügestörung bei HWK 5/6 (Röntgenbefund von Dr. D. vom 17.06.1996) bzw. Ausziehungen der Wirbelkörpervorderkanten sowie Verschmälerung der Zwischenwirbelräume vom 5. bis zum 7. Halswirbelkörper (Röntgenbefund vom 15.01.2003, vgl. S. 82 der Beklagtenakten), die - wie oben ausgeführt - die Beschwerdesymptomatik der HWS nicht hinreichend nachweisbar verursacht haben. Darüber hinaus liegt bereits auch keine stärker ausgeprägte Bandscheibenschädigung der HWS im Vergleich zur LWS vor. Zutreffend hat das SG unter Bezugnahme auf die Konsensempfehlungen (Konsensempfehlungen 1.4) und die unfallmedizinische Literatur darauf hingewiesen, dass für den Vergleich Chondrosen und Vorfälle maßgeblich sind. Im Verlauf um den Zeitraum der Aufgabe der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit (Juni 1999) fanden sich in der HWS Chondrosen zunächst nur bei HWK 5/6 (1996) und dann auch bei HWK 6/7 (2003) ohne Verlagerung von Bandscheibengewebe (Protrusion oder Prolaps). Demgegenüber war bereits 1999 eine geringe Protrusion bei LWK 4/5 und der Bandscheibenvorfall bei L5/S1 diagnostiziert worden, was ein deutlich ausgeprägteres Schadensbild ist.

Entgegen dem Vorbringen der Beklagten ist nach der überzeugender Begründung des Sachverständigen Dr. H. von der Konstellation B1 auszugehen. Eine Konstellation B1 nach den Konsensempfehlungen liegt vor, wenn die bandscheibenbedingte Erkrankung im Bereich L5/S1 auftritt, andere wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren - wie oben näher ausgeführt - nicht erkennbar sind und eine Begleitspondylose (knöcherne Ausziehungen in den Grenzflächen der Wirbelkörper) vorliegt. Die von Dr. K. in seiner Stellungnahme vom 13.05.2009 angesprochene Chondrose, die nach seiner Auffassung lediglich im Segment L2/L3 vorliege, nicht jedoch in den nachfolgenden beiden Segmenten L3/L4 und L4/L5 betrifft vielmehr die Konstellation B2 der Konsensempfehlungen. Bei der Konstellation B1 der

Konsensempfehlungen sind Höhenminderung mit mindestens Grad II und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben nicht als Voraussetzungen aufgeführt. Die zur Annahme der Konstellation B1 der Konsensempfehlungen erforderliche Begleitspondylose ist von Dr. H. in seinem Gutachten und seiner Stellungnahme vom 28.09.2009 beschrieben worden. Danach waren im Zeitpunkt des Bandscheibenvorfalles im Juni 1999 radiologisch feststellbar auch diskrete Spondylosen in den Segmenten L3/L4 und L4/L5 in den konventionellen Röntgenbildern erkennbar gewesen, darüber hinaus eine seit 1995 im Wesentlichen unveränderte fortgeschrittene Spondylochondrose im Bereich L2/L3. Damit haben zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufgabe Spondylosen in Segmenten vorgelegen, die nicht von dem Bandscheibenvorfall bei L5/S1 betroffen sind. Eine geringe Zwischenwirbelraumverschmälerung wurde im Bereich von BWK 12 bis LWK 2/3 mit Kernspintomographie vom 28.09.2000 beschrieben (Befundbericht von Dr. H. vom 02.10.2000), die auch erstmals einen minimalen Prolaps bei BWK12/LWK1 ergab. Ebenso diagnostizierte Dr. H. Spondylosen am Segment L3/4, das im Computertomographie-Befund vom 30.06.1999 noch mit normalen Bandscheiben- und Foramenverhältnissen beschrieben wird. Ob auch die von Dr. H. diagnostizierte Spondylose am Segment L 4/5 herangezogen werden kann, obgleich bereits im Juni 1999 auch eine Protrusion an diesem Segment erkennbar war, kann dahinstehen. Zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufgabe lagen jedenfalls in 2 LWS-Segmenten Begleitspondylosen im Sinne der Konsensempfehlungen vor. Diese werden nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. H. als Begleitspondylosen mit Indizwirkung für die wirbelsäulenbelastende Tätigkeit des Klägers als Ursache der Bandscheibenerkrankung qualifiziert, obgleich er die Spondylosen an den Segmenten L3/4 und L4/5 als noch diskret bezeichnet. Ob damit das alterstypische Maß in mindestens 2 Segmenten als überschritten angesehen werden kann, wie das Sozialgericht meint, lässt der Senat offen. Nach den Konsensempfehlungen hat die Begleitspondylose nur dann die positive Indizwirkung, wenn die Spondylose über das alterstypische Erscheinungsbild einer Degeneration des im Juni 1999 50 Jahre alten Klägers hinausging. Nach den Konsensempfehlungen ist die vordere und seitliche Randzackenbildung an den Lendenwirbelkörpern bis 2 mm generell noch nicht altersuntypisch, bei über 50 -jährigen liegt ab 3-5 mm eine altersuntypische Degenerationserscheinung vor (Konsensempfehlungen 1.2 A, Übersicht 4). Vorliegend ist dem Gutachten von Dr. H. aber zu entnehmen, dass er von der monosegmentalen Schadenskonstellation B1 ausgeht, weil einerseits der nicht klinisch auffällig gewordene, nur minimal raumfordernde Prolaps bei TH12/L1 (MRT-Befund vom September 2000) nach Tätigkeitsaufgabe diagnostiziert worden ist und dieser andererseits in der Folge keine Behandlungsbedürftigkeit ausgelöst hatte. Bei einer/em monosegmentalen/em Chondrose/Vorfall ohne Begleitspondylose spricht bei über 45 -jährigen auch das Fehlen von sonstigen Begleitbefunden , insbesondere einer "black disk", in anderen Segmenten gegen das Vorliegen einer Berufskrankheit (Konsensempfehlungen 1.4). Demgegenüber ist beim Kläger nach dem MRT vom 28.09.2000 bereits zu diesem Zeitpunkt eine Dehydrierung - der organische Befund bei einer Black disk - der thorakolumbalen Bandscheibe und den nachfolgenden beiden oberen lumbale Bandscheiben, also in den Segmenten TH12/L1 - L2/3, ersichtlich, was eine beginnende Bandscheibenveränderungen mit von oben nach unten zunehmenden Schweregrad mit Protrusion bei L4/5 und Prolaps bei L5/S1 im nahen zeitlichen Zusammenhang nach der Berufsaufgabe belegt. Die Bewertung der Aussagekraft der von Dr. H. in den genannten Segmenten diagnostizierten Spondylosen als hinreichende Indizwirkung ist für den Senat daher überzeugend. Zu Recht ist daher der gerichtliche Sachverständige Dr. H. von einer Konstellation nach B1 nach den Konsensempfehlungen ausgegangen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass "Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall" für alle mit dem Buchstaben "B" beginnende Konstellationen gefordert werden, allerdings nicht kumulativ, sondern lediglich alternativ. Im vorliegenden Fall liegt ein "Vorfall" vor, sodass es auf die Alternative "Chondrose Grad II oder höher" nicht ankommt.

Wegen des im Jahr 1999 erlittenen Bandscheibenvorfalles ist der Kläger auch gezwungen gewesen, seine Tätigkeit aufzugeben und ab 09.02.2000 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu beziehen.

Nach alledem konnte die Berufung der Beklagten keinen Erfolg haben und sie war mit der Kostenentscheidung aus [§ 193 SGG](#) zurückzuweisen.

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-09-27