

L 2 U 444/13

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 1 U 5009/13

Datum

20.09.2013

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 444/13

Datum

29.07.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zum Vorliegen eines bandscheibenbedingten Schadens im Bereich der Lendenwirbelsäule.

2. Zur stärkeren Betroffenheit der Halswirbelsäule gegenüber der Lendenwirbelsäule (Abgrenzung der Konstellation B 4 - B 5 nach den Konsensempfehlungen).

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts vom 20. September 2013 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) nach Ziff. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Der 1954 geborene Kläger war nach eigenen Angaben vom 10. März 1982 bis 29. Januar 2010 als Grabmacher beim Städtischen Bestattungsdienst in A-Stadt tätig. Er gab an, Bretter mit einem Gewicht von 25 bis 30 kg getragen zu haben. Jeden Arbeitstag hätten vier bis fünf Gräber ausgehoben bzw. verschlossen werden müssen. Ein Bagger sei teilweise erst seit 1995 eingesetzt worden. Am 28. März 2010 zeigte er bei der Beklagten das Vorliegen einer Berufskrankheit wegen seit fast 28-jähriger schwer körperlicher Arbeit an. Es bestehe eine Osteochondrose Halswirbelkörper (HWK) 4-7 sowie eine knöcherne Neuroforamenstenose HWK 5/6 rechts und HWK 6/7 beidseits. Seit 2007 hätten sich die Beschwerden verschlimmert. Der Kläger gab gegenüber der Beklagten an, seit 1996 Rückenbeschwerden zu haben. Er habe Schmerzen und Taubheitsgefühl in beiden Händen bis in die Finger, starke Schmerzen in beiden Armen vom Nacken und Rückenschmerzen.

Ein MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 11. Februar 2010 ergab ferner eine medialbetonte Bandscheibenprotrusion mit Einriss des Anulus fibrosus bei LWK 5/SWK 1, keinen Nachweis eines Bandscheibensequesters, deutliche Spondylarthrosen der unteren LWS, etwas betont bei LWK 4/5.

Eine Operation im Bereich der HWS fand am 16. Februar 2010, an der LWS am 28. April 2011 statt.

Die Beklagte holte außerdem folgende Berichte ein: - Vorläufiger Reha-Bericht der Klinik H. vom 21. Juli 2007 zur stationären Behandlung vom 6. bis 27. Juni 2007, - MRT der HWS vom 15. Februar 2010 ("Osteochondrose C4 - C7"), - Befundbericht der Orthopädischen Chirurgie A-Stadt vom 30. April 2010, - Befundbericht des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom 17. Mai 2010 ("C6/7-Syndrom, Horner-Syndrom rechts"), - div. Röntgenaufnahmen. Der Beratungsarzt Dr. K. stellte in einer Stellungnahme vom 29. November 2010 außer Zweifel, dass im Bereich der HWS Verschleißumformungen vorliegen, die das altersentsprechende Maß deutlich übersteigen. Zweifel bestünden, ob der Versicherte in nennenswertem Umfang HWS-belastende Tätigkeiten im Sinne der BK 2109 durchgeführt habe. Ein belastungskonformes Schadensbild im Sinne der BK 2108 sei nicht abzugrenzen. In einer Stellungnahme vom 11. Februar 2011 nach Auswertung weiterer Röntgenaufnahmen der LWS stellte Dr. K. fest, dass vom Schadensbild eine BK 2108 ausgeschlossen werden könne.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 4. Juli 2011 ein. Zur BK 2108 stellte der Dienst fest, dass die Gesamtbelastungsdosis in dem maßgeblichen Zeitraum (28,75 Jahre) 28,54 x 106 Nh betrage: Die Gesamtdosis entspreche 114,16 % des ehemaligen Dosisrichtwertes von 25 x 106 Nh gemäß dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD). Eine eingehende medizinische Abklärung sei notwendig. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2109 seien hingegen zu verneinen.

Der Gewerbearzt Dr. zur M. vertrat am 5. September 2011 die Ansicht, dass bandscheibenbedingte Veränderungen, die das altersentsprechende Maß übersteigen, nicht vorlägen.

Mit Bescheid vom 23. November 2011 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV sowie Leistungen ab. Die medizinischen Anspruchsvoraussetzungen seien nicht gegeben. Ein Nachweis des Zugangs dieses Bescheides ist nicht gegeben.

Mit gesondertem Bescheid vom 23. November 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2012 lehnte sie ferner das Vorliegen einer BK 2109 ab, da die arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht gegeben seien. Die hiergegen gerichtete Klage zum Sozialgericht München nahm der Kläger am 24. Mai 2012 zurück (Az.: S 1 U 5015/12). In der mündlichen Verhandlung sagte die Beklagtenvertreterin zu, einen Bescheid bzgl. der BK 2108 zu erlassen.

Hinsichtlich des hier maßgeblichen Widerspruchsverfahrens hat der Kläger eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht München erhoben (Az.: S 1 U 5002/13), die mit Schriftsatz vom 21. Februar 2013 für erledigt erklärt wurde.

Mit Schreiben vom 1. Juni 2012 sandte die Beklagte dem Kläger den Bescheid vom 23. November 2011, der die BK 2108 betraf, (erneut) zu. Den hiergegen eingelegten Widerspruch, mit dem der Kläger auf die Arbeitsbelastung im Zeitraum von 1982 bis 1992 verwies, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2013 zurück. Es handele sich um schicksalshafte statische Veränderungen im Bereich der LWS.

Dagegen hat der Kläger Klage beim Sozialgericht München erhoben und ein Attest des Orthopäden Dr. N. vom 20. Februar 2013 vorgelegt, der auf Tätigkeiten mit teilweise bis zu 11,55 t Erdarbeiten und die damit verbundene Rumpfbeugehaltung hingewiesen hat. Neben Bandscheibenveränderungen würden beim Kläger Spondylarthrosen und Osteochondrosen vorliegen.

Das Sozialgericht hat die Schwerbehindertenakte sowie die Entlassungsberichte der Reha-Maßnahmen von 2006 und 2007 beigezogen, weitere ärztliche Berichte eingeholt und den Arzt für Orthopädie Dr. V. F. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dr. F. hat in seinem Gutachten vom 26. Juni 2013 als relevante Diagnosen - operierte Bandscheibenschäden zwischen dem 4. bis 7. HWK mit ausgeprägter Spondylose bei vorbestehender Osteochondrose, - einen operierten Bandscheibenvorfall im 4. Segment der LWS, - geringe Protrusionen im 3. und 5. Segment, - eine Spondylose zwischen dem 12. BWK bis 1. LWK, - eine persistierende Chorda dorsalis der LWS, - keine signifikante Bandscheibenhöhenminderung, - einen Zustand nach Dekompressionsoperation wegen Spinalstenose bei Spondylarthrose und mikrochirurgischer Diskektomie L 4/5 festgehalten. Eine eigentliche bandscheibenbedingte Erkrankung sei nicht zu sichern, da weder relevante Funktionsstörungen noch neurologische Ausfallerscheinungen mitgeteilt würden. Eine fehlende altersatypische Höhenminderung der Bandscheibenräume bis zum Jahr 2011 sei mit belastungskonformen Strukturveränderungen nicht vereinbar, jedoch der Bandscheibenvorfall im 4. Segment bei black discs im 4. und 5. Segment. Gegen eine BK nach Nr. 2108 spräche der deutlich stärkere Befall der HWS und BWS. Der Sachverständige ist im Ergebnis von der Konstellation A 1 der sog. Konsensempfehlungen ausgegangen. Würde man Krankheitserscheinungen einer bandscheibenbedingten Erkrankung annehmen, läge eine B-Konstellation vor. Wegen der stärker betroffenen HWS läge die Konstellation B 5 vor, d.h. ein Zusammenhang sei nach den Konsensempfehlungen nicht wahrscheinlich. Insgesamt hat der Sachverständige somit das Vorliegen einer BK 2108 abgelehnt.

Mit Urteil vom 20. September 2013 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und sich hierbei auf das Gutachten des Dr. F. gestützt. Zwar lägen die arbeitstechnischen Voraussetzungen der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vor, doch sei von einem belastungskonformen Schadensbild mit Prolaps im 4. Segment und black discs im 4. und 5. Segment erst unmittelbar vor der Operation am 28. April 2011 auszugehen. Bis zum Jahr 2011 sei eine fehlende altersatypische Höhenminderung der Bandscheibenräume mit belastungskonformen Strukturveränderungen nicht zu vereinbaren. Ferner sei eine aufsteigende Verschleißsymptomatik von unten nach oben im Bereich der LWS beim Kläger nicht gegeben. Ein Bandscheibenvorfall sei im 4. Segment, nicht im 5. Segment aufgetreten. Auch eine über das Altersmaß hinausgehende Begleitspondylose liege nicht vor. Besonders auffällig sei, dass, gemessen an den Veränderungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule, die degenerativen Veränderungen der HWS weit im Vordergrund stünden. Da eine mit der Bandscheibenerkrankung des Klägers korrelierende klinische Symptomatik gemäß den gutachterlichen Untersuchungsbefunden nicht zu entnehmen sei, läge die Konstellation A 1 nicht vor. Bei Unterstellung einer bandscheibenbedingten Erkrankung würden im Zusammenhang mit einem Bandscheibenschaden L5/S1 und/oder L4/L5 im Vergleich hierzu die ausgeprägten Bandscheibenschäden im Bereich der HWS mit einer hier gesicherten klinischen Erkrankung eine Anerkennung einer BK 2108 ausschließen.

Dagegen hat der Kläger Berufung eingelegt und zur Begründung auf die Auffassung des behandelnden Orthopäden Dr. N. verwiesen. Nachdem Dr. N. eine Begutachtung durch einen anderen Kollegen empfohlen hatte, hat der Senat gemäß klägerischem Antrag nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) den Facharzt für Orthopädie E. mit der Erstellung eines Gutachtens (Gutachten vom 24. September 2014) beauftragt. Nach dessen Einschätzung liegt eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vor. Anamnestisch belegt habe seit 1995 ein lokales Lumbalsyndrom vorgelegen, das immer mehr in ein polyradikuläres Wurzelreizsyndrom übergegangen sei und letztlich in einer Operation endete. Ein beim Kläger sicherlich anlagebedingt vorhandener enger Spinalkanal sowohl an der HWS als auch an der LWS stelle nach den Konsensempfehlungen keinen konkurrierenden Risikofaktor dar. Im Ergebnis liege eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung vor. Der Sachverständige ist von der Konstellation B 4 mit Bandscheibenprotrusionen in den unteren drei Etagen, besonders intensiver Belastung (Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als zehn Jahren) und besonders hohem Gefährdungspotential durch hohe Belastungsspitzen ausgegangen. Hinsichtlich der MdE-Bewertung sei eine MdE von 30 v.H. angezeigt. Motorische Störungen durch Nervenkompressionen seien zwar nicht nachweisbar, es bestünden jedoch deutliche Hinweise auf ein polyradikuläres lumbales Wurzelkompressionssyndrom.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. K. vom 4. November 2014 vorgelegt. Es bestünde kein Zweifel an einer Problematik von Seiten der LWS, der Schadensschwerpunkt finde sich aber eindeutig im Bereich der HWS. Diese Problematik werde in dem Gutachten ausgeblendet.

Gemäß [§ 109 SGG](#) hat der Senat antragsgemäß eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen E. vom 27. Mai 2015 eingeholt. Dass die Operation der HWS im Februar 2010 wegen einer vorwiegend knöchern bedingten Spinalkanalstenose vor der Operation der vorwiegend

discogen bedingten lumbalen Spinalkanalstenose am 28. April 2011 erfolgte, dürfe nicht dazu führen, dass ein eindeutiger Schadensschwerpunkt an der HWS gesehen werde. Er hat nochmals auf die Belastungen durch die Arbeit hingewiesen. Nach Angaben des Klägers seien die Beschwerden an der LWS bereits 1995 aufgetreten; die Beschwerden an der HWS seien demgegenüber erst später aufgetreten. Hier spielten auch die altersbedingten degenerativen Veränderungen sowie eine anlagebedingte Enge des cervicalen Spinalkanals eine Rolle. Es verbleibe damit bei der Konstellation B 4; die Bandscheibenschäden an der HWS seien später aufgetreten und schwächer ausgeprägt als an der LWS.

Dr. K. hat in einer weiteren Stellungnahme vom 9. Juni 2015 ebenfalls an seiner Auffassung festgehalten. Wie der Sachverständige E. teile er eine kritische Auseinandersetzung mit den Konsensempfehlungen. Diese stellten nur den "kleinsten gemeinsamen Nenner" dar. Löse man sich von diesen, so ergäbe sich allein schon bei der Betrachtung des röntgenanatomischen Schadensbildes der LWS keine eindeutige Belastungskonformität. Dem Gutachten des Dr. F. sei zuzustimmen.

Außerdem hat die Beklagte eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme, diesmal des Orthopäden Dr. T., vom 17. Juli 2015 vorgelegt. Nach den Röntgenaufnahmen ergäben sich keine dem Alter vorseilenden umformenden Reaktionen im Sinne einer Spondylose, so dass es bereits an einem belastungskonformen Schadensbild fehle. Beschwerdeursache sei eine Spondylarthrose, d.h. Verschleißveränderungen der kleinen Wirbelgelenke. Außerdem ergäben sich aus dem CT vom 20. April 2011 keine vorseilenden umformenden Reaktionen, sondern eine anlagebedingte Einengung des Wirbelkanals im Sinne einer Spinalkanalstenose. Kritische Äußerungen gegenüber den Konsensempfehlungen wurden wiederholt. Dabei lasse sich beim Kläger aber auch keine bandscheibenbedingte Erkrankung im engeren Sinne nachweisen, weil nur von einer Bandscheibenprotrusion in Höhe von L 4/5 und praesacral die Rede sei. Vorseilende Knochenausziehungen an den Wirbelrändern (Spondylophyten) würden fehlen.

Der Senat hat die Beteiligten auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23. April 2015 zur Bestätigung der Anwendung der Konsensempfehlungen hingewiesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. September 2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 23. November 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2013 zu verurteilen, bei dem Kläger eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Übrigen wird auf den Inhalt der Akte der Beklagten, der Gerichtsakten des Sozialgerichts sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG), aber unbegründet, da die medizinischen Voraussetzungen für das Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV nicht erfüllt sind.

Berufskrankheiten sind nach § 7 Abs. 1 SGB des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) Versicherungsfälle. Berufskrankheiten sind dabei Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Vorliegend betrifft der Rechtsstreit Nr. 2108 der Anlage 1 der BKV - bandscheibenbedingte Erkrankung 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, der Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Für die Feststellung einer Listen-Berufskrankheit ist im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (innerer sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen o.ä. auf den Körper geführt hat (sog. Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK (vgl. z.B. BSG v. 15. September 2011, Az.: B 2 U 25/10 R - Juris Rn. 14). Dabei müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, a.a.O., Juris Rn. 24 m.w.N.).

Der Kläger erfüllt - unstreitig - die arbeitstechnischen Voraussetzungen dieser Berufskrankheit für die Zeit vom 1982 bis 2010. Vor allem im Zeitabschnitt von 1982 bis Mitte 1992 lag die Gesamtbelastungsdosis mit 19,97 x 106 Nh weit über dem vom BSG geforderten hälftigen Dosiswert für Männer (12,5 x 106 Nh). In den Zeiten ab Mitte 1992 bis September 2010 lag die Belastungsdosis zwar mit 8,57 x 106 Nh unter diesem Wert, die Gesamtbelastungsdosis für 28,75 Jahre beträgt aber 28,54 x 106 Nh. Auch die Beklagte geht von einer erheblichen Gesamtbelastungsdosis nach dem MDD aus.

Es fehlt jedoch am Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen zwischen der beruflichen wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit und dem Schaden an der LWS. Die berufliche Exposition müsste zumindest eine wesentliche Mitursache für die Gesundheitsstörungen sein. Die für die Bejahung des Zusammenhangs der Gesundheitsstörungen mit der beruflichen Exposition notwendige Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt.

Zu der Frage, was unter einer bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der BKV zu verstehen ist, hat der Verordnungsgeber in der Begründung zur Zweiten Änderungsverordnung (2. ÄndVO), durch welche die BK 2108 in die Berufskrankheitenliste aufgenommen worden ist (BR-Drucks 773/92 S 8), eingehende Ausführungen gemacht. Danach sind unter bandscheibenbedingten Erkrankungen zu verstehen: - Bandscheibendegeneration (Diskose), - Instabilität im Bewegungssegment, - Bandscheibenvorfall (Prolaps), - degenerative Veränderungen der Wirbelkörperabschlussplatten (Osteochondrose), - knöcherne Ausziehungen an den vorderen seitlichen Randleisten der Wirbelkörper (Spondylose), - degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke (Spondylarthrose) mit den durch derartige Befunde bedingten Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule (zum Ganzen auch: BSG, Urteil vom 31. Mai 2005, Az.: [B 2 U 12/04 R](#)).

Entgegen dem Gutachten des Dr. F. und den Äußerungen des Beratungsarztes Dr. T. ist ein bandscheibenbedingter Schaden im Bereich der LWS beim Kläger belegt. Der Sachverständige E. beschreibt ein lokales Lumbalsyndrom, ein mono- oder polyradikuläres lumbales Wurzelreizsyndrom oder ein Kaudasyndrom, belegt seit 1995. Auch der vom Sozialgericht beauftragte Sachverständige Dr. F. beschreibt einen operierten Bandscheibenvorfall im 4. Segment der LWS, geringe Protrusionen im 3. und 5. Segment, eine Spondylose zwischen dem 12. BWK bis 1. LWK, eine persistierende Chorda dorsalis der LWS und einen Zustand nach Dekompressionsoperation wegen Spinalstenose bei Spondylarthrose und mikrochirurgischer Diskektomie L 4/5. Er bestätigt ferner, dass "jedenfalls" vor der Operation am 28. April 2011 von einem belastungskonformen Schadensbild im Sinne eines Prolaps im 4. Segment, black discs im 4. und 5. Segment auszugehen ist; nachgewiesen sind letztere aber bereits durch MRT vom 6. November 2008. Im Übrigen erklärte auch der beratende Arzt Dr. K. entgegen seiner aktuellen Stellungnahme noch in der Stellungnahme vom 4. November 2014, dass "keine Zweifel an einer Problematik von Seiten der Lendenwirbelsäule" bestehen. Auch Dr. T. spricht in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2015 immerhin von einer Spondylarthrose. Unstreitig anlagebedingt ist hingegen die Einengung des Wirbelkanals im Sinne einer Spinalkanalstenose.

Bei der Bewertung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Gesundheitsschaden und der beruflich bedingten Einwirkung auf die LWS stellt der Senat neben den eingeholten Gutachten und der Fachliteratur auch auf die Konsensempfehlungen ab. Das BSG (z.B. BSG Az.: [B 2 U 20/14 R](#)) hat deren Anwendung in den Entscheidungen vom 23. April 2015 bestätigt. Diese seien nach wie vor eine hinreichende Grundlage für die Bestimmung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes, ohne dass ihnen allerdings ein irgendwie gearteter "normativer Charakter" beizumessen sei. Bestätigt wird in dieser Entscheidung ausdrücklich die Anwendbarkeit der Konstellationen B 2 und B 4 der Konsensempfehlungen.

Da eine ausreichende Exposition nachgewiesen und gleichzeitig eine bandscheibenbedingte Erkrankung gesichert ist, scheidet eine sog. A-Konstellation aus. Grundsätzlich kommen damit die nachfolgenden Konstellationen zur Prüfung. Nach den Gutachten des Dr. F., der alternativ zur Anwendung der Konstellation B 5 gelangt, sowie des Sachverständigen E. (Konstellation B 4) liegt eine sog. B-Konstellation vor. Voraussetzungen hierfür sind, dass eine Lokalisation der bandscheibenbedingten Erkrankung den Bereich L5/S1 und/oder L4/L5 betrifft und eine Chondrose Grad II oder höher und/oder ein Vorfall vorliegen. Von beidem ist vorliegend gemäß den o.g. Ausführungen auszugehen.

a) Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren für den Bandscheibenschaden im Bereich der LWS sind beim Kläger nach den Gutachten nicht benannt bzw. nicht erkennbar. Der enge Spinalkanal, der die gesamte Wirbelsäule des Klägers betrifft, ist zwar anlagebedingt, jedoch gemäß den Konsensempfehlungen kein ausschließender Konkurrenzfaktor.

b) Strittig ist zwischen den Parteien und Gutachtern, wie die Ausprägung der Schäden im Bereich der HWS beim Kläger zu bewerten ist. Je nach Gewichtung wird nach den Konsensempfehlungen der Zusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und arbeitsbedingter Einwirkung auf die LWS als wahrscheinlich (Konstellation B 4) oder als nicht wahrscheinlich (Konstellation B 5, da beim Kläger der Bandscheibenschaden an der HWS mit einer klinischen Erkrankung und Operation im Februar 2010 einhergegangen ist) angesehen.

Insoweit ist für den Senat das Gutachten des Dr. F. überzeugend, der zu einem deutlichen Vorrang der HWS-Schäden gelangt ist:

Bereits die Anzeige des Unternehmers bei Anhaltspunkten für eine Berufskrankheit durch den Kläger stellte ganz wesentlich auf die Erkrankungen im Bereich der HWS ab, nämlich auf eine Osteochondrose im Bereich HWK 4 bis 7 sowie eine knöcherne Neuroforamenstenose in den Bereichen HWK 5/6 rechts und HWK 6/7 beidseits. Zunächst fand auch die Operation im Bereich der HWS statt. Nach den vorliegenden ärztlichen Berichten und bildgebenden Befunden bestanden bzw. bestehen im Bereich der HWS ausgeprägte Bandscheibenschäden; bei den operierten Segmenten zwischen den 4. und 7. HWK liegen Randspornbildungen an sämtlichen Segmenten vor. Im Übrigen sind auch im Bereich der BWK Einengungen und Randspornbildungen vorhanden, die wesentlich stärker ausgeprägt sind als die im Bereich der LWS. Das Sozialgericht hat vor diesem Hintergrund zutreffend ausgeführt, dass "die degenerativen Veränderungen der HWS weit im Vordergrund stehen" (Seite 7 des Urteils). Auf die Ausführungen wird verwiesen.

Der Sachverständige E. weist demgegenüber auf eine hochgradige Spinalkanal-stenose an der LWS hin, die im Februar 2010 bereits entstanden war. Allerdings erfolgte primär im Februar 2010 die Operation der HWS wegen einer - vorwiegend knöchernen bedingten - Spinalkanalstenose. Parallel dazu bestand die - vorwiegend discogen bedingte - lumbale Spinalkanalstenose der LWS. Der Sachverständige erkennt, dass durch objektive Befunde ganz erhebliche Schäden an der HWS und BWS dokumentiert sind und der Kläger stets über Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule klagte. Nach dem Gutachten des Dr. F. im SB-Verfahren vom 18. Mai 2011 besteht dort eine operativ herbeigeführte Versteifung zwischen dem 4. und 7. HWK, eine Osteochondrose C 3 bis C 4 sowie eine Uncovertebralarthrose. Im Bereich der BWS bestand eine Spondylochondrose BWK 7 bis 10.

Von untergeordneter Bedeutung ist, dass nach Angaben des Klägers zunächst 1995 bzw. 1996 Beschwerden im Bereich der LWS aufgetreten seien, womit der Sachverständige E. argumentierte. Ärztliche Aufzeichnungen über eine stationäre Behandlung im Krankenhaus A-Stadt im Jahre 1995 existieren nicht mehr. Der Kläger berichtete gegenüber Herrn E. auch von einer Besserung seit 1997. Neurologische oder funktionelle Ausfälle wurden jedenfalls nicht beschrieben. Im Reha-Entlassungsbericht vom 27. Februar 2006 wird dann neben rezidivierenden LWS-Beschwerden vor allem von HWS-Beschwerden berichtet, die Reha im Jahre 2007 diente vor allem der Stabilisierung der HWS. In seiner BK-Anzeige stellte der Kläger auf eine Verschlimmerung seit 2007 ab - zu diesem Zeitpunkt standen jedoch, wie die beiden Reha-Berichte ergeben, bereits die HWS-Beschwerden im Vordergrund der Behandlung. Ein vordergründiges Betroffensein der LWS vermag der Senat damit in Übereinstimmung mit Dr. F. und Dr. K. nicht zu erkennen. Wesentlich für die Beurteilung des Vorliegens einer Berufskrankheit sind im Übrigen die bildgebenden Befunde der einzelnen Abschnitte der Wirbelsäule, die nach den o.g. Ausführungen deutlich für eine stärkere Betroffenheit der HWS als der LWS sprechen.

Der Senat kommt damit zu dem Ergebnis, dass eindeutig die Konstellation B 5 und nicht B 4 vorliegt mit der Folge, dass der Zusammenhang zwischen der LWS-Erkrankung und der beruflichen Tätigkeit nicht wahrscheinlich ist.

Ein Rückgriff auf die Konstellation B 2 allein scheidet aus, da die Konstellation B 5 auf dieser aufbaut.

Die Kostenfolge stützt sich auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Gründe nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-09-25