

L 6 U 111/11

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Chemnitz (FSS)

Aktenzeichen

S 8 U 288/06

Datum

06.04.2011

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 6 U 111/11

Datum

29.01.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Auslegung der Konsensempfehlungen im Rahmen der Konstellation B 2, 1. und 2. Anstrich

I. Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 06.04.2011 sowie der Bescheid der Beklagten vom 05.04.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.07.2006 aufgehoben.

II. Es wird festgestellt, dass bei dem Kläger eine Berufskrankheit Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung vorliegt.

III. Die Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers beider Instanzen zu erstatten.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über das Vorliegen einer Berufskrankheit der Nr. 2108 der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (BK-Nr. 2108 BKV).

Der am 1958 geborene Kläger war nach seiner Ausbildung zum Baufacharbeiter in der Zeit von September 1975 bis Mai 1977 als Eisenflechter und Zimmerer bis einschließlich 1997 tätig, wobei er nach eigenen Angaben ab 1998 innerbetrieblich umgesetzt und überwiegend mit Bürotätigkeiten betraut wurde und in diesem Zusammenhang eine Ausbildung zum Sicherheitsbeauftragten absolvierte. Nach Übergang des Arbeitsverhältnisses in eine Transfergesellschaft in der Zeit von Juni 2002 bis Mai 2003 war der Kläger zunächst arbeitslos und begann im September 2003 eine Umschulung zum Podologen.

Mit Schreiben vom 07.03.2005 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine Rente, da er seinen Beruf als Zimmerer (Spezialbaufacharbeiter) aufgrund einer Erkrankung nicht mehr ausüben könne. Zur Akte reichte er ein für das Arbeitsamt A erstelltes ärztliches Gutachten vom 13.05.2003 sowie Behandlungsunterlagen der Gemeinschaftspraxis Dipl.-Med. H /Dipl.-Med. R , Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, vom 26.03.2003, ferner einen Befund über ein MRT der Lendenwirbelsäule vom 29.11.2002 (Beurteilung: im Vergleich zur Voruntersuchung von 1998 im Wesentlichen unveränderte Darstellung der deutlich ausgeprägten Osteochondrose und bilateralen Spondylarthrose bei L5/S1 mit links mediolateralem und intraforaminalem Bandscheibenprolaps, Wurzelirritation der linken L5-Wurzel, Discusprotrusion linksbetont im Segment L4/5).

Die Beklagte holte Auskünfte der vormaligen Arbeitgeberin des Klägers sowie einen Befundbericht von Dr. E , Fachärztin für Orthopädie, vom 13.06.2005 ein und zog Befunde arbeitsmedizinischer Untersuchungen sowie Auskünfte der Krankenversicherungen des Klägers bei. Am 28.07.2005 erstellte die Abteilung Prävention der Beklagten eine Expositionsanalyse dahingehend, dass im Sinne einer BK Nr. 2108 aus arbeitstechnischer Sicht eine ausreichende Exposition vorliege, hinsichtlich einer BK Nr. 2109 liege eine solche Exposition mit &8804; 5 % vor.

Am 19.01.2006 erstellte Dr. L /Dr. W der Klinik für Orthopädie des H -Klinikum A ein Gutachten nach Untersuchung des Klägers. Sie diagnostizierten ein chronisches (ausgebranntes) lumbales sensomotorisches Radikulärsyndrom S1 rechts, deutliche Wadenatrophie rechts, degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule mit Bandscheibenvorfall L5/S1 links, Hüftdysplasie beidseits mit initialer sekundärer Koxarthrose. Es sei von einem primär lumbalen Schmerzsyndrom mit rechtsseitiger Wurzelreizsymptomatik auszugehen. Anamnestisch seien ca. Mitte der 90er Jahre akute Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein sowie Gefühlsstörungen entlang

der Rückseite des rechten Oberschenkels und der Außenseite des rechten Fußes bekannt. In den MRT- bzw. CT-Aufnahmen sei zwar ein Bandscheibenprolaps in Höhe L5/S1 linksseitig mit Irritation der Nervenwurzel ebenfalls links ersichtlich, jedoch habe zu keinem Zeitpunkt links eine klinische Symptomatik bestanden. Trotz objektiviertem Bandscheibenschaden bleibe die klinische Relevanz dieses Schadens unsicher. Eine Korrelation zwischen dem klinischen Schadensbild und dem bildtechnischen Befund sei nicht eindeutig gegeben. Ferner wiesen die Gutachter darauf hin, dass der 5. Lendenwirbelkörper sich asymmetrisch gestalte und den Charakter eines so genannten lumbosakralen Übergangswirbels trage. Dies sei wesentlicher Kausalfaktor für die degenerativen Veränderungen im untersten Bewegungssegment der Lendenwirbelsäule. Auch an der beruflich nicht exponierten Halswirbelsäule zeige sich radiologisch eine den Veränderungen im LWS-Bereich nahezu gleichartige fortgeschrittene Osteochondrose bei C5/C6, wengleich hier keine maßgebliche klinische Symptomatik bestehe. Ebenso fänden sich im mittleren und unteren BWS-Abschnitt mäßiggradige degenerative Veränderungen, so dass insgesamt schon ein über alle Wirbelsäulenabschnitte verteiltes Verschleißleiden vorliege, was auf eine konstitutionelle Veranlagung zum Bandscheibenverschleiß hindeute. Eine BK-Nr. 2108 BKV liege nicht vor bzw. lasse sich eine solche nicht wahrscheinlich machen.

Nach gewerbeärztlicher Stellungnahme von Dr. G vom 24.02.2006 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 05.04.2006 die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Es bestehe kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Wirbelsäulenerkrankung und der beruflichen Tätigkeit. Für eine Belastung im Sinne der BK-Nr. 2109 BKV bestehe kein Anhalt. Hinsichtlich der BK-Nr. 2108 BKV stützte sich die Beklagte auf das Gutachten von Dr. L /Dr. W.

Diesen Bescheid griff der Kläger mit seinem Widerspruch vom 15.04.2006 an. Im Gutachten vom 19.01.2006 sei das Vorliegen einer konstitutionellen Veranlagung zum Bandscheibenverschleiß nicht ausreichend diagnostisch begründet worden. Die Verneinung der haftungsausfüllenden Kausalität könne nicht allein darauf gestützt werden, dass anlagebedingte Verschleißerscheinungen ebenso wahrscheinlich seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.07.2006 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 28.08.2006 Klage zum Sozialgericht Chemnitz (SG) eingelegt, die mit Schriftsatz vom 13.04.2007 auf die BK-Nr. 2108 BKV beschränkt wurde. Notwendig sei die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens. Das von Dr. L /Dr. W am 19.01.2006 erstellte Gutachten sei zur Sachaufklärung unzureichend.

Das SG hat MRT-Befunde der Lendenwirbelsäule vom 29.11.2002 und vom 09.04.1998 beigezogen, ferner einen CT-Befund der Lendenwirbelsäule vom 29.07.1998, einen Reha-Entlassungsbericht der Reha-Klinik R vom 12.10.1998 und Auskünfte der gesetzlichen Krankenversicherung. Ferner hat das SG Befundberichte eingeholt von Dipl.-Med. H /Dipl.-Med. R vom 20.07.2007, von Dr. E vom 10.09.2007 und von Dipl.-Med. U (Fachärztin für Allgemeinmedizin) vom 25.09.2007.

Auf Veranlassung des SG hat am 21.04.2008 Dr. U , Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie, ein Gutachten erstellt. Er diagnostizierte einen Bandscheibenvorfall L5/S1 links lateral mit chronischem Lumbalsyndrom, abgelaufenes ("ausgebranntes") akutes Lumbalsyndrom S1 rechts mit residueller Sensibilitätsstörung am rechten Bein mit Muskelverschmächtigung an der rechten Wade und am rechten Fuß, mit konsekutiver Krallenzehendeformität und beginnender Hohlfußbildung rechts, Spondylarthrose (Arthrose der kleinen Wirbelgelenke) im Segment L4/L5 und L5/S1 sowie anlagebedingt enger Spinalkanal in Höhe der unteren Lendenwirbelsäule. Die Befunde im Bereich des rechten Beines mit Muskelminderung der Wade und kontrakturbedingter Zehendeformität und Hohlfußbildung seien Folge eines Anfang der 90er Jahre abgelaufenen akuten Bandscheibenvorfalles. Die aus der Akte eruerbare akute rechtsseitige Lumboischialgie sei mit größter Wahrscheinlichkeit durch Druck auf die rechte Nervenwurzel Ende der 80er bzw. Anfang der 90er Jahre entstanden. Es seien keine alternativen Ursachen für die sensiblen und motorischen Ausfälle am rechten Bein gefunden worden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei der Bandscheibenschaden im Segment L5/S1 für die klinische Symptomatik von eher untergeordneter Bedeutung, hierfür stelle eher die Spondylarthrose in dem untersten Lendenwirbelsäulensegment die Ursache dar. Insgesamt könne eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule beim Kläger als gesichert gelten. Nicht bestätigen könne er die im Vorgutachten erwähnte lumbosakrale Übergangsstörung, auch sonst bestünden weder anlagebedingte Regelwidrigkeiten noch erworbene Form- oder Funktionsstörungen. Die Analyse von Ausprägungsgrad, Verteilungsmuster und Höhenlokalisation der Bandscheibenschäden lasse ernsthaften Zweifel am Vorliegen einer BK aufkommen. Der Bandscheibenschaden betreffe nur die beruflich belastete Lendenwirbelsäule und nicht die Hals- und Brustwirbelsäule, aber im Bereich der Lendenwirbelsäule nur ein Segment. Die berufliche Belastung hingegen betreffe alle Bandscheiben der Lendenwirbelsäule in gleichem Maße, deswegen sei der isolierte Befall nur des unteren Segmentes nicht belastungskonform. Die leichte Bandscheibenvorwölbung im darüberliegenden Segment L4/L5 gehe nicht über das altersübliche Maß hinaus und habe insoweit keinen Krankheitswert. Wenn außer der untersten Bandscheibe alle anderen Bandscheiben völlig intakt seien, sei ausgeschlossen, dass die Lendenwirbelsäule in krankmachender Weise beruflich belastet worden sei. Diese Aussage werde gestützt durch das völlige Fehlen so genannter belastungsadaptiver Phänomene. Das Fehlen dieser Anpassungsvorgänge beweise, dass die berufliche Wirbelsäulenbelastung des Klägers dessen individuelle Belastbarkeit nicht überstiegen habe und von daher nicht krankmachend gewesen sein konnte. Daher sei der ursächliche Zusammenhang zwischen der beruflichen Wirbelsäulenbelastung und dem Bandscheibenschaden L5/S1 zwar nicht völlig ausgeschlossen, jedoch in höchstem Maße unwahrscheinlich. Dr. U erachtete die Konstellation B 3 der Konsensempfehlungen als gegeben und verneinte konkurrierende Ursachen. Wegen der weiteren Einzelheiten dieses Gutachtens wird auf Bl. 109 bis 129 der Gerichtsakte verwiesen.

Auf Antrag des Klägers hat am 06.03.2009 Dr. P , Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Kliniken E , ein weiteres Gutachten erstellt. Er diagnostizierte eine Osteochondrose L4/L5 und L5/S1 mit statomotorischer Insuffizienz, Bandscheibenvorfall S1 rechts mit motorischer und sensibler Schwäche, Schuppenflechte, Krallenzehen und Hohlfuß rechts, Arteriosklerose. Die Gefühlsminderung im rechten Bein, die Krallenzeh- und Hohlfußbildung rechts sowie der mangelnde Zehenspitzenstand seien als Folge der Wirbelsäulenerkrankung zu werten. Eine Störung im lumbosakralen Übergang könne anhand der Röntgenbilder nicht nachvollzogen werden. Im Bereich der Halswirbelsäule fänden sich degenerative Veränderungen des Bandscheibenfaches. Die oberen Bandscheibenfächer der LWS seien völlig unauffällig und wiesen keine Veränderungen auf. Im Vergleich zum Vorgutachten zeige sich eine deutliche Minderung der Bandscheibenhöhe. Aktuell fänden sich ventrale und laterale Kantenanbauten in den entsprechenden Etagen, eine deutliche Sklerosierung der Grund- und Deckplatten in der Etage L5/S1, eine Verschmälerung des Bandscheibenfaches sowie L4/5, so dass eine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit als beschwerdeauslösend anzusehen sei. Heranzuziehen sei die Konstellation B1 nach den Konsensempfehlungen. Die diskreten Veränderungen in der Etage HWK5/6 würden keine Beschwerden machen. Hinsichtlich der LWS-

Belastung sei zu beachten, dass an einigen Arbeitstagen eine deutliche Spitzenbelastung durch die Tätigkeit in gebückter Haltung, teilweise mit Rotation im LWS-Bereich, erreicht worden sei, die für die Beschwerden und den Bandscheibenvorfall verantwortlich gemacht werden könnten. Wegen der weiteren Einzelheiten dieses Gutachtens wird auf Bl. 173 bis 187 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Für die Beklagte hat beratungsärztlich am 14.04.2009 MR Doz. Dr. M Stellung genommen und ausgeführt, dass nach den Konsensempfehlungen diejenigen Röntgenaufnahmen der Beurteilung bindend zugrunde zu legen seien, die im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit gefertigt worden seien. Wenn der Kläger bis maximal 2002 wirbelsäulenbelastend tätig gewesen sei, könnten Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 2009 bei nicht mehr stattfindender wirbelsäulenbelastender Tätigkeit nicht herangezogen werden. Auf den ihm vorliegenden Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 10.01.2006 sei eine fortgeschrittene Osteochondrose des Segments L5/S1 und eine mittelgradige Osteochondrose des Segments L4/5 ersichtlich, eine Begleitspondylose sei nicht nachzuweisen, lediglich am 5. Lendenwirbelkörper bestehe an der oberen und unteren Vorderkante ein kleiner spondylophytärer Anbau, der aber keinen pathologischen Ausprägungsgrad habe. Die Konstellation B1 sei nicht zutreffend. Hinsichtlich der Konstellation B2 seien keine Zusatzkriterien nachgewiesen. Bei der damit zu prüfenden Konstellation B3 sei ein Zusammenhang zu verneinen.

Am 30.11.2009 hat Dr. P ergänzend Stellung genommen und ausgeführt, dass bereits auf den MRT-Aufnahmen vom 09.04.1998 eine Höhenminderung der Bandscheibe L4/5 zu erkennen sei.

Dr. U hat am 18.03.2010 ergänzend Stellung genommen und ausgeführt, dass Dr. P die kernspintomographischen Bandscheibenschäden nicht quantifiziere. Der Bandscheibenbefund in Segment L4/5 sei nicht altersvorseilend. Lediglich an einer einzigen der fünf Bandscheiben der Lendenwirbelsäule sei ein altersvorseilender Verschleiß zu beweisen, dieser Befund sei nicht belastungskonform. Dem Gutachten von Dr. P sei hinsichtlich der Kausalitätsbeurteilung nicht zu folgen.

Am 07.10.2010 hat Dr. P nochmals ergänzend Stellung genommen. Wegen des Inhalts wird auf Bl. 276, 277 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Mit Urteil vom 06.04.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine Berufskrankheit im Sinne von Nr. 2108 der Anlage zur BKV liege beim Kläger nicht vor. Zur Begründung hat das SG ausgeführt:

"Eine Berufskrankheit 2108 der Anlage zur BKV ist gegeben, wenn der Versicherte an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule leidet, die durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung verursacht worden ist, und der Versicherte durch die Erkrankung gezwungen wird, alle Tätigkeiten zu unterlassen, die ursächlich für die Entstehung oder die Verschlimmerung dieser Erkrankung waren oder noch ursächlich sein könnten.

Für das Vorliegen des Tatbestandes der Berufskrankheit ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (so genannte haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Tätigkeit und der Erkrankung andererseits (so genannte haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (vgl. BSG, Urteil vom 22.08.2000 - [B 2 U 34/99 R](#)).

Bei der Beurteilung des Vorliegens einer BK Nr. 2108 der Anlage zur BKV sind vor allem die so genannten Konsenzempfehlungen (Bolm/Audorff und andere, medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule - Konsenzempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung der HVBG eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppen, Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211, 214) maßgeblich (BSG, Urteil vom 27.10.2009 - [B 2 U 16/08 R](#), BSG, Urteil vom 27.06.2006 - [B 2 U 13/05 R](#)).

Bei dem Kläger liegt zwar eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vor, diese ist jedoch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die beruflichen Belastungen, denen der Kläger ausgesetzt war, zurückzuführen.

Bei der Beurteilung ist der Wirbelsäulenbefund zum Zeitpunkt der Aufgabe der belastenden Tätigkeit wegweisend (Konsenzempfehlungen, a.a.O., S. 214). Zum damit hier maßgeblichen Zeitpunkt 1998 bzw. 2002 lag beim Kläger ein dem damaligen Alter vorseilender krankhafter Befund an der Bandscheibe zwischen L5/S1 vor in Form einer erheblichen Höhenminderung, einer Dehydrierung und eines sequestrierten Bandscheibenvorfalles mit Kontakt zur linken Nervenwurzel. Im darüber liegenden Segment L4/L5 war lediglich eine diskrete Protrusion (Vorwölbung der Bandscheibe) zu verzeichnen. Das Gericht folgt insoweit den nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. U. Die anders lautenden Feststellungen von Dr. P überzeugen das Gericht nicht. Dr. P hat seiner Beurteilung entgegen den Konsenzempfehlungen Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 2009 zugrunde gelegt. Hinsichtlich der maßgeblichen Aufnahmen aus dem Jahr 1998 bzw. 2002 berichtete Dr. P nur allgemein von einer deutlichen Bandscheibenverschmälderung, ohne diese ausgemessen und in Beziehung zum alterstypischen Maß gebracht zu haben. Bei dem Kläger ist damit von einem monosegmentalen Befall im Bereich L5/S1 auszugehen.

Eine in Betracht kommende Konstellation B1 im Sinne der Konsenzempfehlungen war abzulehnen. Bei dieser Konstellation wird ein Zusammenhang bejaht, wenn konkurrierende Ursachen fehlen und eine Begleitspondylose vorhanden ist. Zwar sind beim Kläger konkurrierende Ursachenfaktoren nicht bekannt, es fehlt jedoch an einer Begleitspondylose. Als Begleitspondylose definieren die Konsenzempfehlungen eine Spondylose (Randzackenbildung) in einem nicht von der Chondrose oder dem Vorfall betroffenen Segment bzw. in einem von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment, sofern sie nachgewiesenermaßen vor dem Eintritt der bandscheibenbedingten Erkrankung aufgetreten ist. Um eine positive Indizwirkung für eine berufsbedingte Verursachung zu haben, muss die Begleitspondylose über das Altersmaß hinausgehen und mindestens zwei Segmente betreffen (a.a.O. S.216f). Die Behauptung von Dr. P, es liege ausweislich des MRT-Befundes vom 29.12.2002 eine Begleitspondylose vor, ist nach dieser Definition nicht zu halten. In dem bezeichneten Befund sind diskrete spondylophytäre Kantenausziehungen der Wirbelkörperabschlussplatten bei L4 und L5 festgehalten. Zum einen ist nicht gesichert, dass diese Anbauten bereits das altersübliche Maß überschritten haben, zumal nur von diskreten Kantenausziehungen die Rede ist. Zum

anderen muss das Segment L5 unberücksichtigt bleiben, da dieses Segment vom Bandscheibenvorfall betroffen ist. Selbst wenn von einem altersvoraussetzenden Befund ausgegangen werden würde, wäre jedenfalls nur von einem betroffenen Segment auszugehen und damit eine Begleitspondylose abzulehnen.

Ein bei fehlender Begleitspondylose unter den Voraussetzungen einer Konstellation B2 der Konsenzempfehlungen wahrscheinlicher Zusammenhang ist ebenfalls abzulehnen. Bei einem betroffenen Segment ist nach dieser Konstellation für einen Zusammenhang eine black disc in mindestens zwei angrenzenden Segmenten oder eine besonders intensive Belastung oder besonders hohe Belastungsspitzen Voraussetzung. Es gibt beim Kläger weder Hinweise auf eine besonders intensive Belastung, d.h. das Erreichen des Richtwertes der Lebensdosis in weniger als 10 Jahren, noch auf hohe Belastungsspitzen. Nach dem maßgeblichen MRT-Befund vom 29.11.2002 lag zum damaligen Zeitpunkt allenfalls eine black disc in einem Segment vor, nämlich in dem vom Vorfall betroffenen L5/S1. Nur an dieser Stelle wurde ein Signalverlust infolge fortgeschrittener Dehydratation beschrieben. Für eine Konstellation B2 müssten aber zwei angrenzende Segmente, etwa L5/4 und L4/3 betroffen sein.

Damit ist bei dem Kläger von einer Konstellation B3 nach den Konsenzempfehlungen aus-zugehen, bei der in der Arbeitsgruppe kein Konsenz bestand. Für das Gericht sind keine Gründe erkennbar, die trotz einer fehlenden einheitlichen wissenschaftlichen Meinung in Form einer klaren Empfehlung der Arbeitsgruppe eine berufliche Verursachung überwiegend wahrscheinlich machen würden. Bei dem individuellen Krankheitsbild des Klägers ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der beruflichen Wirbelsäulenbelastung und dem Bandscheibenschaden L5/S1 zwar nicht völlig ausgeschlossen, jedoch in hohem Maße unwahrscheinlich."

Gegen das dem Kläger am 02.05.2011 zugestellte Urteil hat er am 25.05.2011 Berufung beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegt.

Er habe die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren erreicht, ferner sei nach den Ausführungen von Dr. P ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Lenden-wirbelsäule und den beruflichen Belastungen gegeben.

Auf Veranlassung des Senats hat am 21.04.2012 Dr. T , Facharzt für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin, ein radiologisches Gutachten erstellt. Nach den Rönt-genaufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 10.01.2006 sei im Segment L5/S1 von einer Chondrose Grad III auszugehen, im Segment L4/5 von einer Chondrose Grad I und in den übrigen Segmenten der Lendenwirbelsäule von keiner Chondrose. Die bei dem Kläger angenommene bandscheibenbedingte Erkrankung sei grundsätzlich durch das langjährige Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpf-Beuge-Haltung zu erklären. Andere Ursachen im Sinne prädiskotischer Deformitäten lägen sämtlich nicht vor. Grundsätzlich spreche das Schadensbild mehr für eine Verursachung durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten bzw. durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung. Andere Verursachungen erschienen eher unwahrscheinlich. Der Bandscheibenschaden an der HWS sei schwächer ausgeprägt im Vergleich zur LWS, so dass von einer Konstellation B4 auszugehen sei. Eine Begleitspondylose liege nicht vor. Wegen der weiteren Einzelheiten dieses Gutachtens wird auf Bl. 323 bis 330 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Beratungsärztlich hat am 23.05.2012 für die Beklagte erneut MR Doz. Dr. M Stellung genommen, wobei er eine erneute Auswertung der bildtechnischen Befunde, gefertigt zum Zeitpunkt der Beendigung der schädigenden Tätigkeit im Jahr 2002, angeregt hatte.

Diese Auswertung hat auf Veranlassung der Beklagten am 08.11.2012 Dr. R , Facharzt für Diagnostische Radiologie, durchgeführt. Danach ist aus der MRT-Untersuchung vom 29.11.2002 im Segment L5/S1 eine Bandscheibenhöhe von 2,5 mm abzuleiten, im Segment L4/5 eine Bandscheibenhöhe von 5 mm, im Segment L3/4 von 6 mm, im Segment L2/3 von 6 mm und im Segment L1/2 von 5,5 mm. Wegen der Einzelheiten der Auswertung wird auf Bl. 347 bis 349 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Unter Heranziehung der Ausführungen von Dr. R hat Prof. Dr. M am 19.12.2012 erneut beratungsärztlich Stellung genommen und ausgeführt, dass die dargelegten Bandscheibenhöhen im Segment L5/S1 eine Chondrose Grad III und im Segment L4/5 eine Chondrose Grad I ergeben würden, in den übrigen Segmenten bestünde keine Chondrose. Es handle sich um einen isolierten Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1, eine Begleitspondylose liege nicht vor, da Spondylophyten zwischen 1 mm und 2 mm bei gegebenem kalendarischen Lebensalter keinen pathologischen Befund darstellten. Bandscheibenvorwölbungen bis 2 mm in den Segmenten L1/L2 und L4/L5 seien ebenfalls nicht als pathologische Befunde einzuschätzen. Da ein Zusatzkriterium für eine B2-Konstellation nicht nachgewiesen sei, sei eine B3-Konstellation in Erwägung zu ziehen. Hier habe es keinen Konsens in den Konsensempfehlungen gegeben. Da bei dem Kläger kein belastungskonformes Wirbelsäulen-Schadensbild entsprechend der Konsensempfehlungen vorliege, könne eine Anerkennung als Berufskrankheit nicht empfohlen werden. Wegen der Einzelheiten dieser Stellungnahme wird auf Bl. 350 bis 360 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Die Abteilung Prävention der Beklagten hat am 06.08.2013 erneut zur Exposition des Klägers Stellung genommen und ausgeführt, dass das zweite Zusatzkriterium der Konstellation B2 der Konsensempfehlungen nicht vorliege, da eine besonders intensive Belastung (Anhaltspunkt: Erreichen des MDD-Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren) nicht gegeben sei. Auch das dritte Zusatzkriterium (besonderes Gefährdungspotential durch hohe Belastungsspitzen) läge nicht vor. Die Gesamtbelastungsdosis wurde mit 37,2 MNh angegeben, wobei allein für den Zeitraum 01.06.1977 bis 31.03.1985 eine Belastungsdosis von 12,1 MNh berechnet wurde.

Der Kläger hat ausgeführt, dass die Arbeitsplatzexposition die tatsächliche Belastung nicht ausreichend widerspiegele, es sei von einer weit höheren Belastung auszugehen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 06.04.2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 05.04.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.07.2006 aufzuheben und festzustellen, dass bei dem Kläger eine Berufskrankheit der Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung vorliegt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Es sei weder ein belastungskonformes Schadensbild im Sinne einer BK 2108 festzustellen, noch sei ein Zusatzkriterium der Konstellation B2 der Konsensempfehlungen erfüllt.

Dem Senat liegen die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten vor. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 05.04.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.07.2006 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Er war ebenso wie das Urteil des SG vom 06.04.2011 aufzuheben. Es war festzustellen, dass beim Kläger eine BK-Nr. 2108 BKV vorliegt.

Beim Kläger ist seit dem 27.07.1998 der Versicherungsfall einer BK-Nr. 2108 BKV gegeben.

1. Vorliegend ist die BK-Nr. 2108 BKV i. V. m. [§ 9 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) maßgeblich, weil der Versicherungsfall nach dem 01.01.1997 eingetreten ist. Der Kläger hat die gefährdende Tätigkeit ab 27.07.1998 völlig aufgegeben. Nach diesem Zeitpunkt hat der Kläger auch nicht wieder eine maßgeblich die Wirbelsäule belastende Tätigkeit ausgeübt, so dass als Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles nur der genannte Zeitpunkt in Betracht kommt. Zu diesem Ergebnis kommt der Senat anhand der Darlegungen des Klägers bei der Begutachtung durch Dr. P., aufgrund seines Schriftsatzes vom 17.04.2009 sowie ausweislich des Arbeitszeugnisses vom 31.05.2002 und des Reha-Entlassungsberichts vom 12.10.1998. Danach hat der Kläger infolge der innerbetrieblichen Umsetzung bereits ab 1998 seine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit aufgegeben. Ausweislich der Bescheinigung der Salus BKK bestand vom 27.07.1998 bis zum 30.09.1998 Arbeitsunfähigkeit wegen eines lumbalen Radikulärsyndroms mit nachfolgender eingeschränkter Leistungsfähigkeit für Arbeiten mit häufigen Zwangshaltungen und mit häufigem Bücken und Hocken sowie sehr schweren Hebe- und Tragebelastungen über 15 kg entsprechend der Bewertungen im Reha-Entlassungsbericht vom 12.10.1998. Diese Bewertungen sind in Einklang zu bringen mit der Äußerung des Klägers gegenüber Dr. P., dass er 1998 innerbetrieblich umgesetzt worden sei und er keine wirbelsäulenschädigende Tätigkeit mehr durchführen musste, sowie der Mitteilung des Arbeitgebers im Arbeitszeugnis vom 31.05.2002, wonach sich der Kläger im Jahr 1999 zum Sicherheitsbeauftragten hat umschulen lassen und in dieser Funktion auf den Baustellen der Niederlassung Zwickau tätig gewesen sei.

2. Die beim Kläger festgestellte Erkrankung erfüllt die Voraussetzungen einer BK-Nr. 2108 BKV. Eine solche BK liegt vor, wenn der Versicherte an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule leidet, die durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung verursacht worden ist und der Versicherte durch die Erkrankung gezwungen wird, alle Tätigkeiten zu unterlassen, die ursächlich für die Entstehung oder die Verschlimmerung dieser Erkrankung waren oder nur ursächlich sein könnten.

Für das Vorliegen des Tatbestandes der Berufskrankheit ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (so genannte haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Tätigkeit und der Erkrankung andererseits (so genannte haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, genügt grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - (vgl. BSG, Urteil vom 22.08.2000 - [B 2 U 34/99 R](#) -). Zur Beurteilung sind vor allem die so genannten Konsensempfehlungen (Bolm-Audorff u. a., Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule - Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des HVBG eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe, Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211, 214) heranzuziehen. Das danach erforderliche Schadensbild wird beschrieben durch den Vergleich der Veränderungen zwischen Beschäftigten mit hoher Wirbelsäulenbelastung und der Normalbevölkerung hinsichtlich der Kriterien Lebensalter beim Auftreten der Schädigung und Ausprägungsgrad in einem bestimmten Alter, Verteilungsmuster der Bandscheibenschäden an der LWS, Lokalisationsunterschiede zwischen biomechanisch hoch und mäßig belasteten WS-Abschnitten der gleichen Person sowie Entwicklung einer Begleitspondylose. Die Heranziehung dieser Konsensempfehlungen entspricht ständiger Rechtsprechung des BSG bei der Beurteilung des Vorliegens einer BK-Nr. 2108 BKV (BSG, Urteil vom 27.10.2009 - [B 2 U 16/08 R](#) -, Rdnr. 15; BSG, Urteil vom 27.06.2006 - [B 2 U 13/05 R](#) -, Rdnr. 14; BSG, Urteil vom 27.10.2009 - [B 2 U 16/08 R](#) -, Rdnr. 15).

a) Die Feststellungen der Präventionsabteilung der Beklagten haben ergeben, dass der Kläger während seiner beruflichen Tätigkeit als Versicherter im Sinne des [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) einer ausreichenden beruflichen Gesamtbelastungsdosis ausgesetzt war. Nach den Berechnungen liegt die Gesamtdosis bei 37,2 MNh, also über dem ursprünglich angesetzten Wert des MDD von 25 MNh (vgl. zur Anwendbarkeit des MDD: BSG Urteile vom 30.10.2007 - [B 2 U 4/06 R](#) -, Rdnr. 25, und 18.11.2008 - [B 2 U 14/07 R](#) -, Rdnr. 31, sowie - [B 2 U 14/08 R](#) -, Rdnr. 30). Da der Senat bereits ab 27.07.1998 von der Aufgabe der wirbelsäulenbelastenden ausgeht, ist der vom Präventionsdienst ermittelte Wert der Gesamtbelastungsdosis auf die Zeit bis Juli 1998 zu reduzieren, wobei unter Heranziehung der Stellungnahme des Präventionsdienstes der Beklagten vom 06.08.2013 und Reduzierung der Belastung im Zeitraum 01.07.1991 bis zum 31.05.2003 (= 143 Monate) auf 84 Monate (01.07.1991 bis zum 30.06.2001) eine Gesamtbelastungsdosis von 31 MNh für die Zeit vom 01.09.1975 bis zum 30.06.1998 resultiert.

b) Beim Kläger liegt auch eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vor. Nach den Konsensempfehlungen (a.a.O., S. 216) ist ein bestimmtes Krankheitsbild erforderlich: Bei den Krankheitsbildern ist zu unterscheiden zwischen einem lokalen Lumbalsyndrom (Typ 1) und einem lumbalen Wurzelsyndrom (Typ 2). Das lokale Lumbalsyndrom (Typ 1) setzt folgende Kriterien voraus: - Radiologie: altersuntypische Höhenminderung einer oder mehrerer Bandscheiben - Symptom: Schmerz durch Bewegung - Klinik: Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz - funktionell: Entfaltungsstörung der LWS - Muskulatur: erhöhter Tonus - ggf. pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung. Ein lumbales Wurzelsyndrom (Typ 2) setzt voraus: - Radiologie: Vorfall oder Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung mit Ner-venwurzelbedrängung, ggf. in Verbindung mit Retrospondylose, Spondylarthrose, Foramenstenose,

Recessusstenose und/oder Spinalkanalstenose, im Ausnahmefall bei engem Spinalkanal auch Protrusion - Neurologie: Zeichen der Reizung bzw. Schädigung der entsprechenden Nervenwurzel(n) - Typ 1 und 2 kommen häufig auch als Mischform vor. Das Kaudasyndrom ist eine Sonderform des lumbalen Wurzelsyndroms. Die bei dem Kläger bestehende Erkrankung ist auf die Erkrankung der Bandscheibe im Segment L5/S1 zurückzuführen. Dies haben übereinstimmend Dr. U, Dr. P und auch Prof. Dr. M ausgeführt. Soweit Dr. L/Dr. W im Gutachten vom 19.01.2006 eine Korrelation von objektiviertem Bandscheibenschaden und klinischer Relevanz dieses Schadens infrage stellten, überzeugt dies den Senat nicht. So hat Dr. U in seinem Gutachten vom 21.04.2008 ausgeführt, dass der Kläger aktuell an einer rechtsseitigen Lumboischialgie leide. Er kam zu dem Schluss, dass der Bandscheibenschaden im Segment L5/S1 für die klinische Symptomatik zwar von eher untergeordneter Bedeutung ist und hierfür eher die Spondylarthrose in dem untersten Lendenwirbelsegment die Ursache darstelle, die Befunde im Bereich des rechten Beines mit Muskelminderung der Wade und kontrakturbedingter Zehendeformität und Hohlfußbildung seien jedoch Folge eines Anfang der 90er Jahre abgelaufenen akuten Bandscheibenvorfalles. Die aus der Akte erudierbare akute rechtsseitige Lumboischialgie mit Sensibilitätsstörungen und später hinzutretenden motorischen Störungen sei mit größter Wahrscheinlichkeit durch Druck auf die rechte Nervenwurzel Ende der 80er bzw. Anfang der 90er Jahre entstanden. Insgesamt sei eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule beim Kläger als gesichert anzusehen. Dr. P hat in seinem Gutachten vom 06.03.2009 ergänzt, dass es prinzipiell auch möglich sei, dass sich der Bandscheibenvorfall, der bei der MRT-Untersuchung im Liegen linksseitig festgestellt worden sei, verlagere und bei Belastung (beim Stehen) die rechte Wurzel S1 schädige. Die Gefühlsminderung im rechten Bein, die Krallenzeh- und Hohlfußbildung rechts sowie der mangelnde Zehenspitzenstand seien als Folge der Wirbelsäulenerkrankung zu werten. Prof. Dr. M hat in seiner Stellungnahme vom 19.12.2012 ausgeführt, dass bei dem Kläger sowohl eine Bandscheibenerkrankung als auch eine dadurch bedingte Symptomatik zu bestätigen sei, die in erster Linie das Segment L5/S1, geringer auch die Etage L4/5 betreffe. Angesichts dieser im Wesentlichen übereinstimmenden Bewertungen der im gerichtlichen Verfahren gehörten Sachverständigen waren für den Senat keine Umstände erkennbar, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule in Zweifel zu ziehen.

Aus den bildgebenden Befunden resultiert für den Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit ein Bandscheibenprolaps linksbetont im Segment L5/S1. In den übrigen Segmenten der Wirbelsäule war kein Bandscheibenvorfall zu sichern. Die MRT-Aufnahmen belegen im Segment L5/S1 zudem eine Chondrose Grad III und im Segment L 4/5 eine Chondrose Grad I. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gutachten von Dr. U vom 21.04.2008, der die Chondrose Grad III im Segment L5/S1 ebenso bestätigt wie die Chondrose Grad I im Segment L4/5 und zwar bezogen auf die MRT-Aufnahmen vom 09.04.1998, die der Aufgabe der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit am nächsten liegen. In den MRT-Aufnahmen vom 29.11.2002 konnte Dr. U diesbezüglich keine Veränderungen erkennen, was im Einklang steht mit der Stellungnahme von Dr. R vom 08.11.2012 und der Stellungnahme von Prof. Dr. M vom 19.12.2012 unter Heranziehung der MRT-Aufnahmen vom 29.11.2002. Auch Dr. L/Dr.W konnten in Ihrem Gutachten vom 19.01.2006 ebenso wie die Radiologische Gemeinschaftspraxis Zwickau ausweislich des schriftlichen MRT-Befundes vom 29.11.2002 keine wesentlichen Befundveränderungen zwischen den MRT-Aufnahmen vom 09.04.1998 und vom 29.11.2002 erkennen. Da der 1958 geborene Kläger im Jahr 1998 noch nicht 50 Jahre alt war, ist die Chondrose Grad I im Segment L4/5 altersuntypisch (Konsensempfehlungen, a. a. O., Seite 214 - Übersicht 1). Auch die Chondrose Grad III im Segment L5/S1 ist danach als altersuntypisch zu bewerten.

Nicht zu sichern war eine altersuntypische Spondylose. Nach den Konsensempfehlungen (a. a. O., Seite 214 - Übersicht 4, Seite 216 f.) ist eine Spondylose in der LWS und der unteren BWS bis 2 mm alterstypisch. Nach der Auswertung des MRT-Befundes vom 29.11.2002 durch Dr. R vom 08.11.2012 waren in den abgebildeten Segmenten Spondylophyten bis maximal 2 mm feststellbar.

3. Die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule ist wesentlich durch die genannten beruflichen Einwirkungen im Sinne der BK-Nr. 2108 BKV verursacht. Nach den Konsensempfehlungen ist von einer Konstellation der Gruppe B auszugehen, denn bei dem Kläger ist eine bandscheibenbedingte Erkrankung mit Bandscheibenvorfall und altersuntypischer Chondrose Grad III im Segment L5/S1 nachgewiesen, ferner eine altersuntypische Chondrose Grad I im Segment L4/5.

Es besteht eine plausible zeitliche Korrelation zwischen den beruflichen Einwirkungen des Klägers und der Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS (vgl. Konsensempfehlungen, a. a. O., Seite 216). Die Konsensempfehlungen fordern, dass eine aus-reichende Exposition der Erkrankung vorausgegangen sein muss. Das war bei dem Kläger der Fall. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule im Sinne der Konsensempfehlungen im Segment L5/S1 ist bei ihm nicht vor 1993 aufgetreten. So gab der Kläger bei der erstmaligen Vorstellung in der Praxis Dipl.-Med. H/Dipl.-Med. R am 23.01.1998 an, vor fünf Jahren akute Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein, Gefühlsstörungen entlang der Rückseite des rechten Oberschenkels und Außenkante rechter Fuß gehabt zu haben, wobei die Gefühlsstörungen seitdem unverändert seien. 1998 wurde zudem der Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 im MRT nachgewiesen. Da der Kläger wirbelsäulenbelastend seit 01.09.1975 tätig war und bereits bis Juni 1991 ausweislich der Expositionsanalyse der Beklagten einer Belastung von 22,3 MNH ausgesetzt war, sind hieraus keine Bedenken an einer plausiblen zeitlichen Korrelation zwischen den beruflichen Einwirkungen und der Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung abzuleiten.

Es sind auch keine gegen die berufliche Verursachung sprechende konkurrierende Ursachen im Sinne der Konsensempfehlungen feststellbar. Dies ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. T vom 21.04.2012 und auch aus den Darstellungen von Prof. Dr. M in seiner Stellungnahme vom 19.12.2012. Dr. T führt aus, dass prädiskotische Deformitäten wie zum Beispiel ein Morbus Scheuermann, ein asymmetrischer Übergangswirbel, entzündliche Veränderungen der Wirbelsäule, Wirbelgleiten bei Bogenschlussanomalien, sämtlich nicht vorliegen würden. Prof. Dr. M hat in seiner Stellungnahme zwar dargelegt, dass eigenständige Wirbelsäulenerkrankungen regelhaft zu unphysiologischen Belastungen sowohl der Bandscheibe als auch der zugehörigen Wirbelgelenke führten, er hat jedoch auf den Einzelfall des Klägers bezogen keine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung benennen oder nachweisen können. Dr. U und Dr. P haben in ihren Gutachten im Einklang mit Dr. T eine endogene Störung nicht sichern können, insbesondere keine Störung im lumbosakralen Übergang. Vor diesem Hintergrund konnten die Bewertungen von Dr. L/Dr. W, die einen Übergangswirbel diagnostizierten, den Senat nicht überzeugen.

Das bei dem Kläger zum Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit bestehende Schadensbild ist auch mit dem eines beruflich verursachten in Einklang zu bringen. Heranzuziehen ist vorliegend die Konstellation B2 der Konsensempfehlungen (a. a. O., Seite 217). Mit dem Buchstaben "B" beginnende Konstellationen werden definiert durch - Lokalisation: Die bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft L5/S1 und/oder L4/L5 - Ausprägung des Bandscheibenschadens: Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall Konstellation B2: Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren erkennbar: nein; Begleit-spondylose: nein; zusätzlich mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt: - Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben - bei monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/5 "Black disc" im Magnetresonanztomogramm in mindestens zwei angrenzenden Segmenten - Besonders intensive Belastung; Anhaltspunkt: Erreichen des

Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren. - Besonderes Gefährdungspotential durch hohe Belastungsspitzen; Anhaltspunkt: Erreichen der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen (Frauen ab 4 ½ kN; Männer ab 6 kN). Beurteilung: Zusammenhang wahrscheinlich.

Bei dem Kläger ist eine besonders intensive Belastung im Sinne des zweiten Zusatzkriteriums nachgewiesen. Hier ist der Stellungnahme der Abteilung Prävention der Beklagten vom 06.08.2013 insofern nicht zu folgen, als hier die Konsensempfehlungen bezüglich des zweiten Zusatzkriteriums dahingehend wiedergegeben werden, dass das Erreichen des MDD-Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren erforderlich ist. Dies entspricht nicht dem Wortlaut der Konsensempfehlungen (a. a. O.). In den Konsensempfehlungen wird gerade nicht auf den MDD-Richtwert abgestellt. Vielmehr ist hier angesichts der vom BSG (Urteile vom 30.10.2007 - [B 2 U 4/06 R](#) und vom 18.11.2008 - [B 2 U 14/07 R](#) - sowie - [B 2 U 14/08 R](#) -) vorgenommenen Halbierung des Richtwertes für die Gesamtbelastungsdosis vom 25 MNh auf 12,5 MNh dieser Wert auch im Rahmen des zweiten Anstrichs der Konstellation B 2 anzusetzen (ständige Rechtsprechung des Sächsischen Landessozialgerichts, Urteil vom 10.04.2013, L 6 U 211/09; Urteil vom 16.12.2010, Az. [L 2 U 114/06](#) m. w. N.). Unter Heranziehung der Expositionsanalyse der Beklagten vom 06.08.2013 war der Kläger in der Zeit vom 01.06.1977 bis zum 31.03.1985 einer Belastung von 12,1 MNh ausgesetzt. Auch im Anschluss daran, war der Kläger wirbelsäulenbelastend tätig, nämlich vom 01.04.1985 bis zum 31.05.1991 im Umfang von 8,3 MNh. Bei Betrachtung des Zehnjahreszeitraums vom 01.06.1977 bis zum 31.05.1987 errechnet sich somit eine Dosis von gerundet 15 MNh, (der Zeitraum von 9 Jahren und 11 Monaten ergibt gerundet 14,8 MNh), wobei der Kläger bis dahin noch nicht einmal das 30. Lebensjahr vollendet hatte.

Aufgrund der bei dem Kläger nachgewiesenen Chondrose Grad III mit Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 sowie einer altersuntypischen Chondrose Grad I im Segment L4/5 existiert darüber hinaus eine Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben im Sinne des ersten Zusatzkriteriums (vgl. Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 23.10.2013, L 6 U 61/10, Urteil vom 16.12.2010, Az. L 2 U 214/06 sowie Urteil vom 21.06.2010, Az. L 6 U 170/08 LW, Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 11.07.2013, Az. [L 6 U 59/11](#) mit Darstellung des aktuellen Meinungsstandes). Wie der erkennende Senat bereits entschieden hat, betrifft die Konstellation B2 erster Anstrich auch einen zweisegmentalen Bandscheibenschaden, da bei anderer Auslegung (mindestens drei befallene Bandscheiben, so u. a. Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 27.03.2012, Az. [L 3 U 81/11](#)) der bisegmentale Bandscheibenschaden von der Konsensgruppe nicht geregelt worden wäre, wovon nicht auszugehen ist. Auch die ergänzenden Ausführungen des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt (a. a. O.) stützen diese Auffassung.

Dass der Kläger entsprechend der radiologischen Auswertungen von Dr. R sowie der beratungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. M vom 19.12.2012 keine Begleit-spondylose aufweist, ist bei Betrachtung der Konstellation B2 ohne Bedeutung, da hier eine Begleit-spondylose gerade nicht gefordert wird. Soweit Prof. Dr. M ausführt, dass das Vorliegen einer beruflich verursachten Bandscheibenerkrankung ohne belastungsinduzierte Reaktionen abwegig sei, entspricht dies nicht den in den Konsensempfehlungen dargestellten Konstellationen, insbesondere die Konstellation B2 wird hier außer Betracht gelassen.

Für den Senat waren keine Umstände erkennbar, dass die heranzuziehende Konstellation B2 durch anderweitige gesundheitliche Beeinträchtigungen verdrängt werden könnte. Insbesondere die Konstellationen B4 bis B5 waren nicht heranzuziehen, da im Bereich der Halswirbelsäule keine maßgebliche klinische Symptomatik dokumentiert ist und auch bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. L/Dr. W nicht feststellbar war, so dass die bei dieser Begutachtung erstmals 2006 nachweisbare Osteochondrose im Segment C5/6 die oben dargelegten Bewertungen für den maßgeblichen Zeitpunkt Juli 1998 nicht verdrängen kann, was auch den Beurteilungen von Dr. T und Dr. U in ihren Gutachten entspricht.

Bei dem Kläger bestand zum Zeitpunkt der Aufgabe der schädigenden Tätigkeit auch ein Zwang zu dieser Aufgabe. Dies ergibt sich für den Senat aus der ab 27.07.1998 dokumentierten Arbeitsunfähigkeit wegen eines lumbalen Radikulärsyndroms und aus dem Reha-Entlassungsbericht vom 12.10.1998 mit dort dokumentierter eingeschränkter Leistungsfähigkeit für Arbeiten mit häufigen Zwangshaltungen und mit häufigem Bücken und Hocken sowie sehr schweren Hebe- und Tragebelastungen über 15 kg. Auch Dr. U und Dr. P bestätigten in ihren Gutachten den Zwang zur Aufgabe der wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit ab 1998 bzw. ab dem Zeitpunkt der innerbetrieblichen Umsetzung.

5. Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor, [§ 160 Abs. 2 SGG](#), zumal das BSG die Nichtzulassungsbeschwerde gegen das Urteil des Senats vom 10.04.2013, L 6 U 211/09, hinsichtlich der hier vertretenen Auffassung zur Konstellation B2 (2. Zusatzkriterium) der Konsensempfehlungen mit Beschluss vom 10.04.2013, [B 2 U 114/13 B](#), als unzulässig verworfen hat und dabei u.a. auf die Urteile des BSG vom 30.10.2007, [B 2 U 4/06 R](#), und vom 18.11.2008, [B 2 U 14/07 R](#) sowie [B 2 U 14/08 R](#), hingewiesen hat.

Petschel

Strahn

Guericke
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2014-07-30