

L 22 U 58/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

22

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 10 U 180/00

Datum

30.03.2005

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 22 U 58/08

Datum

13.01.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 30. März 2005 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist die Beurteilung der Erkrankungen der Halswirbelsäule (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) des Klägers als Berufskrankheit (BK).

Der im Jahr 1941 geborene Kläger war nach seinen Angaben wie folgt beruflich tätig:

Vom 01. Januar 1955 bis 09. Oktober 1960 in einem Ziegelwerk als Ziegeleiarbeiter, vom 10. Oktober 1960 bis 31. Dezember 1965 als Kraftfahrer bei der Nationalen Volksarmee, vom 01. Januar 1966 bis 31. Dezember 1968 war er als Schlosser, vom 01. Januar 1969 bis 31. Dezember 1969 war er als Busfahrer, vom 01. Januar 1970 bis 27. Januar 1973 als Schlosser, vom 28. Januar 1973 bis 30. Juni 1990 war er als Kraftfahrer und Ladearbeiter. Vom 01. Juli 1990 bis 31. Mai 1991 war er arbeitslos. In der Zeit vom 01. Juni 1991 bis 31. März 1992 war der Kläger bei keinem Arbeitgeber beschäftigt und auch nicht arbeitslos gemeldet nach seinen Angaben. Vom 01. April 1992 bis 31. Mai 1992 sowie vom 01. Juni 1992 bis 31. Dezember 1994 war er als Taxifahrer beschäftigt. Ab 01. Januar 1995 war der Kläger als Kraftfahrer mit Be- und Entladetätigkeit beschäftigt. Ab 08. September 1997 war er durchgängig arbeitsunfähig erkrankt und hat keine körperlichen Tätigkeiten beruflich ausgeübt bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses am 09. März 1999.

Seine letzte berufliche Tätigkeit hat der Kläger im Zuständigkeitsbereich der Beigeladenen ausgeübt.

Der Kläger hat bei seinen beruflichen Tätigkeiten 1990 keine Lasten auf der Schulter getragen.

Die Beklagte ermittelte aufgrund einer Anzeige der AOK, Die Gesundheitskasse für das Land Brandenburg vom 15. April 1998 im Hinblick auf BKn der HWS und LWS. Dabei gelangte zu den Akten ein Gutachten des MDK im Land Brandenburg vom 02. März 1998 mit der Diagnose eines Lumbalsyndroms und Bandscheibenprolaps L5/S1. Die Beklagte holte eine Auskunft der Warengenossenschaft E e.G. ein, die am 31. Juli 1998 erstellt wurde.

Der Fuhrbetrieb P äußerte sich am 10. Februar 1999 zur Tätigkeit des Klägers, Berechnungen durch den TAD zur Belastungsdosis für wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten folgten. Der Chirurg Dr. Z vom Kreiskrankenhaus B erstattete am 27. April 2000 gegenüber der Beklagten ein Zusammenhangsgutachten.

Mit Bescheid vom 10. August 2000 lehnte die Beklagte die Entschädigung der HWS-Beschwerden des Klägers als BK nach Nr. 2109 BKV. Nach Angaben des Klägers seien die Lasten hauptsächlich vor dem Körper getragen worden. Eine solche Tragehaltung habe jedoch keinerlei Auswirkung auf die HWS.

Mit weiterem Bescheid vom 10. August 2000 lehnte die Beklagte die Entschädigung der LWS-Beschwerden des Klägers nach Nrn. 2108 und 2110 der Anlage zur BKVO ab.

In seinem am 22. August 2000 bei der Beklagten eingegangenen Widerspruch erklärte der Kläger, er habe nicht das Tragen schwerer Lasten auf der Schulter ausgeübt, sondern in gebückter Stellung nach vorn bzw. vorm Bauch.

Mit Beschluss und Widerspruchsbescheid vom 30. August 2000 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 10. August 2000 zurück.

Mit der am 15. September 2000 beim Sozialgericht Frankfurt (Oder) eingegangenen Klage hat der Kläger seinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen seiner Wirbelsäulenerkrankung weiter verfolgt: Aufgrund der vorgelegten Arbeitgeberauskünfte und der Selbstauskunft des Klägers habe dieser durch das Entladen von Waggonen und Beladen des Lkws durchschnittlich 10 Tonnen pro Tag (50 kg schwere Zementsäcke) bewegt. Diese seien sowohl auf der Schulter als auch vor dem Körper durch den Kläger getragen worden, so dass sowohl Abnutzungsercheinungen altersvoraussetzend an der HWS als auch an der LWS entstanden seien. Der Kläger ließ vortragen, sein Widerspruch vom 17. August 2000 beziehe sich auch auf die BK 2110. Sodann wies die Beklagte mit Bescheid vom 12. Juli 2001 den Widerspruch gegen den Bescheid vom 10. August 2000 zurück.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 10. August 2000 über die Ablehnung einer Entschädigung der Lendenwirbelsäulenbeschwerden des Klägers als Berufskrankheiten nach Nr. 2108 und 2110 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juli 2001 sowie den Bescheid der Beklagten vom 10. August 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Verletztenrente wegen seiner Wirbelsäulenerkrankung zu bewilligen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verteidigt die angefochtenen Entscheidungen.

Mit der am 03. August 2001 beim SG eingegangenen Klage hat der Kläger gegen den Widerspruchsbefcheid vom 12. Juli 2001 Klage erhoben, die zunächst unter dem Geschäftszeichen S 10 U 166/01 beim SG geführt wurde. Das SG hat das Verfahren mit dem Verfahren zum Geschäftszeichen [S 10 U 180/00](#) am 09. April 2002 verbunden.

Das SG holte ein Gutachten nach Aktenlage ein, das der Arzt für Orthopädie-Sozialmedizin S und der Arzt für Orthopädie Dr. T im März 2003 erstatteten. Sie gelangten zu der Beurteilung, dass sich schon die Diagnose einer Bandscheibenbedingten Erkrankung kaum bestätigen lasse, so dass die medizinischen Anspruchsvoraussetzungen tatsächlich im Zweifel stünden. Es falle anhand der klinischen Befunde auf, dass eigentlich nie charakteristische Symptome einer Bandscheibenbedingten Erkrankung objektiviert worden seien.

Auch hinsichtlich der HWS seien keine Symptome mitgeteilt, die für eine Bandscheibenbedingte Erkrankung typisch wären. Im letzten Gutachten würden noch nicht einmal besondere Beschwerden genannt.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete der Facharzt für Orthopädie A-B ein Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers im Mai 2004. Er gelangte zu der Beurteilung, dass die Erkrankungen des Klägers im Bereich der HWS und LWS mit Sicherheit ausschließlich Bandscheibenbedingte Erkrankungen seien.

Im Juni 2004 nahmen Dres. S und T Stellung: Hinsichtlich der Befundung zur HWS sei dem Kollegen zugestimmt: Dort bestünden in der Tat fortgeschrittene degenerative Bandscheibenschäden. Bei den klinischen Voraussetzungen verblieben trotz der degenerativen Bandscheibenschäden erhebliche Zweifel, ob man von einer Bandscheibenbedingten Erkrankung sprechen könne.

Der Sachverständige A nahm im November 2004 ergänzend auch dazu Stellung, dass sich die klinische Symptomatik bei langjährigen Verläufen erheblich verwische und dass unspezifische Symptome hinzutreten, dies sei charakteristisch. Die Reinsymptomatik einer radikulären Schmerzausstrahlung liege in der Tat nicht mehr vor.

Mit dem am 30. März 2005 verkündeten Urteil wies das SG die Klage ab und folgte im Wesentlichen dem Gutachten von Dres. S und T

Gegen dieses Urteil richtet sich die am Montag, den 23. Mai 2005 beim Landessozialgericht für das Land Brandenburg eingegangene Berufung des Klägers zur Verfolgung der Ansprüche aus den BK Nrn. 2108 bis 2110 der Anlage zur BKV. Das Urteil wurde der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 21. April 2005 zugestellt.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers verwies zur Begründung auf die erstinstanzlichen Ausführungen.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 30. März 2005 und den Bescheid vom 10. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbefcheides vom 12. Juli 2001 und den Bescheid vom 10. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbefcheides vom 30. August 2000 aufzuheben und die Beklagte - hilfsweise die Beigeladene - zu verurteilen, dem Kläger eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu zahlen Sie beantragt hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 30. März 2005 und den Bescheid vom 10. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbefcheides vom 12. Juli 2001 und den Bescheid vom 10. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbefcheides vom 30. August 2000 aufzuheben und festzustellen, dass bei dem Kläger Berufskrankheiten nach Nrn. 2108 und 2109 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung vorliegen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, dass mangels Feststellung einer "besonders intensiven Belastung" allen-falls von der Fallkonstellation B3 auszugehen wäre.

In der nichtöffentlichen Sitzung des 27. Senats vom 18. Oktober 2006 wurden die Zeugen S, K, S und M vernommen. Zum Ergebnis der Beweisaufnahme wird Bezug genommen auf die Anlage zur Sitzungsniederschrift.

Mit Schriftsatz vom 10. April 2007 teilte die Prozessbevollmächtigte des Klägers mit, der Kläger halte sein Begehren hinsichtlich der BK Nr. 2110 nicht aufrecht, da die arbeitstechnischen Voraussetzungen für diese BK nicht vorlägen.

Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition des Klägers ein, die am 27. Oktober 2008 erstellt wurde und für den Beschäftigungszeitraum vom 29. Januar 1973 bis 30. Juni 1990 eine Gesamtdosis in Höhe von 30,7 x 106 Nh errechnet.

Aufgrund der Beweisanordnung vom 01. August 2008 erstattete Prof. Dr. Dr. D am 22. Dezember 2008 ein Gutachten zu den arbeitstechnischen Voraussetzungen des Klägers hinsichtlich der Anerkennung der BK Nr. 2108 und 2109, nachdem im Hinblick auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) zu [B 2 U 4/06 R](#) weitere Ermittlungen eingeholt worden waren.

Mit Beweisanordnung vom 23. Januar 2009 wurde Prof. Dr. B zum Sachverständigen bestellt. Er veranlasste eine radiologische Zusatzbegutachtung durch Dr. T

Nach dem Ergebnis der radiologischen Zusatzbegutachtung ergeben sich folgende Diagnosen.

1. Bandscheibenvorfall L 5/S 1 (Erstdiagnose: 21.10.1997). 2. Beginnende Chondrose mit Bandscheibenversmälern Grad I in den Segmenten L 1/L 2 und L 5/S 1 (Erstdiagnose: 22.02.2000). 3. Fortgeschrittene Chondrose mit Bandscheibenversmälern, fortgeschrittene ventrale Spondylose und Retrospondylose in den C 4/C 5, C 5/C 6 und C 6/C7.

Prof. Dr. B verneinte im Gutachten vom 26. August 2009 einen Zusammenhang zwischen beruflicher Einwirkung und der festgestellten bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS des Klägers im Sinne der BK 2108. Nach den Empfehlungen der Konsensus-Arbeitsgruppe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Begutachtung der BK 2108 sei bei länger zurückliegender Aufgabe der belastenden Tätigkeit der Befund zum Zeitpunkt der Aufgabe der belastenden Tätigkeit wegweisend. Nach Angaben des TAD der Beklagten sei die gefährdende Tätigkeit im Juni 1990 unterlassen worden. In der Computertomografie in der LWS sei am 21. Oktober 1997 ein altersuntypischer Bandscheibenschaden in Form eines Bandscheibenprolapses L 5/S 1 diagnostiziert worden. Die lange Interimszeit zwischen Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit und erstmaliger Diagnose spreche gegen den ursächlichen Zusammenhang.

Auch den Zusammenhang zwischen der beruflichen Einwirkung und der diagnostizierten Bandscheibenschädigung im Bereich der HWS lehne er ab, weil zwischen Beendigung der beruflichen Tätigkeit im Juni 1990 und erstmaliger Diagnose einer Bandscheibenschädigung im Bereich der HWS am 22. Februar 2000 ein untypisch langer Zeitraum von knapp 10 Jahren verstrichen sei.

Im Februar 2010 nahm der Kläger zum Gutachten dahingehend Stellung, dass er zwar zum 30. Juni 1990 als Kraftfahrer und Ladearbeiter in der BHG E seine Tätigkeit beendet habe, aber dann vom 01. Januar 1995 bis 1997 erneut als Kraftfahrer und Arbeiter mit Bauhilfstätigkeiten tätig gewesen sei. Eine ergänzende Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition des Klägers wurde im Juli 2010 zu den Akten gereicht: Vom 01. April 1992 bis 03. September 1998 seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Annahme einer gefährdenden Belastung im Sinne der Nr. 2108 der BKV gegeben.

Prof. Dr. Dr. B nahm am 30. August 2010 ergänzend Stellung. Er empfahl die Ablehnung bei der Bkn. Er führte aus, dass "ein lumbales Wurzelsyndrom nicht zweifelsfrei nachgewiesen sei, weil Dr. Z keine neurologischen Befunde in seinem Gutachten dokumentiert habe.

Nach dem radiologischen Zusatzgutachten von Dr. T vom 12. August 2009 sei bei dem Kläger erstmals in den Röntgenbildern der Halswirbelsäule in zwei Ebenen vom 22.02.2000 eine fortgeschrittene dritt- bis viertgradige Chondrose mit Bandscheibenversmälern diagnostiziert worden. Den Zusammenhang zwischen der beruflichen Einwirkung und der bei dem Kläger im Jahr 2000 diagnostizierten bandscheibenbedingten Erkrankung der Halswirbelsäule im Sinne der Berufskrankheit 2019 nehme er wegen der langen Interimszeit ohne berufliche Exposition zwischen 06/1990 und 02/2000 mit nahezu 10 Jahren nicht mit Wahrscheinlichkeit an.

Im Bereich der Lendenwirbelsäule liege die Fallkonstellation B 5 vor. Diese Fallkonstellation gelte für Kläger, bei denen grundsätzlich die Bedingungen der Fallkonstellation B 2 gegeben sind und bei denen gleichzeitig Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule vorliegen, die stärker ausgeprägt sind als an der Lendenwirbelsäule. Die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Fallkonstellation B 2 seien bei dem Kläger zunächst gegeben, weil bei diesem eine besonders intensive berufliche Einwirkung mit Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren vorliege. Da gleichzeitig aber ein stärker ausgeprägter HWS-Schaden im Vergleich zur Lendenwirbelsäule nach Auffassung des radiologischen Zusatzgutachtens bei dem Kläger vorliege, bestehe bei dem Kläger die Fallkonstellation B 5. Bei dieser Fallkonstellation sei nach der Konsens-Empfehlung der Zusammenhang im Sinne einer BK nicht wahrscheinlich, sofern der Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule mit einer klinischen Erkrankung einhergeht, andernfalls bestand kein Konsens. Nach dem Gutachten von Dr. Z vom 27. April 2000 hätten bei dem Kläger Funktionsstörungen im Bereich der HWS in Form einer verminderten Fähigkeit zu Vorneigung und Seitwärtsneigung bestanden, so dass er davon ausgehe, dass bei dem Kläger eine klinisch relevante Bandscheibenschädigung der HWS bestehe. Da die Konsensus-Arbeitsgruppe in diesem Fall den Zusammenhang zwischen beruflicher Exposition und Erkrankung im Sinne der Berufskrankheit 2108 als nicht wahrscheinlich eingestuft habe, empfehle er dem Senat die Ablehnung einer Berufskrankheit 2108. Wegen des weiteren Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten zu den Aktenzeichen S 10 U 166/01 und [S 10 U 180/00](#) und der Verwaltungsakten der Beklagten, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegt haben.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Das angefochtene Urteil ist daher nicht zu beanstanden. Die Klage ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung einer BK und hat damit auch keinen Rentenanspruch infolge einer BK.

Der Anspruch des Klägers verlangt für den Haupt- und Hilfsantrag, dass die Voraussetzungen der beanspruchten Berufskrankheiten erfüllt sind. Das ist nicht der Fall.

BKs sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKs bezeichnet und die Versicherte infolge eines Versicherungsschutzes nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als BKs zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). In der BKV ist die BK 2108 als "Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheiten ursächlich waren oder sein können". Die BK 2109 bezeichnet "Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheiten ursächlich waren oder sein können".

Weder eine BK Nr. 2108 der Anlage zur BKV noch eine BK Nr. 2109 lässt sich nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz, SGG](#)) feststellen. Hinsichtlich der BK 2110 wurde die Berufung zurückgenommen.

Voraussetzung für die Feststellung jeder Erkrankung als BK ist, dass die versicherte Tätigkeit, die schädigenden Einwirkungen sowie die Erkrankung, für die Entschädigungsleistungen beansprucht werden, im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen sind. Eine absolute Sicherheit ist bei der Feststellung des Sachverhalts nicht zu erzielen. Erforderlich ist aber eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, wonach kein vernünftiger Mensch mehr am Vorliegen vorgenannter Tatbestandsmerkmale zweifelt (BSGE 6, 144; Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz, 9. Auflage, Anm. 5 zu § 118 m.w.N.). Es muss ein so hoher Grad von Wahrscheinlichkeit vorliegen, dass alle Umstände des Einzelfalles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung hiervon zu begründen ([BSGE 45, 285, 287](#); [61, 127, 128](#)). Zur Anerkennung einer BK muss ein doppelter ursächlicher Zusammenhang bejaht werden. Die gesundheitsgefährdende schädigende Einwirkung muss ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein und diese Einwirkung muss die als BK zur Anerkennung gestellte Krankheit verursacht haben. Mit der Aufnahme einer Krankheit in die BK-Liste wird die Ursächlichkeit einer beruflichen Schädigung generell anerkannt und die Erkrankung als solche für entschädigungswürdig befunden. Davon zu unterscheiden ist aber die Verursachung der Krankheit durch die gefährdende Tätigkeit im konkreten Einzelfall. Von diesen rechtlichen Voraussetzungen ausgehend ist nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 I Sozialgerichtsgesetz, SGG](#)) nicht nachgewiesen, dass beim Kläger bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS und / oder HWS vorliegen. Allerdings war der Kläger während seines Berufslebens Belastungen ausgesetzt, die allgemein geeignet waren, eine Erkrankung der Bandscheiben der LWS herbeizuführen. Die vom TAD nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) ermittelte Gesamtbelastungsdosis in Höhe von 30,7 x 106 Nh überschreitet im Fall des Klägers erheblich den Richtwert von 12,5 x 106 Nh. Dieser Wert wird nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts für ausreichend erachtet, da die Richtwerte des MDD nach dieser Rechtsprechung für die Gesamtbelastungsdosis zu halbieren sind (BSG Urteil vom 30. Oktober 2007, [B 2 U 4/06 R](#)). Das BSG hat in seinen Entscheidungen vom 30. November 2008 - [B 2 U 14/07 R](#) und [B 2 U 14/07 R](#) - Modifizierungen zur Anwendung des MDD für notwendig erachtet. Danach ist die dem MDD zu Grunde liegende Mindestdruckkraft pro Arbeitsvorgang bei Männern nurmehr mit dem Wert 2.700 N pro Arbeitsvorgang anzusetzen. Auf eine Mindesttagesdosis ist nach dem Ergebnis der Deutschen Wirbelsäulenstudie zu verzichten. Alle Hebe- und Tragebelastungen, die die aufgezeigte Mindestbelastung von 2.700 N bei Männern erreichen, sind entsprechend dem quadratischen Ansatz (Kraft mal Kraft mal Zeit) zu berechnen und aufzuaddieren. Der untere Grenzwert, bei dessen Unterschreitung nach gegenwärtigem Wissensstand ein Kausalzusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und bandscheibenbedingter Erkrankung der LWS ausgeschlossen und deshalb auf einzelfallbezogene medizinische Ermittlungen verzichtet werden kann, ist auf die Hälfte des im MDD vorgeschlagenen Orientierungswertes für die Gesamtbelastungsdosis von 25 x 10 6 Nh, also auf 12,5 x 10 6 Nh, herabzusetzen. Die vom TAD errechnete Dosis ist nach diesen Vorgaben berechnet.

Zweifelhaft ist allerdings bereits, ob beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vorliegt.

Der Senat orientiert sich bei der Frage, ob eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS nachgewiesen ist, an den "Medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule", die als Konsensempfehlungen zur Zusammenhangs-begutachtung auf Anregung der vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe erstellt wurden (vgl. Trauma und Berufskrankheit, Heft 3/2500, Springer Medizinverlag, Seite 211 ff. - nachfolgend Konsensempfehlungen genannt).

Die Konsensempfehlungen entsprechen dem aktuellen wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnisstand, wie Prof. Dr. B. in seiner aktuellen Stellungnahme bestätigt hat. Als aktueller wissenschaftlicher medizinischer Erkenntnisstand, sind die durch Forschung und praktische Erfahrungen gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt wurden, die über die also von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallende Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht (Urteil des BSG vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 13/05 R](#)).

Nach den Konsensempfehlungen ist der bildgebende Nachweis eines altersuntypischen Bandscheibenschadens (Höhenminderung und/oder Vorfälle) unabdingbare aber nicht hinreichende Voraussetzung für den Nachweis eines Bandscheibenschadens. Hinzukommen muss eine korrelierende klinische Symptomatik. Die letztgenannten Voraussetzungen sind zweifelsfrei nicht nachgewiesen.

Der erste bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens im Sinne der Konsensempfehlungen ist zweifelsfrei am 21. Oktober 1997 erbracht. Dies ist der der Aufgabe der Tätigkeit nächste Zeitpunkt, zu dem diagnostische Aufnahmen vorliegen.

Denn heranzuziehen sind zur Beurteilung die der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit zeitlich nächstliegenden Röntgenbilder, hier also in zeitlicher Nähe zum Datum des 08. September 1997. Dr. T hat in seinem radiologischen Gutachten für den 21. Oktober 1997 einen altersuntypischen Prolaps bei L5/S1 als erstmals gesichert festgestellt. Allerdings lässt sich eine korrelierende klinische Symptomatik nicht zweifelsfrei feststellen.

Nach den Konsensempfehlungen sind zwei Typen als klinische Krankheitsbilder zu unterscheiden: Ein lokales Lumbalsyndrom und ein lumbales Wurzelsyndrom.

Bei einem lokalen Lumbalsyndrom sollen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Radiologie: altersuntypische Höhenminderung einer oder mehrerer Bandscheiben - Symptom: Schmerz durch Bewegung - Klinik: Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz - funktionell: Entfaltungsstörung der Lendenwirbelsäule - Muskulatur: erhöhter Tonus - ggf. pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung.

Hierfür fehlt es bereits an der entsprechenden Radiologie: Eine altersuntypische Höhenminderung einer oder mehrerer Bandscheiben wurde nicht festgestellt. Dr. T schreibt dazu anlässlich der Befundung der Aufnahme vom 21. Oktober 1997, dass zu einer Chondrose (Höhenminderung) keine Aussage getroffen werden könne.

Die Erstdiagnose einer beginnenden Chondrose Grad I in den Segmenten L1/2 und L5/S1 erfolgte am 22. Februar 2000 nach Darlegung von Dr. T aus Anlass der Begutachtung durch Dr. Z. Allerdings gilt erst eine Chondrose II. Grades nach den Konsensempfehlungen immer als altersuntypisch, nicht jedoch die Chondrose I. Grades, letztere nur bei Personen im Alter unter 50 Jahren. Der 1941 geborene Kläger war am 22. Februar 2000 älter als 50 Jahre. Damit kommt diese Chondrose Grad I für die Beurteilung einer Bk nach den Konsensempfehlungen nicht in Betracht, da nur altersuntypische Befunde maßgeblich sind.

Von daher erübrigen sich die weiteren Prüfungen der o.g. Symptome. Zudem hat Prof. Dr. B mitgeteilt, dass sich ein lokales Lumbalsyndrom nicht feststellen lässt.

Auch ein lumbales Wurzelsyndrom ist nicht feststellbar. Bei einem lumbalen Wurzelsyndrom sollen als Kriterien erfüllt sein:

- Radiologie: Vorfall oder Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung mit Nervenwurzelbedrängung, ggf. i. V. m. Retrospondylose, Spondylarthrose, Foramenstenose, Recessusstenose und/oder Spinalkanalstenose, im Ausnahmefall bei engem Spinalkanal nach Protrusion - Neurologie: Zeichen der Reizung bzw. Schädigung der entsprechenden Nervenwurzel (n) - Typ I und II kommen häufig auch als Mischform vor. Das Kaudasyndrom ist eine Sonderform des lumbalen Wurzelsyndroms.

Auch insoweit fehlt es an der Radiologie: Vorfall oder Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung mit Nervenwurzelbedrängung. Dr. T hat in seinem radiologischen Gutachten für den 21. Oktober 1997 zwar einen altersuntypischen Prolaps aber festgestellt.

Selbst wenn eine bandscheibenbedingte Erkrankung i. S. der Konsensempfehlungen feststellbar wäre, ließe sich nicht feststellen, dass dieser auf schädigende Einwirkungen bei versicherter Tätigkeit als wesentliche (Mit-)Ursache mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zurückzuführen wäre.

Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im Recht der BK gilt wie sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung die Theorie von der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Bedingungen (mit-)ursächlich, die wegen ihrer besonderen Bedeutung für den Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität müssen hinreichend wahrscheinlich sein, die bloße Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 02. Februar 1978, [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#)). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (BSG [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#)). Der ursächliche Zusammenhang ist nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist ([BSGE 60, 58, 59](#)).

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) ist nach den o. g. Maßstäben ein ursächlicher Zusammenhang nicht wahrscheinlich. Die Erkrankung des Klägers ist in die Konstellation B3 der Konsensempfehlungen einzuordnen. Bei dieser Konstellation bestand kein Konsens. Der Senat hat zur Begründung des Kausalzusammenhangs bei dieser Konstellation keinen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und auch sonst keine überzeugende gutachterliche Stellungnahme.

B 3 besagt:

"Wie Konstellation B2", aber keines der unter B2 genannten Zusatzkriterien erfüllt."

B 2 besagt: - Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren erkennbar: nein - Begleitspondylose: nein.

Zusätzlich mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt: - Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben - bei monosegmentar/m Chondrose/Vorfall in L 5/S 1 oder L4/L 5 "black disc" im Magnetresonanztomogramm in mindestens 2 angrenzenden Segmenten (Hinweis: ggf. Magnetresonanztomogramm der Lendenwirbelsäule im Rahmen der Begutachtung veranlassen) - Besonders intensive Belastung; Anhaltspunkt: Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren. - Besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen; Anhaltspunkt: Erreichen der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen (Frauen ab 4 ½ kN; Männer ab 6 kN).

Beurteilung: Zusammenhang wahrscheinlich.

Im Fall des Klägers fehlt eine Begleitspondylose nach dem vorliegenden Gutachten, das der Senat zugrunde legt.

Eine Begleitspondylose ist wie folgt definiert

a) in /im von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment(en) sowie b) in /im von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment(en) die nachgewiesenermaßen vor dem Eintritt der bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne einer Chondrose oder eines Vorfalls aufgetreten ist (Seite 216 KE).

Auch liegt keins der in B 2 genannten Zusatzkriterien vor, so dass nach B 3 kein Konsens besteht. Unter den gegebenen Umständen beurteilt der Senat den Kausalzusammenhang nicht als wahrscheinlich. Die Konstellation B3 entspricht der häufigsten Manifestationsform eigenständiger Bandscheibenerkrankungen innerer Ursache an der LWS (vgl. V. Grosser und F. Schröter im Anhang 1 der Anmerkungen zu den nicht im Konsens beurteilten Fallkonstellationen der Konsensempfehlungen).

Wenn Prof. Dr. Dr. B gleichwohl meint, die Voraussetzungen der Fallkonstellation B2 seien beim Kläger gegeben, beruht seine Begründung auf seiner Auffassung, dass eine besonders intensive Belastung mit Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in 10 Jahren vorliege. Dabei legte er 12,5 MNh als Lebensdosis und 17,5 MNh als die in 10 Jahren erreichte Dosis zugrunde. Er führte auch aus, dass der Kläger in 10 Jahren nicht die Gesamtdosis in Höhe von 25 MNh nach Hartung et al erreichte.

Der Senat folgt der Meinung von Prof. Dr. Dr. B nicht Grundlage des Konsenses der B2 Fallkonstellation ist der Wert von 25 MNh gewesen. Nur auf Grundlage dieses Wertes wurde ein wissenschaftlicher Konsens erzielt. Auch Prof. Dr. B führt in der Stellungnahme im Rechtsstreit L 22 U 19/08 (die den Beteiligten übermittelt wurde) unter der Nr. 18 auf S. 9 seiner Stellungnahme aus, dass die beruflichen Voraussetzungen anhand des MDD-Verfahrens geprüft werden, also 25 MNh Grundlage der Entscheidungen waren.

Kein Konsens ist dazu feststellbar, dass eine besonders intensive Belastung i.S. der B2 dann anzunehmen ist, wenn 12,5 MNh in 10 Jahren erreicht wurden: Prof. Dr. B- teilt dazu mit, dass kein Konsens dazu besteht, wie mit der Herabsetzung des Wertes auf 12,5 MNh diesbezüglich "umzugehen" sei. Der Senat verkennt nicht, dass er in dem Fall, dass es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung gibt, in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung folgen kann (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006, - [B 2 U 1/05 R](#) - in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) m. w. N.) Allerdings überzeugt Prof. Dr. Dr. B nicht. Soweit er unter anderem meint, das Gesetz der Logik gebiete hier, den Wert von 12,5 MNh anzunehmen, erschließt sich dem Senat keine überzeugende wissenschaftliche Begründung, zumal der Konsens der Fachleute sich auf den Wert von 25 MNh für dieses Kriterium bezog und wissenschaftliche Studien hierzu nicht vorliegen, wie Prof. Dr. Dr. B mitgeteilt hat

Damit scheitert der Anspruch auf Feststellung einer BK 2108 auch an der Konstellation B 3, so dass Konstellation B 5 nicht zu prüfen ist. Die Fallkonstellation B 5 gilt für Kläger, bei denen grundsätzlich die Bedingungen der Fallkonstellation B 2 gegeben sind und bei denen gleichzeitig Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule vorliegen, die stärker ausgeprägt sind als an der Lendenwirbelsäule.

Die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Fallkonstellation B 2 sind bei dem Kläger wie dargelegt nicht gegeben. Zudem verlangt diese Fallkonstellation, dass der Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule mit einer klinischen Erkrankung einhergeht, andernfalls bestand kein Konsens. Eine klinische Erkrankung der HWS bei Aufgabe der beruflichen Tätigkeit ist nicht nachgewiesen.

Prof. Dr. B- legte seiner Beurteilung einen klinischen Befund aus dem Gutachten von Dr. Z vom 27. April 2000 zugrunde, aufgrund dessen der Gutachter davon ausgeht, dass bei dem Kläger eine klinisch relevante Bandscheibenschädigung der Halswirbelsäule besteht. Allerdings ist für den Zeitpunkt der Aufgabe der die HWS belastenden Tätigkeit im Jahr 1990 ein entsprechender klinischer Befund nicht dokumentiert. Hierauf hat der Kläger zutreffend hingewiesen. Von daher ist der Beurteilung von Prof. Dr. B- auch von daher nicht zu folgen. Das Zugrundelegen des Befundes aus dem Jahr 2000 entspricht nicht den Konsensempfehlungen, wonach Befunde bei Aufgabe der Tätigkeit wegweisend sind.

Auch eine BK 2109 ist nicht feststellbar nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens.

Dahinstehen kann, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK NR. 2109 im Fall des Klägers erfüllt sind. Es fehlt bereits an einem zweifelsfreien Nachweis einer entsprechenden bandscheibenbedingten Erkrankung zur Zeit der Aufgabe der Tätigkeit. Wie dargelegt fehlt es bereits am Nachweis eines klinischen Befundes. Auch ist nicht dokumentiert oder sonst feststellbar, dass der Bandscheibenschaden zu einer Erkrankung mit chronisch wiederkehrenden Beschwerden mit Funktionseinschränkungen der HWS geführt hat, die die Aufgabe der Tätigkeit erzwungen haben. Dies ist allerdings unerlässlich (vgl. auch BSG, [2 U 12/04 R](#) zur BK 2108).

Dies entspricht der Begründung der Zweiten Verordnung zur Änderung der BKV, worin im Anschluss an Darlegungen zu 2109 ausgeführt wurde: "In der Bewertung epidemiologischer Studien müssen chronisch-rezidivierende und schwere Gesundheitsstörungen, welche die Erwerbsfähigkeit dauerhaft mindern können, von episodenhaften behandlungsfähigen Gesundheitsstörungen deutlich abgegrenzt werden. Solche bagatelhaften Dorsopathien sowie Beschwerden, die nicht den bandscheibenbedingten Erkrankungen zugeordnet werden können, sind aus der Diskussion über Berufskrankheiten auszuklammern (Bundesrat Drucksache 773/92 Seite 9)". Dies entspricht auch dem Merkblatt zur Beurteilung dieser BK. Zudem hat Prof. Dr. Dr. B schon wegen der langen Zeit zwischen Aufgabe der die HWS belastenden Tätigkeiten im Jahr 1990 und erster Diagnose im Jahr 2000 insoweit überzeugend einen Kausalzusammenhang abgelehnt.

Auch die übrigen Gutachten verhelfen dem Kläger nicht zum Erfolg.

Dr. A orientierte sich nicht an den Konsensempfehlungen. Dres. S und T kamen zu keinem positiven Ergebnis.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2](#) SGG) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB
Saved
2011-02-04