

## L 22 U 93/08

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
22  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 25 U 251/04  
Datum  
09.02.2006  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 22 U 93/08  
Datum  
23.02.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 09. Februar 2006 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist die Beurteilung der Erkrankung des Klägers im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) als Berufskrankheit (BK) Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) mit dem Ziel der Gewährung einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Der 1941 geborene Kläger machte im Dezember 2002 eine BK Nr. 2108 der BKV geltend. Aufgrund der Tätigkeiten bei der Telekom in der Zeit von Juni 1973 bis April 1995 sei eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Wirbelsäule der LWS und Halswirbelsäule (HWS) entstanden. Bei Erdarbeiten und Telefonmatarbeiten mit Steigeisen hätten sich dabei erhebliche Kniebelastungen und Wirbelsäulenbelastungen ergeben. Der Kläger gab an, wie folgt beschäftigt gewesen zu sein:

- vom 08. November 1956 bis 04. Januar 1957 Bote im Tabakwarengroßhandel - vom 19. März 1957 bis 04. Mai 1957 Bote Kfz-Teileholler - vom 03. Juni 1957 bis 21. November 1957 Arbeiter in einer Bäckerei - vom 17. April 1958 bis 11. April 1960 Kfz-Fahrten in einer Packerei für medizinische Artikel - vom 20. April 1960 bis 09. Juni 1961 als Packer und Kfz-Fahrer in der Damenkonfektion 12 der Fa. M - vom 26. Juni 1961 bis 16. September 1961 als Kfz-Fahrer im Buchhandel - vom 18. September 1961 bis 06. September 1968 Kfz-Fahrer im Elektrogroßhandel - vom 09. September 1968 bis 04. Oktober 1968 als Kfz-Fahrer im Fuhrunternehmen - vom 21. Oktober 1968 bis 27. Dezember 1968 als Kfz-Fahrer einer Baufirma - vom 27. Januar 1969 bis 17. Juli 1969 als Kfz-Fahrer in einem Fuhrunternehmen - vom 08. Oktober 1969 bis 25. September 1971 als Kfz-Fahrer in einer Spedition - vom 27. September 1971 bis 21. Februar 1972 als Heizungshelfer in einer Heizungsfirma - vom 03. September 1972 bis 08. Juni 1973 als Kfz-Fahrer in einer Spedition - vom 09. Juni 1973 bis 30. April 1995 als Handwerker bei der P/T B.

Während seiner Tätigkeit bei der Deutschen Telekom AG, P B hob und trug der Kläger u. a. Lasten von mehr als 30 kg pro Schicht und führte Arbeiten in extremer Rumpfbeugehaltung durch.

Die Beklagte holte Atteste der Ärzte des Klägers ein von Dr. K, Arzt für Innere Medizin und von Dr. R, Facharzt für Orthopädie. Auch veranlasste sie eine Belastungsanalyse der Abteilung Prävention vom 07. August 2003. Danach war der Kläger

- vom 09. Juni 1973 bis 03. Mai 1987 Monteur im Fernmeldebau der Deutschen Bundespost, - vom 04. Mai 1987 bis 12. November 1989 war er Bearbeiter Linientechnik - vom 13. November 1989 bis 09. Januar 1990 war er Monteur im Fernmeldebau - vom 10. Januar 1990 bis 22. Oktober 1994 war er Schaltwart und Entstörer.

Bei den Tätigkeiten als Monteur hatte er folgende Tätigkeiten vorzunehmen:

Monteur im Fernmeldebau: - Lötarbeiten in Kabelschächten und an Abzweigkästen - Freilegen von Erdlötstellen mit unterschiedlichen Belegen (Beton, Asphalt) - Kabelringe aus Blei oder Plaste transportieren. - Alte Kabel aus dem Kabelschacht ziehen, neue einziehen - Auf-, Ab- und Umtrommeln von Kabel - Zerlegen von Kabel - Montgearbeiten an Kabel in Kabelschächten - Muffen, Endverschlüsse und Endverzweiger mit Kabelvergussmasse ausgießen - Kabelschächte öffnen und schließen - Telefonmaste transportieren und einsetzen - Montgearbeiten auf Telefonmasten

Als Bearbeiter Linientechnik hatte er keine körperliche Belastung im Sinne der BKV.

Als Schaltwart, Entstörer hatte er folgende Verrichtungen vorzunehmen: - Fahrzeug mit Arbeitsmaterial und Werkzeug beladen - in Kabelverzweiger Schaltdraht einziehen und verlöten - an Häusern und in Wohnungen Entstörarbeiten an Endstellen durchführen - mit Bohrmaschine Bohr- und Stemmarbeiten ausführen - Sprechstellenkabel verlegen.

Vom 23. Oktober 1994 bis 30. April 1995 war er arbeitsunfähig. Seit 01. Mai 1995 ist er Rentner.

Am 25. September 2003 lehnte die Beklagte mit Bescheid über die Ablehnung einer Berufskrankheit nach [§ 9 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch (SGB) VII in Verbindung mit der Berufskrankheitenverordnung (BKV), eine Bk nach Nrn. 2108, 2109 bzw. 2110 der Anlage zur BKV ab, Ansprüche auf Leistungen bestünden daher nicht. Eine BK liege nicht vor, da die ausgeführten Tätigkeiten keine gefährdende Beschäftigung i. S. der o. g. Bken darstellten.

Den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21. April 2004 als unbegründet zurück.

Mit der am 13. Mai 2004 beim Sozialgericht (SG) eingegangenen Klage verfolgte der Kläger sein Begehren "wegen Nichtanerkennung der Berufskrankheiten" weiter. Insbesondere wurde die Belastungsanalyse beanstandet.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25. September 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. April 2004 zu verurteilen, ihm Verletztenrenten wegen der Folgen der Berufskrankheiten der Nummern 2108, 2109 und/oder 2110 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie überreichte Stellungnahme der Abteilung Prävention vom 19. April 2005, wonach ca. 80 Prozent des Richtwertes von 25 x 106 Nh erreicht würden und die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Anerkennung einer BK nach Nr. 2108 nicht gegeben seien.

Das SG holte ein Gutachten ein, das der Arzt für Orthopädie Dr. E am 15. August 2005 aufgrund Untersuchung des Klägers vom 03. August 2005 erstattete. Er gelangte zu der Beurteilung, bei dem Kläger liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vor, bei der es sich um altersgemäße vorausseilende Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule handle. Die medizinischen Voraussetzungen der Nr. 2108 seien dadurch nicht erfüllt.

Mit dem am 09. Februar 2006 verkündeten Urteil hat das SG die Klage abgewiesen. Es sei nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten und durch langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung verursacht worden sei. Die medizinischen Voraussetzungen einer BK 2108, 2110 und 2109 lägen nicht vor.

Gegen das der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 07. April 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 27. April 2006 beim Landessozialgericht (LSG) für das Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung des Klägers.

Mit Schriftsatz vom 12. Juni 2006 hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers erklärt, die Berufung werde auf die BK 2108 beschränkt. Die darüber hinausgehende Berufung werde zurückgenommen.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete der Facharzt für Orthopädie Dr. V im September 2006 beim LSG eingehend ein orthopädisches Sachverständigen Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers vom 14. August 2006.

Der Sachverständige gelangte zu der Beurteilung, bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS fänden sich im Segment L 4-S 1. Beim Kläger liege ein LWS-Syndrom auf der Basis einer bandscheibenbedingten Erkrankung mit Osteochondrose L 4 bis S 1 und Spondylarthrose L 5/S 1, Residuen nach Morbus Scheuermann mit deutlich funktionellen Einschränkungen vor. Die festgestellte bandscheibenbedingte Erkrankung sei nachweislich auf langjähriges Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung zurückzuführen.

Dr. E nahm im Oktober 2007 und im März 2008 ergänzend Stellung. Dr. V habe die keilförmigen Veränderungen der Wirbelkörper vermessen und sei zu dem Ergebnis gekommen, dass LWK 1 und LWK 4 jeweils um 8 Grad und LWK 2 um 5 Grad keilförmig deformiert seien. Zusammengefasst sei also eine statische Veränderung der LWS um 21 Grad gegeben. Die erheblichen Veränderungen der Bewegungssegmente der LWS seien allein auf die innerkörperliche Schadensanlage zurückzuführen.

Dazu äußerte sich Dr. V im Februar 2008 und Mai 2008. In Bezug auf die 10 Grad der durch den Scheuermann bedingten Abweichung im Bereich der LWS handle sich um die maximale Abweichung einzelner Wirbelkörper und nicht um die Summe aller Abweichungen.

Dr. E nahm Stellung im März 2008. Er wiederholte seine Auffassung.

Die Beklagte überreichte die Stellungnahme ihrer Abteilung Prävention vom 10. Februar 2009 zur Arbeitsplatzexposition des Klägers unter Auswertung des Urteils des Bundessozialgerichts [B 2 U 4/06 R](#) (BSG) vom 30. Oktober 2007 mit der Beurteilung, dass ohne Berücksichtigung der Mindesttagesdosis des Mainz-Dortmunder-Dosismodells (MDD) eine Gesamtdosis von 24,48 x 106 Nh ermittelt worden seien.

Beigezogen wurden Krankenunterlagen des Facharztes für Orthopädie Dr. R, des Internisten K, aus der Praxis für Gastroenterologie Dres. G und J, aus dem E W Sund der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie J-

Aufgrund der Beweisanordnung vom 04. Januar 2011 erstattete der Facharzt Dr. F, Oberarzt der Orthopädischen Klinik G (Mit-Autor der Konsensempfehlungen) im März 2011 ein orthopädisches Gutachten nach Aktenlage. Im Ergebnis gelangte er zu der Beurteilung, es handele sich hier nicht um eine BK der Ziffer 2108 der Anlage der BKV.

Am 27. Oktober 2011 beim LSG eingehend teilte die Prozessbevollmächtigte des Klägers mit, dass es keine weitere Stellungnahme zu dem Sachverständigengutachten geben werde. Der Kläger habe keinen fachlich qualifizierten Orthopäden finden können, der zum Gutachten fundiert Stellung nehmen könne.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der vorliegenden Gerichtsakten zu den Geschäftszeichen [L 22 U 93/08](#), S 69 U 932/96, S 15 U 784/96, S 8 U 399/95, S 69 U 503/00 und auf den Inhalt der Verwaltungsakten zum Geschäftszeichen , die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige und im Übrigen statthafte Berufung ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Rentenanspruch und auch keinen Anspruch auf Feststellung einer BK nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV.

Das Sozialgericht hat zu Recht die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig.

Die erhobene Leistungsklage ist unzulässig. Die Beklagte hat ausschließlich die Anerkennung von BKen der Nr. 2108, 2109, 2110 abgelehnt. Einen Rentenanspruch hat die Beklagte nicht geprüft oder sonst erwähnt. Insoweit fehlt es an dem erforderlichen Vorverfahren als Klagevoraussetzung. Die aufgeführte Ablehnung von Entschädigungsleistungen ist lediglich die Folge der Ablehnung der Anerkennung der BK. Zudem fehlt es an einer erstinstanzlich fristgerecht erhobenen Klage. Entsprechend der Entscheidung im Bescheid hat der Kläger mit seiner Klageschrift vom 10. Mai 2004 Klage erhoben "wegen Nichtanerkennung der Berufskrankheiten Nr. 2108, 2109, 2110". Erst am 9. Februar 2006 beantragte er Renten.

Die Klage ist mit dem Hilfsantrag als Anfechtungs- und Feststellungsklage zulässig.

Der Kläger hat auch ein berechtigtes Interesse an der Feststellung, da ein Leistungsanspruch und Spätfolgen nahe liegen für den Fall, dass die gemachte BK feststellbar wäre.

Im Berufungsverfahren ist ausschließlich noch über die Klage auf Feststellung einer BK 2108 zu entscheiden, nachdem die darüber hinausgehende Berufung mit Schriftsatz vom 12. Juni 2006 zurückgenommen wurde.

Eine BK der Nr. 2108 der Anlage zur BKV ist allerdings nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens, [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), nicht feststellbar.

BKen sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte infolge eines Versicherungsschutzes nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (§§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO) erleiden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als BKen 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](#), § 551 Abs. 1 Satz 3 RVO).

Die in der RVO und das seit 1. Januar 1997 geltende VII unterscheiden sich insoweit nicht, sodass dahinstehen kann, welche der Vorschriften hier anzuwenden ist.

In der Anlage 1 der BKVO ist die hier streitgegenständlich zu prüfende Nummer 2108 erfasst:

"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."

Durch die spezifischen der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden besonderen Einwirkungen muss eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS entstanden sein und noch bestehen. Zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen muss ein sachlicher Zusammenhang und zwischen diesen Einwirkungen und der Erkrankung muss ein (wesentlicher) Ursachenzusammenhang bestehen. Der Versicherte muss darüber hinaus gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben. Als Folge dieses Zwangs muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, liegt eine BK 2108 nicht vor (BSG, Urteil vom 30.10.2007 - B 2 U 4/06R - Rdnr. 16 f.).

Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im Berufskrankheitenrecht gilt, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung, die der Senat in den Entscheidungen vom 09. Mai 2006 (- [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#) - mwN) zusammengefasst dargestellt hat. Die Theorie der wesentlichen Bedingung hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der Ursache eines Erfolges jedes Ereignis ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der Bedingungstheorie werden im Sozialrecht als rechtserheblich aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Gesichtspunkte für die Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache sind insbesondere die versicherte Ursache bzw. das Ereignis als solches, also Art und Ausmaß der Einwirkung, konkurrierende Ursachen unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens und Rückschlüsse aus dem Verhalten

des Verletzten nach den Einwirkungen, Befunde und Diagnosen der erstbehandelnden Ärzte sowie die gesamte Krankengeschichte. Trotz dieser Ausrichtung von individuellen Versicherten sind der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs im Einzelfall der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Ursachenzusammenhänge zwischen Ereignissen und Gesundheitsschäden zugrunde zu legen. Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang nach der Theorie der wesentlichen Bedingung positiv festgestellt werden muss und hierfür hinreichende Wahrscheinlichkeit genügt, nicht jedoch die bloße Möglichkeit. 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.

Bei vernünftiger Abwägung aller für und gegen den Zusammenhang sprechenden Umstände müssen die für den Zusammenhang sprechenden Erwägungen so stark überwiegen, dass die dagegen sprechenden billigerweise für die Bildung und Rechtfertigung der richterlichen Überzeugung außer Betracht bleiben können (BSG in SozR Nr. 20 zu § 542 RVO a. F.). Der ursächliche Zusammenhang ist jedoch nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht ausschließen oder nur möglich ist ([BSGE 60, 58, 59](#)).

Das BSG hat ausgeführt, dass sich letztlich angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen, der Dauer der zu berücksichtigenden Zeiträume und des Fehlens eines eindeutig abgrenzbaren Krankheitsbildes, das für Belastungen durch Heben und Tragen oder Arbeit in Rumpfbeugehaltung typisch sei, entscheidend nur die Frage nach einer wesentlichen Mitverursachung der LWS-Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen stelle. Aus diesen Gründen sei auch der [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#), unabhängig von seinem Inkrafttreten erst am 01. Januar 1997, bei der BK Nr. 2108 nach heutigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht anwendbar (Urteil vom 18. November 1997 - [2 RU 48/96 - SGB 1999, 39, B 2 U 13/05 R](#), zitiert nach juris).

Von diesen rechtlichen Voraussetzungen ausgehend ist nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs. 1 SGG](#)) nicht zur Überzeugung des erkennenden Senats nachgewiesen, dass sämtliche Voraussetzungen der BK Nrn. 2108 erfüllt sind.

Die versicherte Tätigkeit, die schädigenden Einwirkungen sowie die Erkrankungen, für die eine Rente beansprucht wird, sind allerdings zweifelsfrei nachgewiesen. 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 Einzelfalls 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](#)). Diese Voraussetzungen liegen vor.

Der Kläger war auch während seiner Tätigkeit bei der D AG im Zeitraum vom 12. Juni 1973 bis 30. April 1995 als Versicherter nach § 539 Abs. 1 Nr. 1 RVO bzw. nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) beruflichen Einwirkungen durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten und Arbeit in extremer Rumpfbeugehaltung ausgesetzt.

Die nach dem Mainz-Dortmunder Dosismodell (MDD) ermittelte Gesamtbelastungsdosis überschreitet erheblich den Richtwert von 12,5 x 106 Nh. Der Senat legt die vom TAD ermittelte und mit Stellungnahme vom 10. Februar 2009, mitgeteilte Gesamtbelastungsdosis in Höhe von 24,48 x 106 Nh zugrunde. Der Wert ist nach den Vorgaben des BSG im Urteil vom 30. Oktober 2007 - B2 U 4/06 R - berechnet.

Allerdings ist nicht feststellbar, dass die Einwirkungen mit Wahrscheinlichkeit wesentliche (Mit-)Ursache einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS des Klägers i. S. d. BK 2108 sind.

Der Senat orientiert sich hierbei an den "Medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule", den Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung der vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe (veröffentlicht in Trauma und Berufskrankheit, Heft 3 und 4/2500, Springer Medizinverlag, Seite 211 ff. - nachfolgend Konsensempfehlungen genannt), die dem aktuellen wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnisstand entsprechen.

Eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der Konsensempfehlungen ist bereits nicht zweifelsfrei feststellbar.

Nach den Konsensempfehlungen ist der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens (Höhenminderung und/oder Vorfall) unabdingbare aber nicht hinreichende Voraussetzung für den Nachweis eines Bandscheibenschadens. Hinzukommen muss eine korrelierende klinische Symptomatik (Seite 215 der Konsensempfehlungen).

Entsprechend sehen die Konsensempfehlungen Typ 1 (lokales Lumbalsyndrom) und Typ 2 (lumbales Wurzelsyndrom) vor.

Bei einem lokalen Lumbalsyndrom sollen folgende Kriterien erfüllt sein (Seite 216 der Konsensempfehlungen):

- 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. Der bildgebende Nachweis eines altersuntypischen Bandscheibenschadens des Klägers ist bereits nicht zweifelsfrei erbracht. Damit fehlt es an den radiologischen Voraussetzungen der BK, die das Krankheitsbild eines lokalen Lumbalsyndroms (Typ 1) der Konsensempfehlungen mitbegründen. Zwar ist ein Bandscheibenschaden in Form einer Höhenminderung/Chondrose in dem Segment L 5/S 1 seit dem 13. Oktober 1981 radiologisch nachgewiesen. Allerdings lässt sich die Höhenminderung nicht zweifelsfrei als altersuntypisch im Sinne der Konsensempfehlungen beurteilen.

Wie Dr. Fin Übereinstimmung mit der Aktenlage ausgeführt hat, ist der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens an der Lendenwirbelsäule im Sinne der Ausführungen auf Seite 214 ff. der Konsensempfehlungen beim Kläger bereits mit der Röntgenuntersuchung vom 13. Oktober 1981 erbracht worden. Nach der Beurteilung von Dr. B vom 13. Oktober 1981, lag schon damals eine "erhebliche Verschmälerung des Zwischenwirbelaumes L 5/S 1 " vor.

Allerdings lässt sich damit nicht feststellen, dass diese Verschmälerung zweifelsfrei als altersuntypisch im Sinne der Konsensempfehlungen zu beurteilen ist.

Die Konsensempfehlungen sehen in der Übersicht 1 auf Seite 214 die Einordnung der gemessenen Höhenminderungen in die Alters(un)typik vor. Danach ist als altersuntypisch zu beurteilen - Grad I eine Höhenminderung größer 1/5 -1/3 im Alter unter 50 Jahren - Grad II Höhenminderung größer 1/3 - 1/2, - Grad III Höhenminderung größer 1/2, - Grad IV Ankylosierende Chondrose.

Eine Einordnung des Ergebnisses der Röntgenuntersuchung vom 13. Oktober 1981 ist im vorliegenden Fall nicht möglich. Wie Dr. F ausgeführt hat, wurde die Höhenminderung damals nicht exakt vermessen.

30 Jahre später ist dies auch nicht mehr nachholbar, weil die Röntgenaufnahmen nicht mehr beigezogen werden konnten, da sie gemeinhin nach 10 Aufbewahrungsjahren vernichtet werden.

Soweit Dr. F meint, da der Kläger erst 40 Jahre alt gewesen sei, sei bei einer "erheblichen" Verschmälerung eines Zwischenwirbelaumes zusätzlich "mit starker Sklerosierung" der angrenzenden Wirbeltrageplatten und "umfangreiche(n) spondylotischen(n) Randzacken" jedoch sicherlich von einer "Linksverschiebung" der Regressionsbefunde auf der Lebenszeitskala in den Bereich des altersuntypischen auszugehen, ist hiermit ein zweifelsfreier Nachweis einer Chondrose i. S. der dargelegten Kriterien einer altersüberschreitenden Veränderung nicht zu erbringen.

Die im Jahr 2005 Altersnorm übersteigende Chondrose Grad II am Zwischenwirbelraum L 4/L5 und die Altersnorm übersteigende Chondrose Grad II grenzwertig zu Grad III am Zwischenwirbelraum L 5/S 1, die Dr. F nach Vermessung festgestellt hat, hat nicht beweisbar schon bei Aufgabe der beruflichen Tätigkeit vorgelegen.

Aufnahmen bildgebender Diagnostik für die Zeit der Aufgabe der Tätigkeit liegen nicht vor und die Aufnahmen von 2005 sind nach Darlegung von Dr. F nicht aussagekräftig für die Zeit bei Aufgabe der Tätigkeit, auf die nach den Konsensempfehlungen abzustellen ist.

Er hat dazu überzeugend ausgeführt, gegen die Verwendung der für die Begutachtung einzig verfügbaren Röntgenaufnahmen vom 03. August 2005 ließen sich von vornherein die gewichtigen Einwände erheben, dass damals seit der Tätigkeitsaufgabe des Klägers bereits 10 (befundverändernde) Jahre verstrichen seien, und dass er sich darüber hinaus bereits in seinem 65. Lebensjahr befunden habe und damit in einem Lebensabschnitt, in welchem sich aus biologischen Gründen die Rate an schicksalhaften degenerativen Bandscheibenschädigungen in der unbelasteten Allgemeinbevölkerung so stark erhöht habe, dass keine statistisch signifikanten Unterschiede mehr zur Gruppe der beruflich Wirbelsäulenbelasteten gefunden werden könnten. Wie in den Konsensempfehlungen deshalb ausgeführt worden sei, bezöge sich die Angabe "altersuntypisch" auf Personen in den Erwerbstätigenaltersgruppen bis zu höchstens 65 Jahren. Röntgenaufnahmen jenseits davon seien für Kausalitätsbeurteilungen bei Bandscheiben-BKs von vornherein nicht mehr zu verwerten, weil es hierfür keine gesicherten Altersnormwerte mehr gebe. Aus den gleichen Gründen wäre sinnlos, jetzt noch einmal eine weitergehende Schnittbilddiagnostik wie eine kernspintomografische Untersuchung beim Kläger durchzuführen.

Allerdings wäre auch im Fall einer nachgewiesenen altersüberschreitenden Chondrose im Zeitpunkt der Aufgabe der als schädigend angeschuldigten Tätigkeit ein lokales Lumbalsyndrom im oben genannten Sinne und damit auch die erforderliche bandscheibenbedingte Erkrankung einer BK 2108 nicht feststellbar.

Die klinischen Kriterien eines lokalen Lumbalsyndroms lassen sich für die Zeit der Aufgabe der Tätigkeit nicht sämtlich feststellen, nachdem Dr. F die aktenkundigen Befunde entsprechend beurteilt hat. Es fehlen zwei zeitlich zur Tätigkeitsaufgabe korrelierende klinische Befunde.

Ein Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz ist zu keiner Zeit dokumentiert, selbst im Jahr 2005 nach der Befundung durch Dr. E 2005 nicht.

Eine Entfaltungsstörung der LWS ist erstmals 2005 im Gutachten von Dr. E aufgrund dessen Untersuchung dokumentiert. Damit fehlt es auch insoweit an einem zur Aufgabe der Tätigkeit zeitlich korrelierenden klinischen Befund.

Nicht ausreichend ist, dass die übrigen klinischen Kriterien erfüllt sind: Schmerz durch Bewegung wurde 1988 nachgewiesen und 1995. Ein erhöhter Tonus der Muskulatur ist 1988 und 1996 dokumentiert.

Die klinischen Kriterien Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz, Entfaltungsstörung sind keine verzichtbaren Kriterien. Lediglich ein pseudoradikuläres Schmerzsyndrom ist nach den Konsensempfehlungen verzichtbar.

Auch ein lumbales Wurzelsyndrom (Typ 2) 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.

Dr. F hat dazu ausgeführt, dass ein lumbales Wurzelsyndrom beim Kläger nicht nachgewiesen worden ist. Zeitnächstliegend zum Jahre der Tätigkeitsaufgabe 1995 sei ein Gutachten des Chirurgen/Sozialmediziners Dr. B vom 26. März 1997/07. April 1997 in der Akte zu dem Rechtsstreit S 68 U 784/96. Danach hatte der Kläger an seinen unteren Gliedmaßen keinerlei Nervendehnungszeichen und keinerlei segmental-radikuläre neurologische Ausfallerscheinungen. Auch das Gutachten des Dr. E vom 15. August 2005 dokumentiere an den unteren Gliedmaßen des Versicherten keine Auffälligkeiten bei der Sensibilität, bei der Motorik und bei dem Reflexstatus. Lediglich bei dem - nicht objektiven, weil von der Selbstschilderung des Untersuchten abhängigen - Nervendehnungszeichen nach Laségue sei jetzt ein pathologischer Befund angegeben worden. Der Gutachter Dr. V schließlich konstatierte "in Bezug auf die Befunderhebung Übereinstimmung mit den Ausführungen von Herrn Dr. E".

Auch fehlt es an der erforderlichen Radiologie: Vorfall oder Chondrose mit Bandscheibenschmälerung mit Nervenwurzelbedrängung. Ein Vorfall liegt beim Kläger nach keinem der Gutachten und Krankenunterlagen behandelnder Arzt vor.

Dr. R hat in seinem radiologischen Gutachten auch eine Bandscheibenschmälerung mit Nervenwurzelbedrängung nicht festgestellt. Auch die neurologischen Zeichen der Reizung bzw. Schädigung der entsprechenden Nervenwurzeln wurden für die Zeit der Aufgabe der Tätigkeit nicht gesichert.

Selbst wenn sämtliche Kriterien eines lokalen Lumbalsyndroms oder eines lumbalen Wurzelsyndroms vorlägen, fehlte es an der Begründbarkeit der Anerkennung eines Ursachenzusammenhangs nach den Konsensempfehlungen. Auch dann ließe sich die Erkrankung nicht als BK nach Nr. 2108 BKV beurteilen.

Denn nach der Beurteilung von Dr. F wäre die Erkrankung der Bandscheiben der LWS des Klägers nachvollziehbar in die Konstellation B 3 der Konsensempfehlungen einzuordnen. Bei dieser Konstellation bestand kein Konsens. Zur Begründung des Kausalzusammenhangs gibt es bei dieser Konstellation keinen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und auch sonst keine überzeugende gutachterliche Stellungnahme.

B 3 besagt: "Wie Konstellation B 2, aber keines der unter B 2 genannten Zusatzkriterien erfüllt".

Die Konstellation 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 monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L 5/S 1 oder L4/L 5 "black disc" im Magnetresonanztomogramm in mindestens 2 angrenzenden Segmenten.

- Besonders intensive Belastung; Anhaltspunkt: Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren.

- Besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen; Anhaltspunkt: Erreichen der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen (Frauen ab 4 ½ kN; Männer ab 6 kN).

Im Fall des Klägers fehlt eine Begleitspondylose nach dem Gutachten von Dr. F.

Als solche ist definiert eine Spondylose a) in /im nicht 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).

Dr. F hat ausgeführt, dass eine Begleitspondylose in diesem Sinne beim Kläger nach keiner der vorliegenden Röntgenaufnahmen vorliegt: sowohl der Röntgenbefundbeschreibung aus dem Jahr 1981 noch den Röntgenbildern vom 03. August 2005 ist eine solche zu entnehmen.

Er hat ausgeführt, dass sich an den Röntgenbildern vom 03. August 2005 Spondylosezackenbildungen von mehr als 5 Bildmillimetern Ausdehnung singular bei L 3 rechts oben, bei L 4 rechts und links oben, bei L 5 vorne und rechts unten sowie bei S 1 rechts oben ausmessen lassen. Eine "Begleitspondylose" gemäß der Beispielskonstellation "B 1" beträfe jedoch – wenigstens über zwei Segmente – bandscheibengesunde Abschnitte an der oberen Lendenwirbelsäule (D 12/L 1, L 1/L2, L 2/L3). Beim Kläger finde sich in diesem oberen Teil der Lendenwirbelsäule jedoch lediglich die isolierte Spondylosezackenbildung rechts kranial am 3. Lendenwirbel. Am 4. und 5 Lendenwirbel sowie am Kreuzbein vorliegende knöcherne Kantenausziehungen beträfen den chondrosekranken unteren Lendenwirbelsäulenabschnitt und fielen dann nicht in die Definition der Begleitspondylose.

Soweit Dr. V eine Begleitspondylose von LWK 2-4 für nachgewiesen erachtet, ist dies nicht überzeugend. Dr. F hat hieran erhebliche Zweifel geweckt. Die Begleitspondylose müsse nach der Definition der Konsensempfehlungen wie dargelegt die Abschnitte D 12/L 1, L 1/L2, L 2/L3 betreffen. Die Spondylophyten L 2-S 1, die Dr. V zur Begründung heranziehe, erfüllen die o. g. Kriterien der Begleitspondylose nicht.

Die Frage, ob Begleitspondylosen erforderlich sind, ist in der Wissenschaft umstritten (Mehrtens/Brandenburg, Kommentar zur BKV, Lfg. 2/07, M 2108 6.2.4; Konsensempfehlungen, Anmerkungen zu den nicht im Konsens beurteilten Fallkonstellationen, Anhänge 1 und 2). Allerdings folgt der Senat wie dargelegt den Konsensempfehlungen und der Beurteilung von Dr. F die für B 1 eine Begleitspondylose verlangen. In diesem Fall wird unter B 1 der Zusammenhang für wahrscheinlich erachtet.

Um gleichwohl zu einer positiven Zusammenhangsbeurteilung zu gelangen, sehen die Voraussetzungen unter B 2 die zusätzlichen dargelegten Kriterien vor, von denen keines hier erfüllt ist.

Auch hierzu hat sich Dr. F überzeugend geäußert. Er hat ausgeführt, Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben bzw. bei monosegmentaler Chondrose in L 5/S 1 oder L 4/L 5 "black disc" im Magnetresonanztomogramm liege nicht vor.

Eine besonders intensive Belastung im dargelegten Sinne der B 2 ist ebenso wie ein besonderes Gefährdungspotenzial nicht gegeben. Dr. F hat hierzu – auch als informierter Mit-Autor der Konsensempfehlungen – ausgeführt, der medizinische Hintergrund des Zusatzkriteriums einer besonders intensiven Belastung nach der Definition der Konsensempfehlungen sei der Umstand, dass in bestimmten Schwerstarbeiterberufen wie z. B. dem Transportgewerbe, dem Umzugsgewerbe, im Messebau oder bei Schauerleuten in Seehäfen bereits in wenigen Berufsjahren so hohe Wirbelsäulenbelastungsdosen angehäuft werden, dass es zu einem frühzeitigen Bandscheibenversagen kommt, noch bevor die Zeit für die Ausbildung von belastungsadaptiven Veränderungen ("Begleitspondylose") ausgereicht hat. Beim Kläger verteile sich die zuletzt errechnete Wirbelsäulenbelastungsdosis von 24,48 MNh jedoch auf 22 Berufsjahre von 1973 bis 1995 mit einer

jährlichen Teildosis im statistischen Mittel von lediglich 1,11 MNh, so dass in 10 Jahren noch nicht einmal die halbierte Schwellendosis der vormaligen 25 MNh bei Männern erreicht worden ist.

Die arbeitstechnische Konstellation hoher Belastungsspitzen schließlich bezieht sich nach seiner fachkundigen Darstellung auf die Beschäftigten in medizinischen Pflegeberufen mit einem besonderen Gefährdungspotenzial beim Bewegen lebender Lasten. Nach einem Forschungsprojekt der BGW Hamburg, welches 500 Begutachtungen zur Berufskrankheit 2108 bei Wirbelsäulenbelasteten in Kranken- und Altenpflegeberufen ausgewertet hatte, sei die Inzidenz von Bandscheibenerkrankungen der Lendenwirbelsäule bei Krankenschwestern im Vergleich zur Normalbevölkerung um den Faktor 2 erhöht. Nahezu 90 % der Betroffenen hatten hierbei eine mono- oder bisegmentale Schädigung an den beiden untersten Lendenbandscheiben. Ein weiteres Ergebnis der Auswertungen war, dass alterskorrigiert keine belastungsabhängige Häufung von radiologischen Befunden im Sinne einer "Begleitspondylose" festgestellt werden konnte (SEIDE, GROSSER, WOLTER 1995, 1998). Die Gründe hierfür würden in einem anderen Pathomechanismus als bei einer beruflichen Dauerbelastung der Wirbelsäule in einem klassischen Handarbeiterberuf gesehen. Die im Pflegebereich typischen kurzzeitigen Exzessbelastungen beim Heben von übergewichtigen und immobilen Patienten bzw. bei unkontrollierten Gewichtsverlagerungen oder Gegenbewegungen der Angehobenen sollten über wiederkehrende Mikrotraumatisierungen zur Schädigung des äußeren Faserrings der Bandscheibe und damit zur Auslösung des späteren Krankheitsprozesses – dem Austritt von Bandscheibenkerngewebe in den Wirbelkanal – führen. Zu einem solchen Nukleus pulposus Prolaps ist es bei dem Kläger jedoch nicht gekommen, seine Bandscheiben L 4 bis S 1 weisen das charakteristische röntgenmorphologische Erscheinungsbild herkömmlicher chronischer Bandscheibenzermürbungen (Chondrose) auf, was dann wiederum mit dem Umstand korreliert, dass er auch keine Pflgetätigkeit mit ihren arbeitstechnischen Besonderheiten erbracht hat. Außerhalb des Pflegeberufes sind die oben beschriebenen Schadensbilder nicht in dieser Art und Häufigkeit epidemiologisch belegt worden.

Damit liegt keines der 2 genannten Zusatzkriterien vor, so dass nach B 3 kein Konsens besteht. Entsprechend gelangte Dr. Franz zu Ergebnis, dass es sich mit Wahrscheinlichkeit hier nicht um eine Berufskrankheit der Ziffer 2108 der Anlage zur Bkv handelt.

Der Senat erachtet unter den gegebenen Umständen bei fehlendem Konsens keinen Kausalzusammenhang für wahrscheinlich. Die Konstellation B 3 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). Es fehlt jeglicher Hinweis auf eine beruflich wesentliche Ursächlichkeit. Gleichwohl den Kausalzusammenhang zu bejahen, liefe auf einen unzulässigen Anscheinsbeweis hinaus.

Dies gibt im Fall des Klägers insbesondere auch deshalb, weil nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. F ein Umstand fehlt, der für eine (Mit-)Ursächlichkeit der beruflichen Tätigkeit für die bandscheibenbedingte Erkrankung sprechen könnte: In zeitlicher Hinsicht besteht kein belastungskompatibler Krankheitsverlauf. Dr. F hat ausgeführt, in zeitlicher Hinsicht belastungskonform mit einer beruflichen Wirbelsäulenexposition sei eine Erkrankung dann, wenn vor dem Nachweis einer altersnormübersteigenden Bandscheibendegeneration wenigstens 10 Belastungsjahre gelegen haben, und wenn in diesen wenigstens 10 Belastungsjahren eine Belastungsdosis von wenigstens 12,5 MNh nach dem MDD akkumuliert worden ist. Der Hinweis auf Seite 214 der Konsensuskonferenzveröffentlichung 2005, dass bei bereits länger zurückliegender Aufgabe der Berufstätigkeit der Befund zum Zeitpunkt der Aufgabe der belastenden Tätigkeit wegweisend ist (und nicht etwa 10 oder 20 Jahre später im Alter), beziehe sich erklärtermaßen auf bildgebende Befunde, und nicht auf die Belastungsdosis. Demnach sei die Lendenwirbelsäulenerkrankung des Klägers nicht mit einer BK 2108 belastungskonform, denn zwischen dem Beschäftigungsbeginn 1973 und dem Nachweis einer bereits "hochgradig fortgeschrittene(n) Bandscheibendegeneration L 5/S 1 " im Jahre 1981 lägen nur 8 Belastungsjahre. Der Kläger selbst habe als Krankheitsbeginn sogar das Jahr 01.1980" angegeben. Das wären dann nur 6 ½ Belastungsjahre gewesen.

Ein gleichartiges Bild ergebe sich bei Betrachtung der Gesamtbelastungsdosis vor dem eindeutigen Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule. Nach der Stellungnahme der Abteilung Prävention vom 10. Februar 2009 (Blatt 200 bis 202 der Gerichtsakte) betrage die berufliche Wirbelsäulenbelastung beim Kläger zwischen dem 12. Juni 1973 und dem 30. April 1995 24,48 MNh, woraus sich im statistischen Mittel eine jährliche Teildosis von 1,11 MNh errechnet. In den Berufs Jahren bis 1980 betrage die akkumulierte Wirbelsäulenbelastungsdosis beim Kläger demzufolge 7,21 MNh, und bis zum radiologischen Schadensbeweis im Jahre 1981 dann 8,88 MNh. Beide Werte lägen unterhalb der Schwelle von wenigstens 12,5 MNh beruflicher Wirbelsäulenbelastung vor dem Auftreten einer aus dieser Belastung abgeleiteten Bandscheibenerkrankung.

Nach allem ist überzeugend, dass Dr. F zu der Beurteilung gelangt, dass, sowohl das grundlegende Beurteilungskriterium der – hier fehlenden – zeitlichen BK-2108-Belastungskonformität der Erkrankung, als auch das Beurteilungskriterium der aus methodischen und objektiven Gründen nicht zu beweisenden röntgenmorphologisch-topographischen Belastungskonformität bezogen auf den Zeitpunkt der Tätigkeitsaufgabe im Abwägungsschluss gegen die Annahme sprechen, dass die festzustellende bandscheibenbedingte Erkrankung an der Lendenwirbelsäule des Klägers auf ein langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten bzw. auf eine extreme Rumpfbeugehaltung über den rechten Winkel hinaus zurückzuführen ist.

Dabei ist im Rahmen dieser individuellen Bewertung, wie sie im Fall einer lumbalen Lokalisation des Morbus Scheuermann mit Keilwirbelbildung und Abweichung von mindestens 10 Grad – im Fall des Klägers einer Gesamtsumme von 21 Winkelgraden (Seite 20 des Gutachtens von Dr. F) – erforderlich ist, dem Morbus Scheuermann keine Beweisbarkeit eine überragende Ursächlichkeit bei der Entstehung zugekommen.

Nach allem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 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  
2012-04-04