

## L 2 U 323/99

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Regensburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 10 U 5101/96  
Datum  
23.07.1998  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 2 U 323/99  
Datum  
19.09.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 23. Juli 1998 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Mit der Berufskrankheitenanzeige vom 30.10.1995 teilte die Orthopädin Dr.W. der Beklagten mit, der Kläger leide unter zunehmenden Beschwerden im Lumbalbereich, die er auf das Fahren von landwirtschaftlichen Maschinen und schweres Heben und Tragen zurückführe. Die Beschwerden seien vor ca. 20 Jahren erstmals aufgetreten. Sie stellte die Diagnosen: degeneratives Wirbelsäulensyndrom, Zustand nach Morbus Scheuermann mit Keilwirbeldeformierung TH 6 bis TH 8, Spondylarthrose L 3 bis S 1, Drehgleiten L 4/5, Gonarthrose beiderseits, Periarthropatie Coxae beiderseits.

Auf Anfrage der Beklagten gab der Kläger an, er habe seit etwa 20 Jahren Wirbelsäulenbeschwerden mit insbesondere starken Schmerzen beim Heben und Tragen, Bücken und Stehen. Seit 1948 habe er ständig schwere Arbeiten verrichtet.

Die Beklagte zog Befundberichte der Allgemeinärzte Dr.S. und Dr.H. sowie Berichte des Orthopäden Dr.S. , des Röntgenologen Dr.Z. , des Neurologen Dr.K. sowie des Internisten Dr.H. , außerdem einen Bericht über ein Heilverfahren vom 03.02. bis 03.03.1994 bei. Im ebenfalls beigezogenen Gutachten des Dr.F. für die LAK Niederbayern-Oberpfalz vom 12.01.1995 gab der Kläger an, er habe seit 5 Jahren zunehmende Wirbelsäulenbeschwerden.

In der Stellungnahme vom 25.04.1996 führte die Gewerbeärztin Dr.H. aus, die medizinischen Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr.2108/2110 seien nicht gegeben. Computertomografisch sei eine Bandscheibendegeneration bei L 3/L 4, L 4/L 5 und L 5/S 1 festgestellt. Die berufliche Belastung könne nicht als wesentliche Teilursache für die Bandscheibendegeneration an der LWS angesehen werden, da prädiskotische Deformitäten (Kyphoskoliose der Wirbelsäule, Zustand nach Morbus Scheuermann mit Keilwirbelbildung in der Brustwirbelsäule) vorlägen, die von sich aus geeignet seien, eine Bandscheibendegeneration zu begünstigen. Es spreche ebenfalls für anlagebedingte Ursachenfaktoren, dass degenerative Veränderungen auch an der HWS und an großen Körpergelenken bestünden (Dr.H. bezog sich auf die Berichte von Dr.W. und Dr.S.).

Mit Bescheid vom 13.05.1996 lehnte die Beklagte den Entschädigungsanspruch ab. Bei der Erkrankung des Klägers handle sich um keine durch die berufliche Tätigkeit verursachte Bandscheibenschädigung, sondern um degenerative Veränderungen. Bei dieser Sachlage könne es dahingestellt bleiben, ob die Tätigkeit überhaupt die Erfordernisse zur Anerkennung einer Berufskrankheit erfülle. Außerdem sei eine Unterlassung der gefährdenden Tätigkeiten bislang nicht erfolgt.

Den Widerspruch des Klägers vom 28.05.1996 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 05.11.1996 zurück.

Mit der Klage vom 04.12.1996 hat der Kläger ausgeführt, er habe von Jugend auf sehr schwer körperlich arbeiten müssen. Besonders zu schaffen mache ihm das Wirbelsäulenleiden, das Schmerzbild weise starke Verschlechterungs- und Verschlimmerungstendenz auf. Die von der Beklagten angegebenen Vorerkrankungen seien aus medizinischer Sicht nicht geeignet, die wenig nachvollziehbare Feststellung des Gewerbeärztlichen Dienstes zu begründen. Die jahrzehntelange harte Arbeit habe auf das Leiden einen wesentlichen Einfluss genommen.

Der Kläger hat einen Arztbrief des Dr.K. vom 20.02.1997 übersandt mit der Diagnose: chronisch-endoreaktive depressive Entwicklung, LWS-

und HWS-Syndrom. Das protrahierte, somatisierend ausgestaltete depressive Bild sei durch die ungesicherte Zukunftsperspektive mitbestimmt.

Das SG hat den Orthopäden Dr.S. zum ärztlichen Sachverständigen ernannt, der im Gutachten vom 07.08.1997 ausgeführt hat, beim Kläger lägen keine wesentlichen bandscheibenbedingten Erkrankungen der HWS vor. Im Bereich der LWS bestehe eine Funktionsbehinderung, die auf bandscheibenbedingte Veränderungen zurückzuführen sei. Die mäßige Seitverbiegung sei anlagebedingt, die hierdurch bedingte Fehlbelastung habe bandscheibenbedingte Strukturveränderungen begünstigt. Die Erkrankungen seien nicht mit Wahrscheinlichkeit auf langjähriges Heben und Tragen von schweren Lasten oder auf langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung oder auf langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter oder langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen zurückzuführen. Die anlagebedingten Ursachenfaktoren überwögen die beruflichen Einwirkungen.

Der Kläger hat verschiedene ärztliche Unterlagen übersandt. Im Attest vom 15.09.1997 hat Dr.H. ausgeführt, beim Kläger bestünden ein chronisches Lumbalsyndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen, ein chronisches HWS-Syndrom, ein Zustand nach Morbus Scheuermann, eine beginnende Retropatellararthrose beiderseits, eine Innenbandlockerung am rechten Knie sowie eine depressive Entwicklung. Dr.K. hat im Bericht vom 25.07.1997 ein chronisches Lumbalsyndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen, chronisches HWS-Syndrom und depressive Entwicklung diagnostiziert. Dr.W. hat im Schreiben vom 10.07.1997 die Diagnosen erwähnt: degeneratives WS-Syndrom, Zustand nach Morbus Scheuermann mit Keilwirbel TH 6 bis 8, Drehgleiten L 4/5, beginnende Retropatellararthrose beiderseits, Innenbandlockerung rechtes Knie. Dr.Z. hat in Auswertung eines CT der LWS vom 01.09.1997 auf eine mäßige Bandscheibenprotrusion mit osteophytärer Komponente bei L 3/4, eine fortgeschrittene osteochondrotisch-osteophytäre Bandscheibenprotrusion mit dorsalen knöchernen Appositionen und erheblicher Bandscheibendegeneration bei L 4/5 sowie osteophythere Bandscheibenprotrusion und Bandscheibendegeneration bei L 5/S 1 hingewiesen.

Den Antrag des Klägers, Dr.A. gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen zu ernennen, hat das SG abgelehnt, da Dr.A. nicht innerhalb angemessener Zeit einen Kostenvoranschlag erstattet habe.

Mit Urteil vom 23.07.1998 hat das SG die Klage abgewiesen und sich dabei im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr.S. gestützt.

Der Akte liegt bei ein Gutachten des Orthopäden Dr.G. vom 17.02.1998, erstattet im Klageverfahren S 8/Vs 1078/96. Darin stellt Dr.G. die Diagnosen: degeneratives WS-Syndrom, Schultergelenksarthrose mit Beweglichkeitseinschränkungen beiderseits, Hüftgelenksfehlstellung mit mäßiger Arthrose beiderseits, Kniegelenksarthrose beiderseits, Nervenwurzelkompressions-Symptomatik S 1 beiderseits, anamnestisch Karpaltunnelsyndrom beiderseits, außerdem Bluthochdruck, seelische Störung im Sinne einer Depression mit endogenen und reaktiven Anteilen mit Folgen einer zumindest mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeit.

Im Berufungsverfahren beantragt der Kläger die Einholung eines Gutachtens gemäß [§ 109 SGG](#) durch Dr.A. ...

Im Gutachten vom 08.02.2000 führt Dr.A. aus, er gehe davon aus, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen vorlägen. In medizinischer Hinsicht liege unstrittig eine maximale Bandscheibendegeneration im Areal L 3/L 4 vor. Es handle sich um einen im weiteren Sinne monosegmentalen Befall. Die Ursache der Fehlstatik sei die Bandscheibendegeneration. Sie führe zur Arthrose der kleinen Wirbelgelenke (Spondylarthrose). Die Digitalaufnahmen zeigten, dass beim Kläger keine bedeutsame Fehlstellung der BWS im Sinne einer juvenilen Kyphose wie bei Morbus Scheuermann vorliege. Die Feststellungen von Dr.H. seien nicht zutreffend. Sie spreche außerdem davon, dass degenerative Veränderungen an den Gelenken vorlägen. Dem sei mit Entschiedenheit zu widersprechen; degenerative Veränderungen der Gelenke seien röntgenmorphologisch oder funktionsanalytisch nicht wahrnehmbar. Außerdem lägen entgegen den Ausführungen von Dr.H. keinerlei bedeutsame Anzeichen für eine Degeneration im Bereich der HWS vor. Die Angaben entsprächen entweder einem groben Missverständnis etwa durch Verwechslung oder aber seien bewusst falsch dargestellt. Die Störung, und zwar im Wesentlichen die monosegmentale Störung, sei auf die Arbeitsbelastung zurückzuführen. Ein anlagebedingtes Leiden sei weder nach dem Akteninhalt noch nach den Angaben des Versicherten auch nur zu diskutieren. Es sei nicht ansatzweise ein plausibler Grund zu finden, der gegen die Annahme der BK 2108 spreche. Die MdE sei mit 20 v.H. einzuschätzen.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 22.08.2000 führt Dr.A. aus, wenn im Gutachten mehrfach von L 3/L 4 die Rede sei, sei dies sachlich falsch und ein Versehen. Bezüglich der HWS liege auch nicht andeutungsweise ein Hinweis auf eine bedeutsame Bandscheibendegeneration vor. Gerade der monosegmentale Befall der LWS spreche für die berufliche Einwirkung. Eine entzündlich-degenerative oder ausschließlich degenerative Veränderung auffälliger Art sei nicht ansatzweise festzustellen. Eine Scheuermannsche Erkrankung liege nicht vor.

Die Beklagte übersendet eine Stellungnahme des Orthopäden Dr.D. vom 26.12.2000. Die Aussage von Dr.A., dass ein Morbus Scheuermann nicht vorliege, sei unter Berücksichtigung der Röntgenaufnahmen ohne Zweifel unzutreffend. Hierbei handle es sich um eine Störung der Verknöcherung der Wirbelkörper, die im juvenilen Alter auftrete. Typische Röntgenzeichen seien einmal die Keilform der Wirbelkörper hauptsächlich im BWS-Bereich sowie Knorpelbrüche in den Grund- und Deckplatten der Wirbelkörper. Die Keilform der Wirbelkörper mit der dadurch bedingten Fehlstatik der BWS sei hier eindeutig gegeben, während röntgenologisch die Knorpelbrüche nicht einwandfrei erkennbar seien, was aber bei dem Alter des Klägers als normal anzusehen sei. Entscheidend für die Beurteilung sei die Fehlstatik, wie sie häufig nach einer Scheuermannschen Erkrankung lebenslang bestehen bleibe. An der LWS bestünden degenerative Veränderungen bei L 4/5 und L 5/S 1. Die oberhalb des 4. LWK liegenden Bandscheibenräume seien völlig intakt. Die Degeneration des letzten Bandscheibenraumes sei bei über 60-Jährigen sicher in 50 % der Fälle anzutreffen. Die Aufnahmen der LWS zeigten außerdem eine Fehlstatik und damit eine vermehrte biomechanische Beanspruchung der unteren Lendensegmente. Eine berufsbedingte Ursache erscheine äußerst unwahrscheinlich.

Mit Schreiben vom 19.04.2001 erklärt die Beklagte, im Hinblick auf die Ausführungen des Klägers sei eine erneute Arbeitsplatzanalyse erfolgt, nach der die arbeitstechnischen Voraussetzungen beim Kläger als erfüllt anzusehen seien.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. führt im Gutachten vom 24.05.2001 aus, um eine bandscheibenbedingte Erkrankung definieren zu können, bedürfe es des Nachweises morphologischer Strukturveränderungen, die beim Kläger in Form von Verschleißerscheinungen dreier Segmente vorhanden seien. Zusätzlich müsse das klinische Korrelat einer

Nervenzurzelläsion oder wenigstens -irritation hinzukommen. Bei stark wechselnder Befundsymptomatik und computertomografisch ausgeschlossenen Bandscheibenvorfällen sei eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS nicht mit der Sicherheit, die jeden vernünftigen Zweifel ausschließe, zu verifizieren. Zwar seien bildtechnisch nachweisbare Veränderungen gegeben, zu berücksichtigen sei aber, dass beim Kläger von den Verschleißerscheinungen im Wesentlichen nur die beiden letzten, geringfügig auch das zweite Segment, betroffen seien. Auch an der BWS liefen erhebliche Verschleißerscheinungen ab. Der Befall wenigstens zweier Wirbelsäulenabschnitte von gleichartigen Verschleißerscheinungen spreche gegen eine berufliche Verursachung. Der zeitliche Zusammenhang sei als gesichert anzusehen, beim Kläger liege aber eine Anzahl konkurrierender Verursachungsmöglichkeiten vor, nämlich Funktionsstörungen mehrerer weiterer Gelenke wie der Schultern, der Hüften und der Knie, die Dupuytren-Erkrankung rechts, die deutlichen Krampfadern und Fußdeformitäten, also Hinweise auf eine vorzeitige Erkrankung des mesenchymalen Bindegewebes. Außerdem wirke das Übergewicht belastend.

Zum Gutachten von Dr.A. führt Dr.F. aus, unklar sei, aus welchem Grund ein monosegmentaler Befall erwähnt werde, da beim Kläger drei Segmente der LWS degenerativ verändert seien. Abwegig sei die Auffassung, dass Ursache der Fehlstatik die Bandscheibendegeneration sein solle. Beim Kläger bestehe eine Fehlstatik in der Form, dass ein deutlicher Rundrücken nach einer Scheuermann-Erkrankung entstanden sei. Die degenerativen Gelenkveränderungen, die Dr.A. bestreite, ergäben sich aus den Aktenunterlagen.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt, Dr.A. zum Gutachten von Dr.F. zu hören. Mit Schreiben vom 16.07.2001 wird dies unter Hinweis auf die Beschlüsse des BSG vom 03.03. 1999, [B 9 VJ 1/98 B](#) und vom 22.08.2000, B 2 U 203/00 B abgelehnt. Mit Schreiben vom 31.07.2001 macht der Kläger nochmals geltend, Dr.A. sei Gelegenheit zu geben, zur Kritik, die Dr.F. an seinem Gutachten übe, Stellung zu nehmen. Außerdem sei nicht klar, ob Dr.F. davon ausgegangen sei, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen beim Kläger erfüllt seien. Jedenfalls habe Dr.A. die letzte Arbeitsplatzanalyse nicht vorgelegen. Schon deshalb sei eine ergänzende Stellungnahme von erforderlich.

Im Termin am 19.09.2001 stellt der Bevollmächtigte unter Bezugnahme auf seinen Schriftsatz vom 31.07.2001 mit der dortigen Begründung den Antrag, das Gutachten des Dr.F. im Rahmen der Begutachtung des Klägers durch Dr.A. diesem zur Stellungnahme zu übersenden.

Auf den Hinweis des Gerichts, dass Dr.F. die Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes der Beklagten vom 10.04.2001 mit Schreiben vom 03.05.2001 zur Kenntnis erhalten habe und die Untersuchung des Klägers am 21.05.2001 erfolgt sei, erklärt der Bevollmächtigte: "Ich bestreite mit Nichtwissen, dass Dr.F. diese Stellungnahme bei Gutachtenserstellung tatsächlich zur Kenntnis genommen hat."

Der Kläger stellt zur Sache den Antrag

aus dem Schriftsatz vom 18.09.1998 mit der Maßgabe, dass Ziffer 3 dahingehend formuliert wird, festzustellen, dass beim Kläger eine Berufskrankheit i.S.d. Nr.2108 der Anlage zur BKV vorliegt und die Beklagte verurteilt wird, Entschädigungsleistungen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Gemäß [§ 9 Abs.1 SGB VII](#) sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte in Folge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden. Die Krankheit muss durch eine versicherte Tätigkeit verursacht oder wesentlich verschlimmert worden sein, d.h. die Gefährdung durch schädigende Einwirkungen muss ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein und die Einwirkung muss die Krankheit verursacht haben (Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, [§ 9 SGB VII](#) Rdnr.3). Alle rechtserheblichen Tatsachen müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen (vgl. [BSG 45, 285](#)).

Der Kläger begehrt die Feststellung einer Berufskrankheit im Sinne der Nr.2108 der Anlage zur BKV. Hierbei handelt es sich um bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS 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 Krankheit ursächlich waren oder sein können. Dabei stellt der Kläger auf langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten während seiner Arbeit als Landwirt ab.

Zu Recht hat es die Beklagte abgelehnt, eine Berufskrankheit anzuerkennen. Der ärztliche Sachverständige Dr.F. hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers und unter Berücksichtigung der Aktenunterlagen im Gutachten vom 24.05.2001 überzeugend ausgeführt, dass die LWS-Erkrankung des Klägers nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die Berufstätigkeit zurückzuführen ist.

Bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS haben eine multifaktorielle Ätiologie. Sie sind weit verbreitet und kommen in allen Altersgruppen, sozialen Schichten und Berufsgruppen vor. Unter den beruflichen Einwirkungen, die bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS wesentlich mitverursachen und verschlimmern können, sind fortgesetztes Heben und Tragen schwerer Lasten wichtige Gefahrenquellen.

Um einen Zusammenhang zwischen bandscheibenbedingter Erkrankung der LWS und Berufsbelastung herstellen zu können, müssen die arbeitstechnischen Bedingungen gegeben sein, es ist der Nachweis einer tatsächlichen bandscheibenbedingten Erkrankung zu führen, die bildtechnisch nachweisbaren Veränderungen müssen das altersdurchschnittlich zu erwartende Ausmaß überschreiten, der zeitliche

Zusammenhang muss gesichert sein und konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten anlagebedingter, statischer, entzündlicher oder unfallbedingter Genese müssen ausgeschlossen sein.

Die arbeitstechnischen Bedingungen sind, wie der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten festgestellt hat, beim Kläger gegeben. Der Nachweis einer tatsächlichen bandscheibenbedingten Erkrankung ist dagegen nicht erbracht.

Es liegt, wie Dr.F. erläutert, eine degenerative Veränderung dreier Segmente der LWS mit deutlichen Randspornbildungen vor. Kernspintomografisch konnten neben den degenerativen Veränderungen der Bandscheiben und der Wirbelgelenke nur Protrusionen gesehen werden, kein Bandscheibenvorfall. Neben diesen morphologischen Strukturveränderungen ist das klinische Korrelat einer Nervenwurzelläsion oder wenigstens Irritation nicht eindeutig festzustellen. Ohne sie können aber die morphologischen Veränderungen nicht als bandscheibenbedingte Erkrankung bezeichnet werden. Bei der Untersuchung durch Dr.F. demonstrierte der Kläger zwar einen positiven Nervendehnschmerz bei 60 Grad, vermochte jedoch den Langsitz fast vollständig auszuführen. Dies spricht gegen eine floride Nervenwurzelirritation. Auch sonstige neurologische Ausfälle waren nicht festzustellen. Bei der Untersuchung durch Dr.A. waren die Ischiasdruckpunkte nicht schmerzhaft. Auch insoweit kann von einer akuten Nervenwurzelirritation zu diesem Zeitpunkt nicht ausgegangen werden. Zwar fand sich eine Schmerzproblematik beim Anheben des gestreckten Beines, wie sie auch Dr.F. feststellte; Dr.F. betont aber, dass dies kein Beweis für eine Nervenwurzelirritation ist, solange nicht Langsitz oder wenigstens das Bragardzeichen geprüft wurde, was Dr.A. unterlassen hat. Auch fehlen im Gutachten von Dr.A. Hinweise auf eine Überprüfung von Reflexverhalten, Sensibilität und Motorik. Bei der Untersuchung durch Dr.S. war der Nervendehnschmerz negativ, Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen waren nicht festzustellen und die Reflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar. Zwar hat Dr.K. im Befundbericht vom 25.07.1997 den Nervendehnschmerz als endgradig positiv bezeichnet, aber keine Angaben bezüglich der Überprüfung des Langsitzes gemacht. Die Reflexe waren seitengleich erhältlich, und im EMG konnten keine neurogenen Veränderungen gefunden werden. Auch dieser Bericht belegt keine Nervenwurzelläsion. Das Gutachten des Dr.G. vom 17.02.1998, das im Schwerbehindertenverfahren eingeholt wurde, erwähnt einen negativen Nervendehnschmerz. Das Reflexverhalten war intakt. Im Bericht vom 12.02.1996 findet Dr.K. lediglich einen Wurzelreiz C 6 links, also an der beruflich nicht betroffenen HWS. Auch bei der Entlassung vom Heilverfahren in Bad Füssing vom 03.02. bis 03.03.1994 wurde nur ein Pseudolasegue festgestellt und kein weiterer pathologischer Befund.

Dr.F. weist darauf hin, dass bei stark wechselnder Befundsymptomatik und bei computertomografisch ausgeschlossenen Bandscheibenvorfällen eine bandscheibenbedingte Erkrankung nicht mit der Sicherheit, die jeden vernünftigen Zweifel ausschließen lässt, verifiziert werden kann.

Gegeben sind dagegen bildtechnisch nachweisbare Veränderungen, die die alterstypischen Verschleißerscheinungen übersteigen; gegeben ist weiter der zeitliche Zusammenhang, da die ersten Beschwerden nach den Angaben des Klägers in den Siebzigerjahren entstanden sind und er seine Tätigkeit als Landwirt 1948 begonnen hat.

Auch an der BWS laufen erhebliche Verschleißerscheinungen ab. Wie Dr.F. ausführt, ist dies entscheidend für die Beurteilung, ob die Lokalisation der Veränderungen mit der beruflichen Einwirkung korreliert. Der Befall wenigstens zweier Wirbelsäulenabschnitte von etwa gleichartigen Verschleißerscheinungen spricht gegen eine berufliche Verursachung. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass beim Kläger eine Anzahl konkurrierender Verursachungsmöglichkeiten vorliegt. So bestehen neben den Veränderungen an der BWS Funktionsstörungen an den Schultern, den Hüften und den Knien. Als Hinweis auf eine vorzeitige Erkrankung des mesenchymalen Bindegewebes, wozu die Bandscheiben zählen, sind auch die Dupuytren-Erkrankung rechts und die deutlichen Krampfadern neben Fußdeformitäten zu berücksichtigen. Des Weiteren weist Dr.F. auf die beim Kläger bestehende Übergewichtigkeit, die gerade die untersten Abschnitte der LWS negativ beeinflusst, hin.

Nicht überzeugen können dagegen die Ausführungen von Dr.A. ... Zwar trifft es zu, dass die geringe seitliche Verbiegung der LWS funktionell bedeutungslos ist und keinen Einfluss auf die Entwicklung degenerativer Veränderungen hat, wie Dr.S. und Dr.D. angenommen haben. Nicht zuzustimmen ist aber Dr.A., wenn er davon ausgeht, dass Ursache der Fehlstatik die Bandscheibendegeneration sein soll. Beim Kläger besteht allenfalls eine Fehlstatik in der Form, dass ein deutlicher Rundrücken nach einer Scheuermann-Erkrankung entstanden ist, worauf schon Dr.W. in ihren Berichten mehrfach hingewiesen hat. Nicht berücksichtigt hat Dr.A. auch die degenerativen Gelenkveränderungen, die beim Kläger bestehen, ebenso nicht, dass entscheidend für die Beurteilung der Berufskrankheit der Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung, also die Zuordnung einer neurologischen Symptomatologie zum morphologischen Substrat des Verschleißschadens ist.

Weitere Sachaufklärung war bei dieser Sachlage nicht veranlasst. Insbesondere bedarf es nicht der Einholung einer ergänzenden Stellungnahme des Dr.A. zu den Ausführungen von Dr.F. ... Da der Senat auf ein Gutachten eines Sachverständigen zurückgreifen kann, das nach seiner Auffassung mängelfrei und überzeugend ist, besteht eine Verpflichtung zur ergänzenden Befragung des Sachverständigen Dr.A., der ein anderes Ergebnis vertritt, nicht (vgl. BSG, Beschluss vom 03.03.1999 [B 9 VJ 1/98 B](#); vom 22.08.2000 [B 2 U 203/00 B](#)). Die Stellungnahme der Beklagten zum Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen lag Dr.F. bei Abfassung des Gutachtens vor, da sie ihm am 03.05.2001 übersandt wurde. Dr.A. ist bei Erstellung des Gutachtens, wie er ausdrücklich erwähnt hat, vom Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen ausgegangen.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-11-06