

## L 2 U 312/08

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Potsdam (BRB)  
Aktenzeichen  
S 2 U 56/00  
Datum  
18.12.2007  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 2 U 312/08  
Datum  
09.09.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Bevor Erwägungen zur Kausalität einer beruflichen Belastung für eine Erkrankung der Lendenwirbelsäule anzustellen sind, ist unter Anwendung der sogenannten Konsensempfehlungen (vgl. Trauma und Berufskrankheit, Springer Medizinverlag 2005, S. 211 ff) zu prüfen, ob die festgestellte Erkrankung den dort niedergelegten Kriterien entspricht.  
2. Auch die Bewertung konkurrierender Faktoren hat unter Berücksichtigung der in der Konsensempfehlungen niedergelegten Maßstäbe zu erfolgen.  
Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. Dezember 2007 wird zurückgewiesen. Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Anerkennung seiner Erkrankung der Lendenwirbelsäule (LWS) als Berufskrankheit (BK) Nr. 2108 und die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1952 geborene Kläger durchlief im Beitragsgebiet ausgehend von den Eintragungen im Sozialversicherungsausweis (SV) von September 1967 bis Juli 1970 eine Ausbildung als Maurer und war in der Folgezeit bis Dezember 1980 mit Ausnahme des Zeitraums Mai 1971 bis Oktober 1972, in dem er seinen Grundwehrdienst bei der NVA ableistete, als Maurer beschäftigt. Ab Januar 1981 bis April 1983 war er als Klauenpfleger tätig. Für die Zeit von Mai 1983 bis August 1990 weist der SV unter Tätigkeiten "LPG-Mitglied" aus. Im Verwaltungsverfahren gab der Kläger zunächst an, von März 1977 bis April 1983 als Maurer und Klauenpfleger und von Juni 1983 bis August 1990 als Maurer gearbeitet zu haben. Später gab er an, während seiner Zeit in der Landwirtschaft zur Hälfte als Maurer und Traktorist und zur Hälfte als Klauenpfleger tätig gewesen zu sein. Von August 1990 bis November 1991 folgte dann eine Zeit der Arbeitslosigkeit. Danach war er bis August 1992 als Wachmann beim Wachschatz beschäftigt und von August 1992 bis Juli 1993 als Baumaschinenführer tätig. Es schloss sich erneut ab August 1992 bis Juli 1997 eine Tätigkeit als Maurer an, die durch Arbeitslosigkeit von Februar 1996 bis April 1996, im Februar 1997 und März bis Juni 1997 unterbrochen wurde. Mit Schreiben vom 10. Juli 1997 übersandte das Arbeitsamt Potsdam der Beklagten einen am 16. Juni 1997 gestellten Antrag auf Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Hinweis, dass die Zuständigkeit der Beklagten gegeben sei. Mit dem am 25. August 1997 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben teilte der Kläger der Beklagten mit, dass er aufgrund starker Beschwerden an der Wirbelsäule nicht mehr in der Lage sei, als Maurer zu arbeiten.

In dem daraufhin eingeleiteten Ermittlungsverfahren befragte die Beklagte den Kläger insbesondere zu seiner beruflichen Tätigkeit und ließ sich den SV vorlegen. In seinem BK-Bericht vom 17. November 1997 vertrat Dr. R vom Arbeitsmedizinischen Dienst der Beklagten die Auffassung, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen für das Vorliegen einer BK 2108 wahrscheinlich erfüllt seien, aber noch medizinisch ermittelt werden müsse. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht vom 29. September 1997 über ein vom 22. Juli 1997 bis 19. August 1997 vom dem Rentenversicherungsträger gewährtes medizinisches Rehabilitationsverfahren bei. Ferner lagen ein Arztbrief des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten Dr. A vom 18. Februar 1997 sowie die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vom 15. Juli 1997 und 7. November 1997 vor. Weiter zog die Beklagte einen Befundbericht der Ärztin für Allgemeinmedizin K vom 15. Dezember 1997 bei. Die Ärztin übersandte ferner Befunde der Röntgenpraxis Dr. N vom 5. Mai 1997 und 15. August 1997 über Untersuchungen der LWS und HWS und den Befundbericht über ein am 6. Januar 1998 in der Praxis Dr. H/Dipl.- Med. M durchgeführtes CT der LWS. Außerdem ließ sie sich von der AOK Teltow ein Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers vorlegen.

Hinsichtlich der Nrn. 2108/2110 ermittelte der technische Aufsichtsdienst der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Berlin (TAD), der von Tätigkeiten des Klägers in dem Zeitraum 1977 bis 1990 in landwirtschaftlichen Unternehmen ausging und zwar als Klauenpfleger und

kurzzeitig auch als Traktorist und Maurer. Er kam am 19. März 1998 zu dem Ergebnis, dass aus arbeitsmedizinischer Sicht die Voraussetzungen bei Tätigkeiten mit Heben und Tragen als Ursache der Erkrankung i. S. einer BK 2108 nicht erfüllt seien.

Die Beklagte ließ den Kläger durch den Facharzt für Orthopädie Prof. Dr. S begutachten. Dieser kam in dem Gutachten vom 16. August 1999 zu der Feststellung, dass bei dem Kläger eine anlagebedingte Fehlstellung der LWS mit abgeflachter Lendenlordose, Sacrum acutum und linksbetonter Skoliose vorliege. Aus röntgenologischer Sicht finde sich im Bereich der unteren LWS ein deutlich über das Altersmaß hinaus gehender multisegmentaler Verschleiß. Für die klinische Beschwerdesymptomatik sei zu 50 % die anlagebedingte Fehlstatik und zu 50 % die berufliche Belastung verantwortlich. Die MdE schätzte er auf 20 v. H. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 1. Oktober 1999 führte er aus, dass es sich um einen Ursachenzusammenhang im Sinne einer Verschlimmerung handele.

Die Beklagte beauftragte dann die Ärztin für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. H mit der Erstellung eines unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachtens nach Aktenlage. Diese führte am 9. November 1999 aus, dass bei dem Kläger ein Aufbrauch an der HWS und LWS bestehe. An der HWS bestünden Funktionseinschränkungen und erhebliche degenerative Veränderungen, die die beiden unteren Segmente betreffen. An der LWS bestehe als prädiskotische Deformität eine Drehseitverbiegung der LWS mit asymmetrischer Abstützreaktion im Segment L3/4, das auch am deutlichsten aufgebraucht sei. Darüber hinaus bestünde eine lumbosacrale Übergangsstörung mit auch Facettenasymmetrie, Bogenschlussstörung, zusätzlich ein praktisch horizontal gestelltes Kreuzbein gegen den 5. LWK, wobei der 5. LWK an sich noch fehlgeformt sei im keilförmigen Sinne, d. h. die Hinterkante sei deutlich niedriger als die Vorderkante. Diese Faktoren hätten bei gleichzeitiger Betroffenheit der HWS als prädiskotische Deformität der Bandscheibengeneration Vorschub geleistet. Eine BK 2108 sei daher nicht wahrscheinlich.

Nachdem auch die Gewerbeärztin T in ihrer Stellungnahme vom 25. November 1999 das Vorliegen der arbeitsmedizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2108 verneint hatte, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 21. Dezember 1999 die Gewährung einer Entschädigung wegen einer Berufskrankheit nach BK 2108 ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 28. März 2000 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 25. April 2000 Klage zum Sozialgericht Potsdam erhoben. Das Sozialgericht hat zunächst Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt: Fachärzte für Orthopädie Dr. L/Dr. L vom 10. August 2000, Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. O vom 10. September 2000, die Befunde über Untersuchungen der BWS und LWS vom 1. April 1980, 5. September 1986, 19. Dezember 1990 und 18. April 1994 übersandte. Ferner wurde der Entlassungsbericht des Krankenhauses Z vom 17. Oktober 2000 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 30. September bis 2. Oktober 2000 sowie diverse Unterlagen des Gesundheitsamtes des Landkreises Oder-Spree beigezogen. Weiter hat das Sozialgericht am 7. Mai 2001 ein Gutachten des Oberarztes der Orthopädischen Fachklinik O Dr. K eingeholt, der von einem chronischen lumbalen Pseudoradikulärsyndrom links mehr als rechts bei Spondylochondrose, Spondylose und Spondylarthrose der gesamten LWS besonders bei L 3 - L 5, Spondylarthrose L 5, L 6 / S1 bei lumbosakraler Übergangsstörung; chronisch rezidivierendem Cervicalsyndrom bei mäßiggradiger Spondylochondrose C 5 - C 7 und initialer Gonarthrose rechts mehr als links ausging und der Ansicht war, dass die relevante schicksalhafte Krankheitsursache das Schadensbild nicht in einer überragenden Quantität dominiere.

Die Beklagte hat dann eine Zusammenhangsbegutachtung nach Aktenlage von dem Facharzt für Orthopädie Dr. O durchführen lassen. Dieser gelangte in seinen schriftlichen Ausführungen vom 27. November 2001 zu der Ansicht, dass ein Ursachenzusammenhang der konkret vorliegenden bandscheibenbedingten Veränderungen an der LWS mit den beruflichen Belastungen nicht wahrscheinlich sei. Der Gutachter Dr. K habe u. a. die Bedeutung der sekundären strukturellen kurzbogigen Drehskoliose durch die anlagebedingte Übergangsstörung übersehen. Zudem seien auch die röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen an der HWS beachtlich, die - bis auf die anlagebedingt induzierten Veränderungen an der LWS - diese sogar überstiegen. Auch dies habe Dr. K außer Acht gelassen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. Mai 2002 hat Dr. K ausgeführt, dass ihm die Röntgenbilder nicht vorgelegen hätten und daher eine Befundung nicht möglich gewesen sei. Im Übrigen bleibe er bei seiner Einschätzung.

Die Beklagte hat dann Stellungnahmen des TAD vom 30. März 2004, 15. Juni 2004 und 14. März 2005 eingeholt. Danach wurde unter Anwendung des Mainz-Dortmunder-Dosismodells (MDD) festgestellt, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit der für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko festgelegte Richtwert von 25,00 x 106 Nh nicht überschritten ist.

Mit Beweisanordnung hat das Sozialgericht den Chirurgen und Sozialmediziner Dr. B mit der Erstellung eines weiteren Sachverständigengutachtens beauftragt. Dieser gelangte in dem Gutachten vom 20. November 2005 zu dem Ergebnis, dass bei dem Kläger keine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten vorliege, sondern eine Fehlhaltung der gesamten Wirbelsäule mit ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei Ausschluss einer Nervenwurzelreizsymptomatik an der oberen und unteren Extremität bestehe. Es bestehe keine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Der Kläger hat daraufhin ein im Auftrag des Sozialgerichts Potsdam im Rahmen des Verfahrens gegen das Versorgungsamt (S 5 SB 89/02) erstelltes Gutachten des Facharztes für Orthopädie, orthopädische Rheumatologie Dr. M vom 7. März 2004 vorgelegt. Danach leide der Kläger an einem chronifizierten Schmerzsyndrom mit alternierenden ischialgieformen Beschwerden ohne eindeutige neurologische Ausfälle, an degenerativen Veränderungen der LWS (Spondylose, Spondylarthrose, Osteochondrose), einer LWS-Skoliose bei lumbosacraler Übergangsstörung, einem chronisch rezidivierenden Cervicalsyndrom ohne neurologische Ausfälle bei degenerativen Veränderungen im unteren Abschnitt und einer beginnenden Gonarthrose und einem lavierten Schulter-Arm-Syndrom. Aussagen über die Entstehung der Wirbelsäulenveränderungen hat er nicht getroffen. Am 13. April 2006 hat Dr. B hierzu und zu dem Vorbringen des Klägers ergänzend Stellung genommen und mitgeteilt, dass es bei seinen Ausführungen bleibt.

Auf Antrag des Klägers hat das Sozialgericht dann nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten des Arztes für Orthopädie/Physikalische Therapie Prof. Dr. S eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 20. Februar 2007 folgende Diagnosen vermerkt:

Kurzbogige Skoliose mit Scheitel bei L 2/3 bei Zustand nach Drehgleiten von L 2 mit einer Rotation von 0 - 1 nach Nash und Moe sowie einer Seitabweichung nach Cobb unter 20°. Spondylolisthesis L 5/S 1 Meyerding I, ausgeprägte Zwischenwirbelkörpererniedrigung L 2/3 und L 5/S1, erheblich auch bei L 3/4 und L 4/5 als Ausdruck des Bandscheibenschadens in diesen Wirbelsegmenten sowie erosiv unregelmäßigen

Grund- und Deckplattenausprägungen L 2/3, Spondylosen und Spondylarthrosen bei L 2 bis S 1 mit symmetrischem, lumbosakralen Übergangsbereich einschließlich Bogenassimilationsstörungen sowie ventralen und lateralen spondylophyteren, zum Teil abstützenden Knochenspannen insbesondere bei L 2/3 und L 3/4. Generalisierte Spondylochondrose, vorderer sklerosierter Randkantendefekt der Grundplatte L 1 mit calcifiziertem vorderen Längsband und spondylophyteren Ausziehungen, lokales Lumbalsyndrom mit regelmäßig starken Kreuzschmerzen und gelegentlichen Nervenwurzelreizerscheinungen insbesondere der Nervenwurzeln L 3 und L 4 links mit ventralen Oberschenkelhypästhesien, jedoch ohne motorische Ausfälle.

Er ist zu dem Ergebnis gelangt, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS i.S. der BK 2108 vorliegt. Das Vorliegen anlagebedingter Assimilationsstörungen im lumbosakralen Übergang sei infolge der Geringfügigkeit einer möglichen fehlstatistischen Komponente nicht als konkurrierender Faktor anzusehen, ebensowenig die kurzbogige Skoliose, der mit Wahrscheinlichkeit ein primäres lokales Bandscheibengeschehen zugrunde liege.

Die Beklagte hat sodann ihren Arbeitsmedizinischen Dienst einbezogen und eine beratungsärztliche Stellungnahme des Facharztes für Arbeitsmedizin Dr. P vom 20. August 2007 vorgelegt. Dieser ist zu dem Ergebnis gelangt, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung i. S. der Konsensempfehlungen nicht vorliege. Dies hat er insbesondere damit begründet, dass bei dem Kläger wegen des Fehlens korrelierender klinischer Befunde eine bandscheibenbedingte Erkrankung zu verneinen sei. Auch spreche gegen eine berufliche Verursachung, dass eine über das Altersmaß hinausgehende Begleitspondylose, die mindestens zwei Segmente betreffen müsse, nicht vorliege. Außerdem spreche auch das von kranial nach kaudal abnehmende Schadensbild dagegen. Zudem liege eine lumbosacrale Übergangsstörung als prädiskotische Deformität vor, die als konkurrierende Ursache zur BK 2108 zu sehen sei.

Der Kläger hat dann zwei Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie Dr. L vom 15. September 2006, die in den Verfahren vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg gegen das Versorgungsamt (L 11 SB 11/05-26) bzw. in dem Verfahren vor dem Sozialgericht Potsdam gegen den Rentenversicherungsträger (S 17 RJ 294/04) erstattet wurden, vorgelegt. Als Diagnosen wurden vermerkt: Degenerative Veränderung der Wirbelsäule mit Bevorzugung der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule mit leichten neurologischen Defiziten ohne aktuelle Schmerzsymptomatik, bipolare affektive Störung (manisch-depressive Erkrankung), affektive Persönlichkeitsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 18. Dezember 2007 abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, dass die bei dem Kläger vorliegenden bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule nicht ursächlich auf die langjährige Tätigkeit als Maurer zurückzuführen seien. Nach Auffassung der Kammer lägen bereits die arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht vor. Nach den neueren Berechnungen der Beklagten läge die Belastung lediglich bei insgesamt 6,5 x 106 Nh. Danach habe der Kläger den Orientierungswert nur zu 26 % erreicht.

Gegen das dem Bevollmächtigten des Klägers am 14. Mai 2008 zugestellte Urteil richtet sich die am 13. Juni 2008 eingelegte Berufung. Der Kläger ist der Ansicht, dass das Sozialgericht seine berufliche Tätigkeit nicht zutreffend gewürdigt habe. Insbesondere gehe das Sozialgericht von unzutreffenden Zeiten als Maurer und als Klauenpfleger aus. Auch hätten die besonderen Arbeitsbedingungen in der ehemaligen DDR keine Berücksichtigung gefunden. Die Ausführungen von Dr. P brächten keine neuen Erkenntnisse, da es sich nur um ein Zusammenhangsgutachten handele. Fest stehe, dass die Mehrzahl der im Verfahren tätigen Gutachter die Anerkennung der BK 2108 befürwortet habe. Das Gutachten von Dr. B könne keine Beachtung finden, da es an einer Vielzahl von Fehlern leide. Dr. P sei fälschlicherweise nur von Schmerzen in der linken Hüfte ausgegangen, obwohl auch Schmerzen in der rechten Hüfte bestünden. Halswirbelsäulenbeschwerden habe er gegenüber allen Gutachtern angegeben. Diese habe er sich bei der Fa. zugezogen. Er könne nicht verstehen, weshalb die Röntgenaufnahmen für die Feststellung einer BK 2108 nicht ausreichend seien. Die Gutachter S, K und S hätten berufsbedingte Ursachen anerkannt, es sei unwahrscheinlich, dass drei Gutachter irrten. Im Hinblick auf die berufliche Belastung habe Dr. P die Lehrzeit als Maurer nicht einbezogen. Es sei auch falsch, dass Schmerzen an der Wirbelsäule erstmals in den 70iger Jahren aufgetreten seien, tatsächlich habe er erst ab Anfang der 80iger Jahre Beschwerden

gehabt. Dass seine Wirbelsäulenveränderungen nach Aufgabe der belastenden Tätigkeit zugenommen hätten, stünde der Anerkennung einer BK nicht entgegen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam von 18. Dezember 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 21. Dezember 1999 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 28. März 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen einer BK 2108 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Weder der Orientierungswert von 25 x 106 Nh noch der durch die neuere BSG-Rechtsprechung geforderte hälftige Orientierungswert seien erreicht. Die Berechnungen nach dem MDD beruhten auf den Angaben des Klägers.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sachdarstellung und der Rechtsauffassungen wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und auf die Gerichtsakten Bezug genommen. Diese haben im Termin vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz -SGG-) sowie frist- und formgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts Potsdam ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Der Kläger hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV.

Auf den vom Kläger geltend gemachten Anspruch finden die ab 1. Januar 1997 geltenden Vorschriften des Sozialgesetzbuchs, Siebtes Buch (SGB VII) Anwendung, weil die Aufgabe der belastenden Tätigkeit des Klägers im Juli 1997 erfolgte und deshalb der Versicherungsfall frühestens zu diesem Zeitpunkt eingetreten sein kann. Die nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) als Versicherungsfälle definierten BKen sind nach [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) genannten Tätigkeiten erleidet. Dazu zählen nach Nr. 2108 bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten und 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.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und Erkrankung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. [BSGE 58, 80](#), 83; [61, 127](#), 129). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ([BSGE 58, 80](#), 83). Dies bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss.

Dabei ist nach dem Merkblatt zu der BK Nr. 2108 der Anlage zur BKV (BArbBl. 10/2006, Seite 30 ff.) zu berücksichtigen, dass bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule eine multifaktorielle Ätiologie haben, weit verbreitet sind und in allen Altersgruppen, sozialen Schichten und Berufsgruppen vorkommen. Bei der Kausalitätsbetrachtung sind bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule von konkurrierenden vertebralem und extravertebralem Ursachen abzugrenzen. Da einem Schadensbild nach noch heute herrschender wissenschaftlicher Meinung nicht anzusehen ist, ob es durch schweres Heben und Tragen oder Arbeiten in extremer Rumpfbeugehaltung verursacht ist oder andere Ursachen hat, ist im Rahmen der Kausalitätsbetrachtung eine Gesamtschau aller möglichen Faktoren anzustellen.

Darauf aufbauend war die medizinische Wissenschaft gezwungen, weitere Kriterien zu erarbeiten, die zumindest in ihrer Gesamtschau für oder gegen eine berufliche Verursachung sprechen. Diese sind niedergelegt in den medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule, die als Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung auf Anregung der vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe anzusehen sind (vgl. Trauma und Berufskrankheit 2005, Springer Medizinverlag 2005, S. 211 ff.).

Ausgehend hiervon ist der Senat nach dem medizinischen Ermittlungsergebnis davon überzeugt, dass bei dem Kläger keine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der BK 2108 vorliegt. Dies ergibt sich für den Senat aus dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere den eingeholten Gutachten.

Zwar besteht beim Kläger im Bereich der LWS eine Verschmälerung der Bandscheibenfächer, insbesondere bei L 3/4. Darauf haben alle befassten Gutachter hingewiesen, wie dies auch Dr. P in seiner Stellungnahme von 20. August 2007 herausgestellt hat. Der Senat hat keinen Anlass, an den insoweit übereinstimmenden Feststellungen der Gutachter zu zweifeln. Entgegen der Ansicht des Klägers ist dies für die Anerkennung einer BK 2108 jedoch nicht ausreichend. Denn wie sich aus den Konsensempfehlungen ergibt, muss zum bildgebenden Nachweis eines Bandscheibenschadens zusätzlich eine korrelierende klinische Symptomatik hinzukommen. An dieser korrelierenden Symptomatik fehlt es. Dies hat insbesondere Dr. B für den Senat überzeugend herausgearbeitet. Dieser hat in seinem Gutachten dargelegt, dass die lumbale Rückenmuskulatur nicht verspannt war und die Dornfortsätze der Wirbelkörper lumbal nicht druck- oder klopfschmerzhaft waren. Die Seitwärtsneigung und die Drehbewegung waren in allen Wirbelsäulenabschnitten nicht wesentlich eingeschränkt. Die Prüfung des Finger-Bogen-Abstands ergab einen Wert von 0 cm. Endgradig erfolgte das Vornüberbeugen etwas mühsam. Lumbale Reizerscheinungen wurden vom Kläger nicht angegeben. Das Aufrichten erfolgte mit Abstützen an beiden Oberschenkeln. Bei den von ihm durchgeführten Funktionsproben wurde eine wesentliche muskuläre oder Nervenwurzelreizsymptomatik nicht ausgelöst.

Diese Feststellungen stehen im Wesentlichen in Übereinstimmung mit den Ausführungen des Prof. Dr. S. Bei dessen neurologischer Untersuchung betrug der Finger-Boden-Abstand 10 cm, das Zeichen nach Schober 15-10-5 cm und das Zeichen nach Ott 31-30-29, das Laséque-Zeichen war beiderseits negativ. Es zeigte sich ein Taubheitsgefühl am gesamten Oberschenkel und am äußeren Unterschenkel sowie am gesamten Fuß mit Großzehenheberschwäche und Fußheberschwäche links 4/5. Sensibilitätsstörungen rechts und eine Verminderung der groben Kraft konnte er nicht nachweisen. Selbst bei Zugrundelegung der Auffassung von Prof. Dr. S, der ein lokales Lumbalsyndrom bei dem Kläger angenommen hat, ergibt sich kein anderes Ergebnis, denn es fehlt an den weiteren Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2108. Nach den Konsensempfehlungen sollen für das lokale Lumbalsyndrom als leichteste Erkrankung folgende klinischen Symptome vorliegen: Schmerz durch Bewegung, Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz, Entfaltungsstörung der LWS, erhöhter Muskeltonus und ggf. pseudorakikuläre Schmerzausstrahlung. Dies lässt sich nach dem medizinischen Ermittlungsergebnis, wie zuvor dargestellt, bei dem Kläger nicht feststellen, worauf Dr. P in seiner Stellungnahme hinweist. Insoweit ist es nicht ausreichend, wenn Prof. Dr. S ausführt, eine mit den Veränderungen im Zusammenhang stehende klinische Symptomatik mit Rückenschmerzen und sensiblen radikulären Reaktionen sei seit langem bekannt und entsprechende Behandlungen seien durchgeführt worden. Somit liegt eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Sinne der Konsensempfehlungen nicht vor. Die Anerkennung einer BK 2108 scheidet bereits am Tatbestandsmerkmal der "bandscheibenbedingten Erkrankung".

Aber auch bei Annahme einer bandscheibenbedingten Erkrankung wäre ein Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit des Klägers nicht wahrscheinlich. Positivkriterien, die im Rahmen der Prüfung der BK 2108 darauf hindeuten könnten, dass der Kläger ausreichend beruflich mechanischen Belastungen ausgesetzt war, kann der Senat nicht feststellen. Als solches Positivkriterium für eine berufsbedingte Verursachung wird eine über das Altersmaß hinausgehende und mindestens zwei Segmente betreffende Begleitspondylose angesehen. Als Begleitspondylose wird 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 (vgl. Konsensempfehlungen Seite 216/217). Eine Begleitspondylose in diesem Sinne lässt sich aber nicht nachweisen. Wie Dr. P ausgeführt hat, ist die Spondylose, die sich im oberen Bereich der LWS zeigt, nicht deutlich altersvoraussetzend. Unter Berücksichtigung, dass sämtliche Bandscheibenfächer der LWS verschmälert sind, müsste vor allen Dingen am

unteren BWS-Bereich eine derartige Spondylose nachweisbar sein, dies ergibt sich jedoch nicht aus den Röntgenbildern, denn die dort sichtbaren spondylophytären Reaktionen besonders im Segment L 3/L 4 wertet Dr. P nicht als Begleitspondylose.

Auch spricht gegen ein belastungskonformes Krankheitsbild, dass bei dem Kläger ein von kranial nach kaudal abnehmendes Schadensbild vorliegt. Für ein belastungskonformes Krankheitsbild ist jedoch in der Regel ein von oben nach unten in der Ausprägung zunehmender Befund der Bandscheiben erforderlich (Schönberger/Mehrtens/Valentin S. 579; vgl. Becker SGB 116, S. 199), da beim Heben und Tragen die Belastungen für das unterste Segment L5/S 1 um etwa 30 % höher sind als für das oberste Segment L 1/L2. Bereits Dr. H hat in dem Zusammenhangsgutachten vom 9. November 1999 ausgeführt, dass bei dem Kläger der Hauptaufbrauch nicht in den unteren beiden Segmenten der LWS, sondern in dem Segment, das von der Skoliose am deutlichsten betroffen ist, nämlich dem Segment L 3/ 4, besteht. Dieses Bandscheibenfach trägt die deutlichsten belastungsadaptiven Phänomene und die deutlichste Höhenminderung. Zu diesem Ergebnis kommt auch Dr. P, der ebenfalls festgestellt hat, dass sich der größte Verschleiß im Bandscheibenfach L3/4 findet. Das Fach L 4/ 5 ist dabei nicht so stark betroffen ist wie L 5/6 und L6/S1.

Schließlich ist für die Ergebnisfindung für den Senat von besonderer Bedeutung, dass bei dem Kläger eine anlagebedingte, konkurrierende Verursachungsmöglichkeit nachgewiesen wurde, die zu einer Verneinung des Kausalzusammenhangs zwischen der beruflichen Belastung und den LWS-Veränderungen führt. Es handelt sich hierbei um die bei dem Kläger vorliegende lumbosakrale Übergangsstörung. Darüber, dass eine solche Störung vorhanden ist, sind sich die Gutachter einig. Bereits in dem Gutachten von Dr. H vom 9. November 1999 wird u. a. eine lumbosacrale Übergangsstörung als prädiskotische Deformität genannt, die der Bandscheibendegeneration Vorschub leistet. Auch Dr. K und Dr. B gehen von einer anlagebedingten lumbosacralen Übergangsstörung aus. Prof. Dr. S führt ebenfalls aus, dass bei dem Kläger ohne Zweifel eine lumbosakrale Dysplasie mit einer Übergangsstörung im Sinne einer geringen Spondylolisthesis von L 5 vorliegt.

Soweit Prof. Dr. S dieser nur eine untergeordnete Bedeutung zumisst bzw. das Vorliegen einer prädiskotischen Deformität nicht nachvollziehen kann, folgt der Senat dem nicht. Dr. P hat in seiner Stellungnahme nachvollziehbar ausgeführt, dass die LWS einen sechsgliedrigen Aufbau mit einer Teillumbalisation von S 1 zeigt. Bei Begutachtung der Röntgenaufnahmen der LWS von 1997, 2001 und 2005 in der AP-Aufnahme fällt ein asymmetrischer lumbosakraler Übergangswirbel rechts auf. Dabei ist der erste Sakralwirbel teillumbalisiert und der Wirbelbogen ist hier nicht vollständig geschlossen. Die kleinen Wirbelgelenke bei L 5/6 und L 6/S 1 sind obendrein zum Teil dysplastisch angelegt. Er hat darauf hingewiesen, dass derartige asymmetrische Assimilationsstörungen zu ungleichen Belastungen der darüber liegenden lumbalen Bewegungssegmente führen. Aus diesem Grund wird das Vorliegen eines asymmetrischen lumbosakralen Übergangswinkels bei Bandscheibenbeschwerden (BSS) im ersten "freien" Segment in der Regel als konkurrierende Ursache gesehen (vgl. Konsensempfehlungen Seite 250).

Im Ergebnis lässt sich also aufgrund der bei dem Kläger fehlenden bandscheibenbedingten Erkrankung sowie der vorliegenden konkurrierenden Ursache für eine Bandscheibenerkrankung – die lumbosakrale Übergangsstörung – nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass die beruflichen Belastungen der langjährigen Tätigkeit als Maurer und Klauenpfleger wesentliche Ursache für die Bandscheibenerkrankung waren. Der Senat kommt auch unter Berücksichtigung der Gutachten von Dr. S und K zu keinem anderen Ergebnis. Dr. S geht in seinem Gutachten davon aus, dass bei dem Kläger eine degenerative Erkrankung der LWS mit vermehrten Verschleißerscheinungen der Bandscheiben L 2 bis S 1 bei Fehlstellung der gesamten LWS in Form einer abgeflachten Lendenlordose bei Sacrum acutum und links konvexer Skoliose vorliegt. Einen Bandscheibenvorfall konnte er nicht feststellen. Nach seinen Feststellungen kam es infolge der beruflichen Tätigkeit in Verbindung mit der genannten Anlage zu einem multisegmentalen Verschleiß der unteren LWS mit Osteochondrose und Spondylarthrosis deformans. Für die klinische Beschwerdesymptomatik sind nach seinen Angaben je zur Hälfte die anlagebedingte Fehlstatik und die berufliche Belastung verantwortlich. Er diskutiert eine Verschlimmerung eines anlagebedingten Wirbelsäulenleidens. Dies bedeutet, dass er davon ausgeht, dass eine Bandscheibenerkrankung bereits vor Eintritt der beruflichen Belastungen vorlag. Da eine Diskussion unter dem Aspekt der Teilursächlichkeit nicht erfolgt, lässt sich sein Ergebnis nicht nachvollziehen.

Auch das Gutachten von Dr. K führt zu keinem anderen Ergebnis. Dr. K diagnostiziert bei dem Kläger ebenfalls eine lumbosacrale Übergangsstörung mit Teillumbalisation des 1. Sakralwirbels und Verschleißerscheinungen der kleinen Wirbelgelenke und weicht hinsichtlich der Kausalität nicht von dem Gutachten von Dr. S ab. Da die Erstellung beider Gutachten nicht unter Berücksichtigung der erst im Jahr 2005 veröffentlichten Konsensempfehlungen erfolgte und eine abschließende Diskussion unter Zugrundelegung der aktuellen Literatur zu berufsbedingten Bandscheibenschäden bzw. Konkurrenzursachen nicht erfolgt ist, lassen sie eine erforderliche Gesamtschau auch unter Berücksichtigung der an der HWS festgestellten Schäden in Hinblick auf mögliche Fallkonstellation - wie in den Konsensempfehlungen - vermissen.

Auch das Gutachten von Prof. Dr. S kann aus Sicht des Senats kein anderes Ergebnis rechtfertigen. Ebenso wie die anderen Gutachter geht auch er von einer lumbosacralen Übergangsstörung aus. Er hat einen lumbosacralen Übergangsbereich mit einer asymmetrischen Anlage der Gelenkfacetten und einer Listhesis beschrieben, bewertet dieses aber nicht als prädiskotische Deformität. Er steht damit im Widerspruch zu den Konsensempfehlungen. Danach sind asymmetrische lumbosakrale Übergangswirbel in der Regel als konkurrierende Ursache zur BK 2108 anzusehen. (vgl. Konsensempfehlungen Seite 250; so auch Becker in: SGB 2000, 116, 120).

Von weitergehenden Ermittlungen hinsichtlich des Vorliegens der arbeitstechnischen Voraussetzungen hat der Senat im Hinblick auf das Ergebnis der medizinischen Beweisaufnahme abgesehen. Selbst wenn unter Zugrundelegung der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 30. Oktober 2007 – [B 2 U 4/06 R](#)-) eine berufsbedingte gefährdende Tätigkeit beim Kläger anzunehmen wäre, wäre eine Anerkennung der BK 2108 nicht möglich. Es muss daher auch nicht entschieden werden, ob bei Anwendung des MDD von den Angaben des Klägers ausgegangen werden kann, oder wegen der Ausführungen von Prof. Dr. S zu der bei dem Kläger vorliegenden Psychose mit strukturellem Wandel des Erlebens weitere Ermittlungen erforderlich wären.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), sie folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil keiner der in [§ 160 Abs. 2 Nr. 1](#) oder 2 SGG genannten Zulassungsgründe vorliegt.  
Rechtskraft

Aus  
Login  
BRB  
Saved  
2009-10-09