



Die Belastung, die sich allein auf Grund des Hebens starker Gewichte ergibt (hier: Tätigkeit als Zweiradmechaniker), entspricht nicht der Belastung und den Arbeitsbedingungen, denen Angehörige der Pflegeberufe ausgesetzt sind.

Bei Angehörigen der Pflegeberufe ist die Anerkennung von Spitzenbelastungen durch Versorgen und Bewegen immobiler Patienten nicht allein durch das zu hebende Gewicht, sondern dadurch begründet, dass sich die Patienten häufig beim Anheben eigenständig und unkontrolliert bewegen, ihr Gewicht verlagern, schlecht zu fassen und zu halten sind und dass dies zumeist in einer biophysikalisch ungünstigen, vorgebückten Haltung der Pflegekraft zu geschehen hat.

BK Nr. 2108 der Anl. 1 zur BKV

Urteil des Hessischen LSG vom 18.08.2009 – L 3 U 202/04 –
Bestätigung des Gerichtsbescheids des SG Frankfurt am Main vom 21.09.2004 – S 1/18 U 1714/99 –

Für die Anerkennung einer LWS-Erkrankung als BK nach Nr. 2108 – so das LSG – müssten Art, Ausprägung und Lokalisation des Krankheitsbildes den spezifischen Einwirkungen entsprechen. Die bildtechnisch nachweisbaren segmentalen Bandscheibenveränderungen und deren Folgen müssten das altersdurchschnittlich zu erwartende Maß übersteigen. Die Lokalisierung der bildtechnisch nachweisbaren Veränderungen müsse mit der Funktionseinschränkung und der beruflichen Exposition – sog. belastungskonformes Schadensbild – übereinstimmen (vgl. Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, Anmerkung 5.3 zu M 2108). Ein als belastungskonform zu bezeichnendes Schadensbild lasse nach älteren und neueren epidemiologischen Untersuchungen ein dem Lebensalter vorseilendes Auftreten osteochondrotischer und spondylotischer Reaktionen am Achsenorgan bei körperlich überdurchschnittlich belasteten Personen erwarten. Eine vorzeitige Osteochondrose trete bevorzugt in den unteren LWS-Segmenten und eine vorzeitige Spondylose in den oberen LWS-Segmenten unter eventueller Einbeziehung der unteren BWS-Etagen auf (ständige Rechtsprechung des erkennenden Senats – beispielsweise Urteile vom 24. Oktober 2001 – L 3 U 408/98 – und vom 25. April 2006 - L 3 U 253/05).

Dies entspreche den Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung (vgl. [VB 092/2005](#)) der auf Anregung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe („Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule“, Bolm-Audorff u.a., Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211 ff.“) (Ausführungen unter Rz. 31).

Das **Hessische Landessozialgericht** hat mit **Urteil vom 18.08.2009 – L 3 U 202/04 –** wie folgt entschieden:

Tatbestand

1

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung der Wirbelsäulenbeschwerden des Klägers als Berufskrankheit (BK) streitig.

2

Der 1955 geborene Kläger war nach seiner Ausbildung zunächst als Maschinenschlosser (1970 bis 1974) und anschließend überwiegend als Zweiradmechaniker beschäftigt. Von Februar 1975 bis September 1980 war er bei der Fa. C. in D., von Oktober 1980 bis September 1982 bei der Fa. E. in F. sowie von Oktober 1982 bis März 1988 bei der Fa. G. in H. (Zweiradmechaniker, Ersatzteil-Lagerist, Verkauf, Auftragsabwicklung, Haustechniker)

tätig. Von April 1988 bis Januar 1996 arbeitete er bei der Fa. I. in A. als Elektromechaniker, mitarbeitender Abteilungsleiter Datenaufbereitung und Haustechniker. Nach einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit war er von August 1996 bis Dezember 1996 bei der Fa. J. in K. als Aufzug- und Fördertechnik-Monteur beschäftigt. Von Januar 1997 bis März 1998 folgte eine Anstellung bei der Fa. L. in H. (Mechanikermeister, Kundenberater, Haustechniker), die dem Kläger zum 1. April 1998 betriebsbedingt kündigte. Auf eine Arbeitsunfähigkeit von April 1998 bis Juni 1999 folgte Arbeitslosigkeit von Juli 1999 bis Januar 2001. Seit Februar 2001 erhält der Kläger Berufsunfähigkeitsrente.

3

Mit Schreiben vom 27. April 1998 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Überprüfung des Vorliegens einer BK. Am 9. März 1998 war es beim Anheben eines Altöleimers bei dem Kläger zu einem akuten Schmerzereignis in der Lendenwirbelsäule gekommen. Nach einer Computertomographie vom 24. März 1998 diagnostizierte der Arzt für Neurochirurgie Dr. M. am 31. März 1998 einen medialen raumfordernden Bandscheibenvorfall im Segment L4/5. Am 2. April 1998 erfolgte operativ eine mikroneurochirurgische Dekompression im Bereich L4/5 und L5/S1. Der Radiologe N. gab in seinem Bericht vom 17. September 1998 nach erfolgter Kernspintomographie an, dass nur geringgradige Protrusionen in den beiden betroffenen Bewegungssegmenten vorlägen und die übrigen Bandscheibenfächer regelrecht seien.

4

Der Kläger füllte zu seinen jeweiligen Berufstätigkeiten Erhebungsbögen zur Ermittlung der Belastung der Wirbelsäule aus, die der Beklagten mit Schreiben seines damaligen Prozessbevollmächtigten vom 19. Juni 1998 zugingen.

5

In einer Kurzstellungnahme vom 29. September 1998 erklärte der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht vorlägen. Die Gewerbeärztin schloss sich mit ihrer Stellungnahme vom 15. Oktober 1998 dieser Beurteilung an.

6

Mit Bescheid vom 10. November 1998 lehnte die Beklagte die Anerkennung der Wirbelsäulenerkrankung des Klägers als BK ab. Der Kläger habe jedenfalls in der Zeit nach dem Stichtag 31. März 1988 keine Arbeiten ausgeführt, die die erforderlichen Belastungsgrenzwerte erreicht oder überschritten hätten. Aufgrund des hiergegen erhobenen Widerspruchs holte die Beklagte eine erneute Stellungnahme ihres TAD ein. Dieser gab unter dem 3. Februar 1999 an, dass der Kläger bei seiner Tätigkeit als Abteilungsleiter sowie als Haustechniker keinerlei schwere Teile zu heben oder zu tragen gehabt habe. Dies gelte auch für seine Tätigkeit als Zweiradmechaniker. Zudem habe keine extreme Rumpfbeugung bestanden. Mit Widerspruchsbescheid vom 21. April 1999 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

7

Mit seiner Klage vom 11. Mai 1999 hat der Kläger sein Begehren vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main (SG) weiter verfolgt.

8

Die Beklagte hat die Stellungnahmen des TAD vom 5. November 1999, 2. Februar 2000, 10. Oktober 2002 sowie vom 29. Juli 2003 vorgelegt, auf deren Inhalt verwiesen wird. Hiernach beträgt die berufliche Gesamtbelastungsdosis lediglich $0,045 \times 10^6$ Nh.

9

Das Sozialgericht hat von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des Arztes für Chirurgie Prof. Dr. O. vom 14. Juli 2001. Dieser hat bei dem Kläger eine skoliotische Fehlhaltung der Wirbelsäule mit einem linksgerichteten Scheitelwinkel von 20° in Höhe L2 festgestellt. Ferner liege – so der Sachverständige – eine Beckenkammasymmetrie mit Linksneigung sowie Übergewichtigkeit vor. Bei den bandscheibenbedingten Veränderungen des Klägers handele es sich um isolierte chronische Bandscheibenschäden der Bewegungssegmente L4/5 und L5/S1. Die darüber liegenden lumbalen Bewegungssegmente zeigten unauffällige Bandscheibenstrukturen ohne Signalminderung im Rahmen regulärer Flüssigkeitsgehalte. Spondylotische Randzackenbildungen seien nicht feststellbar. Ferner lägen bei dem Kläger ausgeprägte konkurrierende Wirbelsäulenerkrankungen vor, welche eine wesentliche Veränderung der Statik des Achsenorgans bedingten. Darüber hinaus hätten der Beckenschiefstand sowie das Übergewicht des Klägers Einfluss auf die Wirbelsäulenstatik. Es bestünde kein Grund für die Annahme, dass die behandelten Bandscheibenvorfälle und weiterhin vorhandenen Bandscheibenvorwölbungen der Bewegungssegmente L4/5 und L5/S1 als berufsbedingte Krankheiten anzusehen seien.

10

Mit Gerichtsbescheid vom 21. September 2004 hat das SG die Klage abgewiesen, da die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen nicht vorlägen.

11

Der Kläger hat gegen den seinen Prozessbevollmächtigten am 29. September 2004 zugestellten Gerichtsbescheid am 19. Oktober 2004 beim Hessischen Landessozialgericht Berufung eingelegt.

12

Der Kläger begründet die Berufung damit, dass eine Begleitspondylose nicht bestehen müsse, wie Dr. P. dargelegt habe. Auch ergebe sich aus seinen Arbeitsplatzbeschreibungen, die jeweils auch durch den Arbeitgeber bestätigt worden seien, dass er ganz extremen Belastungsspitzen ausgesetzt gewesen sei. So habe er in 13,2 Jahren mindestens 5.252 Mal schwer heben und tragen müssen. In den Fragebögen seien Hebegewichte von 80 bis 260 kg beschrieben, woraus deutlich werde, dass diese Belastungsspitzen weitaus höher seien als die in den Pflegeberufen.

13

Hinsichtlich der arbeitstechnischen Voraussetzungen hält er die Begutachtung durch einen unabhängigen Gutachter für erforderlich.

14

Der Kläger beantragt,

15

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt vom 21. September 2004 aufzuheben sowie die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 10. November 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. April 1999 zu verurteilen, die bei ihm vorliegende Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung anzuerkennen und zu entschädigen,

hilfsweise,

„Herrn Dr. R. in Ergänzung seines Gutachtens mit der Beantwortung folgender Fragen zu betrauen:

a) Inwieweit ändert sich seine medizinische Einschätzung, wenn er davon ausgehen muss, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen während der beruflichen Tätigkeit des Klägers gegeben waren?

b) Entgegen seiner Annahme, es nicht nur eine einmalige Spitzenbelastung gegeben hat, sondern ständig sich immer wiederholende Spitzenbelastungen?

c) Wie sich seiner Meinung nach ggf. die unterschiedlichen Bewertungen zwischen der beruflichen Tätigkeit einer Krankenschwester/Altenpflegerin und eines Zweiradmonteurs, der ständig heben und tragen muss, unterscheiden?“

weiterhin und hilfsweise,

„ein medizinisches Sachverständigengutachten bei Frau Prof. Dr. S., zu laden über das Institut für Arbeitsmedizin T., zu der Frage einzuholen, ob sich aufgrund der vom Kläger tatsächlich ausgeführten beruflichen Tätigkeit insbesondere unter Berücksichtigung der Spitzenbelastungen ein Unterschied zu der beruflichen Tätigkeit einer Krankenschwester und/oder Altenpflegerin ergibt.“

16

Die Beklagte beantragt,

17

die Berufung zurückzuweisen.

18

Nachdem zunächst zwischenzeitlich eine Reihe von anderslautenden arbeitstechnischen Äußerungen vorgebracht worden waren, hat die Beklagte infolge des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30. Oktober 2007 (B 2 U 4/06 R) eine Dosisberechnung nach dem MDD unter Verwendung der geänderten Richtwerte vorgenommen und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass nunmehr vom Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen auszugehen ist. Die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen dagegen lägen weiterhin nicht vor. Es fehle an einem belastungskonformen Schadensbild, so dass eine BK insoweit nicht wahrscheinlich gemacht werden könne. Die Gefahr der Entstehung oder Verschlimmerung einer BK bei der letzten Tätigkeit im L. habe nicht bestanden.

19

In dem auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingeholten Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. P. vom 2. Juli 2005 hat dieser die Auffassung vertreten, dass die Verteilung der Bandscheibenschäden und das Ausmaß der reaktiven umformenden Veränderungen nicht gegen die Anerkennung einer BK sprächen. Insbesondere könnten konkurrierende Ursachen ausgeschlossen werden, da weder die beschriebene Skoliose noch der Beckenschiefstand oder das Übergewicht des Klägers in der Lage seien, die bandscheibenbedingte Erkrankung in Form von Bandscheibenvorfällen auszulösen. Das Fehlen von Begleitspondylosen spreche nicht gegen das Vorliegen eines



belastungskonformen Krankheitsbildes, da es sich um Bandscheibenvorfälle in den beiden unteren Lendensegmenten handele. Aufgrund der von ihm erhobenen Befunde und dem Fehlen neuroradikulärer Kompressionssymptome hat er die MdE mit 10 v.H. bewertet. Zugleich sei aber aufgrund der zum Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit vorgelegenen Symptomatik eine MdE von weniger als 20 v.H. nicht angemessen.

20

In dem von Amts wegen eingeholten Gutachten des Oberarztes der Orthopädischen Klinik U., Universitätsklinikum, Dr. R. vom 17. April 2006 hat dieser ausgeführt, dass bei dem Kläger ein bisegmentales Befundbild am unteren Lendenwirbelsäulenende ohne belastungsadaptive Veränderungen (Begleitspondylose) an übergelagerten, bandscheibengesunden Bewegungssegmenten vorläge. Die Lendenwirbelsäule weise keine idiopathische Fehlstatik auf, sondern sei lediglich in den Auslauf der Brustwirbelsäulenskoliose mit einbezogen. Mono- und bisegmentale Chondrosen/Vorfallsbildungen seien nach den Konsensempfehlungen dann als BKen anzusehen, wenn zusätzlich an zwei angrenzenden Lendenwirbelsäulensegmenten - also an insgesamt wenigstens drei Lendenbandscheiben - zumindest im hochsensitiven Kernspintomogramm degenerationsadäquate Befunde mit Bandscheibensignalminderung gefunden worden seien, der Richtwert für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren akkumuliert worden sei und/oder wenn ein besonders hohes Gefährdungspotential infolge des wiederkehrenden Erreichens der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen angenommen werden könne. Diese Voraussetzungen seien bei dem Kläger nicht erfüllt. Der Sachverständige weist darauf hin, dass damit die Konstellation B3 der Konsensempfehlungen vorliege, für welche bezüglich des Kriteriums der „Begleitspondylose“ kein Konsens erzielt worden sei. Nach der Mehrheit der Arbeitsgruppenteilnehmer spreche jedoch das Fehlen einer Begleitspondylose in dieser Konstellation gegen eine Expositionsabhängigkeit der bandscheibenbedingten Erkrankung. Das Vorliegen einer Lendenbandscheiben-BK bei dem Kläger sei daher nicht hinreichend wahrscheinlich. Die - nicht beruflich bedingte - MdE sei allenfalls mit 10 v.H. zu bewerten.

21

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 1. September 2008 hat der Sachverständige Dr. R. unter Berücksichtigung der durch das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 30. Oktober 2007 geänderten Richtwerte ausgeführt, die geänderte Schwellendosis als Entscheidungsgrundlage ändere im Grundsatz nichts an dem Umstand, dass auch diese neu definierte Belastung immer noch die gesamte Lendenwirbelsäule in von oben nach unten hin zunehmender Intensität betreffe und demzufolge auch mehr als ein- oder zweisegmentale Auswirkungen zeitigen müsse. Gleiches gelte für die Feststellung einer „Begleitspondylose“. Für das klinische und bildtechnische Erscheinungsbild einer Bandscheibendegeneration habe die Quantität einer eine Grenzwertschwelle übersteigenden Wirbelsäulenbelastung keinen biomechanisch plausiblen oder epidemiologisch bewiesenen Einfluss. Anderes gelte nur in einigen Fällen für die Qualität der Wirbelsäulenbelastung:

22

- (1) bei einer nach Höhe, Einwirkungsfrequenz und Einwirkungsdauer besonders intensiven Wirbelsäulenbelastung bei Betroffenen, die schon nach weniger als 10 Berufsjahren mit sehr hoher Wirbelsäulenbelastung bandscheibenkrankheitsbedingt aus dem Arbeitsprozess ausscheiden müssen,
- (2) bei einem besonderen Gefährdungspotential durch regelmäßig oder häufig wiederkehrende kurzzeitige Einzelbelastungsspitzen.



23

Bezüglich der zweiten Gruppe sei von medizinischer Seite bislang nur für die medizinischen Pflegeberufe und deren Belastungen und Arbeitsbedingungen eine erhöhte Bandscheibenerkrankungsrate nur mono- oder bisegmental am unteren Lendenwirbelsäulensegmente ohne begleitende proximale Spondylose statistisch-epidemiologisch bewiesen worden, nicht aber für andere Berufsbilder. Der Kläger erfülle keine der unter (1) oder (2) genannten medizinischen Belastungskonformitätskriterien.

24

Wegen des weiteren Vorbringens wird auf die Gerichtsakten (Band I bis III) und die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

25

Die form- und fristgerecht erhobene, zulässige (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz -SGG-) Berufung des Klägers ist unbegründet.

26

Der angefochtene Gerichtsbescheid des Sozialgerichts und die Bescheide der Beklagten sind im Ergebnis rechtlich nicht zu beanstanden. Der Kläger hat weder Anspruch auf Anerkennung seiner Wirbelsäulenerkrankung als BK nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV noch auf Gewährung einer entsprechenden Entschädigung. Die Geltendmachung einer BK nach Nr. 2109 oder Nr. 2110 der Anlage 1 zur BKV hat der Kläger im Berufungsverfahren aufgegeben, so dass eine entsprechende Prüfung nicht mehr vorzunehmen war.

27

BKen sind nach § 9 Abs. 1 S. 1 SGB VII (bis zum In-Kraft-Treten des SGB VII § 551 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung - RVO-) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. In der Anlage 1 zur BKV sind bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung (Nr. 2108), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können, als BKen bezeichnet.

28

Voraussetzung für die Feststellung jeder Erkrankung als BK ist, dass die versicherte Tätigkeit, die schädigenden Einwirkungen sowie die Erkrankung, für die Entschädigungsleistungen beansprucht werden, im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen sind. Eine absolute Sicherheit ist bei der Feststellung des Sachverhalts nicht zu erzielen. Erforderlich ist aber eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, wonach kein vernünftiger Mensch mehr am Vorliegen vorgenannter Tatbestandsmerkmale zweifelt (BSGE 6, 144; Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz, 9. Auflage, Anm. 5 zu § 118 m.w.N.). Es muss ein so hoher Grad von Wahrscheinlichkeit vorliegen, dass alle Umstände des Einzelfalles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung hiervon zu begründen

(BSGE 45, 285, 287; 61, 127, 128). Zur Anerkennung einer BK muss ein doppelter ursächlicher Zusammenhang bejaht werden. Die gesundheitsgefährdende schädigende Einwirkung muss ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein (sog. haftungsbe gründende Kausalität) und diese Einwirkung muss die als BK zur Anerkennung gestellte Krankheit verursacht haben (sog. haftungsausfüllende Kausalität – dazu: Schwerdtfeger in: Lauterbach, Gesetzliche Unfallversicherung, SGB VII, Kommentar, Anm. 54 zu § 8 SGB VII). Für die Anerkennung dieser ursächlichen Zusammenhänge muss nur eine Wahrscheinlichkeit bestehen. Bei vernünftiger Abwägung aller für und gegen den Zusammen hang 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 auszuschließen oder nur möglich ist (BSGE 60, 58, 59).

29

Zur Überzeugung des erkennenden Senats steht danach fest, dass bei dem Kläger die Voraussetzungen für die Anerkennung seiner Erkrankung als BK nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV nicht erfüllt sind.

30

Zwar erfüllt der Kläger unstreitig die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK Nr. 2108 unter Berücksichtigung der vom Bundessozialgericht in dessen Urteil vom 30. Oktober 2007 festgesetzten Richtwerte; die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen liegen jedoch nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit vor. Für die Anerkennung einer LWS-Erkrankung als BK nach Nr. 2108 müssen Art, Ausprägung und Lokalisation des Krankheitsbildes den spezifischen Einwirkungen entsprechen. Die bildtechnisch nachweisbaren segmentalen Bandscheibenveränderungen und deren Folgen müssen das altersdurchschnittlich zu erwartende Maß übersteigen. Die Lokalisierung der bildtechnisch nachweisbaren Veränderungen muss mit der Funktionseinschränkung und der beruflichen Exposition - sog. belastungskonformes Schadensbild - übereinstimmen (vgl. Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, Anmerkung 5.3 zu M 2108). Ein als belastungskonform zu bezeichnendes Schadensbild lässt nach älteren und neueren epidemiologischen Untersuchungen ein dem Lebensalter vorauseilendes Auftreten osteochondrotischer und spondylotischer Reaktionen am Achsenorgan bei körperlich überdurchschnittlich belasteten Personen erwarten. Eine vorzeitige Osteochondrose tritt bevorzugt in den unteren LWS-Segmenten und eine vorzeitige Spondylose in den oberen LWS-Segmenten unter eventueller Einbeziehung der unteren BWS-Etagen auf (ständige Rechtsprechung des erkennenden Senats - beispielsweise Urteile vom 24. Oktober 2001 - L 3 U 408/98 - und vom 25. April 2006 - L 3 U 253/05).

31

Dies entspricht den Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe („Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule“, Bolm-Audorff u.a., Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211 ff.). Danach gilt bei der sog. Konstellation B1 (Bandscheiben L5/S1 und/oder L4/L5 betroffen, Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall, Begleitspondylose) der Zusammenhang als wahrscheinlich. Liegt hingegen keine Begleitspondylose vor, so wird der Zusammenhang als wahrscheinlich betrachtet, wenn Höhenminderung



und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben – bei monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/L5 „black disc“ im MRT in mindestens 2 angrenzenden Segmenten vorliegt oder eine besonders intensive Belastung bestand oder ein besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen (Konstellation B2). Soweit weder eine Begleitspondylose noch eines der zuvor genannten Zusatzkriterien vorliegen (Konstellation B3), ist die Einschätzung des Zusammenhangs durch die Arbeitsgruppenteilnehmer unterschiedlich. Es sprechen nach der Mehrheit der Sachverständigen jedoch gewichtige Argumente gegen einen Zusammenhang und damit das Fehlen einer Begleitspondylose in der Konstellation B3 gegen eine Expositionsabhängigkeit der bandscheibenbedingten Erkrankung. In Anhang 1 der Anmerkungen zu den nicht im Konsens beurteilten Fallkonstellationen weisen Grosser/Schröter auf Studien hin, nach denen deutliche Höhenminderungen von Bandscheiben in allen Segmenten der LWS bei Schwerarbeitern deutlich häufiger als in der Normalbevölkerung seien. Auch die Häufigkeit von Spondylosen sei in der belasteten Gruppe in allen Segmenten der Lendenwirbelsäule deutlich erhöht. Zudem entspreche die Konstellation B3 der häufigsten Manifestationsform eigenständiger Bandscheibenerkrankungen innerer Ursache an der LWS. Es existieren keinerlei epidemiologische Arbeiten, welche nachweisen, dass bei Schadensbildern, die der Konstellation B3 entsprechen, bei beruflich Exponierten im Vergleich zur Normalbevölkerung statistisch eine relevante Risikoerhöhung besteht. Die epidemiologische Literatur zu berufsbedingten Bandscheibenerkrankungen bestätigt eine relative Häufung von Chondrosen bei schwerer im Vergleich zu leichter Arbeit an der mittleren und oberen LWS und eine absolute Häufung in den unteren beiden LWS-Segmenten; dies entspricht auch der aus biomechanischer Sicht zu erwartenden Entwicklung, während ein mono- und bisegmentaler Befall biomechanisch kaum plausibel ist (Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 219 ff.). Nach Auffassung von Seidler/Bolm-Audorff hingegen sei der hohe Stellenwert, welcher dem Fehlen einer Begleitspondylose beigemessen werde, wissenschaftlich nicht begründbar. Aber auch von diesen Autoren wird eingeräumt, dass Patienten mit Chondrose und Spondylose ein höheres berufliches Erkrankungsrisiko aufweisen (Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 221 f.). Die Konsensempfehlungen begründen damit keine Änderung der oben aufgeführten Rechtsprechung des erkennenden Senats.

32

Von diesen Erwägungen ausgehend, sind die medizinischen Voraussetzungen bei dem Kläger nicht erfüllt. Ausweislich der vorliegenden Gutachten liegt bei dem Kläger keine Begleitspondylose vor. Ferner liegt lediglich ein bisegmentaler Befund an der unteren LWS (L 4/5 und L5/S1) vor. Es fehlt mithin an einer Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben in mindestens 2 angrenzenden Segmenten. Dies ist aber entgegen der Auffassung von Dr. P. erforderlich, wie Dr. R., der in oben genannter Arbeitsgruppe an der Erarbeitung der Konsensempfehlungen beteiligt war, überzeugend ausgeführt hat. Die Voraussetzungen der Konstellation B2, unter denen auf die Bedingung des Vorliegens einer Begleitspondylose verzichtet werden kann, sind beim Kläger nicht erfüllt. Das Vorliegen einer im MRT gesicherten „black disc“ in mindestens zwei angrenzenden Segmenten ist nicht gegeben. Der Kläger gehörte auch nicht zu der Gruppe der „Schwerstarbeiter“, zu denen Transportarbeiter im Umzugsgewerbe oder Lastenarbeiter in Seehäfen zählen, und hat auch nicht wie diese in weniger als 10 Jahren bereits die Risikodosis durch die Belastungen, denen er unterlag, erreicht. Schließlich kann auch kein besonders hohes Gefährdungspotential in Folge des wiederkehrenden Erreichens der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen angenommen werden. Dr. R. hat zu der Frage der Belastungsspitzen ausführlich dargelegt, dass es medizinischerseits ausschließlich für die medizinischen Pflegeberufe und deren besondere Arbeitsbelastungen und auch Ar-



beitsbedingungen entsprechende Nachweise einer erhöhten Bandscheibenerkrankungsrate nur mono- oder bisegmental am unteren Lendenwirbelsäulenende ohne Begleitspondylose gibt. Die Belastung der Pflegekraft reduziert sich auch nicht, wie dies der Prozessbevollmächtigte des Klägers schriftsätzlich andeutet, auf eine „gewisse körperliche Anstrengung“, wenn „diese morgens 10 bis 15 Patienten waschen muss“. Wie Dr. R. zu Recht ausführt, sind die Belastungen des Klägers nicht mit den Spitzenbelastungen der Alten- und Krankenpfleger beim Versorgen und Bewegen immobilier Patienten gleichzusetzen, denn die dort getroffene Beurteilung findet ihre Begründung nicht allein in dem - häufig durchaus erheblichen - zu hebenden Gewicht der immobilen Patienten. Maßgeblich für die Bewertung als Spitzenbelastung ist vielmehr die Tatsache, dass sich diese Patienten häufig auch beim Anheben eigenständig und unkontrolliert bewegen oder ihr Gewicht verlagern, dass sie demzufolge oder aufgrund der Körpermasse, der Körperkonturen oder der Schmerzhaftigkeit verletzter oder frisch operierter Körperregionen nur schlecht zu fassen und zu halten sind und dass dies schließlich zumeist auch noch aus einer biophysikalisch ungünstigen, vorgebückten Haltung des Pflegenden zu geschehen hat. Entsprechende epidemiologische Studien zu anderen Berufsgruppen liegen dagegen nicht vor. Die von Dr. R. dargelegte Schilderung der für die Begründung der Spitzenbelastungen relevanten Arbeitsbedingungen bei Pflegekräften zeigt deutlich, dass die Hebebelastungen im Berufsfeld des Klägers dieser Form der Belastungsspitzen, die gerade nicht rein gewichtsabhängig sind, keinesfalls vergleichbar sind. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass sich auch unter Zugrundelegung der vom Kläger selbst vorgebrachten Hebebelastung von 5.252 Hebevorgängen in 13,2 Berufsjahren - einschließlich derer mit eher geringer Gewichtsbelastung - durchschnittlich nicht einmal zwei (kontrollierte) Hebevorgänge pro Arbeitstag errechnen, was deutlich unter denen des Pflegealltags liegt, wo bereits beispielsweise bei nur einem pflegebedürftigen Patienten für die einmalige Überwindung des Weges vom Krankenbett zur Toilette und zurück oder aber der entsprechenden Verrichtungen mit Waschen und Umbetten im Krankenbett deutlich mehr Hebevorgänge nicht nur mit der entsprechenden Gewichtsbelastung, sondern auch mit der Notwendigkeit des Drehens des Körpers in gebeugter Haltung unter dieser Gewichtsbelastung erforderlich sind. Nur ergänzend ist anzumerken, dass die Fa. C., für die der Kläger vom 1. Februar 1975 bis zum 31. September 1980 gearbeitet hat und bei der dieser nach seiner Berechnung an durchschnittlich 0,63 Arbeitstagen motorisierte Zweiräder mit einem Gewicht von 130 bis 260 kg ohne Hilfsmittel vom Lkw abgeladen hat, in ihrem Erhebungsbogen zur Ermittlung der Belastung unter dem 28. Juli 1998 angegeben hat, dass das Abladen von Neufahrzeugen vom Lkw mit mehreren Mitarbeitern erfolgt sei, als Hilfsmittel Rollen und eine Hebebühne zur Verfügung standen und die Gewichtsbelastung dabei überwiegend im Bereich bis maximal 15 kg, vereinzelt auch bis 25 kg und durchschnittlich 0,1 mal pro Arbeitstag mit 50 kg gelegen habe, also deutlich abweichend von den vom Kläger angegebenen Bedingungen. Eine weitergehende Aufklärung dieser Widersprüche war vorliegend nicht erforderlich, da bereits unter Zugrundelegung allein der Angaben des Klägers zwar vom Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen auszugehen ist, medizinisch aber keine für diesen positive Feststellung getroffen werden kann.

33

Vor diesem Hintergrund gab es auch keine Veranlassung, den vom Kläger gestellten Hilfsanträgen nachzugehen. Die Einholung der ergänzenden Stellungnahme von Dr. R. vom 1. September 2008 zu dessen Gutachten vom 17. April 2006 ist seitens des Senats mit Schreiben vom 15. August 2008 gerade unter der Prämisse erfolgt, dass davon auszugehen ist, dass der Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK Nr. 2108 erfüllt. Dem ist der Sachverständige in seiner Stellungnahme auch gefolgt und hat ausdrück-

lich angemerkt, dass die anzuwendenden medizinischen Beurteilungskriterien ohnehin voraussetzen, dass bei dem Versicherten eine hinreichend erfüllende berufliche Wirbelsäulenbelastung vorgelegen hat. Er hat darüber hinaus – wie oben ausgeführt – auch detailliert die Besonderheiten der Wirbelsäulenbelastungen bei Pflegekräften durch das Versorgen und Bewegen immobiler Patienten dargelegt, die auch für den Laien offensichtlich bei der Tätigkeit eines Zweiradmechanikers nicht vorliegen. Auch diesbezüglich erübrigt sich daher eine nochmalige Befragung von Dr. R. Entgegen des Verständnisses des Klägers ist Dr. R. auch nicht von dem Sachverhalt einer nur einmaligen Spitzenbelastung ausgegangen, so dass auch die vom Kläger diesbezüglich begehrte weitere Befragung dieses Sachverständigen entbehrlich ist. Von dieser falschen Einschätzung ist vielmehr der auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG beauftragte Sachverständige Dr. P. ausgegangen, der eine „einmalige Spitzenbelastung im Bereich der Lendenwirbelsäule mit zunehmender Provokation zweier Bandscheibenvorfälle“ wegen des Anhebens eines Altöleimers mit einem ungefähren Gewicht von 10 kg am 9. März 1998 annimmt. Dr. R. hingegen zitiert lediglich diese Annahme des Dr. P.

34

Zu den aufgeworfenen Fragen liegt mit dem Gutachten von Dr. R. und dessen ergänzender Stellungnahme eine ausführliche, nachvollziehbare und überzeugende Analyse und Beurteilung vor, so dass die Einholung eines weiteren Gutachtens hierzu bei Prof. Dr. U. von Amts wegen nicht zu begründen ist. Einen entsprechenden Antrag nach § 109 SGG hat der Kläger nicht gestellt; vor dem Hintergrund des jedoch bereits zu der Gesamtsachproblematik auf Antrag des Klägers bei Dr. P. eingeholten Gutachtens wäre auch einem solchen nicht zu folgen gewesen.

35

Damit liegt keines der oben für die Annahme des Vorliegens der Konstellation B2 genannten Zusatzkriterien vor und das Krankheitsbild des Klägers entspricht der Konstellation B3, bezüglich derer letztlich unter den Sachverständigen – mit den jeweils oben bereits angeführten Argumenten - keine Einigung erzielt werden konnte. Damit ist nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Diskussion ein Zusammenhang eines maximal bisegmentalen Bandscheibenschadens im Bereich der unteren LWS, wie er bei dem Kläger beschrieben ist, zwar nicht auszuschließen, er lässt sich in dieser Konstellation jedoch nicht im erforderlichen Maß wahrscheinlich machen, was im Rahmen der objektiven Beweislast zu Lasten des Klägers geht.

36

Der Zusammenhang zwischen der beruflichen Belastung und der Wirbelsäulenerkrankung des Klägers liegt mithin nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit vor.

37

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG, diejenige über die Nichtzulassung der Revision auf § 160 Abs. 2 SGG.