

## Zur Nichtanerkennung einer BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV.

**Nicht wahrscheinliche berufliche Verursachung bei einer Konstellation C 2 im Sinne der Konsensempfehlungen, wenn die bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L 2/3 oder höher lokalisiert ist, aber ohne Begleitspondylose, die über das Altersmaß hinausgeht und mindestens zwei Segmente betrifft.**

BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV

Urteil des LSG Berlin – Brandenburg vom 20.03.2014 – L 3 U 105/10 –  
Bestätigung des Gerichtsbescheids des SG Berlin vom 12.05.2012 – S 67 U 346/09 –

Streitig war vorliegend die Anerkennung einer BK 2108.

Der 1948 geborene Kläger war bis 1976 in verschiedenen Berufen tätig, u. a. als KFZ Mechaniker, Bandführer und Autowäscher. Danach arbeitete er in verschiedenen Kliniken und zwar von 1976 bis 1980 als Pflegehelfer im Krankentransport, von 1980 bis 1981 als Haustechniker mit Krankentransporten und ab 1982 bis zu seiner Arbeitsunfähigkeit in 2013 als Haustechniker, Gärtner, Desinfektor und anderes mehr; im Rahmen dieser Tätigkeit wurde er von 1982 bis 1997 auch im Krankentransport eingesetzt. 2006 beantragte der Kläger unter Verweis auf die langjährige Tätigkeit im Krankentransport die Anerkennung einer BK 2108.

Nach Ansicht des **LSG** habe das **SG Berlin** zu Recht festgestellt, dass eine **BK 2108 bei dem Kläger nicht vorliege**.

**Die arbeitstechnischen Voraussetzungen** einer BK 2108 seien allerdings bei dem Kläger erfüllt. Nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) sei der Kläger in der Zeit von April 1976 bis August 2001 einer Belastungsdosis von 20,4 MNh ausgesetzt gewesen (vgl. Rz. 57). *„Der untere Grenzwert, bei dessen Unterschreitung nach gegenwärtigem Wissenstand ein Kausalzusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS ausgeschlossen und deshalb auf einzelfallbezogene Ermittlungen verzichtet werden kann, ist zumindest bei Männern auf die Hälfte des im MDD vorgeschlagenen Orientierungswertes für die Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh, also 12,5 MNh herabzusetzen“* (vgl. Rz. 57).

Jedoch seien beim Kläger **die medizinischen Voraussetzungen** zur Anerkennung einer BK 2108 **nicht erfüllt** (vgl. Rz. 58). In Anlehnung an die Konsensempfehlungen Punkt 1.2 B und 1.2 A, Übersicht 1 und 8, liege bei dem Kläger ein altersuntypischer, degenerativer Bandscheibenschaden im Segment L 3/4 (Protusion Grad II) vor (vgl. Rz. 75). *„Um eine positive Indizwirkung für eine berufsbedingte Verursachung zu haben, muss die Begleitspondylose über das Altersmaß (s. Punkt 1.2 der Konsensempfehlungen) hinausgehen und mindestens zwei Segmente betreffen“* (vgl. Rz. 87). Zwar handele es sich bei dem Kläger unter Zugrundelegung der Konsensempfehlungen (Punkt 1.4) bei ausreichender beruflicher Verursachung (Exposition) um die Konstellation C 2. **Jedoch sei bei der Konstellation C 2 eine berufliche Verursachung nicht wahrscheinlich, wenn die bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L 2/3 oder höher lokalisiert ist** (vgl. Rz. 88).

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die die Konsensempfehlungen erarbeitet habe, habe, bezogen auf Schäden im Segment L 2/3 oder höhere LWS Segmente ohne Bandscheibenschaden der unteren LWS Segmente, schon unter Zugrundelegung einer Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh keinen Konsens finden können, so dass für die vorliegende Konstellation mit einer geringeren Gesamtbelastungsdosis *„erst recht nicht von einem gesicherten aktuellen medizinisch – wissenschaftlichen Konsens“* (vgl. Rz. 90) ausgegangen werden könne. **„Auf die Begleitspon-**

***dylose als Abgrenzungskriterium zu nicht beruflich bedingten bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS kann daher nicht verzichtet werden“*** (vgl. Rz. 90).

Die Revision wurde nicht zugelassen.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat mit Urteil vom 20.03.2014  
– L 3 U 105/10 – wie folgt entschieden:

## Tatbestand

1

Streitig ist das Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) – Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (LWS) durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeit gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlichen waren oder sein können (BK 2108).

2

Der 1948 geborene Kläger, bei dem seit 1985 Jahren ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ I besteht, war nach Abschluss einer Lehre als Kfz-Mechaniker und dem Grundwehrdienst bei der Bundeswehr von Januar 1970 bis Februar 1975 bei der Firma S Hausgerätewerk als Bandführer und von Mai 1975 bis März 1976 an einer Tankstelle als Kfz-Mechaniker, Autowäscher, Tankservice etc. beschäftigt. Vom 01. April 1976 bis zum 14. März 1980 war der Kläger im Krankenhaus Z (jetzt H.Klinikum ) als Pflegehelfer im Krankentransport, von März 1980 bis Dezember 1981 bei der S-Klinik als Haustechniker mit Krankentransport sowie vom 01. März 1982 bis zum Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit am 26. März 2013 in der Westklinik D als Haustechniker, Gärtner, staatlicher Desinfektor, Abfallbeauftragter sowie Röntgenassistent beschäftigt. Sein Aufgabenbereich umfasste hierbei auch den Winterdienst (Schneebeseitigung); zudem wurde er von März 1982 bis Ende 1997 im Krankentransport eingesetzt.

3

Nachdem die Beklagte weitergehende Ansprüche des Klägers wegen eines am 02. Juli 2004 erlittenen Arbeitsunfalls (Umknicken des linken Fußes) abgelehnt hatte, beantragte der Kläger mit seinem Widerspruch vom 02. Oktober 2006 u. a. die Anerkennung seiner Rückenerkrankung als BK unter Verweis auf die langjährige Tätigkeit im Krankentransport. Die Beklagte nahm daraufhin ihre Ermittlungen auf und zog u. a. das Erste Rentengutachten von Dr. K vom 10. April 2006 sowie Befunde über die Magnetresonanztomographie(MRT)-Untersuchungen der LWS vom 24. August 2001 (frische intrameduläre Bandscheiben (BS)-Herniation in die Grundplatte von L3, breitflächig anuläre Protrusion der BS L3/4 mit Beteiligung der NF <Neuroforamen> und Irritation der L3-Wurzeln links mehr als rechts, Osteochondrose, rechtskonvexe Skoliose, hypertrophe Facettengelenke mit engen NF L3/4/5) und 12. Oktober 2005 (weiterhin ausgeprägte Osteochondrose in allen lumbalen Segmenten jedoch betont in L3/4 mit v. a. erosive Veränderungen der Grund- und Deckplatte, mäßige Spinalkanalstenose durch BS-Protrusion in L3/4 und L4/5, kein NPP <Nucleusprolaps>) sowie über die neurologische Untersuchung durch Dr. J vom 09. De-

---

zember 2002 (sensibles L3-Syndrom mit Reflexabschwächung ohne Parese und ohne schwere EMG-Veränderungen) bei.

4

Der Kläger gab in den von ihm am 26. November 2006 ausgefüllten Fragebögen an, zum ersten Mal 1968 bei der Bundeswehr Wirbelsäulen(Ws-)beschwerden verspürt zu haben, die jedoch nicht behandelt worden seien, sowie akut 1997. Im Hinblick auf die Ws-Beschwerden von 1997 seien als technische Maßnahmen zur Verringerung der Ws-Belastung neue Betten sowie ein neuer OP-Tisch angeschafft worden, und er habe die Tätigkeit im Krankentransport aufgegeben. Als außerberufliche Ws-Belastungen durch schwere körperliche Arbeiten gab er „Hauswarttätigkeiten, Treppen, Winterdienst, und Gartenarbeiten“ an. Zu seinen Tätigkeiten im Krankentransport gab er im Einzelnen an, Patienten mit einem Lastgewicht von 60 bis 100 kg über 1 bis 2 m Entfernung gehoben und getragen zu haben und zwar:

5

- von April 1976 bis März 1980 bei 220 Schichten pro Jahr, davon 100 Schichten früh, 70 spät und 50 nachts: 10 Hebe- und Tragevorgänge in der Frühschicht sowie jeweils 5 in der Spät- und in der Nachtschicht.

6

- von März 1980 bis Dezember 1981 bei 220 Schichten pro Jahr im Frühdienst: einmal pro Woche am OP-Tag ca. 6 Patienten.

7

- ab 1982 bei 220 Schichten pro Jahr im Frühdienst: 20 Hebe- und Tragevorgänge pro Schicht (Patienten mit Trage in den OP gebracht, nach OP-Ende vom OP-Tisch auf die Trage und von der Trage ins Krankenbett gehoben).

8

Des Weiteren legte der Kläger Befunde über die Kernspintomographie-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) vom 14. Juni 2006 (mäßige Hyperlordose der oberen HWS; Osteochondrose der Segmentes C3/4, geringer C2/3 sowie nur minimal bei C6/7; deutliche medial betonte dorsale Randkante bei C2/3 und C3/4 mit engem ventralen Liquorraum; bds. ossäre Enge der NF bei C3/4; ausgeprägte bds. hypertrophe Spondylarthropathie bei C2/3/4), die MRT-Untersuchung der LWS vom 27. Juni 2002 (Befundverschlechterung gegenüber August 2001; Zunahme der aktiv zum Teil erosiven Osteochondrose bei L3/4; fast vollständig verlegtes linkes NF bei allseitiger ausgeprägter Protrusion der BS sowie begleitender allseitiger Randkante; rechts geringere Einengung des NF; Osteochondrose thorako-lumbal, wahrscheinlich Zustand nach Morbus Scheuermann; rechtskonvexe Skoliose der unteren LWS und des lumbo-sakralen Überganges) sowie die Computertomographie (CT)-Untersuchung der LWS vom 24. März 1997 (deutliche links medio-laterale Protrusion L3/4, Spondylarthrose bds., geringe mediale Protrusion L4/5, deutliche mediale Protrusion L5/S1 ohne Verlagerung der Wurzel S1) vor.

9

Die Beklagte forderte Befundberichte von dem Facharzt für Orthopädie Dr. R vom Februar 2007 (Behandlung von 1995 bis 1997, akute Beschwerden im LWS-Bereich am 27. März 1997), den Fachärzten für Allgemeinmedizin S B und Dr. W vom Januar 2007 sowie den

behandelnden Orthopäden Dres. M, K, V und W vom 09. Januar 2007 (Behandlung seit Juni 1997, erstmals WS-Beschwerden am 11. Dezember 1997 benannt, immer mal belastungsabhängig Rückenschmerzen und Blockierungen der Wirbelgelenke zum Teil nach Heben und Tragen von schweren Lasten, über die Jahre deutliche Zunahme der Beschwerden und Einschränkung der Beweglichkeit, der Kondition und der Belastbarkeit) an.

10

Zudem holte die Beklagte Arbeitgeberauskünfte vom H Klinikum vom 24. Januar 2007 (Angaben zu rückenbelastendem Heben und Tragen von Gegenständen könnten nicht gemacht werden) und der Wklinik D vom 26. März 2007 (Heben und Tragen von Patienten – Station und OP-Bereich, nach OP-Ende -: Lastgewichte von 60 bis 100 kg über eine Entfernung von 1 bis 4 m, 10 bis 20 mal pro Schicht bei 220 Schichten pro Jahr; Haus- und Gartenarbeiten: a) Getränkeboxen auf die Stationen, Lastgewicht 12 kg, sechsmal pro Schicht, b) Mehl- und Zuckersäcke, Kartoffeln in die Küche, Lastgewicht 50 kg, über 3 m Entfernung, einmal pro Schicht; c) Tragen von Wäschesäcken, Lastgewicht 20 kg über 3 m, fünfmal pro Schicht, d) Sauerstoff- und Druckluftflaschen, Lastgewicht ca. 20 kg, über 10 m, zweimal pro Schicht; durchschnittliche Bettenzahl der Klinik früher 54, jetzt 21; seit Januar 1998 als technische Hilfsmittel: neue Betten, OP-Tisch, Rollbrett; besondere Belastungen durch zu enge Patientenzimmer) ein.

11

Der Präventionsdienst der Beklagten ermittelte nach persönlicher Befragung des Klägers an seiner Arbeitsstelle für die von April 1976 bis zum 31. Dezember 1998 u. a. im Krankentransport und der Röntgenassistenz ausgeübten Tätigkeiten eine Gesamtbelastungsdosis von 15,53 MNh (vgl. Stellungnahme vom 13. Dezember 2007).

12

Im Auftrag der Beklagten erstellte der vom Kläger ausgewählte Orthopäde Dr. R am 28. März 2008 ein orthopädisches Fachgutachten. Nach Untersuchung des Klägers und Fertigung von Röntgenaufnahmen der HWS, Brustwirbelsäule (BWS) und LWS am 28. März 2008 sowie unter Auseinandersetzung mit den älteren bildgebenden Befunden kam er zu folgenden Diagnosen:

13

- Chronisches Lumbalsyndrom mit Pseudoradikulärsymptomatik bei Bandscheibenprotrusion L3/4, L4/5, L5/S1 und Spondylarthrose der LWS

14

- S-förmige Skoliose

15

- Zervikobrachialsyndrom bei degenerativ veränderter HWS.

16

Dr. R führte aus, zwar ließen sich die Beschwerden einem chronischen Lumbalsyndrom mit Pseudoradikulärsymptomatik und damit einem der im Merkblatt für die BK 2108 aufgelisteten Krankheitsbilder zuordnen, jedoch könne eine Funktionseinschränkung an der LWS nicht nachgewiesen werden. Die LWS habe sich als frei beweglich gezeigt, eine neurologische Symptomatik im Sinne des Radikulärsyndroms sei nach der orientierenden

neurologischen Untersuchung auszuschließen, das erst bei 70° beidseits positive Laseque-Zeichen sei kein Hinweis hierfür. Die aktuellen Röntgenaufnahmen wiesen degenerative Veränderungen im Segment C3/4 und eine Spondylarthrose an der HWS nach. An der BWS bestünden eine geringe Skoliose (Cobb-Winkel unter 10°) und keine wesentlichen degenerativen Veränderungen. An der LWS zeige sich eine stärkere Skoliose mit einem Cobb-Winkel von 18°. Das Segment L3/4 weise eine deutliche Spondyloosteochoondrose auf. In mehreren CT- und MRT-Aufnahmen der LWS seien BS-Protrusionen von L3 bis S1 dokumentiert, jedoch kein Prolaps nachgewiesen. Bei Vorliegen einer Begleitspondylose in L3/4 sei hier nach den Konsensempfehlungen von einer D1-Konstellation auszugehen, bei der es keine eindeutige Empfehlung gebe. Gegen eine berufliche Entstehung spreche hier, dass eine wesentliche Erniedrigung des BS-Raumes mit vermehrter Sklerosierung und Spondylophytenbildung nur im Segment L3/4 erkennbar sei. Typischer Weise fänden sich die für die BK 2108 geforderten Veränderungen in den Segmenten L4/5 und/oder L5/S1. Gleichzeitig fänden sich beim Kläger gleich stark ausgeprägte Veränderungen in der HWS. Auch sei der Lebensdosisrichtwert nach der Stellungnahme des Präventionsdienstes nur zu 62% erreicht, was nicht für eine außergewöhnlich hohe Belastung spreche. Zudem sei zu beachten, dass Protrusionen nur dann Krankheitswert hätten, wenn zusätzlich ein enger Spinalkanal und eine radikuläre Symptomatik klinisch vorlägen. Beides sei hier auszuschließen. Die Anerkennung einer BK 2108 werde nicht empfohlen.

17

Nach Einholung einer Stellungnahme des Gewerbearztes Dr. S vom 20. Juni 2008 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 06. August 2008 die Anerkennung einer BK 2108 ab. Des Weiteren führte sie aus, der Kläger habe auch keinen Anspruch auf besondere Leistungen oder Maßnahmen, die dem Entstehen dieser BK entgegenwirkten.

18

Mit seinem Widerspruch vom 10. August 2008 wies der Kläger darauf hin, dass die Belastung der WS hauptsächlich in der von 1982 bis 1997 ausgeübten Tätigkeit im Krankentransport bestanden habe, d. h. in der Beförderung der OP-Patienten von der Station in den OP-Raum und danach zurück auf die Station und ins Bett. Er verwies auf den Bescheid der Landesversicherungsanstalt Berlin (LVA) vom 12. Februar 1975, in dem sein Antrag auf Berufsförderungsmaßnahmen mit der Begründung abgelehnt worden war, dass er noch in der Lage sei, körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten zu verrichten, wobei jedoch u. a. das Heben und Tragen von Lasten mit mehr als 8 bis 10 kg Gewicht zu vermeiden sei.

19

Die Beklagte holte eine Stellungnahme der im Präventionsdienst tätigen Fachärztin für Arbeitsmedizin, Umweltmedizin Dr. S vom 24. November 2008 ein, die ebenfalls die Ablehnung einer BK 2108 empfahl, da zwar eine bandscheibenbedingte Erkrankung vorliege, jedoch mangels Erreichen von 70 % des Lebensarbeitszeitdosiswertes die arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht erfüllt seien und damit es an einer beruflichen Verursachung fehle.

---

20

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Mai 2009 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers unter Darlegung des Ergebnisses ihrer medizinischen und arbeitstechnischen Ermittlungen zurück. Hierbei ging sie davon aus, dass der Kläger entsprechend seinen Angaben seit dem Jahr 1998 nicht mehr gefährdend tätig gewesen sei und eine sich verstärkende klinische und radiologische Symptomatik erst in den MRT-Aufnahmen der LWS ab dem Jahr 2001 und später bestätigt werde. Erst dann habe sich ein BS-Vorfall im Bereich L3/4 gezeigt, bei dem der Schwerpunkt der degenerativen Veränderungen der gesamten LWS zu sehen sei. Eine Begleitspondylose, die als positives Indiz für eine berufliche Verursachung spreche würde, habe nicht nachgewiesen werden können. Gemäß den Konsenskriterien wären jedoch die hauptsächlich degenerativen Veränderungen durch eine gefährdende Tätigkeit in den unteren beiden BS-Segmenten der LWS zu erwarten.

21

Mit seiner am 05. Juni 2009 beim Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage hat der Kläger die Feststellung einer BK 2108 sowie die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung einer Verletztenrente begehrt. Die Beklagte habe seine beruflichen Belastungen nicht hinreichend berücksichtigt. So habe ca. 20mal täglich Patienten mit einem Gewicht von 60 bis 100 kg vom OP-Tisch zur Liege tragen müssen. Das Zimmer habe mit der Krankentrage nicht befahren werden können. Er habe daher oft 5 bis 10 m mit dem Patienten zu laufen gehabt. Die Krankenschwester habe die Beine getragen, er den schweren Rumpf.

22

Das SG hat durch Gerichtsbescheid vom 12. Mai 2010, dem Kläger zugestellt am 18. Mai 2010, die Klage abgewiesen. Zwar sei die Bewertung der so genannten arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2108 durch die Beklagte dem Einwand ausgesetzt, dass die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu beachtenden Modifikationen für die Anwendung der Mainz-Dortmunder Dosismodells (MDD) nicht beachtet worden seien. Auch dürfte entgegen der Auffassung von Dr. R im Gutachten vom 28. März 2008 und mit Dr. S in der Stellungnahme vom 24. November 2008 eine vom Tatbestand der BK 2108 erfasste bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS zu bejahen sein. Hierfür spräche jedenfalls die nach den vorliegenden Unterlagen durch den Neurologen Dr. J nachgewiesene Symptomatik seitens der Nervenwurzel L3 und die Angaben des Klägers über ischialgieforme Beschwerden mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel seit Ende 2000 sowie die dies hinreichend erklärenden MRT-Befunde vom 24. August 2001 und 27. Juni 2002, die eine erhebliche Schädigung der BS-Strukturen bei L3/4 mit einer zuletzt aktiven und erosiven Osteochondrose nachwiesen. Gleichwohl könne eine durch berufliche Hebe- und Tragebelastung des Klägers im Rahmen seiner Tätigkeit im Krankentransport von 1976 bis Ende 1998 wesentlich verursachte oder mitverursachte bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne der BK 2108 nicht angenommen werden. Denn sowohl das Schadensbild der WS-Schäden des Klägers als auch und vor allem der zeitliche Verlauf ihrer Entwicklung sprächen gegen eine berufliche Verursachung und begründeten solch erhebliche Zweifel an einem rechtlich wesentlichen Ursachenzusammenhang mit den beruflichen Belastungen, dass die Anerkennung einer BK 2108 nicht möglich sei.

23

Hiergegen richtet sich der Kläger mit seiner am 07. Juni 2010 beim Landessozialgericht (LSG) eingelegten Berufung. Auch nach 1998 habe er weiterhin rückenbelastende Arbei-

ten durchgeführt. Insbesondere, wenn Patienten geröntgt worden seien und „kleine zarte Krankenschwestern“ seine Hilfe benötigt hätten, sei er eingesetzt worden. Er verfüge auch über einen Röntgenschein. Zum Nachweis hat der Kläger die Bescheinigung über Kenntnisse im Strahlenschutz (Röntgendiagnostik) vom 16. März 1998 sowie über die Aktualisierung der Fachkunde nach § 18a (2) Röntgenverordnung vom 03. Mai 2006 in Kopie zur Akte gereicht. Zudem hat er einen Befund über die am 18. April 2011 durchgeführte Kernspintomographie der LWS vorgelegt (rechts konvexe Torsionsskoliose der LWS, deutliche aktive erosive Osteochondrose von L4/5 mit links betonter Einengung beider NF, Hypertrophie der Facetten und ligg. flava mit sekundärer segmentaler Enge von L4/5, Zustand nach erosiver Osteochondrose L3/4 mit breiter Randkante und Protrusion mit deutlicher Enge beider NF, rechts betonte Osteochondrose L5/S1 mit engem NF rechts, degenerative Segmente auch thorako-lumbal).

24

Der Kläger beantragt,

25

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 12. Mai 2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 06. August 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Mai 2009 aufzuheben und festzustellen, dass bei ihm eine Berufskrankheit nach der Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung vorliegt.

26

Die Beklagten beantragt,

27

die Berufung zurückzuweisen.

28

Sie vertritt die Auffassung, auch nach dem Ergebnis der weiteren medizinischen Ermittlungen sei der Nachweis einer beruflichen Verursachung der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers nicht erbracht. Die anfänglich ganz wesentlich auf die HWS und die obere LWS konzentrierte Erkrankung spreche für eine konstitutionelle Genese.

29

Auf Anforderung des Senats hat der Präventionsdienst der Beklagten unter Verwendung der durch die Rechtsprechung des BSG geänderten Orientierungswerte des MDD zunächst am 06. Juli 2010 eine Neuberechnung der Gesamtdosisbelastung für die Zeit vom 01. April 1976 bis zum 31. Dezember 1998 vorgenommen. Nachdem unter Einbeziehung des Klägers weitere Ermittlungen in der Westklinik zu den dort ausgeführten Tätigkeiten durchgeführt worden waren, hat der Präventionsdienst der Beklagten für den Zeitraum vom 01. April 1976 bis zum 24. August 2001 eine Gesamtbelastungsdosis von 20,4 MNh errechnet, was 82 % des Orientierungswertes entspreche. Zudem hat er in der Stellungnahme vom 19. November 2010 ausgeführt, ein besonderes Gefährdungspotenzial durch Spitzenbelastungen könne nicht festgestellt werden. Die Tätigkeit als Röntgenassistent habe der Kläger nach seinen eigenen Angaben erst ab dem Zeitpunkt seiner entsprechenden Befähigung (März 1998) verrichtet.

---

30

Der Kläger hat wiederholt an der Ermittlung seiner Gesamtbelastungsdosis durch den Präventionsdienst der Beklagten Kritik geübt.

31

Der Senat hat Aufstellungen der Arbeitsunfähigkeitszeiten des Klägers von der B vom 08. Dezember 2010 und 22. Januar 2013 angefordert, die den Kläger betreffende Rehabilitationsakte der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (DRV) beigezogen und hieraus Kopien des Berichts der Diabetes Spezialklinik B vom 25. Juli 2008 (Diagnosen: Diabetes mellitus Typ I, diabetische Polyneuropathie, Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen, arterielle Hypertonie, Panaritium Dig. 1 rechts), des Befundberichts der Fachärztin für Innere Medizin/Diabetologin Dipl.-Med. S vom 26. April 2010 und des Entlassungsberichts der Reha-Klinik H vom 05. Oktober 2010 über die vom 31. August bis zum 21. September 2010 durchgeführte Reha-Maßnahme (Diagnosen: Diabetes mellitus Typ I, HWS-Syndrom, Lumboischialgie; Nichtraucher seit 2003, schwere sensible periphere Polyneuropathie) zur Akte genommen. Des Weiteren hat der Senat die Akte des Versorgungsamtes B betreffend das Schwerbehindertenverfahren des Klägers beigezogen.

32

Auf Anforderung des Senats hat der Direktor des Instituts für Radiologie im Unfallkrankenhaus (UKB) Berlin Prof. Dr. M am 17. April 2012 ein radiologisches Gutachten erstellt und anhand der ab 1997 vorliegenden CT-, MRT-, und Röntgenaufnahmen der LWS, HWS und BWS einen eigenen Befund erstellt und diese unter Zugrundelegung der Konsensempfehlungen beurteilt. Prof. Dr. M ist zu dem Ergebnis gekommen, bis 2001 lägen beim Kläger keine altersuntypischen degenerativen Veränderungen der LWS vor. Im Verlauf von 2001 bis 2011 fänden sich deutlich zunehmende, im Verlauf altersuntypische degenerative Veränderungen im Segment LWK 3/4, im Verlauf von 2008 bis 2011 auch deutlich zunehmende und im Verlauf altersuntypische degenerative Veränderungen in den Segmenten LWK 4/5 und LWK 5 / SWK 1. Im Bereich der HWS fänden sich deutliche, im Verlauf von 2006 bis 2009 im Wesentlichen unveränderte, ausgeprägte altersuntypische degenerative Veränderungen im Sinne einer Osteochondrosis intervertebrale im Segment HWK 3/4. Im Bereich der BWS ließen sich anhand der Röntgenuntersuchung vom 28. März 2008 altersuntypische Veränderungen nicht erkennen. Zu keinem Zeitpunkt lasse sich in der vorliegenden Bildgebung eine altersuntypische Spondylose in Höhe der von BS-Schäden nicht betroffenen Segmente erkennen. Altersuntypische degenerative BS-Veränderungen der LWS seien in der MRT-Untersuchung vom 24. August 2001 nicht erkennbar. Die beschriebenen Chondrosen in den Segmenten LWK 1/2 und LWK 2/3 seien im Sinne eines Morbus Scheuermann zu bewerten. Erstmals in der MRT-Untersuchung der LWS vom 27. Juni 2002 zeigten sich altersuntypische, degenerative BS-Schäden im Segment LWK 3/4, welche im Verlauf bis 2011 zunähmen. Altersuntypische degenerative BS-Schäden an den Segmenten LWK 4/5 und LWK 5 / SWK 1 seien erstmals im MRT der LWS vom 18. April 2011 zu erkennen. Beim Kläger bestehe eine rechts konvexe, flache Skoliose der LWS mit Scheitelpunkt bei LWK 3 / 4 und einen im Verlauf zunehmenden Winkel beginnend ab 8° in der MRT-Untersuchung 2001 bis 13° in der MRT-Untersuchung von 2011, die laut Konsensempfehlung nicht als Prädisposition für einen BS-Schaden zu bewerten sei. Des Weiteren ergäben sich Hinweise auf einen Morbus Scheuermann in den Segmenten LWK 1 bis 3 bei hier typischen Höhenminderungen der Zwischenwirbelräume,

---

Abschlussplattenirregularitäten und Schmorl'schen Knötchen, jedoch ohne Keilwirbelbildung, so dass auch dies nicht als Prädisposition für einen BS-Schaden zu bewerten sei.

33

Sodann hat der Senat auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Zusammenhangsgutachten von dem Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. M vom 26. Juli 2012 eingeholt. Der Sachverständige hat nach Untersuchung des Klägers am gleichen Tage als Diagnosen im Bereich des Bewegungsapparates gestellt:

34

1. Chronisches Zervikal-Syndrom mit Ausstrahlung in die Arme

35

2. Bandscheibenabnutzung (Osteochondrose) C 3/4

36

3. Lumbalkanalstenose mit Ausstrahlung in die Beine

37

4. Wirbelgelenksverschleiß (Facettenarthrose) L 4 bis S 1

38

5. Bandscheibenvorfall (Nucleusprolaps) L 3/4, L 4/5

39

6. Bandscheibenabnutzung (Osteochondrose) L 3/4

40

7. Wirbelsäulenseitverkrümmung (Skoliose)

41

8. Rundrücken (residueller Morbus Scheuermann)

42

9. Venenschwäche (venöse Insuffizienz) rechts Bein

43

Als Antwort auf die Frage, ob eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vorliege, hat der Sachverständige auf die Diagnosen 1. bis 6. hingewiesen. Die Erkrankungen im Bereich der LWS seien sehr wahrscheinlich durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder Patienten bzw. durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugung verursacht worden. Die Diagnosen 7. und 8. seien anlagebedingt, jedoch nicht die wesentliche Ursache für die jetzige Erkrankung. Der Kläger sei nach wie vor trotz Schmerzsymptomatik und WS-Fehlstellung weiterhin vollschichtig berufstätig. Die allgemeine Begutachtung und die Diagnosen der Vorgutachter Dr. R, Dr. S und Prof. Dr. M seien sachlich richtig. Die zusammenfassende sozialmedizinische Bewertung sei jedoch unterschiedlich. Unterschiedliche Meinungen seien zulässig.

---

44

Die Beklagte hat als Kritik am Gutachten von Dr. M eingewandt, es fehle an einer ausführlichen Diskussion zum zeitlichen Zusammenhang zwischen Exposition und erster Manifestation sowie Verlauf der bandscheibenbedingten Erkrankung. Auch sei keine Aussage zum Vorliegen bzw. Nichtvorliegen eines belastungskonformen Schadensbildes getroffen worden. Eine Zuordnung zu einer Konstellation nach den Konsensempfehlungen sei nicht erkennbar.

45

Der Senat hat sodann die Patientenunterlagen/Patientenkartei von den behandelnden Orthopäden Dres. V, M et al. für die Zeit ab Behandlungsbeginn und von Dr. R (Behandlung von Januar 1980 bis Mai 2002 – mit mehrjährigen Lücken - ) beigezogen. Auf Nachfrage des Senats hat die Wklinik D mit Schreiben vom 26. Februar 2013 mitgeteilt, dass das Beschäftigungsverhältnis noch weiter bestehe. Seit 2007 übe der Kläger noch die Tätigkeiten als Haustechniker, Gärtner, Abfallbeauftragter, Lagerverwalter, Getränketransporteur, Röntgenassistent und Desinfektor sowie im Winterdienst aus. Zu seiner Entlastung sei im September 2010 ein weiterer Mitarbeiter eingestellt worden. Tätigkeiten in der Röntgenassistentenz (Patienten müssen angehoben werden, um die Röntgenplatte unter zu heben) fielen seit 2007 nur als Vertretung bei Urlaub und Krankheit an. Rückenbelastendes Heben und Tragen von Gegenständen erfolge bei Haus- und Gartenarbeiten (Verbringen der Getränkekisten auf die Stationen, Tragen von Wäschesäcken sowie Sauerstoff- und Druckluftflaschen). Entfallen sei das Heben und Tragen von Patienten zur Station und in den OP-Bereich sowie von Mehl- und Zuckersäcken und Kartoffeln. Der Kläger sei bis 1997 im Krankentransport tätig gewesen.

46

Der Kläger hat den Entlassungsbericht der D Kliniken B vom 25. April 2013 nebst OP-Bericht vom 18. April 2013 (LWS-Operation, dorso-ventrale Spondylodese L3/4 und L4/5 TLIF) sowie den Befund über die Kernspintomographie der LWS vom 04. Dezember 2013 zur Akte gereicht.

47

Im Auftrag des Senats hat der Facharzt für Orthopädie Prof. Dr. G am 21. August 2013 ein Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage nebst ergänzender Stellungnahme vom 24. Oktober 2013 erstellt. Nach Auswertung aller in den Akten bzw. bei den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen sowie des radiologischen Gutachtens von Prof. Dr. M und der bildgebenden Befunde ist der Sachverständige zu folgendem Ergebnis gelangt: Aufgrund mangelnder Dokumentation eines klinischen Befundes seien die klinischen Kriterien eines lokalen Lumbalsyndroms gemäß der Konsensempfehlungen im Jahr 2001 nicht nachzuweisen. Ein lumbales Wurzelreizsyndrom sei für den Zeitraum ab dem 25. Juni 2002 durch den orthopädischen Befund mit in das linke Bein ausstrahlendem Schmerz, paravertebralem Druckschmerz im Bereich der LWS, Muskelhartspann und aufgehobener Beweglichkeit der LWS dokumentiert. Des Weiteren sei das lumbale Wurzelreizsyndrom für die Wurzel L3 links durch den neurologischen Befund vom 09. Dezember 2002 (PD Dr. J) belegt. Dies korreliere auch mit der im MRT vom 27. Juni 2002 beschriebenen BS-Protrusion vom Grad II in Höhe LWK 3 bis 4 linksbetont mit Einengung des linken Neuroforamens. Seit 2002 sei ein chronisch-rezidivierendes Beschwerdebild mit entsprechendem morphologischem Substrat zweifelfrei nachweisbar. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS

im Sinne einer Osteochondrose und einer linksbetonten BS-Protrusion L 3/4 mit einem klinischen Wurzelreizsyndrom L 3 links sei seit Juni 2002 zweifelsfrei festzustellen. Da diese nicht die unteren beiden LWS-Segmente betreffe, sei sie der Konstellation C nach den Konsensempfehlungen zuzuordnen. Heranzuziehen sei die Konstellation C 2, da keine konkurrierenden Ursachenfaktoren erkennbar seien und eine Begleitspondylose nicht bestehe. Bezüglich der Bewertung der Konstellation C 2 mit Lokalisierung des BS-Schadens im Segment L3/4 habe kein Konsens bestanden. So werde von Seiten der orthopädisch-unfallchirurgischen Arbeitsgruppe (Grosser, Schröter) bei einem BS-Schaden im Segment L 3/4 oder in höheren LWS-Segmenten ohne BS-Schaden der unteren LWS-Segmente eine berufsbedingte Ursache für nicht wahrscheinlich gehalten. Demgegenüber hätten die arbeitsmedizinischen Mitglieder der Arbeitsgruppe (Bolm-Audorff, Seidler) ausgeführt, dass Schädigungen durch Lastenhandhabungen an allen lumbalen Bewegungssegmenten gleichermaßen auftreten könnten. Somit erlaube es die diagnostizierte Lokalisation einer Schädigung nicht, Lastenmanipulation als Ursache auszuschließen. Nach den Konsensempfehlungen müsse die berufliche Belastung eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung aufweisen. Die Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhanges nehme mit der Länge des Zeitraums zwischen Ende der Exposition und erstmaliger Diagnose der Erkrankung ab. Vorliegend habe der Kläger die gefährdende Tätigkeit Ende 1998 aufgegeben, die bandscheibenbedingte Krankheit sei erstmals durch klinisch und radiologisch korrelierende Befunde im Juni 2002 aufgetreten. Bei fehlendem Konsens bezüglich der Lokalisation der bandscheibenbedingten Erkrankung spreche der längere Zeitraum zwischen Aufgabe der schädigenden Tätigkeit und Beginn der Erkrankung gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beruflicher Exposition und bandscheibenbedingter Erkrankung. Aber auch wenn die berufliche Belastung, wie den Ermittlungen des Präventionsdienstes der Beklagten zu entnehmen sei, bis August 2001 bestanden habe könne bei der Konstellation C 2 mangels Konsens nicht von einer beruflichen Verursachung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS ausgegangen werden. Insoweit schließe er sich der Auffassung der orthopädisch-chirurgischen Arbeitsgruppe an.

48

Der Kläger hat hierzu eingewandt, eine berufliche Belastung habe entgegen der Ansicht von Prof. Dr. G bis zum März 2013 bestanden. Er hat einen Entlassungsbericht der M Klinik B vom 29. August 2013 über die vom 24. Juli bis zum 14. August 2013 durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme sowie den Entlassungsbericht der Oklinik vom 13. Januar 2014 über die stationäre Behandlung vom 08. bis zum 15. Januar 2014 (Diagnosen: pseudoradikuläres Cervicalsyndrom mit Osteochondrose C 3/4 bei degenerativer Instabilität, Operation der HWS – ventrale cervicale Fusion C 3/4 – am 09. Januar 2014) vorgelegt.

49

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakten der Beklagten und der Akte des Versorgungsamtes Berlin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

---

## Entscheidungsgründe

50

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, sie ist jedoch ebenso wie die mit ihr weiter verfolgte kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 und § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG) unbegründet. Der Gerichtsbescheid des SG vom 12. Mai 2010 sowie der Bescheid der Beklagten vom 06. August 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2009 sind im Ergebnis nicht zu beanstanden. Wie das SG zutreffend festgestellt hat, liegt bei dem Kläger keine BK 2108 vor.

51

Als Versicherungsfall gilt nach § 7 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) auch eine BK. BKen sind die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer versicherten Tätigkeit nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII erleidet (§ 9 Abs. 1 SGB VII). Die Bundesregierung ist 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; sie kann BKen auf bestimmte Gefährdungsbereiche beschränken oder mit dem Zwang zur Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten versehen.

52

Gemäß diesen Vorgaben lassen sich bei einer Listen-BK im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten, die ggf. bei einzelnen Listen-BKen einer Modifikation bedürfen: Die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Die Tatbestandsmerkmale „versicherte Tätigkeit“, „Verrichtung“, „Einwirkungen“ und „Krankheit“ müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. BSG in SozR 4-2700 § 9 Nr. 7 und SozR 4-2700 § 8 Nr. 17) Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a. O.).

53

Von Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV werden „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 Wieder-aufleben ursächlich waren oder sein können“, erfasst.

54

Nach dem Tatbestand der BK 2108 muss also der Versicherte aufgrund einer versicherten Tätigkeit langjährig schwer gehoben und getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung

gearbeitet haben. 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 (vgl. Urteil des BSG vom 30. Oktober 2007, B 2 U 4/06 R, in SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5 sowie Urteile vom 18. November 2008, B 2 U 14/07 R und B 2 U 14/08 R, jeweils zitiert nach Juris) und ist nicht anzuerkennen.

55

Der Kläger erfüllt zunächst die so genannten arbeitstechnischen Voraussetzungen, d. h. die im Sinne der BK 2108 erforderlichen Einwirkungen durch langjähriges schweres Heben und Tragen bzw. Arbeit in Rumpfbeugehaltung. Dies ergibt sich aus den vorliegenden Berechnungen des Präventionsdienstes der Beklagten nach dem MDD (vgl. dazu die grundlegende Veröffentlichung von Jäger u. a., ASUMed 1999, 101 ff., 112 ff.). Das MDD legt selber für die Belastung durch Heben und Tragen keine Mindestwerte fest, die erreicht werden müssen, damit von einem erhöhten Risiko von BS-Schäden durch die berufliche Tätigkeit ausgegangen werden kann. Die auf Grund einer retrospektiven Belastungsermittlung für risikobehaftete Tätigkeitsfelder ermittelten Werte, insbesondere die Richtwerte für die Gesamtbelastungsdosis, sind nicht als Grenzwerte, sondern als Orientierungswerte oder -vorschläge zu verstehen. Von diesem Verständnis geht auch das aktuelle Merkblatt des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur BK 2108 aus, das für eine zusammenfassende Bewertung der WS-Belastung auf das MDD verweist (BArbBl 2006, Heft 10 S. 30 ff.) Danach sind zwar die arbeitstechnischen Voraussetzungen für eine BK 2108 zu bejahen, wenn die Richtwerte im Einzelfall erreicht oder überschritten werden; umgekehrt schließt aber ein Unterschreiten dieser Werte das Vorliegen der BK nicht von vornherein aus (vgl. BSG Urteile vom 30. Oktober 2007 a. a. O. sowie vom 18. November 2008 a. a. O.).

56

Orientierungswerte sind andererseits keine unverbindlichen Größen, die beliebig unterschritten werden können. Ihre Funktion besteht in dem hier interessierenden Zusammenhang darin, zumindest die Größenordnung festzulegen, ab der die WS belastende Tätigkeiten als potentiell gesundheitsschädlich einzustufen sind. Die Mindestbelastungswerte müssen naturgemäß niedriger angesetzt werden, weil sie ihrer Funktion als Ausschlusskriterium auch noch in besonders gelagerten Fällen, etwa beim Zusammenwirken des Hebens und Tragens mit anderen schädlichen Einwirkungen, gerecht werden müssen. Werden die Orientierungswerte jedoch so deutlich unterschritten, dass das Gefährdungsniveau nicht annähernd erreicht wird, so ist das Vorliegen einer BK 2108 zu verneinen, ohne dass es weiterer Feststellungen zum Krankheitsbild und zum medizinischen Kausalzusammenhang im Einzelfall bedarf (vgl. BSG Urteile vom 30. Oktober 2007 a. a. O. sowie vom 18. November 2008 a. a. O.).

57

Das BSG hat daher in seinen Entscheidungen vom 30. November 2008 – B 2 U 14/07 R und B 2 U 14/08 R - Modifizierungen zur Anwendung des MDD für notwendig erachtet.

Danach ist die dem MDD zu Grunde liegende Mindestdruckkraft pro Arbeitsvorgang bei Männern nurmehr mit dem Wert 2.700 N pro Arbeitsvorgang anzusetzen. Auf eine Mindesttagesdosis ist nach dem Ergebnis der Deutschen Wirbelsäulenstudie zu verzichten. Alle Hebe- und Tragebelastungen, die die aufgezeigte Mindestbelastung von 2.700 N bei Männern erreichen, sind entsprechend dem quadratischen Ansatz (Kraft mal Kraft mal Zeit) zu berechnen und aufzuaddieren. Der untere Grenzwert, bei dessen Unterschreitung nach gegenwärtigem Wissensstand ein Kausalzusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und bandscheibenbedingter Erkrankung der LWS ausgeschlossen und deshalb auf einzelfallbezogene medizinische Ermittlungen verzichtet werden kann, ist zumindest bei Männern auf die Hälfte des im MDD vorgeschlagenen Orientierungswertes für die Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh, also auf 12,5 MNh, herabzusetzen. Ausweislich der Stellungnahme des Präventionsdienstes der Beklagten vom 19. November 2010 war der Kläger in dem hier relevanten Beschäftigungszeitraum ab dem 01. April 1976 bis zum 24. August 2001 bereits einer Belastungsdosis von insgesamt 20,4 MNh ausgesetzt.

58

Der Feststellungsanspruch scheidet jedoch an den medizinischen Voraussetzungen. Nach den überzeugenden Feststellungen der im Berufungsverfahren gehörten Sachverständigen Prof. Dr. M im radiologischen Gutachten vom 17. April 2012 und Prof. Dr. G im orthopädischen Gutachten vom 21. August 2013 nebst ergänzender Stellungnahme vom 24. Oktober 2013 sind die medizinischen Voraussetzungen zur Anerkennung der BK 2108 letztlich nicht erfüllt.

59

In der medizinischen Wissenschaft ist anerkannt, dass Bandscheibenschäden und Bandscheibenvorfälle, in allen Altersgruppen, sozialen Schichten und Berufsgruppen vorkommen. Sie sind von multifaktorieller Ätiologie. Da diese Bandscheibenerkrankungen ebenso in Berufsgruppen vorkommen, die während ihres Arbeitslebens keiner schweren körperlichen Belastung ausgesetzt waren, genauso wie in solchen, die wie der Kläger auch schwere körperliche Arbeiten geleistet haben, kann allein die Erfüllung der arbeitstechnischen Voraussetzungen im Sinne des MDD die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines wesentlichen Kausalzusammenhanges nicht begründen (vgl. Merkblatt zu der BK 2108 der Anlage 1 zur BKV, BArbBl. 2006, Heft 10 S. 30 ff.). Im Hinblick auf die Schwierigkeiten der Beurteilung des Ursachenzusammenhanges bei der BK 2108 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 LWS, die als Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung auf Anregung der vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe anzusehen sind (vgl. Trauma und Berufskrankheit Heft 3/2005, Springer Medizin Verlag, S. 211 ff.). Ein neuerer, von den Konsensempfehlungen abweichender Stand der wissenschaftlichen Diskussion, d. h. eine neuere wissenschaftlich geprägte Mehrheitsmeinung (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2006, B 2 U 13/05 R, in Juris) zu den bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS ist weder von dem Sachverständigen Prof. Dr. G, der als Mitglied der interdisziplinären Arbeitsgruppe über eine besondere Sachkenntnis verfügt, noch von dem Sachverständigen Dr. M, der sich in seinem Gutachten offensichtlich nicht mit den Konsensempfehlungen auseinandergesetzt hat, benannt worden noch dem Senat aus anderen Verfahren bekannt. Der Senat geht daher weiterhin davon aus, dass diese nach wie vor den aktuellen Stand der nationalen und internationa-

len Diskussion zur Verursachung von Bandscheibenerkrankungen der LWS durch körperliche berufliche Belastungen darstellen (vgl. auch BSG, Urteil vom 27. Oktober 2009, B 2 U 16/08 R, zitiert nach Juris, und Urteil vom 27. Juni 2006, B 2 U 13/05 R, in SozR 4-2700 § 9 Nr. 9). Zur Gewährleistung einer im Geltungsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung gleichen und gerechten Behandlung aller Versicherten begegnet es daher keinen Bedenken, wenn die befassten Gutachter und die Sozialgerichtsbarkeit diese Konsensempfehlungen anwenden.

60

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sind die medizinischen Voraussetzungen für das Vorliegen einer BK 2108 hier nicht gegeben. Zwar besteht beim Kläger nachweislich eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Ergebnis des gesamten Gerichtsverfahrens, insbesondere dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. G vom 21. August 2013 sowie dem radiologischen Gutachten des Prof. Dr. M vom 17. April 2012.

61

Unabdingbare, aber nicht hinreichende Voraussetzung für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung ist nach den Konsensempfehlungen unter Punkt 1.3 der bildgebende Nachweis eines altersuntypischen Bandscheibenschadens, d. h. einer Höhenminderung der Bandscheibe (= Chondrose) bzw. eines Bandscheibenvorfalles. Hinzu treten muss eine damit korrelierende klinische Symptomatik. Erforderlich ist ein Krankheitsbild, das über einen längeren Zeitraum andauert, also chronisch oder zumindest chronisch wiederkehrend ist, und das zu Funktionseinschränkungen führt, die eben eine Fortsetzung der genannten Tätigkeit unmöglich machen. Erforderlich sind daher ein bestimmtes radiologisches Bild sowie ein damit korrelierendes klinisches Bild (vgl. das aktuelle Merkblatt zur BK 2108 sowie die Konsensempfehlungen Punkt 1.3).

62

Als mögliche sekundäre Folge des Bandscheibenschadens können bildgebend darstellbare Veränderungen wie die Spondylose, die Sklerose der Wirbelkörperabschlussplatten, die Retrospondylose, die Spondylarthrose, die degenerative Spondylolisthesis und eine knöchernen Enge des Spinalkanals auftreten. Teilweise können derartige Veränderungen auch unabhängig von einem BS-Schaden auftreten, wie z. B. bei der primären Spondylarthrose, der Spondylarthrose aufgrund eines Hohlkreuzes oder dem anlagebedingt engen Spinalkanal (vgl. die Konsensempfehlungen Punkt 1.3).

63

Bei den klinischen Krankheitsbildern ist laut Punkt 1.3 der Konsensempfehlungen bzw. Punkt III. des Merkblattes zu unterscheiden:

64

Typ I: Lokales Lumbalsyndrom, für das folgende Kriterien erfüllt sein sollen:

65

- Radiologie: altersuntypische Höhenminderung einer oder mehrerer Bandscheiben

66

- Symptom: Schmerz durch Bewegung

67

- Klinik: Segmentbefund mit provozierbarem Schmerz

68

- Funktionell: Entfaltungsstörung der LWS

69

- Muskulär: erhöhter Tonus

70

- Ggf. pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung.

71

Typ II: Lumbales Wurzelsyndrom, für welches folgende Kriterien erfüllt sein sollen:

72

- Radiologie: Vorfall oder Chondrose mit Bandscheibenverschmälerung mit Nervenwurzelbedrängung, ggf. in Verbindung mit Retrospondylose, Spondylarthrose, Recessusstenose und/oder Spinalkanalstenose, im Ausnahmefall bei engem Spinalkanal auch Protrusion

73

- Neurologie: Zeichen der Reizung bzw. Schädigung der entsprechenden Nervenwurzel(n) (positives Lasègue-Zeichen, Reflexabweichungen, motorische Störungen, segmentale Sensibilitätsstörungen).

74

Wurzelsyndrome sind in der Regel diagnostisch durch Feststellung von Schmerzausstrahlungen und Sensibilitätsausfällen, Kraftminderungen in wurzelspezifischen Kennmuskeln sowie Reflexausfällen objektivierbar (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. A. 2010, Anm. 8.3.6.6.2 S. 481 f). Typ I und Typ II kommen häufig als Mischformen vor.

75

Heranzuziehen sind die der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit zeitlich nächstliegenden Röntgenbilder (vgl. auch Punkt 1.2 der Konsensempfehlungen) sowie, wenn ein BS-Schaden sich bereits länger davor manifestiert hat, die zum Zeitpunkt der (Erst-)Manifestation erstellten Röntgenbilder. Nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. M lässt sich anhand der von ihm ausgewerteten CT-, MRT- und Röntgenaufnahmen erstmals in der am 27. Juni 2002 erstellten MRT ein altersuntypischer, degenerativer BS-Schaden und zwar im Segment LWK 3/4 mit Sicherheit feststellen. Während sich in der MRT vom 24. August 2001 noch eine leichtgradige Chondrose bei LWK 3/4 zeigt, findet sich im MRT vom 27. Juni 2002 nunmehr eine hochgradige Chondrose sowie eine dorsolaterale linksbetonte Vorwölbung der BS über 7 mm, welche einer Protrusion Grad II (= Vorfall) entspricht. Dies ist nach den Konsensempfehlungen (vgl. Punkt 1.2 B und 1.2 A, Übersicht 1 und 8) als ein altersuntypischer Befund zu bewerten. Die Entwicklung eines altersuntypischen BS-Schadens zeichnet sich schon im Röntgenbild vom 30. Mai 2002 ab, denn hier findet sich bei LWK 3/4 bereits eine mittelgradige Chondrose mit Grad II - Sklerose der Wirbelkörperabschlussplatten und verdächtigem Vakuumphänomen im BS-Fach, was nach den Konsensempfehlungen (vgl. Punkt 1.2 B und 1.2 A, Übersicht 1 und 3) ebenfalls als ein altersuntypischer Befund zu bewerten ist. Dagegen findet sich nach der Einschätzung von Prof. Dr. M im CT vom 24. März 1997 bei dem damals 48jährigen Kläger noch kein altersuntypischer Befund der LWS. Hier imponieren lediglich eine geringe dorsomediane BS-Protrusion bei LWK 5 / SWK 1 und eine initiale Spondylarthrose bei LWK 4/5. Soweit sich bei LWK 1 bis 3 Abschlussplattenirregularitäten und eine Verschmälerung der Höhe der BS-Räume zeigen, handelt es sich nach Auffassung des Sachverständigen um Zeichen eines Morbus Scheuermann. Diese sind nach seinen gutachterlichen Feststellungen auch in den MRT vom 24. August 2001 und 27. Juni 2002 sowie im Röntgenbild vom 30. Mai 2002 als Abschlussplattenirregularitäten bei BWK 12 bis LWK 3, Höhenminderung der BS LWK 1 bis 3 und Schmorl'sche Knötchen, jedoch ohne Keilwirbelbildung, zu finden.

76

Aufgrund der in den Patientenunterlagen der den Kläger behandelnden Orthopäden Dres. V, M et al. wie auch des Dr. R dokumentierten Befunde sowie des Ergebnisses der neurologischen Untersuchung vom 09. Dezember 2002 (Bericht von Dr. J vom 09. Dezember 2002) ist, wie der Sachverständige Prof. Dr. G überzeugend dargelegt hat, ein mit dem morphologischen Befund eines BS-Schadens bei LWK 3/4 korrelierendes chronisches Erkrankungsbild i. S. eines lokalen Lumbalsyndroms oder eines lumbalen Wurzelsyndroms erst für die Zeit ab dem 25. Juni 2002 nachgewiesen. An diesem Tag wurde von den behandelnden Orthopäden Dres. V, M et al. als Befund ein in das linke Bein ausstrahlender Schmerz, ein paravertebraler Druckschmerz im Bereich der LWS, ein Muskelhartspann und eine aufgehobene Beweglichkeit der LWS erhoben. Des Weiteren ist das lumbale Wurzelreizsyndrom für die Wurzel L3 links durch den neurologischen Befund vom 09. Dezember 2002 (PD Dr. J) belegt. Diese Symptomatik korreliert auch mit der im MRT vom 27. Juni 2002 beschriebenen BS-Protrusion vom Grad II in Höhe LWK 3/4 linksbetont mit Einengung des linken Neuroforamens. Nach den Darlegungen von Prof. Dr. G ist seit Juni 2002 ein chronisch-rezidivierendes Beschwerdebild mit entsprechendem morphologischem Substrat zweifelfrei nachweisbar. Demzufolge liegt beim Kläger seit Juni 2002 eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS im Sinne einer Osteochondrose und einer

---

linksbetonten BS-Protrusion Grad II in Höhe LWK 3/4 mit einem klinischen Wurzelreizsyndrom L 3 links vor.

77

Unter Zugrundelegung der Konsensempfehlungen (Punkt 1.4) handelt es sich im Falle des Klägers bei ausreichender beruflicher Belastung (Exposition) um die Konstellation C2, bei welcher sich keine berufsbedingte Entstehung der bandscheibenbedingten Erkrankung annehmen lässt:

78

- es liegt eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vor,

79

- es besteht eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung (z. B. ausreichende Exposition muss der Erkrankung vorausgehen; Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs nimmt mit der Länge des Zeitraums zwischen Ende der Exposition und erstmaliger Diagnose der Erkrankung ab),

80

- die bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft nicht die unteren beiden LWS-Segmente,

81

- Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall

82

- wesentliche konkurrierende Ursachen (wie z. B. eine relevante Skoliose oder M. Scheuermann) nicht erkennbar

83

- ein Begleitspondylose liegt nicht vor

84

- die bandscheibenbedingte Erkrankung ist in L 2/3 oder höher lokalisiert oder die bandscheibenbedingte Erkrankung ist in L 3/4 lokalisiert.

85

Eine plausible zeitliche Korrelation zwischen beruflicher Belastung und Entwicklung einer bandscheibenbedingte Erkrankung ist hier zu bejahen. Dabei kommt es nicht darauf an, wann der Kläger erstmals auf den Rücken bezogene Beschwerden geschildert hat, denn diese können genauso muskulär bedingt sein. Entscheidend ist die zeitliche Korrelation zwischen der Erkrankung und der Exposition. Im Falle des Klägers ist diese gegeben, da er bei dokumentierter Erstmanifestation im Juni 2002 bereits mehr als 20 Jahre lang wirbelsäulenbelastend tätig war, die Gesamtbelastungsdosis nach dem MDD bereits für die Zeit bis August 2001 20,4 MNh (= 82 % des Orientierungswertes von 25 MNh) betrug und er auch nach August 2001, wenn auch im abnehmenden Umfang, noch schwere Lasten gehoben und getragen hat.

86

Die bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft das Segment LWK 3/4 und damit nicht die unteren beiden LWS-Segmente, sie hat das Ausmaß einer Chondrose Grad II sowie einer BS-Protrusion Grad II (= Vorfall). Wesentliche konkurrierende Ursachen sind nach übereinstimmender Einschätzung der Sachverständigen nicht festzustellen. So sind die beim Kläger bestehende rechts konvexe, flache Skoliose der LWS mit Scheitelpunkt bei LWK 3/4 und einem im Verlauf zunehmenden Winkel beginnend ab 8° in der MRT-Untersuchung 2001 bis 13° in der MRT-Untersuchung von 2011 wie auch die Zeichen eines Morbus Scheuermann in den Segmenten LWK 1 bis 3 mit hier typischen Höhenminderungen der Zwischenwirbelräume, Abschlussplattenirregularitäten und Schmorl'schen Knötchen, jedoch ohne Keilwirbelbildung, nicht als Prädisposition für einen BS-Schaden zu bewerten (vgl. Pkt. 2.1.5 und 2.1.9 der Konsensempfehlungen).

87

Als Begleitspondylose wird nach den Konsensempfehlungen Punkt 1.4 eine Spondylose in/im nicht von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment(en) bzw. 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, definiert. Um eine positive Indizwirkung für eine berufsbedingte Verursachung zu haben, muss die Begleitspondylose über das Altersmaß (s. Punkt 1.2 der Konsensempfehlungen) hinausgehen und mindestens zwei Segmente betreffen. Bei dem Kläger sind nach der Beurteilung des radiologischen Sachverständigen Prof. Dr. M wie auch des orthopädischen Sachverständigen Prof. Dr. G in der vorliegenden Bildgebung zu keinem Zeitpunkt eine altersuntypische Spondylose in Höhe der von BS-Schäden nicht betroffenen Segmente erkennbar, so dass es an einer Begleitspondylose fehlt.

88

Bei der Konstellation C2 ist, sofern die bandscheibenbedingte Erkrankung in L 2/3 oder höher lokalisiert ist, eine berufliche Verursachung nicht wahrscheinlich. Für die Konstellation, dass - wie im Falle des Klägers - die bandscheibenbedingte Erkrankung in L 3/4 lokalisiert ist, konnte von der interdisziplinären Arbeitsgruppe kein Konsens erzielt werden. Ein fehlender Konsens bedeutet, dass eine von der überwiegenden Mehrheit der kompetenten Fachwissenschaftler getragene Erkenntnis zu einer beruflichen Verursachung nicht vorliegt (vgl. zum Konsens: BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 a.a.O.).

89

Aus biomechanischer Sicht ist zu erwarten, dass berufsbedingte BS-Schäden im Segment L 3/4 oder höher zusammen mit BS-Schäden in den beiden unteren LWS-Segmenten, welche den höchsten Kompressionskräften ausgesetzt sind, auftreten (vgl. V. Grosser und F. Schröter im Anhang 1 der Anmerkungen zu den nicht im Konsens beurteilten Fallkonstellationen der Konsensempfehlungen). Der höhere Querschnitt der unteren beiden LWS-Bandscheiben gleicht die - verglichen mit der mittleren und oberen LWS – höheren Kompressionskräfte an der unteren LWS in ihren Auswirkungen nur zum Teil aus. Epidemiologische Arbeiten zeigen, dass die absolute Häufigkeit berufsbedingter BS-Schäden in den beiden unteren LWS-Segmenten am größten ist und dass die berufsbedingten Höhenminderungen der BS im Durchschnitt umso ausgeprägter sind, je weiter unten an der LWS die BS liegt (vgl. V. Grosser und F. Schröter a.a.O.). Daher bestand Konsens, dass BS-Schäden des Segments L3/4 oder höherer Segmente, welches im Rahmen eines mehrsegmentalen Befalls mit Beteiligung der unteren LWS auftreten, ein belastungskonformes Schadensbild sind. Epidemiologische Untersuchungen, welche bei einem BS-Schaden des Segments L3/4 oder höherer Segmente ohne BS-Schaden an der unteren LWS eine relevante Erhöhung des Krankheitsrisikos nachweisen, existieren nicht (vgl. V. Grosser und F. Schröter a.a.O.). Ein derartiger Nachweis wird gemäß den Ausführungen von V. Grosser und F. Schröter auch durch die Fallkontrollstudie von Seidler et al. (vgl. A. Seidler und U. Bolm-Audorff im Anhang 1 der Anmerkungen zu den nicht im Konsens beurteilten Fallkonstellationen der Konsensempfehlungen) nicht erbracht, welche zur Frage der berufsbedingten Häufung von BS-Schäden keine ausreichende Aussagekraft besitzt. Die Studie hält einer kritischen methodischen Überprüfung nicht Stand. Die beruflichen Belastungen wurden in der Studie lediglich durch eine Befragung der Probanden ermittelt. Die in der Studie verwendeten medizinischen Einschlusskriterien erlauben keine Differenzierung, ob die errechneten Erkrankungsrisiken tatsächlich durch eine berufsbedingte Häufung von BS-Schäden verursacht sind oder ob sie lediglich eine höhere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung aufgrund einer berufsbedingten Beschwerdeauslösung bei berufsunabhängig entstandenen BS-Schäden widerspiegeln. Im Ergebnis führt dies zu einer erheblichen Überschätzung des Risikos, berufsbedingte BS-Schäden zu entwickeln. In der Studie wird bei Erreichen der Richtdosis nach dem MDD (berechnet ohne Schwellenwert auf der Basis der Befragung der Probanden) eine Erhöhung des Erkrankungsrisikos auf etwa das 10fache errechnet, wenn man die belastete Gruppe insgesamt betrachtet. Nach den methodisch aussagekräftigsten epidemiologischen Arbeiten ist das relative Risiko, berufsbedingt Bandscheibenschäden zu entwickeln, bei vergleichbaren bzw. eher höheren Belastungen jedoch nur auf etwa das 2fache erhöht. Nach den Ausführungen von V. Grosser und F. Schröter sprechen Plausibilitätserwägungen dafür, dass bei BS-Schäden im Segment L3/4 oder höherer LWS-Segmente ohne BS-Schaden der unteren beiden LWS-Segmente eine berufliche Verursachung nicht hinreichend wahrscheinlich ist, es sei denn, es liegt eine Begleitspondylose als positives Indiz für eine Auswirkung der beruflichen Belastungen vor.

90

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die interdisziplinäre Arbeitsgruppe hinsichtlich der Grundvoraussetzung „ausreichende berufliche Belastung“ (vgl. Punkt 1.4 der Konsensempfehlungen) von den Maßgaben des – nicht modifizierten – MDD ausgegangen ist. Schon unter Zugrundelegung eines Orientierungswertes zur Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh und einer Mindestdruckkraft von 3.200 N ist in der interdisziplinären Arbeitsgruppe

kein Konsens erzielt worden. Bei nunmehr weiter herunter geschraubten Anforderungen, die eine Verschiebung der Lastgewichte weg von „schweren“ Gewichten hin in die Region alltäglicher Gewichte zur Folge hat (vgl. hierzu z. B. das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 25. September 2009, L 10 U 5965/06-, in ASR 2009, 177 ff), kann erst recht nicht von einem gesicherten aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Konsens zur vorliegenden Konstellation ausgegangen werden. Auf die Begleitspondylose als Abgrenzungskriterium zu nicht beruflich bedingten bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS kann daher nicht verzichtet werden.

91

Abgesehen davon, dass hier bei Fortführung der WS-belastenden Tätigkeit durch den Kläger für die Beurteilung der beruflichen Verursachung auf den Zeitpunkt der Erstmanifestation einer bandscheibenbedingten LWS-Erkrankung abzustellen ist, ändert auch der weitere Verlauf der Erkrankung nichts am Ergebnis. Zwar haben sich seit 2002 im Laufe der Jahre auch altersuntypische BS-Schäden an der unteren LWS entwickelt. Jedoch lassen sich, wie der Sachverständige Prof. Dr. M in seinem Gutachten in Übereinstimmung mit den Konsensempfehlungen dargelegt hat, anhand der vorliegenden CT-, MRT- und Röntgenaufnahmen altersuntypische degenerative BS-Schäden in Form einer Osteochondrosis intervertebralis an den Segmenten LWK 4/5 (deutlicherer Ausprägung) und LWK 5 / SWK 1 erstmals im MRT der LWS vom 18. April 2011, d. h. ca. 9 Jahre nach der Erstmanifestation einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS nachweisen. Zudem lag bereits im Juni 2006 an der HWS ein altersuntypischer BS-Schaden in Form einer fortgeschrittenen Osteochondrosis intervertebralis im Segment HWK 3/4 vor, wie sich aus der MRT vom 13. Juni 2006 ergibt. Die nach wie vor in höheren Segmenten der WS ausgeprägteren BS-Schäden führten letztlich zur Aufgabe der WS-belastenden Tätigkeit im März 2013 und zu einer operativen Behandlung der LWS am 18. April 2013 (vgl. Entlassungsberichte der D Kliniken B vom 25. April 2013, dorso-ventrale Spondylodese L 3/4 und L 4/5 TLIF) und der HWS am 09. Januar 2014 (Bericht der Oklinik vom 13. Januar 2014, ventrale cervicale Fusion C 3/4). Ein belastungskonformes Schadensbild mit von oben nach unten zunehmenden BS-Schäden bzw. einer Betonung der BS-Schäden an den unteren drei Segmenten der LWS (vgl. Punkt 1.4 der Konsensempfehlungen) zeichnet sich auch in den Jahren nach der Erstmanifestation der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS nicht ab. Soweit der Kläger meint, hinsichtlich seiner HWS-Schäden sei ebenfalls an eine berufliche Verursachung im Sinne der BK 2109 (Bandscheibenbedingte Erkrankungen der HWS durch Heben und Tragen schwerer Lasten auf der Schulter) zu denken, verkennt er, dass er im Rahmen seiner Berufstätigkeit auch nicht ansatzweise Lasten in der Art und Weise und im zeitlichen Umfang wie z.B. Fleischträger (vgl. Merkblatt zur BK Nr. 2109 (BArbBl. 3/93 S. 53) getragen hat.

92

Das auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG eingeholte Sachverständigengutachten des Dr. M vom 26. Juli 2012 vermag den Senat nicht zu überzeugen. Weder hat Dr. M bei seiner Zusammenhagsbeurteilung die Konsensempfehlungen zugrunde gelegt noch auf den Zeitpunkt der Erstmanifestation einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS im Juni 2002 abgestellt. Auch hat er sich nicht mit dem Fehlen eines belastungskonformen Schadensbildes auseinandergesetzt.

---

93

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

94

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs. 2 SGG vorliegt.

95

[ Hinweis der Dokumentationsstelle: Der Berichtigungsbeschluss vom 10.04.2014 wurde in den Entscheidungstext eingearbeitet und lautet:

96

Beschluss

97

Der erste Satz im Tenor des Urteils vom 20. März 2014 wird gemäß §§ 153 Abs. 1, 138 SGG wegen offensichtlicher Unrichtigkeit dahingehend berichtigt, dass es statt „...Sozialgerichts Berlin vom 12. Mai 2012“ richtig „... Sozialgerichts Berlin vom 12. Mai 2010“ heißt.

98

Dieser Beschluss ist unanfechtbar, § 177 SGG. ]