

---

## S 4 U 26/96

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Ein Anspruch auf Übergangsleistungen gem. <a href="#">§ 3 BKV</a> besteht bereits dann, wenn beim Betroffenen ein Bandscheibenleiden besteht das eine Weiterarbeit im bisherigen Beruf (nur Baumaschinist) verbietet, ohne dass es darauf ankommt, ob dieses Leiden selbst durch die (bisherige) Berufstätigkeit verursacht wurde.
Normenkette	<a href="#">§ 3 BKV</a>

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 U 26/96
Datum	24.06.1999

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 108/99
Datum	11.12.2003

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 24. Juni 1999 mit dem Bescheid vom 19.07.1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.12.1995 geändert. Die Beklagte wird verpflichtet, Leistungen nach [Â§ 3 Abs. 2 BKV](#) zu erbringen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat dem Kläger ein Viertel seiner außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

---

Streitig ist die Anerkennung eines Rückenschmerzens als Berufskrankheit (BK), hilfsweise, die Gewährung einer Übergangsleistung nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Der am 19.11.1941 geborene Kläger absolvierte von 1955 bis 1958 eine Bäckerlehre, bis 1959 arbeitete er als Geselle. Von 1959 bis 1962 war er als Bohrarbeiter im VEB B. W. tätig. Als Maschinist arbeitete der Kläger von 1960 bis 1966, anschließend bis 1969 als Straßenbauer. Von 1969 an wurde er als Baumaschinist beschäftigt. Ab 24.1.1995 war der Kläger (mit einer kurzen Unterbrechung) arbeitslos und bezog Arbeitslosengeld. Von November 1995 bis Oktober 1996 war der Kläger im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungs-Maßnahme (ABM) als Baumaschinist beschäftigt und ist seitdem arbeitslos.

Am 01.03.1994 zeigte Dipl. med. Z1 der Beklagten eine BK an. Der Kläger leide unter Nacken- und Rückenschmerzen bei Belastung und in Ruhe. Es bestehe eine vorzeitige degenerative Veränderung am Stütz- und Bewegungsapparat. Der Kläger führe diese auf seine Arbeit als Baumaschinist bei der S. GmbH in D zurück. Erstmals habe er 1961 Wirbelschmerzen verspürt. Frau Z1 diagnostizierte eine Bogenschlussstörung bei S 1, eine Spondylosis deformans ab L5 und eine beidseitige Spondylolyse bei L5. Der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten berichtete am 30.03.1995, der Kläger sei im Sinne einer BK Nr. 2110, nicht jedoch nach einer BK Nr. 2108 gefährdet tätig gewesen. Dr. N empfahl der Beklagten in seiner gewerbeärztlichen Stellungnahme vom 16.06.1995, eine BK nach der Nr. 2110 BKV abzulehnen, da der Röntgenbefund der Lendenwirbelsäule keinen Bandscheibenschaden ausweise.

Die Beklagte entschied daraufhin mit Bescheid vom 19.07.1995, dass Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aufgrund der Wirbelsäulenbeschwerden nicht gewährt werden könnten, denn es bestehe keine Berufskrankheit. Da der Kläger nicht in der überwiegenden Anzahl der Arbeitsschichten gefährdende Tätigkeiten im Sinne der Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV ausgeführt habe, sei seine Erkrankung nicht als BK anzusehen. Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach der Nr. 2110 seien ebenfalls nicht erfüllt, da er nicht an einer bandscheibenbedingten Erkrankung leide. Den mit der Begründung eingelegten Widerspruch vom 15.08.1995, er befinde sich seit 25 Jahren in orthopädischer Behandlung, wies die Beklagte mit Bescheid vom 06.12.1995 zurück. Bandscheibenschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien nicht objektivierbar. Dagegen fänden sich anlagebedingte Veränderungen im Übergangsbereich von Lendenwirbelsäule zu Steißbein, ferner eine anlagebedingte Seitverbiegung der Wirbelsäule (Skoliose).

Dagegen hat der Kläger am 03.08.1996 das Sozialgericht Leipzig (SG) angerufen. Aus einem nunmehr beigezogenen arbeitsamtsärztlichen Gutachten v. 11.10.1995 (Sachverständiger Dr. H1, SG-Akte Bl. 28) ergibt sich, dass der Kläger nicht mehr für schwere körperliche Arbeiten wie Heben und Tragen schwerer Lasten und Arbeiten in Körperzwangshaltungen geeignet ist, ferner sollten Erschütterungen des Bewegungsapparats und Vibrationen vermieden werden. Der Sachverständige hatte "größte Bedenken", dass das Leistungsbild noch den

---

Anforderungen an einen Baumaschinisten entspreche. In gleichem Sinn Äußerte sich DM Z1 â im Schr. v. 4.10.1995 an das Arbeitsamt Oschatz (SG-Akten Bl. 52).

Das SG hat Prof. Dr. G1 â, L â, zum SachverstÄndigen bestellt, der im Gutachten vom 18.02.1999 zum Ergebnis gelangt, die VerschleiÄverÄnderungen im Bereich der Hals-, Brust- und der LendenwirbelsÄule seien uncharakteristisch Äber den gesamten Bereich verteilt, das Verteilungsbild spreche nicht fÄr eine lokale unphysiologische Äberlastung der unteren WirbelsÄule. Dieser habe mÄglicherweise eine tendenzielle Verschlimmerung erfahren, jedoch sei diesem Umstand bestenfalls der Charakter einer unwesentlichen TeilursÄchlichkeit beizumessen.

Mit Urteil vom 24.6.1999 hat das SG die Klage abgewiesen und sich zur BegrÄndung im wesentlichen auf das Gutachten von Prof. Dr. G1 â gestÄtzt. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LendenwirbelsÄule liege beim KlÄger zwar vor. Diese sei jedoch nicht durch langjÄhriges Heben oder Tragen schwerer Lasten entstanden. Nach dem Äberzeugenden Gutachten von Dr. G1 â beruhten die WirbelsÄulenschmerzen des KlÄgers auf einem allgemeinen degenerativen VerschleiÄprozess in allen WirbelsÄulenetagen. Die Erkrankung des KlÄgers sei daher anlagebedingt, in extremer Rumpfbeugehaltung habe der KlÄger nicht gearbeitet, aus den genannten GrÄnden komme auch eine BK nach der Nr. 2110 nicht in Betracht.

Gegen das am 28.7.1999 zum Zwecke der Zustellung mit Einschreiben zur Post gegebene Urteil hat der KlÄger am 12.8.1999 Berufung eingelegt. Die KÄrperschÄden seien so stark, dass er nicht mehr als Baumaschinist arbeiten kÄnne.

Prof. Dr. G1 â hat dem Senat die anlagebedingten Faktoren erÄutert als einen angeboren zu engen knÄchernen Raum fÄr das RÄckenmark, eine WirbelbogenstÄrung sowie eine dadurch bedingtes WirbelkÄrpergleiten. Eine vor allem die Hals- und BrustwirbelsÄulenabschnitte betreffende Osteochondrose und Spondylose hat auch Dr. B1 â in seiner Auskunft vom 25.11.2000 beschrieben.

Auf eine Anfrage von seiten des Senats hat die Beklagte ihre Auffassung erÄutert, wonach beim KlÄger keine bandscheibenbedingte Erkrankung vorgelegen habe und deshalb auch keine BK-verdÄchtigen VerÄnderungen Ursache fÄr die RÄckenbeschwerden des KlÄgers seien. Da keine Indizien fÄr eine Entscheidung hinsichtlich eventueller Leistungen nach [Ä 3 BKV](#) vorgelegen hÄtten, sei auch eine diesbezÄgliche Bescheiderteilung nicht erforderlich gewesen. Es mÄsse ein objektivierbares Krankheitsbild vorliegen, keinesfalls genÄge es, dass von den VerhÄltnissen am Arbeitsplatz generell ein Gesundheitsrisiko ausgehe.

Der vom Senat zum SachverstÄndigen bestellte Facharzt fÄr OrthopÄdie Dr. M1 â, E â, hat in seinem Gutachten vom 26.5.2003 berichtet, der KlÄger habe auf die Frage nach WirbelsÄulenbeschwerden und -stÄrungen auf seine HÄftgelenksentzÄndung links" hingewiesen, die doch von der WirbelsÄule

---

kommen mÃ¼sse. Wegen dieser Gelenkerkrankung habe er 1997 eine Kur bekommen. Dabei habe sich sein HÃ¼ftgelenk aber nicht gebessert. Er habe das GefÃ¼hl, es sei durch die Kur erst richtig aufgewÃ¼hlt" worden. Derzeit habe er Schmerzen im HÃ¼ftbereich links mit starker WetterfÃ¼hligkeit. Er habe eine BeinverkÃ¼rzung von 1 cm links und trage deshalb einen Ausgleich. Die Schmerzen hÃ¶tten einen bohrenden, stechenden Charakter und beeintrÃ¶chtigten auch den Nachtschlaf. Beim weichen Sitzen komme es zu einer Ausstrahlung des Schmerzes von der HÃ¼fte zum GesÃ¶Ã¶. Dabei hÃ¶ufig plÃ¶tzliche SchmerzschÃ¼sse, bei denen er zusammenzucke. Er kÃ¶nne nicht mehr weitere Strecken gehen, sondern mÃ¼sse schon nach zehn Minuten pausieren. Im SchultergÃ¼rtel und in den Armen habe er SchweregefÃ¼hl. Der SachverstÃ¶ndige hat folgenden Untersuchungsbefund erhoben:

Im Stand Beckentiefstand li 1 cm. Mit LÃ¶ngenausgleich WirbelsÃ¶ule gerade, bei Vorbeugung kein Rippen- oder Lendenwulst. Kreuzdarmbeingelenke bei Wechselbelastung re / li seitengleich mobil. Rumpfbeugung bis zu einem Fingerkuppen-Bodenabstand von 5 cm frei. Schober-Zeichen 10 / 14 cm regulÃ¶r. Seitneigung rechts Fingerkuppen-Bodenabstand 64/48, links 62/47 regulÃ¶r. Nacken/Schultermuskulatur hypertonisch (verspannt) Linke Schulter hÃ¶ngt. Arme in allen Gelenken frei beweglich, dabei leichtes Reiben im linken Schultergelenk. Nacken und Kreuzgriff beiderseits frei. LendenwirbelsÃ¶ule: Vorbeugung (=Kyphosierung) frei (FBA 5 cm) Wiederaufrichtung flÃ¶ssig und schmerzfrei, auch gegen Widerstand â keine Aufrichteinsuffizienz". RÃ¼ckbeugung (=Lordosierung) ausgiebig und unempfindlich. Fallstauchung aus dem Zehenstand unempfindlich. In RÃ¼ckenlage indirekte Lordosierung durch gestreckte Beinhebung ("GÃ¼ntz I") und durch Rumpfaufrichtung ("GÃ¼ntz II") unempfindlich, ebenso die direkte Hyperlordosierung in der Bauchlage durch Anheben der Beine nach hinten oder durch maximale Kniebeugung. Auf Dornfortsatzdruck sind die unteren zwei Lumbalsegmente empfindlich mit reflektorischer Muskelspannung â sie sind im Wirbelverband aber fest (= keine tastbare Segmentlokerung). Der Ileo-lumbal-Winkel links ist druckempfindlich mit Angabe von Ausstrahlung ins linke GesÃ¶Ã¶. Die Ischiasdruckpunkte ("Valleix") am GesÃ¶Ã¶, in der Glutaealfalte und im Ober/Unterschenkelverlauf sind unempfindlich. HÃ¼ftgelenke: Frei von lokalem Druckschmerz.

RÃ¶ntgenbefunde: LendenwirbelsÃ¶ule a-p und seitlich von 1993, 1995 und 1998: Die a-p-Aufnahmen sind unterschiedlich zentriert, lassen sich aber trotzdem vergleichen. Seitlich gerader Verlauf der LWS 93/95, leicht linksgekippter Ansatz Ã¼ber dem Kreuzbein 1998. Die HÃ¶he des Zwischenwirbelraumes (= Bandscheibendicke) ist zwischen L IV und L V im Vergleich zu den Nachbarsegmenten gemindert. Die HÃ¶henminderung hat sich von 95 zu 98 verstÃ¶rkt (Seitenbild). Im a-p-Bild: Spondylotische Ossifikationen (VerknÃ¶cherungen, Zacken) der LÃ¶ngsbandansÃ¶tze sind 1993 diskret an L IV oben beiderseits und unten links sichtbar. 1995 deutlich stÃ¶rkere AusprÃ¶gung und zusÃ¶tzliche Ossifikationen an L III beiderseits unten und bei L V links oben. Weitere vermehrte AusprÃ¶gung 1998 â hier ganz diskret auch eine beginnende Ossifikation L II rechts unten. Im Seitenbild wird die Ausbildung der Bandansatzossifikationen (hier nun vorderes LÃ¶ngsband) im Zeitablauf noch deutlicher: 1993 geringe

---

Ausprägung L V und L IV vorne oben. 1995 stärkere Ausprägung und zusätzliche Reaktionen an L IV oben und an L III unten und oben. 1998 schließlich ausgeprägte spondylotische Zacken, die bei L IV oben schon die Form einer nach oben gebogenen Spange hat. 1998 erstmalig auch eine deutliche Sklerosierung der oberen Deckplatte von L V und der korrespondierenden unteren Deckplatte von L IV. Auf allen a-p-Bildern ein unvollständiger Bogenschluss des ersten Sakralwirbels (Spina bifida). Schrägaufnahmen der LWS von 1994 zeigen rechts eine eben angedeutete, links eine deutliche Ossifikationsstörung der Interarticularportion von L V = "Spondylolyse". Eine Wirbelverschiebung im Sinne eines Wirbelgleitens, also eine "Spondylolisthesis" besteht nicht. Der Abstand der Wirbelbogen-Abgangs-Ovale wird von Segment zu Segment von oben nach unten größer: L I: 24 mm; L II: 25 mm; L III: 25 mm; L IV: 27 mm; L V: 33 mm Ein "enger Spinalkanal" liegt demnach nicht vor.

Zum Krankheitsverlauf führt der Sachverständige aus, der Kläger sei von 1975 ab in fachorthopädischer behandelt worden. Das damals unklare Krankheitsbild habe eine lumbale Wurzelreizung nicht auszuschließen vermocht und eine Anzeige über eine Berufskrankheit veranlasst. Die weiter unklare Symptomatik habe 1995 zur Konsultation der Neurologin geführt, die seinerzeit eine Wurzelkompression in Erwägung gezogen habe (SG BI. 53). Bereits vorher habe ein Computertomogramm eine geringfügige Bandscheibenprotrusion ergeben (SG BI. 53). Von Frau DM Z1 sei eine Berufsunfähigkeit als Baumaschinist festgestellt worden (SG BI. 51/52). Mitte 1997 habe die Behandlung bei Dr.sc.med.B1 begonnen, der ein manifestes, ausgeprägtes Wurzelkompressionssyndrom (= "Ischias" = vulgär "Bandscheibenvorfall") mit eindeutiger Symptomatik festgestellt habe mit Reflexstörung, einem sensiblen Dermatome, Empfindlichkeit der Ischias-Nervendruckpunkte und einem Ischiasdehnungsschmerz. Die Wurzelkompression sei in der Folgezeit wieder abgeklungen, was einen typischen Verlauf darstelle und sei zum Zeitpunkt der jetzigen gutachterlichen Untersuchung nur noch an der Muskelatrophie am linken Bein und einer geringen Nervendruckempfindlichkeit im oberen Abschnitt des n.ischiadicus (= "Ischiasnerv") nachweisbar. Dr. M1 gelangt zu folgenden Diagnosen:

1. Zustand nach lumbalem Wurzelkompressionssyndrom. Geringe Restsymptomatik ohne Krankheitswert.
2. Arthrosis deformans des linken Hüftgelenkes mit geringer Beweglichkeitseinschränkung und leichtem, endgradigem Bewegungsschmerz.
3. Zustand nach Schultergelenks-Kapselschrumpfung links ("frozen shoulder") geringe Restbeschwerden ohne nachweisbare Beweglichkeitseinschränkung.
4. Beweglichkeitseinschränkung der Halswirbelsäule.

Weitere Befunde: Unvollständiger Wirbelbogenschluss S I, Ossifikationsstörung im Wirbelbogen L V ("Spondylolyse").

Der Sachverständige erlutert ferner, dass es sich bei der Spina bifida um eine gerade im unteren Lumbalbereich häufige Verknöcherungshemmung handelt. Seien derartige Hemmungen weit und ausgedehnt, könne im Spinalkanal das Nervengewebe beziehungsweise seine Nervenfasern beeinträchtigt werden (offener Wirbelkanal). Beim Kläger jedoch handle es sich um einen Zufallsbefund, der weder Stabilität noch Mobilität des Bewegungssegmentes beeinflusse, noch

---

die H<sup>1</sup>/<sub>4</sub>llen des Neuralrohres ber<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hre. Dieser Befund stelle weder eine Erkrankung" dar noch mindere er die Segmentfunktion â□□ er stelle also auch keine Krankheitspotenzial dar. Zur Spondylolyse erl<sup>1</sup>/<sub>4</sub>utert der Sachverst<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ndige, es handele sich hierbei um eine nicht seltene Verkn<sup>1</sup>/<sub>4</sub>cherungshemmung in Abschnitt des Wirbelbogens zwischen oberem und unterem Gelenkfortsatz. Sie k<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nnne nicht nur die Stabilit<sup>1</sup>/<sub>4</sub>t im Bewegungssegment mindern, sondern sogar zu Nervenst<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rlungen f<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hren. Im vorliegenden Fall jedoch sei das Wirbels<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ulengef<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ge im betroffenen Segment <sup>1</sup>/<sub>4</sub>ber das ganze Leben intakt geblieben und es sei nicht zur Zusammenhangstrennung und zum Wirbelgleiten gekommen. Der Befund habe also im Krankheitsgeschehen keine Rolle gespielt.

Ferner weist der Sachverst<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ndige darauf hin, dass H<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ufigkeit und Schwere der allermeisten Wirbels<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ulenst<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rlungen mit zunehmendem Alter und st<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rkerer Auspr<sup>1</sup>/<sub>4</sub>gung der Ver<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nderungen keineswegs zun<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ehmen, was in diesem Falle zu sehen sei. Im Bereich der Lendenwirbels<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ule sei der Vorgang der Chondrosis intervertebralis" so h<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ufig, dass von einem Lebensvorgang gesprochen werden k<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nnne: der allgemeine R<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ckgang des FI<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ssigkeitsgehaltes der K<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rlpergewebe sei biologisch. Mit ihm nehme der Quellungsdruck des Lendenbandscheibenkernes ab, die stabilisierende Spannung im Segment lasse nach und die entspannten B<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nder ossifizierten an den Ans<sup>1</sup>/<sub>4</sub>tzen am Wirbel (=Spondylosis deformans"). Meist verlaufe dieser Prozess kompensiert, es bestehe ein Ausgleich zwischen Spannungsverlust der Bandscheibe und Verk<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rzung der teilweise ossifizierten B<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nder â□□ der Vorgang sei kompensiert, es komme zu keinen Krankheitssymptomen.

Zusammenfassend gelangt der Sachverst<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ndige zu dem Ergebnis, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS liege in wenig funktionseinschr<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nkenden Restsymptomen vor (abgelaufenes Wurzelkompressionsyndrom L V / S 1 mit noch geringer Nervendruckempfindlichkeit und leichtem Tonus- und Umfangsverlust der Beinmuskulatur). Nach Verlauf der Erkrankung mit Entwicklung der ausgepr<sup>1</sup>/<sub>4</sub>gten Symptomatik <sup>1</sup>/<sub>4</sub>ber Jahre hinweg sei eine wesentliche Mitbedingtheit durch die Berufsexposition anzunehmen. Nach der Beurteilung durch Frau DM Z1 â□□ habe Berufsunf<sup>1</sup>/<sub>4</sub>higkeit als Baumaschinist vorgelegen, die der weitere Verlauf als vollkommen stichhaltig bewiesen habe. Die Erkrankung habe den Kl<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ger also zur Unterlassung aller T<sup>1</sup>/<sub>4</sub>tigkeiten mit einer Exposition im Sinne der BK 2110 gezwungen. Die MdE liegt derzeit unter 10 v.H., sie habe 1997/98 sicher mehr als 30 v.H. ausgemacht, eine genauere Staffelung lie<sup>1</sup>/<sub>4</sub>en die vorliegenden Berichte jedoch nicht zu. Eine Fortsetzung der T<sup>1</sup>/<sub>4</sub>tigkeit als Baumaschinist h<sup>1</sup>/<sub>4</sub>tte durchaus zu einem schlechteren Verlauf der Krankheit im Sinne einer Verschlimmerung f<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hren k<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nnen.

Dem h<sup>1</sup>/<sub>4</sub>lt die Beklagte entgegen, aus rechtlicher Sicht sei eine bandscheibenbedingte Erkrankungen im Sinne der Nr. 2110 BKV als Erkrankung zu definieren, die mit einer Bandscheibensch<sup>1</sup>/<sub>4</sub>digung in urs<sup>1</sup>/<sub>4</sub>chlicher Wechselbeziehung stehe. Hierzu m<sup>1</sup>/<sub>4</sub>sse ein Schaden am Bandscheibengewebe mit klinischer Relevanz objektiviert worden sein. Zwingend erforderlich sei dazu der bildtechnisch und klinisch dokumentierte Nachweis ei- ner segmentalen

---

Bandscheibenveränderung, wobei dessen Folgen das altersmäßig zu erwartende Ausmaß überschreiten müsste. Eine solche Erkrankung sei jedoch nicht diagnostiziert worden (Höhlenminderung eines Zwischenraumes und klinischer Segmentbefund und vermehrter Muskeltonus und subjektiv: Schmerz durch Bewegung und fakultativ: Nervenwurzelreizung des gleichen Segments). Auch habe sich nach Bewertung durch den Gutachter die Höhe des Zwischenwirbelraumes L4/L5 im Vergleich der Aufnahmen von 1995 zu 1998 verschmälert. Ob dies auch den Bandscheibenraum L5/S1 betreffe, der anatomisch bedingt schon eine geringere Höhe aufweise als die übrigen Zwischenwirbelräume und der größten Belastung ausgesetzt sei, könne den Ausführungen nicht entnommen werden. In diesem Zusammenhang sei gleichfalls von Bedeutung, dass der Kläger ab dem 01.07.1994 keiner beruflichen Gefährdung mehr ausgesetzt gewesen sei. Es sei hinreichend bekannt, dass die Bandscheiben ab dem 30. Lebensjahr einem natürlichen (altersbedingten) Verschleiß unterliegen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 24. Juni 1999 mit dem Bescheid vom 19.07.1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.12.1995 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sein Wirbelsäulenleiden als BK anzuerkennen und zu entschädigen, hilfsweise, Leistungen nach [§ 3 BKV](#) zu erbringen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen neben den Prozessakten beider Rechtszüge die Verwaltungsakten vor.

Entscheidungsgründe:

Die fristgemäß eingelegte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nur zum Teil begründet.

Unbegründet ist die Berufung, soweit sie sich gegen die Verneinung der Voraussetzungen des Bestehens einer BK nach den Nrn. 2108 oder 2110 BKV richtet. In beiden Fällen handelt es sich um bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS, einmal gemäß Nr. 2108 bedingt durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung (eine derartige Tätigkeit hat der Kläger allerdings nie ausgeübt) zum anderen gemäß Nr. 2110 durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkungen von Ganzkörperschwingungen im Sitzen. Diese letztgenannte Voraussetzungen sind zwar im Falle des Klägers erfüllt. Doch leidet der Kläger nicht an einer derartigen berufsbedingten Erkrankung.

Der Kläger hat seine langjährige Tätigkeit als Baumaschinist am 24.1.1995 aufgegeben. Eine Erkrankung im Sinne von Nr. 2108 oder Nr. 2110 BKV als Dauerzustand ist dadurch nicht entstanden. Nach dem Gutachten von Dr. M1

---

vom 26.5.2003, der den Kläger am 17.4.2003 untersuchte, fand sich im Bereich der LWS nur eine geringe Restsymptomatik nach einem im Jahre 1997 festgestellten Wurzelkompressionssyndrom, die vom Sachverständigen ausdrücklich als ohne Krankheitswert" bezeichnet wird. Die von DM Z1 und von Dr. M1 bestatigte Bogenschlussstörung bzw. Spondylolyse ist nicht bandscheibenbedingt. Auch ist von einer Verursachung durch berufliche Belastungen nichts bekannt (Rompe /Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 3. Aufl. 1998, S. 397). Die feststellbaren Bandsatzossifikationen haben ebenfalls keinen Krankheitswert, die Dr. M1 erlutert.

Zum maßgebenden Zeitpunkt der Entscheidung des Senats lässt sich deshalb schon nicht das Bestehen einer Bandscheibenerkrankung als solcher feststellen. Ob der Kläger in der Vergangenheit an einer berufsbedingten Bandscheibenerkrankung gelitten hat, kann offen bleiben. Der Umstand, dass sich die LWS-Befunde auch nach Aufgabe der Berufstätigkeit verschlechtert haben, insbesondere das Wurzelkompressionssyndrom erst Mitte 1997, also ein knappes halbes Jahr nach dem Ende der belastenden Tätigkeit auftrat (und wieder abklang) sowie der Umstand, dass sich die Bandscheibenerniedrigung bis 1998 weiter verstärkte, spricht gegen ein berufsbedingtes Leiden.

Es fehlt aber für eine derartige Feststellung das Feststellungsinteresse, da nach den erhobenen Befunden die Voraussetzungen für die geltend gemachte Rentengewährung zu keinem Zeitpunkt erfüllt waren. Im Bericht von DM Z1 wird ein weitgehend normaler Finger-Fußbodenabstand von 0 bzw. 10 cm genannt, ebenfalls innerhalb der Norm fand sich das Schober sche Zeichen mit 10/13. Die Untersuchung durch Prof. Dr. G1 erbrachte keine wesentlichen Funktionseinschränkungen. Insbesondere waren die Drehbeweglichkeit und die Seitneigung des Rumpfes nicht eingeschränkt (Gutachten S. 8, SG-Akte Bl. 80). Gegenüber Dr. M1 hat der Kläger keine bandscheibentypischen Beschwerden angegeben. Auch dieser Sachverständige bezeichnet die einschlägigen Messdaten ausdrücklich als regulär" (S. 3, LSG-Akten Bl. 116). Dass der Kläger in der Zeit der akuten Wurzelkompressionssymptomatik zeitweise beeinträchtigt war, rechtfertigt keine Dauerleistung.

Zu Unrecht hat das SG jedoch die Klage in vollem Umfang abgewiesen, denn der angefochtene Verwaltungsakt ist nicht voll rechtmäßig. Der Kläger hat einen Anspruch auf Übergangsleistungen nach [§ 3 Abs. 2 BKV](#).

Nach [§ 3 Abs. 1 BKV](#) haben die Unfallversicherungsträger, wenn für Versicherte die Gefahr besteht, dass eine BK entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben sie darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Versicherte, welche die gefährdende Tätigkeit unterlassen, weil die Gefahr fortbesteht, haben nach Abs. 2 zum Ausgleich hierdurch verursachter Minderung des Verdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile gegen den Unfallversicherungsträger Anspruch auf

---

Übergangsleistungen. [Â§ 3 BKV](#) hat eine präventive Zielrichtung, nämlich die Vermeidung von Gesundheitsschäden vor Eintritt des Versicherungsfalls (vgl. Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 05.08.1993 -)