# S 9 U 2606/18

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Baden-Württemberg |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Baden-Württemberg |
| Sachgebiet | Unfallversicherung |
| Abteilung | 9 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | 1. Zur Bestimmung der für eine Krankheitsverursachung erforderlichen Belastungsdosis i.S.d. BK Nr. 2108 (Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule) ist in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG weiterhin das Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) heranzuziehen.<br>2. Die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen beruflichen Belastungen und Band-scheibenerkrankung hat auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu erfolgen. Hierzu gehören weiterhin die sogenannten Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe („Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule“). Diese setzen unter anderem ein belastungskonformes Schadensbild und eine plausible zeitliche Korrelation zwischen der beruflichen Belastung und der bandscheibenbedingten Erkrankung voraus. |
| Normenkette | SGB 7 § 9 Abs 1 S 1<br>BKV BK 2108 Anl 1 |

**1. Instanz**

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 9 U 2606/18 |
| Datum | 28.01.2021 |

**2. Instanz**

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 9 U 492/21 |
| Datum | 23.06.2022 |

**3. Instanz**

| | |
|---|---|
| Datum | - |

**Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 28. Januar 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.**

**AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.**

**Tatbestand**

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr.Â 2108 der AnlageÂ 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) streitig.

Der 1959 geborene KlÃ¤ger stellte am 18.10.2017 bei der Beklagten einen Antrag auf Anerkennung von Berufskrankheiten und legte ein Attest der Gemeinschaftspraxis S/N vom 01.09.2017 vor, wonach er u.a. unter Osteochondrose der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) sowie Spinalkanalstenose bei Zustand nach Bandscheibenvorfall LWS 2/3 sowie Discopathie und Zustand nach LendenwirbelsÃ¤ulenoperation LWS 4/5 leide. Daneben bestÃ¼nden Gonarthrose beidseits und Knieendoprothesen beidseits, Coxarthrose rechts und HÃ¼ftendoprothese rechts, Handgelenksarthrose links sowie eine Rotatorenmanschettenruptur links. Aufgrund der Vielzahl der orthopÃ¤dischen Erkrankungen sei auf einen beruflichen Zusammenhang (starke kÃ¶rperliche Belastung) zu schlieÃen. Die Beklagte leitete BK-Feststellungsverfahren hinsichtlich des WirbelsÃ¤ulen- und des Knieleidens ein.

Hinsichtlich seiner beruflichen TÃ¤tigkeiten gab der KlÃ¤ger auf einem entsprechenden Fragebogen der Beklagten fÃ¼r den Zeitraum 01.09.1974 bis 31.08.1977 eine Schreinerlehre (Lehrlingsarbeiten, letztes Lehrjahr Fenster- und TÃ¼rmontage), fÃ¼r den Zeitraum 01.09.1977 bis 25.11.1977 TÃ¤tigkeiten als Schreinergeselle (Lackiererei, Fensterfertigung, Hebearbeiten und Kniearbeiten), fÃ¼r den Zeitraum Dezember 1977 bis Januar 1978 und Mai 1978 bis Oktober 1979 TÃ¤tigkeiten als Maschinenarbeiter (Kurbelwellen von der Palette auf den Schleifbock gehoben, poliert und wieder zurÃ¼ck auf die Palette gehoben, teils mit der Hand, teils mit Kran, pro Welle ca. 50Â kg), fÃ¼r den Zeitraum Februar 1978 bis April 1978 TÃ¤tigkeiten als Schreiner im KÃ¼chenaufbau (KÃ¼chenblÃ¶cke und ElektrogerÃ¤te in LKW geladen und bei Kunden wieder ausgeladen und aufgebaut,

Schreinerarbeiten in der Werkstatt) an. Von November 1979 bis September 2009 war der KlÃ¤ger selbststÃ¤ndiger Inhaber eines Montagebetriebs fÃ¼r Garagentore und Servicearbeiten. Nach Ãbernahme der Firma durch seinen Sohn war der KlÃ¤ger noch von Oktober 2009 bis Februar 2012 mit TÃ¤tigkeiten ohne Tragen schwerer Lasten (KundendienstserviceauftrÃ¤ge, Arbeitsvorbereitung) beschÃ¤ftigt. Seit Dezember 2012 bezieht er Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Nach seinen Angaben im Erhebungsbogen der Beklagten hatte der KlÃ¤ger seit ca. 1978/1979 stÃ¤ndig Schmerzen in der LendenwirbelsÃ¤ule, die er auf seine schweren Arbeiten zurÃ¼ckfÃ¼hrte.

Nach der im April 1974 durchgefÃ¼hrten Erstuntersuchung nach Â§Â 45 Abs.Â 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes war der KlÃ¤ger zu Beginn seiner Ausbildung kÃ¶rperlich und geistig vollkommen gesund (vgl. Ã¤rztliche Mitteilung des K vom 11.04.1974). Laut von der Beklagten eingeholten Arztbriefen beim MVZ WirbelsÃ¤ulenzentrum am S1 bestand am 02.02.2016 ein Zustand nach mikrochirurgischer Dekompression LWK 2 bis 4 (26.11.2015), Osteochondrose der WirbelsÃ¤ule im Lumbalbereich, lumbale Bandscheibenprotrusion LWK 2/3, Foramenstenose LWS, Facettengelenksarthrose der LWS. Eine im Oktober 2015 durchgefÃ¼hrte kernspintomographische Untersuchung der LWS ergab eine geringe Pseudospondylolisthesis LWK 5/SWK 1, Zustand nach alter Fraktur des BWK 11, erosive Osteochondrosen LWK 2 bis SWK 1, im Segment LWK 2/3 erosive Osteochondrose Typ ModicÂ 1, Spondylarthrose mit Punktum maximum L 5/S 1, breitbasiger Prolaps bis foraminal im Segment LWK 2/3, hier absolute spinale Enge, spinale Enge im Segment LWK 3/4 bei sehr diskreter Protrusion und sehr krÃ¤ftigem epiduralem Fettgewebe, rechtsbetonte Neuroforamenenge, spinale Enge im Segment LWK 4/5 bei geringer Protrusion und sehr krÃ¤ftigem epiduralem Fettgewebe, knÃ¶chern bedingte Neuroforamenenge links, geringe Protrusion L5/S1 bis foraminal, linksbetonte Neuroforamenenge, breitbasiger kleiner bis foramenal reichender Prolaps Th10/11 (vgl. Befundbericht des B vom 30.10.2015). Im November 2015 wurde eine knÃ¶cherne Dekompression mit Undercutting LWK 2/3 rechts und LWK 3/4 rechts durchgefÃ¼hrt (Entlassungsbericht der H-Klinik M-P vom 30.11.2015). Eine im Januar 2016 durchgefÃ¼hrte CT der LWS ergab eine regelrechte postoperative CT-Kontrolle bei Zustand nach Dekompression einer Spinalkanalstenose in den Etagen LWK 2/3 und 3/4 von rechts (Bericht des G vom 19.01.2016).

Die Beklagte zog darÃ¼ber hinaus von der AOK U B ein Mitglieds- und Vorerkrankungsverzeichnis bei und holte bei G1 eine beratungsÃ¤rztliche Stellungnahme ein. Mit Stellungnahme vom 21.02.2018 hielt G1 unter BerÃ¼cksichtigung der beim KlÃ¤ger vorliegenden GesundheitsbeeintrÃ¤chtigungen an der LWS (groÃer Bandscheibenvorfall L 2/3, kleinerer Bandscheibenvorfall L 3/4, BandscheibenvorwÃ¶lbung L 5/S1 sowie massive degenerative VerÃ¤nderungen LWK 2/3 bis LWK 5/SWK 1) ein belastungskonformes Schadensbild im Sinne der medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der LWS fÃ¼r nicht gegeben.

Mit Bescheid vom 22.03.2018 lehnte die Beklagte die Anerkennung der

LendenwirbelsÃ¤ulenerkrankung des KlÃ¤gers als BK nach Nr.Â 2108 ab. Es liege keine bandscheibenbedingte Erkrankung der WirbelsÃ¤ule im Sinne einer BK Nr. 2108 vor, weil es unter BerÃ¼cksichtigung der vorliegenden Befunde und nach Auswertung der eingeholten radiologischen Aufnahmen an einem belastungskonformen Schadensbild an der LWS fehle. Charakteristisch fÃ¼r diese Berufskrankheit sei u.a. eine Betonung der BandscheibenschÃ¤den â□□ z.B. in Form einer HÃ¶henminderung der Bandscheibe (Chondrose) â□□ in den unteren drei Abschnitten der LWS, also den Segmenten zwischen dem fÃ¼nften LendenwirbelkÃ¶rper (LWK) und dem ersten WirbelkÃ¶rper des Kreuzbeins (L 5/S 1), dem vierten und fÃ¼nften LWK (L 4/L 5) und dem dritten und vierten LWK (L 3/L 4). Hierbei mÃ¼sse die Verteilung von oben nach unten zunehmend sein. Eine derartige Schadensverteilung sei beim KlÃ¤ger nicht gegeben. Bei ihm seien degenerative VerÃ¤nderungen in den Segmenten L 2/3, L 3/4, L 4/5 und L 5/S 1 mit fortschreitenden Osteochondrosen festgestellt worden. Weiterhin bestehe ausschlieÃ□lich in den oberen Segmenten der LendenwirbelsÃ¤ule bei L 2/3 und L 3/4 jeweils ein Bandscheibenvorfall. Im untersten Segment LÂ 5/S 1 liege nur eine BandscheibenvorwÃ¶lbung vor, dies gelte ebenso auch fÃ¼r das Segment LÂ 4/5. Da die beiden unteren Segmente keine bandscheibenbedingte Erkrankung aufwiesen und kein von oben nach unten zunehmendes Erkrankungsbild vorliege, spreche dies bereits gegen ein belastungskonformes Schadensbild. Hinzu komme, dass sich nach den Angaben des KlÃ¤gers erste WirbelsÃ¤ulenbeschwerden bereits im jungen Erwachsenenalter ca. 1978/1979 bemerkbar gemacht hÃ¤tten. Dies deute auf eine Ã¼berragende Schadensanlage zur Entwicklung einer verschleiÃ□bedingten Erkrankung an der WirbelsÃ¤ule hin. Weiterhin seien neben der WirbelsÃ¤ule u.a. auch die HÃ¼ftgelenke und Kniegelenke von einer Arthrose betroffen. Dies spreche fÃ¼r einen allgemeinen GelenkverschleiÃ□ ohne beruflichen Bezug. Ein Krankheitsbild im Sinne der BK Nr.Â 2108 sei somit auszuschlieÃ□en.

Zur BegrÃ¼ndung des hiergegen am 06.04.2018 erhobenen Widerspruchs trug der KlÃ¤ger vor, dass nach seiner Ansicht eine persÃ¶nliche orthopÃ¤dische Begutachtung erfolgen mÃ¼sse, um die Entscheidung zu rechtfertigen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.07.2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck. Nachdem die beratungsÃ¤rztliche Stellungnahme unter BerÃ¼cksichtigung der sogenannten Konsensempfehlungen und der vorliegenden Befunde, insbesondere der bildtechnischen Befunde vorgenommen worden sei, sei eine orthopÃ¤dische Begutachtung nicht erforderlich. Denn ein sogenanntes belastungskonformes Schadensbild liege beim KlÃ¤ger nicht vor.

Hiergegen hat der KlÃ¤ger am 24.08.2018 Klage zum Sozialgericht (SG) Ulm erhoben und zur BegrÃ¼ndung geltend gemacht, er habe Ã¼ber viele Jahre hinweg wirbelsÃ¤ulenbelastende TÃ¤tigkeiten ausgefÃ¼hrt. Nach der Schreinerlehre (davon das letzte Jahr in der Fenster- und TÃ¼renmontage) habe er von 1977 bis Januar 1978 als Maschinenarbeiter gearbeitet und habe dabei pro Tag 35 Kugelwellen (Gewicht 50Â kg) von der Palette auf den Schleifbock heben, polieren und sie wieder zurÃ¼ck auf die Palette heben mÃ¼ssen. Diese Arbeit sei teils mit der Hand, teils mit einem Kran durchgefÃ¼hrt worden. Als Angestellter im KÃ¼chenaufbau (Februar 1978 bis April 1978) habe er KÃ¼chenblÃ¶cke und

ElektrogerÃ¤te in einen LKW geladen, beim Kunden wieder ausgeladen und aufgebaut. Hierbei hÃ¤tten die KÃ¼chenmÃ¶bel und GerÃ¤te auch in die Wohnungen der Kunden getragen werden mÃ¼ssen. Im Zeitraum November 1979 bis September 2009 (TÃ¤tigkeit als selbststÃ¤ndiger Garagentormonteur) habe er mit Mitarbeitern Garagentore auf die Laderampe seines LKW laden und wieder abladen, diese zur Garage tragen und einbauen mÃ¼ssen. Vorher habe das alte Tor ausgebaut werden mÃ¼ssen. TÃ¤glich hÃ¤tten drei bis fÃ¼nf Garagentore ein- und ausgebaut werden mÃ¼ssen. Im Ã¤rztlichen Attest derÂ  W vom 01.09.2017 sei eine Osteochondrose der LWS diagnostiziert worden. Eine derartige Osteochondrose sei geeignet zur Anerkennung einer BK Nr.Â 2108. Die Zunahme des Schadensbildes von oben nach unten sei zwar ein wichtiges Indiz, aber kein Ausschlusskriterium. Mit dem SG Aachen (Urteil vom 27.01.2005 â S 9 U 88/03 -) sei er der Auffassung, dass bei im Ãbrigen dichter Indizienkette zugunsten eines Kausalzusammenhanges, insbesondere auch fehlender Betroffenheit der oberen WirbelsÃ¤ulenabschnitte und fehlenden Anhaltspunkten fÃ¼r eine alternative Verursachung der Zusammenhang dennoch als wahrscheinlich anzusehen sei.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Ihr Beratungsarzt, der die medizinischen Kriterien fÃ¼r die Anerkennung einer BKÂ 2108 durchaus kenne, habe gerade in Kenntnis der beim KlÃ¤ger vorliegenden Osteochondrose das bestehende Krankheitsbild nicht als belastungskonform beurteilt. Das Vorliegen einer Osteochondrose allein sei also noch nicht hinreichend fÃ¼r die Anerkennung einer BK Nr.Â 2108. DarÃ¼ber hinaus sprÃ¤chen auÃer der Verteilung der VerÃ¤nderungen auch das frÃ¼he Auftreten der WirbelsÃ¤ulenbeschwerden schon in jungen Jahren sowie die mannigfaltigen degenerativen VerÃ¤nderungen der anderen Gelenke gegen einen rechtlich wesentlichen Zusammenhang.

Das SG hat bei H ein fachorthopÃ¤disches Gutachten eingeholt. In seinem Gutachten vom 19.05.2019 hat H ausgefÃ¼hrt, dass sich beim KlÃ¤ger zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs kernspintomographisch ausgeprÃ¤gte BandscheibenschÃ¤den in den unteren vier lumbalen Etagen gefunden hÃ¤tten, darÃ¼ber hinaus knÃ¶cherne Begleitreaktionen in Form von teils ausgeprÃ¤gten Spondylosen in diesen Segmenten. DarÃ¼ber hinaus habe sich aber auch eine hochgradige Einengung des zentralen Wirbelkanals in Segment L 2/L 3 durch anlagebedingte Faktoren, die nichts mit einer Bandscheibenerkrankung zu tun hÃ¤tten, gezeigt. Es habe also aus gutachterlicher Sicht eine konkurrierende Ursache fÃ¼r die damaligen massiven Beschwerden gegeben. Der KlÃ¤ger habe auch selbst ausgefÃ¼hrt, dass er vor der Operation vor allen Dingen schmerzhafte KrÃ¤mpfe in der Oberschenkelmuskulatur verspÃ¼rt habe; diese seien eher nicht auf einen Bandscheibenschaden zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Nachdem im Rahmen des operativen Eingriffs knÃ¶cherne Dekompressionen durchgefÃ¼hrt, d.h. die WirbelbÃ¶gen L 2 und L 3 auf der rechten Seite abgetragen worden seien, was aus Sicht des KlÃ¤gers zu einer weitgehenden Beschwerdefreiheit gefÃ¼hrt habe, seien seine Beschwerden offenbar primÃ¤r durch die knÃ¶chernen Einengungen hervorgerufen worden und nicht durch eine bandscheibenbedingte Erkrankung. Aus gutachterlicher Sicht lasse sich also eine bandscheibenbedingte Erkrankung nicht mit letzter Sicherheit ausschlieÃen, seiner Auffassung nach seien die Beschwerden aber eher auf primÃ¤r anlagebedingte Faktoren zurÃ¼ckzufÃ¼hren. DarÃ¼ber

hinaus ergebe sich aus gutachterlicher Sicht auch ein Zweifel, ob der KlÃ¤ger zum Zeitpunkt des Beschwerdebeginns schon langjÃ¤hrig entsprechenden beruflichen Belastungen unterworfen gewesen sei. Der KlÃ¤ger selbst habe ausgefÃ¼hrt, dass er seit Mitte der achtziger Jahre immer wieder ambulant wegen RÃ¼ckenschmerzen behandelt worden sei. DarÃ¼ber hinaus entspreche das radiologisch diffuse Schadensbild in den Etagen L 2/L 3 bis L 5/S 1 nicht dem theoretisch zu fordernden Muster (mit einem von oben nach unten zunehmenden Schadensbild). Es fehle auch an den von den Konsensempfehlungen geforderten Begleitspondylosen.

Auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§Â 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG ein weiteres fachorthopÃ¤disches Gutachten bei F eingeholt. In seinem Gutachten vom 24.10.2019 hat F die Auffassung vertreten, dass die von ihm diagnostizierten GesundheitsstÃ¶rungen (chronisch rezidivierendes LWS-Syndrom, sensibles Nervenwurzelreizsyndrom L 5 links, Bandscheibenschaden in der LWS) die Merkmale einer bandscheibenbedingten Erkrankung erfÃ¼llten. Daneben liege in der BWS ein Morbus Forestier vor. Eine Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition solle auf jeden Fall noch eingeholt werden. Auf ergÃ¤nzende Nachfrage durch das SG hat F mit ergÃ¤nzender Stellungnahme vom 25.05.2020 mitgeteilt, dass seiner Auffassung nach entsprechend den Konsensempfehlungen die Konstellation BÂ 2 angesetzt werden kÃ¶nne. In den RÃ¶ntgenaufnahmen vom 23.10.2019 werde in den Segmenten L 2 bis S 1 eine Chondrose GradÂ III festgehalten, ebenso werde in der MRT-Untersuchung vom 30.10.2015 ein Bandscheibenschaden in den Segmenten LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 nachgewiesen.

Die Beklagte hat unter BerÃ¼cksichtigung der TÃ¤tigkeitsbeschreibungen durch den KlÃ¤ger Stellungnahmen zur Arbeitsplatzexposition vorgelegt (BG Bau vom 07.04.2020, BGHM vom 24.07.2020), auf deren Inhalt Bezug genommen wird. Da unter BerÃ¼cksichtigung der beim KlÃ¤ger im Rahmen eines TelefongesprÃ¤chs erhobenen Angaben zu ArbeitsplÃ¤tzen, TÃ¤tigkeiten und Expositionen die Richtwerte des Verfahrens (Druckkraft 3,2Â kN bzw. Mindesttagesdosis) nicht erreicht worden seien, errechne sich nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) eine berufliche Gesamtbelastungsdosis fÃ¼r den Zeitraum 01.09.1974 bis 30.09.2009 in HÃ¶he von 0 x 106 Nh. Das dritte Zusatzkriterium der B 2-Konstellation â□□Erreichen der HÃ¤lfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzenâ□□ kÃ¶nne beim KlÃ¤ger als erfÃ¼llt angesehen werden; die als selbststÃ¤ndiger Garagenmonteur erreichte MDD-Tagesdosis erreiche 1,7Â kN und 2,8Â kN und liege somit bei einem Wert Ã¼ber der geforderten hohen Belastungsspitze. Mit weiterer beratungsÃ¤rztlicher Stellungnahme vom 03.08.2020 hat G1 daran festgehalten, dass sich bei den vorliegenden multisegmentalen degenerativen VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule kein Hinweis auf ein belastungskonformes Schadensbild ergebe. Der Hauptbefund finde sich im Segment L 2/3 mit entsprechenden degenerativen VerÃ¤nderungen. Dies sei einer Konstellation der Konsensempfehlungen nicht zuzuordnen.

Mit Urteil vom 28.01.2021 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, dass der KlÃ¤ger zwar â□□ entgegen den AusfÃ¼hrungen in der Stellungnahme des PrÃ¤ventionsdienstes der Beklagten â□□ die arbeitstechnischen Voraussetzungen fÃ¼r die geltend gemachte BK Nr.Â 2108 erfÃ¼lle. Dies ergebe

sich aus den Berechnungen des PrÃ¤ventionsdienstes der Beklagten und der BG Bau unter Zugrundelegung des MDD. An diesem Berechnungsmodell sei trotz diverser SchwÃ¤chen des MDD als Grundlage fÃ¼r die Konkretisierung der im Text der BK Nr.Â 2108 zur Kennzeichnung der beruflichen Einwirkungen verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe festzuhalten, weil aktuell kein den wissenschaftlichen Erkenntnisstand besser abbildendes Alternativmodell zur VerfÃ¼gung stehe (mit Hinweis auf BSG, Urteil vom 30.10.2007 â B 2 U 4/06 R -). Allerdings sei die dem MDD zugrundeliegende Mindestdruckkraft pro Arbeitsvorgang bei MÃ¤nnern mit dem Wert von 2.700Â N pro Arbeitsvorgang anzusetzen, und es kÃ¶nne das Erreichen einer bestimmten Mindesttagesdosis, wie nach dem MDD gefordert, nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht mehr verlangt werden, sodass bei der Berechnung auch die Tage mit Tagesdosen, die unterhalb der Mindesttagesdosis lÃ¤gen, zu berÃ¼cksichtigen seien. Im Hinblick auf die bestehenden Unsicherheiten seien die Richtwerte des MDD fÃ¼r die Gesamtbelastungsdosis zu halbieren, sodass von einem langjÃ¤hrigen Heben und Tragen schwerer Lasten bzw. einer langjÃ¤hrigen TÃ¤tigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung auszugehen sei, wenn mindestens die HÃ¤lfte des nach dem MDD ermittelten Wertes fÃ¼r die Gesamtbelastungsdosis erreicht oder Ã¼berschritten wÃ¼rde. Zwar gehe der PrÃ¤ventionsdienst der Beklagten im Ergebnis davon aus, dass die Gesamtdosis von 12,5Â MNh unterschritten sei. Dieser EinschÃ¤tzung liege jedoch die fehlerhafte Annahme zugrunde, dass im Rahmen der MDD-Berechnung eine Mindestdruckkraft pro Arbeitsvorgang bei MÃ¤nnern mit dem Wert 3,2Â kN pro Arbeitsvorgang anzusetzen und das Erreichen einer bestimmten Mindesttagesdosis zu verlangen sei. Wie dargelegt entspreche dies nicht mehr der Rechtsprechung des BSG. Unter Beachtung der dargelegten aktuell geltenden Vorgaben errechne sich â unter BerÃ¼cksichtigung der vom PrÃ¤ventionsdienst der Beklagten unter Anwendung einer Mindestdruckkraft pro Arbeitsvorgang bei MÃ¤nnern mit 3,2Â kN pro Arbeitsvorgang ermittelten Tagesdosiswerte (Firma J GmbH & Co. Holzbauwerke: 3,1 x 103 Nh, Firma D AG: 2,3 x 103 Nh, Firma M: 1,3 x 103Â Nh, Firma D AG: 3,2 x 103 Nh, Firma G: 2,4 x 103 Nh, Firma G: 3,2 x 103 Nh) eine Gesamtbelastungsdosis von 15,5Â x 103 MNh, womit der hÃ¤lftige Orientierungswert von 12,5 MNh Ã¼berschritten sei. Zwischen der beruflichen Belastung und dem beim KlÃ¤ger festgestellten WirbelsÃ¤ulenschaden bestehe jedoch kein kausaler Zusammenhang. Der beim KlÃ¤ger bestehende LendenwirbelsÃ¤ulenschaden sei nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf seine berufliche TÃ¤tigkeit zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Zwar liege beim KlÃ¤ger eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS in Form von BandscheibenvorfÃ¤llen in den Segmenten L 2/3 und L 3/4 sowie BandscheibenvorwÃ¶lbungen in den Segmenten L 4/5 und L 5/S 1 vor, was sich fÃ¼r die Kammer aus dem Gutachten des H ergebe. Die bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS sei jedoch nicht mit Wahrscheinlichkeit durch berufliche Einwirkungen verursacht. Das beim KlÃ¤ger vorliegende Verteilungsmuster der Erkrankung an der WirbelsÃ¤ule entspreche nach Art, AusprÃ¤gung und Lokalisation des Krankheitsbildes nicht der spezifischen Einwirkung in Form von Heben und Tragen schwerer Lasten. Beim KlÃ¤ger liege im Bereich der LWS ein breitbasiger Prolaps bis foraminal im Segment LWK 2/3 vor. Der SachverstÃ¤ndige H habe zutreffend darauf hingewiesen, dass bei dem KlÃ¤ger ein diffuses Schadensbild in den Etagen L 2/3 bis L 5/S 1 bestehe. In Ãbereinstimmung dazu

habe auch G1 multisegmentale degenerative VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule beschrieben und zu Recht darauf hingewiesen, dass sich der Hauptbefund im Segment L 2/3 mit entsprechenden degenerativen VerÃ¤nderungen finde und damit nicht dem zu fordernden und bereits dargelegten belastungskonformen Schadensbild einer BKÂ Nr. 2108 entspreche. Die EinschÃ¤tzung des SachverstÃ¤ndigen F, wonach eine Konstellation BÂ 2 vorliege, Ã¼berzeuge hingegen nicht. Zwar komme eine Konstellation BÂ 2 grundsÃ¤tzlich in Betracht, nachdem beim KlÃ¤ger eine bandscheibenbedingte Erkrankung in den Segmenten L 4/5 und L 5/S 1, aber keine Begleitspondylose vorliege. Es liege zudem ein besonderes GefÃ¤hrdungspotential durch hohe Belastungsspitzen vor (Befundkonstellation BÂ 2, dritter Spiegelstrich â drittes Zusatzkriterium). Dennoch seien die fÃ¼r einen wesentlichen Zusammenhang sprechenden medizinischen GrÃ¼nde unter BerÃ¼cksichtigung der einschlÃ¤gigen Konstellationen der Konsensempfehlungen mangels belastungskonformen Schadensbild nicht deutlich Ã¼berwiegend, sodass ein wesentlich beruflicher Entstehungszusammenhang der bandscheibenbedingten LWS-Erkrankung des KlÃ¤gers nicht mit Wahrscheinlichkeit festzustellen sei.

Gegen das ihm am 04.02.2021 zugestellte Urteil hat der KlÃ¤ger am 10.02.2021 Berufung eingelegt. Mit der Entscheidung durch das SG bestehe kein EinverstÃ¤ndnis. Das Gutachten des F sei weitaus umfassender und Ã¼berzeugender als das Gutachten des H. F habe angemerkt, dass die BegrÃ¼ndung des H sehr oberflÃ¤chlich sei bzw. dieser nicht ausreichend begrÃ¼ndet habe, weshalb kein berufsbedingter Zusammenhang der BandscheibenschÃ¤den vorliege. F habe demgegenÃ¼ber Ã¼berzeugend begrÃ¼ndet, weshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem berufsbedingten Zusammenhang auszugehen sei. Daher halte er auch mit Blick auf die Ergebnisse der Arbeitsplatzexposition das Gutachten des F fÃ¼r Ã¼berzeugend, zumal ebenfalls Â H einen berufsbedingten Zusammenhang nicht ausgeschlossen habe.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 28.Â Januar 2021 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22.Â MÃ¤rz 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.Â Juli 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, seine WirbelsÃ¤ulenerkrankung als Berufskrankheit gemÃ¤Ã Nr.Â 2108 der AnlageÂ 1 zur Berufskrankheitenverordnung anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Zur BegrÃ¼ndung verweist sie auf den Inhalt der Akte und das ihrer Auffassung nach zutreffende erstinstanzliche Urteil.

Auf Veranlassung durch den Senat hat die Beklagte eine ergÃ¤nzende Stellungnahme ihres PrÃ¤ventionsdienstes vom 04.11.2021 vorgelegt, gemÃ¤Ã der die arbeitstechnischen Voraussetzungen fÃ¼r eine BKÂ Nr. 2108 vorliegen.

Danach habe eine Korrektur und Neuberechnung mit Hilfe der IFA-Anamnese-Software eine berufliche Gesamtdosis des Versicherten fÃ¼r den Zeitraum 01.09.1974 bis 30.09.2009 in HÃ¶he von 22,00Â MNh ergeben. Dies entspreche einem prozentualen Anteil von 88 Prozent des Orientierungswertes von 25Â MNh fÃ¼r MÃ¤nner. Damit sei der mindestens geforderte hÃ¤lftige Orientierungswert von 12,5Â MNh gemÃ¤Ã der BSG-Rechtsprechung erreicht.

Der Senat hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens bei C, H1. C hat in seinem Gutachten vom 04.02.2022 beim KlÃ¤ger mittelgradige degenerative VerÃ¤nderungen in den HalswirbelsÃ¤ulenbewegungssegmenten C 5/C 6 und C 6/C 7 in Form einer VerschmÃ¤lerung der BandscheibenfÃ¤cher sowie nach vorne weisender knÃ¶cherner RandwÃ¼lste an den zugehÃ¶rigen Grund- und Deckplatten, mit mittelgradigen Verspannungen der krÃ¤ftig entwickelten Schulternackenmuskulatur, Klopfschmerzangabe Ã¼ber den DornfortsÃ¤tzen der unteren HalswirbelsÃ¤ule sowie mittelgradiger EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit, im Bereich der BrustwirbelsÃ¤ule rÃ¶ntgenologisch zwischen Th 7 und Th 10 insbesondere nach rechtsseitig ausladende knÃ¶cherne RandwÃ¼lste an den zugehÃ¶rigen Grund- und Deckplatten, die die ZwischenwirbelrÃ¤ume spangenartig Ã¼berbrÃ¼cken mit altersentsprechend unauffÃ¤lligem klinischem Befund und im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule rÃ¶ntgenologisch eine geringe linkskonvexe Seitauslenkung mit einem hieraus resultierenden Winkel von achtÂ Grad, zwischen L 2 und L 5 insbesondere auf der rechten Seite nach seitlich ausladende knÃ¶cherne RandwÃ¼lste, die die ZwischenwirbelrÃ¤ume zum Teil spangenartig Ã¼berbrÃ¼cken sowie eine Chondrose GradÂ III in den Bewegungssegmenten L 2/L 3 bis L 5/S 1 mit reizloser Narbe nach Spinalkanalerweiterung in den Segmenten L 2/L 3 und L 3/L 4 rechts 11/2015, mittelgradigen Verspannungen der krÃ¤ftig entwickelten paravertebralen Muskulatur, Klopfschmerzangabe Ã¼ber den DornfortsÃ¤tzen der mittleren LendenwirbelsÃ¤ule sowie endgradiger EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit festgestellt. Nach eigenen Ã¼berschlÃ¤gigen Berechnungen sei der hÃ¤lftige Orientierungswert von 12,5 x 106 Nh gemÃ¤Ã BSG-Urteil etwa Ende 1995 erreicht gewesen. Prinzipiell seien zwar die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Anerkennung einer BKÂ Nr. 2108 als erfÃ¼llt anzusehen, allerdings lasse sich eine plausible zeitliche Korrelation zwischen beruflicher Belastung einerseits und Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung andererseits nicht wahrscheinlich machen. Vom KlÃ¤ger sei im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung ein Arztbrief des K vom 11.09.1979 vorgelegt worden, in dem dieser angegeben habe, dass der KlÃ¤ger â seit zwei Jahren an rezidivierenden Lumbalgien im LWS-Bereichâ leide. Dies bedeute, dass die entsprechenden Beschwerden im Bereich der LWS 1977 begonnen hÃ¤tten. Am 25.11.1977 habe die berufliche Belastungsdosis bei 0,9 x 106Â Nh gelegen; im September 1979 bei etwa 1,9Â x 106Â Nh. Wenn man diese von K beschriebenen rezidivierenden Lumbalgien als erste Hinweise auf eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Bereich der LWS interpretiere, dann lasse sich hieraus eine plausible zeitliche Korrelation zwischen der beruflichen Belastung einerseits und der Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung andererseits nicht ableiten. Dass es sich bei

den Angaben von â□□rezidivierenden Lumbalgienâ□□ tatsÃ¤chlich um klinische Hinweise auf eine bandscheibenbedingte Erkrankung gehandelt habe, werde durch den von K beschriebenen rÃ¶ntgenologischen Befund bestÃ¤tigt. Er beschreibe nÃ¤mlich eine beginnende Osteochondrose in den Segmenten L 4/L 5 und L 5/S 1. Zwar datiere die nÃ¤chste auswertbare RÃ¶ntgenaufnahme erst vom 29.03.2007. Diese zeige jedoch eindeutig eine vorangeschrittene Chondrose in den Bewegungssegmenten L 3/L 4, L 4/L 5 und L 5/S 1, sodass es plausibel erscheine, dass eine 1979 beginnende Chondrose der unteren beiden Segmente in den Folgejahren zugenommen und schlieÃ□lich auch das darÃ¼ber liegende Segment L 3/L 4 erfasst habe. Unter medizinischen Gesichtspunkten bestÃ¼nden keine vernÃ¼nftigen Zweifel daran, dass der KlÃ¤ger unter einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LendenwirbelsÃ¤ule leide. Die seinerzeit (2015) operierte Spinalkanalstenose mÃ¼sse mit Wahrscheinlichkeit als sekundÃ¤re Folge der stattgehabten Chondroseentwicklung angesehen werden, insoweit kÃ¶nne der beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des G1 vom 21.02.2018 nicht zugestimmt werden. Auch wenn damit die rÃ¶ntgenologischen VerÃ¤nderungen prinzipiell als belastungskonform anzusehen seien, so lieÃ□en sie sich jedoch aufgrund ihrer zeitlichen Entwicklung der beruflichen Belastung nicht kausal zuordnen. In diesem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass sich entsprechende VerÃ¤nderungen ja auch in einer beruflich nicht exponierten Normalpopulation fÃ¤nden. Die besondere Betroffenheit der unteren Segmente der LendenwirbelsÃ¤ule entspreche insoweit der normalen Verteilung solcher Osteochondrosen, da die Belastung der BandscheibenfÃ¤cher auch unter Normalbedingungen nach unten hin zunehme. Insofern sei davon auszugehen, dass die Erkrankung des KlÃ¤gers schicksalsmÃ¤Ã□ig und aus innerer Ursache heraus entstanden sei. An seiner EinschÃ¤tzung hat C auch nach Vorlage weiterer Ã¤rztlicher Unterlagen durch den KlÃ¤ger Arztbrief (Chirurgie L vom 17.01.1978, Arztbrief der S1 und N1 vom 29.12.1994, Bescheid des Versorgungsamtes Ulm vom 27.08.1996, gutachterliche Stellungnahme vom 07.06.1997 im Rahmen eines Neufeststellungsantrags nach dem Schwerbehindertengesetz) mit ergÃ¤nzender gutachterlicher Stellungnahme vom 09.05.2022 festgehalten. Auch nach Vorlage dieser Arztbriefe spreche weiterhin alles dafÃ¼r, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung des KlÃ¤gers vor dem Beginn einer beruflich adÃ¤quaten Belastung angefangen habe und dann, ihrer Natur entsprechend, vorangeschritten sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die beigezogenen Akten der Beklagten verwiesen.

**EntscheidungsgrÃ¼nde**

Die fristgerecht erhobene und auch ansonsten zulÃ¤ssige Berufung (Â§Â§Â 141, 142, 151 SGG ist unbegrÃ¼ndet.

Das SG hat die Klage gegen die verfahrensgegenstÃ¤ndlichen Bescheide der Beklagten, die der KlÃ¤ger zulÃ¤ssigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage angegriffen hat, zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 22.03.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.07.2018 ist rechtmÃ¤Ã□ig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten. Er

hat keinen Anspruch auf die begehrte Anerkennung einer BK Nr.Â 2108. Beim KlÃ¤ger besteht keine als Berufskrankheit anzuerkennende bandscheibenbedingte Erkrankung der LendenwirbelsÃ¤ule.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die Anerkennung der begehrten BK ist Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) i.V.m. Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV. BKen sind gem. Â§ 9 Abs. 1 SGBÂ VII nur diejenigen Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet (Listen-BK) und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den Â§Â§ 2, 3 oder 6 SGB VII begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit erleiden. Nach Â§Â 9 Abs.1 SatzÂ 1 SGB VII sind von dem Verordnungsgeber in der BKV solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte TÃ¤tigkeit in erheblich hÃ¶herem Grade als die Ã¼brige BevÃ¶lkerung ausgesetzt sind. In der Anlage 1 zur BKV in der Fassung vom 12. Juni 2020 ist unter Nr.Â 2108 die Berufskrankheit wie folgt gefasst worden: Bandscheibenbedingte Erkrankungen der LendenwirbelsÃ¤ule durch langjÃ¤hriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjÃ¤hrige TÃ¤tigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und FunktionseinschrÃ¤nkungen gefÃ¼hrt haben. Die bis zum 31.12.2020 im Tatbestand der BK Nr. 2108 enthaltene Voraussetzung des sog. â□□Unterlassungszwangsâ□□ (â□□Bandscheibenbedingte Erkrankungen der LendenwirbelsÃ¤ule â□¦, die zur Unterlassung aller TÃ¤tigkeiten gezwungen haben, die fÃ¼r die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursÃ¤chlich waren oder sein kÃ¶nnenâ□□) ist mit Wirkung zum 01.01.2021 entfallen. Diese Ã□nderung der Rechtslage zum 01.01.2021 hat indes auf den vorliegenden Fall keine Auswirkungen. Denn nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme besteht beim KlÃ¤ger bereits keine bandscheibenbedingte Erkrankung der LendenwirbelsÃ¤ule, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch das durch die versicherte TÃ¤tigkeit veranlasste Heben und Tragen schwerer Lasten verursacht worden ist.

Die Anerkennung setzt zunÃ¤chst voraus, dass der Versicherte auf Grund von Verrichtungen bei einer versicherten TÃ¤tigkeit â□□ hier als BeschÃ¤ftigter nach Â§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII bzw. in Zeiten der SelbststÃ¤ndigkeit als freiwillig versicherter Unternehmer nach Â§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII â□□ langjÃ¤hrig schwer gehoben und getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet hat und hierdurch eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LendenwirbelsÃ¤ule entstanden ist und noch besteht. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des BSG ist ein Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten TÃ¤tigkeit und den Verrichtungen (sachlicher Zusammenhang), diesen Verrichtungen und den schÃ¤digenden Einwirkungen (EinwirkungskausalitÃ¤t) und den Einwirkungen und der Erkrankung (haftungsbegrÃ¼ndende KausalitÃ¤t) erforderlich. Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslÃ¶sende Folgen nach sich zieht (haftungsausfÃ¼llende KausalitÃ¤t), ist hingegen keine Voraussetzung fÃ¼r die Anerkennung der BK, sondern lediglich fÃ¼r einen etwaigen, auf dieser BK beruhenden Leistungsanspruch (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 04.07.2013 â□□ B 2 U

11/12 R -, juris).

In beweisrechtlicher Hinsicht mÃ¼ssen die Tatbestandsmerkmale â□□versicherte TÃ¤tigkeitâ□□, â□□Verrichtungâ□□, â□□Einwirkungenâ□□ und â□□Krankheitâ□□ im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen. Hingegen genÃ¼gt fÃ¼r die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden UrsachenzusammenhÃ¤nge die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloÃ□e MÃ¶glichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.2015 â□□ B 2 U 06/13 R -, juris m.w.N.). Um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit des ursÃ¤chlichen Zusammenhanges zu bejahen, muss sich unter WÃ¼rdigung des Beweisergebnisses ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit ergeben, dass ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen MÃ¶glichkeit ausscheiden und nach der geltenden Ã¤rztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung deutlich mehr fÃ¼r als gegen einen ursÃ¤chlichen Zusammenhang spricht (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 â□□ B 2 U 1/05 R -, juris m.w.N.).

Die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen beruflichen Belastungen und Bandscheibenerkrankung hat auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu erfolgen; daher sind neben der BegrÃ¼ndung des Verordnungsgebers auch die MerkblÃ¤tter des zustÃ¤ndigen Bundesministeriums, die wissenschaftliche BegrÃ¼ndung des Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigenbeirates sowie die sogenannten Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinÃ¤ren Arbeitsgruppe (â□□Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der LendenwirbelsÃ¤uleâ□□, Bolm-Audorff, et al., Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211 ff.) zu beachten. In seinen Urteilen vom 23.04.2015 hat das BSG bestÃ¤tigt, dass diese Konsensempfehlungen weiterhin den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand abbilden (vgl. hierzu ausfÃ¼hrlich, auch zu den zwischenzeitlich erfolgten MeinungsÃ¤uÃ□erungen in der medizinischen Wissenschaft, etwa zur Deutschen WirbelsÃ¤ulenstudie, BSG, Urteile vom 23.04.2015 â□□ B 2 U 06/13Â R -, â□□ B 2 U 10/14Â R â□□ und â□□ B 2 U 20/14 R -, vgl. auch Urteil vom 06.09.2018 â□□ B 2 U 13/17 R -, alle juris). Weder die mit dem vorliegenden Fall befassten medizinischen Gutachter noch die Beteiligten haben einen neueren von den Konsensempfehlungen abweichenden Stand der wissenschaftlichen Diskussion zu den bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS aufgezeigt. Diese stellen nach wie vor den aktuellen Stand der nationalen und internationalen Diskussion zur Verursachung von Bandscheibenerkrankungen der LWS durch kÃ¶rperliche berufliche Belastungen dar (BSG, Urteil vom 23.04.2015 â□□ B 2 U 20/14 R -, juris Rn. 32 ff.; SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 535Â ff.)

Unter BerÃ¼cksichtigung dieser GrundsÃ¤tze liegen die Voraussetzungen fÃ¼r die Anerkennung einer BK Nr. 2108 nicht vor.Â

Der KlÃ¤ger hat im Rahmen seiner versicherten TÃ¤tigkeiten langjÃ¤hrig, nÃ¤mlich im Zeitraum 1974 bis 2009, schwere Lasten, nÃ¤mlich Fenster, TÃ¼ren und Glasscheiben (als Schreinerlehrling und Geselle), Kurbelwellen fÃ¼r LKW (als

Maschinenbediener), KÃ¼chenblÃ¶cke, Arbeitsplatten und ElektrogerÃ¤te (als Schreiner in der KÃ¼chenmontage) sowie kleine und groÃe Garagentore und NebeneingangstÃ¼ren (als Garagentormonteur) teilweise allein, hÃ¤ufig mit zwei bis drei Mann, gehoben und getragen. Er hat dabei nach seinen Angaben, die der PrÃ¤ventionsdienst seinen Feststellungen und Berechnungen vollstÃ¤ndig zugrunde gelegt hat, TÃ¤tigkeiten ausgefÃ¼hrt, die mit typischen Hebe- und Tragebelastungen verbunden waren.

Zur Bestimmung der fÃ¼r eine Krankheitsverursachung erforderlichen Belastungsdosis zieht der Senat in Ãbereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG das Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) heran, welches seit 2003 (vgl. BSG, Urteil vom 18.03.2003 â B 2 U 13/02 R â und Urteile vom 23.04.2015, a.a.O.) eine geeignete Grundlage zur Konkretisierung der im Text der BK Nr. 2108 mit den unbestimmten Rechtsbegriffen âlangjÃ¤hrigesâ Heben und Tragen âschwerer Lastenâ oder âlangjÃ¤hrigeâ TÃ¤tigkeit in âextremer Rumpfbeugehaltungâ nur ungenau und allenfalls nur richtungsweisend umschriebenen Einwirkungen ist. Die aufgrund einer retrospektiven Belastungsermittlung fÃ¼r risikobehaftete TÃ¤tigkeitsfelder ermittelten Werte, insbesondere die Richtwerte fÃ¼r die Gesamtbelastungsdosis des MDD, sind nicht als Grenzwerte, sondern als Orientierungswerte oder -vorschlÃ¤ge zu verstehen (BSG, Urteil vom 18.11.2008 â B 2 U 14/07 R -, juris). FÃ¼r MÃ¤nner legt das MDD als Gesamtbelastungsdosis den Wert von 25 x 106 Nh fest. Das MDD bedarf jedoch im Hinblick auf die an seinen wissenschaftlichen Grundlagen und seinem Berechnungsmodus geÃ¤uÃerte Kritik der weiteren ÃberprÃ¼fung. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse deuten nÃ¤mlich darauf hin, dass auch unterhalb der Orientierungswerte nach dem MDD liegende Werte ein erhÃ¶htes Risiko fÃ¼r Bandscheibenerkrankungen auslÃ¶sen kÃ¶nnen. Auf eine Mindesttagesdosis ist daher entsprechend dem Ergebnis der Deutschen WirbelsÃ¤ulenstudie zu verzichten. Der untere Grenzwert, bei dessen Unterschreitung nach gegenwÃ¤rtigem Wissensstand ein Kausalzusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und bandscheibenbedingter Erkrankung der LendenwirbelsÃ¤ule ausgeschlossen und deshalb auf einzelfallbezogene medizinische Ermittlungen verzichtet werden kann, ist auf die HÃ¤lfte des im MDD vorgeschlagenen Orientierungswertes die Gesamtbelastungsdosis von 25 x 106 Nh bei MÃ¤nnern herabzusetzen (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.2015 â B 2 U 10/14 R -, juris, Rn. 14).

Bei der Beurteilung der Dauer, HÃ¤ufigkeit und StÃ¤rke der Einwirkungen stÃ¼tzt sich der Senat auf die Ermittlungen und Berechnungen des PrÃ¤ventionsdienstes der Beklagten, der hierbei nach Hinweisen durch den Senat zuletzt die durch die dargelegte Rechtsprechung des BSG modifizierten Werte des MDD zugrunde gelegt hat. Der Senat hat keine Zweifel, dass die Berechnungen des PrÃ¤ventionsdienstes zutreffend sind, weshalb er sie seiner Entscheidung zugrunde legt. Vom KlÃ¤ger wurden diese Berechnungen auch nicht in Zweifel gezogen. Der PrÃ¤ventionsdienst der Beklagten hat unter BerÃ¼cksichtigung der neueren Rechtsprechung des BSG in seiner Stellungnahme vom 04.11.2021 die berufliche Belastung des KlÃ¤gers ermittelt und ausgehend von den mit der AusÃ¼bung der unterschiedlichen TÃ¤tigkeiten des KlÃ¤gers verbundenen WirbelsÃ¤ulenbelastungen im Zeitraum von 1974 bis 2009 eine Belastungsdosis von insgesamt 22 x 106 Nh errechnet (88

Prozent des Orientierungswertes nach dem MDD von 25 x 106 Nh). Die nach der Rechtsprechung des BSG erforderliche Mindestbelastungsdosis von 12,5 x 106 Nh wurde somit vom KlÃ¤ger Ã¼berschritten. Auch die erforderliche LangjÃ¤hrigkeit und RegelmÃ¤Ãigkeit der wirbelsÃ¤ulenbelastenden TÃ¤tigkeiten waren gegeben.

Ausgehend hiervon stellt der Senat zunÃ¤chst fest, dass er in Ãbereinstimmung mit C davon ausgeht, dass der hÃ¤lftige Orientierungswert von 12,5 x 106 Nh etwa Ende 1995 erreicht worden ist. In den Jahren 1974 bis 1989 hat der KlÃ¤ger im Rahmen seiner unterschiedlichen TÃ¤tigkeiten wirbelsÃ¤ulenbelastende TÃ¤tigkeiten in einer Dosis von 8,2 x 106 Nh durchgefÃ¼hrt. Geht man davon aus, dass bezogen auf den Berechnungszeitraum 1979 bis 1989 (Garagentormonteur) zeitlich unterschiedliche Belastungen nicht ersichtlich sind und der PrÃ¤ventionsdienst fÃ¼r diesen Zeitraum 6,3 x 106 Nh errechnet hat, ist davon auszugehen, dass etwa 0,7 x 106 Nh pro Jahr zu berÃ¼cksichtigen waren. Der Orientierungswert von 12,5 x 106 Nh wÃ¤re damit hiervon ausgehend etwa nach weiteren sechs Jahren TÃ¤tigkeit, somit gegen Ende 1995 erreicht worden. Der Senat folgt auch im Ãbrigen der Berechnung des PrÃ¤ventionsdienstes und hat keinen Zweifel, dass diese den tatsÃ¤chlichen Belastungen des KlÃ¤gers gerecht wird. Gegenteiliges wurde auch vom KlÃ¤ger weder im Rahmen des Klageverfahrens noch des Berufungsverfahrens geltend gemacht.
*Â*
Der Senat geht ferner davon aus, dass beim KlÃ¤ger eine chronische oder chronisch-rezidivierende bandscheibenbedingte Erkrankung der LendenwirbelsÃ¤ule vorliegt. MaÃstab fÃ¼r die medizinische Beurteilung sowohl des Krankheitsbildes als auch des Kausalzusammenhangs zwischen beruflich bedingten Einwirkungen und den bestehenden Erkrankungen sind fÃ¼r den Senat die bereits erwÃ¤hnten Konsensempfehlungen. Grundvoraussetzungen fÃ¼r die Anerkennung eines Ursachenzusammenhanges sind danach eine nachgewiesene bandscheibenbedingte Erkrankung, wobei der bildgebend darstellbare Bandscheibenschaden seiner AusprÃ¤gung nach altersuntypisch sein muss und eine ausreichende berufliche Belastung, wobei diese eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung aufweisen muss (z.B. ausreichende Exposition muss der Erkrankung vorausgehen; Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs nimmt mit der LÃ¤nge des Zeitraums zwischen Ende der Exposition und erstmaliger Diagnose der Erkrankung ab, vgl. Konsensempfehlungen a.a.O. S. 216). Eine solche setzt neben einem objektivierten Bandscheibenschaden auch ein korrespondierendes klinisches Beschwerdebild mit FunktionseinschrÃ¤nkungen voraus. Zwar ist der Senat mit C der Ãberzeugung, dass keine vernÃ¼nftigen Zweifel daran bestehen, dass der KlÃ¤ger unter einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS leidet. Aus den von C selbst angefertigten und ausgewerteten bildgebenden Untersuchungen ergibt sich eine Chondrose GradÂ III in den Bewegungssegmenten L 2/L 3 bis L 5/ S 1; zwischen L 2 und L 5 insbesondere auf der rechten Seite nach seitlich ausladende knÃ¶cherne RandwÃ¼lste, die die ZwischenwirbelrÃ¤ume zum Teil spangenartig Ã¼berbrÃ¼cken mit mittelgradigen Verspannungen der paravertebralen Muskulatur, Klopfschmerzen Ã¼ber den DornfortsÃ¤tzen der mittleren LWS und endgradiger EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit in allen Bewegungssegmenten der LWS. Dies steht in weitgehender Ãbereinstimmung mit den Befunden der

Vorgutachter H (Druck- und Klopfempfindlichkeit der unteren HÃ¤lfte der WirbelsÃ¤ule, endgradig schmerzhaft eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit; die Auswertung der vorgelegten Bildgebung zeige vor dem operativen Eingriff einen ausgeprÃ¤gten VerschleiÃ in den unteren vier lumbalen Etagen mit Abflachungen der Bandscheiben und Dehydrierung sowie ausladenden spondylophytÃ¤ren Anbauten, kleiner rechtsseitiger Bandscheibenvorfall L 2/3) und F (erhÃ¶hter Druckschmerz im unteren LWS-Bereich, Reklination schmerzbedingt aufgehoben; in Auswertung eigener RÃ¶ntgenaufnahmen vom 23.10.2019 keine Chondrose im Segment L 1/2, in den Ã¼brigen Segmenten Chondrose Grad III, vermehrte Sklerosierung der angrenzenden Grund- und Deckplatten).

Auch wenn deswegen zunÃ¤chst von einer dem Versicherungsschutz unterliegenden Erkrankung und einer geeigneten Einwirkung auszugehen ist, kommt eine Anerkennung der BK Nr. 2108 nicht in Betracht, weil sich die haftungsbegrÃ¼ndende KausalitÃ¤t, also eine Verursachung der Erkrankung durch die beruflichen Einwirkungen, nicht hinreichend wahrscheinlich machen lÃ¤sst. Denn auch bei Annahme erfÃ¼llter Tatbestandsvoraussetzungen â schÃ¤digende Einwirkungâ und â Erkrankungsbildâ ergibt sich nicht ohne Weiteres die Wertung einer hinreichend wahrscheinlichen Verursachung. Aus dem Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen kann angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen der LendenwirbelsÃ¤ule nicht automatisch auf das Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen der BK Nr. 2108 geschlossen werden; vielmehr mÃ¼ssen medizinische Kriterien hinzukommen (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteile vom 23.04.2015, a.a.O. und m.w.N.). In den Konsensempfehlungen wird unter 1.4 hinsichtlich der allgemeinen Kriterien zur Zusammenhangsbeurteilung u.a. ausgefÃ¼hrt, dass eine Betonung der BandscheibenschÃ¤den an den unteren drei Segmenten eher fÃ¼r einen Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Belastung spricht. Dass beim KlÃ¤ger ausweislich der bildgebenden Untersuchungen (insbesondere MRT vom 30.10.2015) der â Hauptbefundâ mit einem breitbasigen Prolaps im Segment LWK 2/3 liegt, wÃ¤hrend in den Segmenten L 3/4 und L 5 /S 1 lediglich â sehr diskreteâ bzw. â diskreteâ Protrusionen diagnostiziert wurden, spricht in Anwendung dieses Kriteriums eher gegen einen Zusammenhang. Hierauf haben sowohl der Beratungsarzt der Beklagten G1 (zuletzt mit Stellungnahme vom 03.08.2020) als auch der SachverstÃ¤ndige H hingewiesen (â radiologisch diffuses Schadensbildâ in den Etagen L 2/L 3 bis LÂ 5/ S 1, das eher nicht dem theoretisch zu fordernden Muster eines von oben nach unten zunehmenden Schadensbildes entspricht). Soweit C dem entgegen unter Hinweis auf die von oben nach unten abnehmenden HÃ¶hen der BandscheibenfÃ¤cher schon in Auswertung der RÃ¶ntgenbefunde vom 29.03.2007 (L 1/2: 10 mm, L 2/3 13 mm, L 3/4: 6 mm, L 4/5: 5 mm, L 5 /S 1: 5 mm), aber auch derjenigen vom 31.01.2022 mit weiterer VerschmÃ¤lerung der BandscheibenfÃ¤cher L 2/3 und L 3/4 eine nach unten zunehmende AusprÃ¤gung der degenerativen VerÃ¤nderungen und damit ein belastungskonformes Schadensbild ausdrÃ¼cklich bejaht, fÃ¼hrt dies nicht zu einem anderen Ergebnis. Zwar kommt vorliegend unter BerÃ¼cksichtigung des nach den Gutachten von C, aber auch von H und F festgestellten Befundes grundsÃ¤tzlich eine nach den Konsensempfehlungen mit dem Buchstaben â Bâ beginnende Konstellation (Lokalisation: Die bandscheibenbedingte Erkrankung

betrifft L 5/S 1 und/oder L 4/L 5, AusprÃ¤gung des Bandscheibenschadens: Chondrose Grad II oder hÃ¶her und/oder Vorfall) in Betracht, da hier eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung vorliegt, insbesondere auch die beiden unteren LendenwirbelsÃ¤ule-Segmente mit einer Chondrose Grad III betroffen sind. Die mit dem Buchstaben B beginnenden Konstellationen sind aber vorliegend schon deshalb nicht einschlÃ¤gig, weil diese neben einer bandscheibenbedingten Erkrankung in einem altersuntypischen AusmaÃ und dem Nachweis einer ausreichenden beruflichen Belastung wie bereits dargelegt zusÃ¤tzlich voraussetzen, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung und die ausreichende berufliche Belastung eine plausible zeitliche Korrelation aufweisen. Der Erkrankung muss daher insbesondere eine ausreichende Exposition vorausgehen. Dies hat insbesondere F in seinem Gutachten vom 24.10.2019 nicht hinreichend berÃ¼cksichtigt, indem er allein aus dem Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung und aus dem Fehlen konkurrierender Ursachen auf das Vorliegen einer beruflich bedingten Erkrankung geschlossen hat.

Die genannten Voraussetzungen sind hier nicht erfÃ¼llt. Das folgt zur Ãberzeugung des Senats aus dem Gutachten von C vom 04.02.2022 nebst der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 09.05.2022 (nach Vorlage weiterer Ã¤rztlicher Unterlagen durch den KlÃ¤ger). Die EinschÃ¤tzung von C steht insoweit in Einklang mit den AusfÃ¼hrungen im Gutachten des H, der aus gutachterlicher Sicht (und unabhÃ¤ngig davon, dass er anders als C auch ein belastungskonformes Schadensbild verneint hat) ebenfalls Zweifel geÃ¤uÃert hat, ob der KlÃ¤ger zum Zeitpunkt des Beschwerdebeginns schon langjÃ¤hrig entsprechenden beruflichen Belastungen unterworfen war. Denn eine einen Bandscheibenschaden (u.a.) kennzeichnende Osteochondrose in den Segmenten L 4/5 und L 5/S 1 wurde bereits in einem Arztbrief des K vom 11.09.1979 beschrieben. Auch in dem zuletzt noch vom KlÃ¤ger vorgelegten Arztbrief der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses L vom 17.01.1978 wurden ein Lumbalsyndrom sowie Verdacht auf Bandscheiben-Osteochondrose L 4/L 5 diagnostiziert. Dies steht in Ãbereinstimmung mit den Angaben des KlÃ¤gers selbst, der sowohl in den FragebÃ¶gen der Beklagten als auch gegenÃ¼ber den SachverstÃ¤ndigen angegeben hat, bereits seit etwa 1978/1979 unter LWS-Beschwerden zu leiden. Ausweislich des vom KlÃ¤ger weiter vorgelegten Arztbriefs des Neurologen N1 vom 29.12.1994 (damit immer noch vor Erreichen des hÃ¤lftigen Orientierungswertes) war â erneutâ Lumbago mit Ausstrahlung in beide Beine, in letzter Zeit linksbetont aufgetreten, im CT der LWS fand sich eine â krÃ¤ftige Bandscheibenprotrusion mediolateral linksbetont an der Grenze zum Bandscheibenvorfallâ des LWK 4/5. C hat fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend darauf hingewiesen, dass es sich bei den von K beschriebenen â seit zwei Jahrenâ bestehenden rezidivierenden Lumbalgien im LWS-Bereich in der Zusammenschau mit dem rÃ¶ntgenologischen Befund einer beginnenden Osteochondrose in den Segmenten L 4/5 und L 5/ S 1 um klare Anzeichen fÃ¼r eine bandscheibenbedingte Erkrankung handelt. Zu diesem Zeitpunkt stand der KlÃ¤ger noch am Anfang seines Berufslebens und war vom Erreichen des Orientierungswertes noch weit entfernt: Ende 1977 lag die berufliche Belastungsdosis bei 0,9 x 106 Nh; 1979 waren etwa 1,9 x 106 Nh erreicht. Damit ist ausreichend belegt, dass bereits vor Erreichen des hÃ¤lftigen Orientierungswerts eine Beschwerden verursachende Erkrankung der

LWS bestand. FÃ¼r den Senat nachvollziehbar hat C als hierfÃ¼r sprechende Indizien auch dokumentierte Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit in den Jahren 1989 und 1993, also ebenfalls jeweils vor Erreichen des hÃ¤lftigen Orientierungswerts herangezogen.

Haben nach alledem bereits deutlich vor Erreichen des Orientierungswertes erhebliche VerÃ¤nderungen an den unteren beiden BandscheibenfÃ¤chern bestanden, die zur BegrÃ¼ndung einer bandscheibenbedingten Erkrankung ausgereicht hÃ¤tten, ist die erforderliche plausible zeitliche Korrelation zwischen ausreichender beruflicher Belastung und Auftreten der bandscheibenbedingten Erkrankung zu verneinen.

Soweit der KlÃ¤ger in der mÃ¼ndlichen Verhandlung die Auffassung vertreten hat, dass sich sein Bandscheibenleiden durch das langjÃ¤hrige Heben und Tragen schwerer Lasten jedenfalls richtungsweisend verschlimmert habe, vermag sich der Senat dem nicht anzuschlieÃen. Zum einen wird in der arbeitsmedizinischen Literatur darauf hingewiesen, dass der Nachweis eines belastungsbedingten zusÃ¤tzlichen Bandscheibenschadens aus medizinischer Sicht kaum mÃ¶glich ist (vgl. Kentner u.a., Kommentar zur DWS II-Studie, www.asu-arbeitsmedizin.com). Zum anderen hat C in seinem Gutachten ausgefÃ¼hrt, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung des KlÃ¤gers, die wie dargelegt vor dem Erreichen einer ausreichenden Belastungsdosis begonnen hat, in der Folgezeit â ihrer Natur entsprechendâ fortgeschritten ist (mit vorangeschrittener Chondrose in den Segmenten L 3/4, L 4/5 und L 5/S 1 entsprechend den RÃ¶ntgenaufnahmen vom 29.03.2007 und weiterer Ausdehnung auch auf das Segment L 2/3 entsprechend den im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung angefertigten RÃ¶ntgenaufnahmen). Ein der Natur entsprechendes Fortschreiten schlieÃt eine durch die beruflichen Belastungen bedingte richtungsweisende Verschlimmerung aus.

Die Berufung war daher zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG und berÃ¼cksichtigt das Unterliegen des KlÃ¤gers auch in der Berufungsinstanz.

Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ¼nde hierfÃ¼r (Â§ 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 05.08.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024