
S 10 U 2285/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Zur Ablehnung eines wiederholenden Antrags nach § 109 SGG .
Normenkette	§ 109 SGG

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 U 2285/00
Datum	24.05.2005

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 U 2572/05
Datum	06.02.2006

3. Instanz

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

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 24. Mai 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt, eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anzuerkennen und Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren.

Der 1940 geborene Kläger war vom 10. März 1965 bis 1. November 1998 als Kraftfahrer bei der M. Ä.-T. AG beschäftigt. Nebenberuflich führte er einen landwirtschaftlichen Betrieb. Er beantragte mit Schreiben vom 30. September 1999 wegen Rückenbeschwerden, die er auf das tägliche Be- und Entladen von LKWs mit Sprudelkisten zurückführte, ihm eine Rente zu zahlen.

Eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule von L 3/L 4 bis L 5/S 1 zeigte

dorsale Bandscheibenprotrusionen in allen untersuchten Segmenten mit Schwerpunkt L 3/L 4 und hierdurch bedingter leichter Impression des Duralsacks am Abgang der Wurzeln von L 4 beidseits, zusätzlich eine Facettenhypertrophie mit Hypertrophie der ligamenta flava (Bänder zu den Wirbelkörpern) mit Schwerpunkt in Höhe von L 3/L 4, keinen Prolaps (Bericht der Radiologin B. vom 18. September 1998). Der Chirurg Dr. F. diagnostizierte in seinem Bericht vom 11. April 1994 eine Skoliose der Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule, eine Kyphose der Brustwirbelsäule und eine Blockierung der distalen Lendenwirbelsäule. Die vom Kläger geklagten Schmerzen im Bereich der distalen Lendenwirbelsäule seien durch eine Blockierung im Bereich der distalen Lendenwirbelsäule bei Fehlhaltung des gesamten Achsenskeletts hervorgerufen.

Nach Angaben des Arbeitgebers gegenüber der Beklagten bestand die Tätigkeit im Heben und Tragen von Getreidekasten vom Fahrzeug in Keller und Lager mit teilweiser Überkopparbeit (bis 1969 Holzkisten mit einem Gewicht von 24 bis 36 kg, ab 1969 Kunststoffkasten mit einem Gewicht von 12 bis 18 kg). Der Abladevorgang sei früher von Hand, später mit Karren, Hebezeuge und Stapler erfolgt.

Der Präventionsdienst der Beklagten nahm nach Rücksprache mit dem Kläger sowie dem Arbeitgeber eine Belastungsberechnung nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell vor. Gegenüber dem Präventionsdienst der Beklagten gab der Kläger an, er habe arbeitstäglich bis ca. 1968 ca. 600, ab 1969 ca. 1400 Sprudelkisten ausgefahren. Morgens habe er mit dem Gabelstapler die Paletten mit den Sprudelkisten auf den Förderzug geladen. Bei den Kunden sei jeder Kasten von Hand abgeladen, auf eine Sackkarre gestapelt (8 bis 10 Kisten pro Fuhre), in das Lager gefahren und dort aufeinander gestapelt (bis zu acht Kisten) worden. Gelegentlich hätten Treppen bewältigt werden müssen, sodass keine Sackkarre eingesetzt werden könne und dann ein Kasten pro Hand getragen worden sei. Gegenüber dem Präventionsdienst der Beklagten bestätigte der Arbeitgeber im Wesentlichen die Angaben des Klägers, gab abweichend an, der LKW sei vom Lagerpersonal beladen worden, welches auch das Leergut abends abgeladen habe. Der Präventionsdienst kam zum Ergebnis, dass die nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell errechnete Lebensdosis nicht den Richtwert von 25 x 106 Nh erreiche. Für den Zeitraum von 1965 bis 1968 sei die Tagesdosis von 5500 Nh überschritten worden. Bei den ca. 1969 eingeführten Kunststoffkisten mit einem Gewicht von 12 bis 18 kg werde die Mindestdruckkraft von 3200 Nh beim beidhändigen Heben vor dem Körper nicht erreicht. Lediglich beim gleichzeitigen Heben von zwei Kisten neben dem Körper könne eine Dosisberechnung erfolgen. Der Kläger und die Mitarbeiterin des Arbeitgebers hätten jedoch angegeben, dass das Tragen von Kisten nur gelegentlich der Fall sei. Es sei die Annahme getroffen worden, dass arbeitstäglich 100 Kisten getragen worden seien (Ermittlungsbericht des Diplom-Ingenieur Mattke vom 5. April 2000).

Die Beklagte lehnte es ab, die Erkrankung des Klägers als Berufskrankheit anzuerkennen (Bescheid vom 23. Juni 2000). Den Widerspruch des Klägers wies die Widerspruchsstelle der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheid vom 25. August 2000). Weitere Einwirkungen im Sinne der Nrn. 2108 und 2110 der Anlage

zur BKV läßgen nicht vor. Nach den Ermittlungen habe der Kläger während seiner beruflichen Tätigkeit in dem vom Ordnungsgeber angeforderten Umfang weder Lasten mit einer gewissen Regelmäßigkeit und Hüfigkeit in der überwiegenden Zahl der Arbeitsschichten gehoben oder getragen und auch keine langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung verrichtet noch sei er Ganzkörperperschwingen im Sitzen mit einer gewissen Regelmäßigkeit und Hüfigkeit in der überwiegenden Zahl der Arbeitsschichten ausgesetzt gewesen.

Der Kläger hat am 7. September 2000 Klage beim Sozialgericht Reutlingen erhoben. Hinsichtlich der Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2110 der Anlage zur BKV hat er die Klage wieder zurückgenommen. Der Kläger hat geltend gemacht, die Berechnung der Beklagten nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell dürfte unrichtig sein. Er habe bei allen Kunden die Getränkekisten von Hand es sei denn beim Kunden sei ausnahmsweise ein Gabelstapler vorhanden gewesen teilweise in gebückter Haltung abgeladen, die Kisten in Getränkedepots, die nicht alle ebenerdig gewesen seien, tragen und gleichzeitig leere Kisten zurücknehmen müssen. Pro Tag seien es ungefähr 600 volle und leere Kisten gewesen. Nur von 1996 bis 1998 habe er einen LKW mit Stapler gefahren. Eine Hebebühne sei bei den von ihm gefahrenen LKWs nicht vorhanden gewesen.

Die Beklagte hat eine weitere Belastungsberechnung nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell des Diplom-Ingenieur M. vom 21. Dezember 2000 vorgelegt, in der er im Wesentlichen die Angaben des Klägers in der Begründung der Klage zu Grunde gelegt hat. Diese Belastungsberechnung hat für die Zeit von 1965 bis 1968 eine Belastungsdosis von 12,4 MNh und für die Zeit von 1969 bis 1998 von 0 MNh ergeben. Er hat weiter ausgeführt, es könne nicht gesehen werden, dass bei den Abladearbeiten über längere Zeit ein Rumpfeigungswinkel von 80 bis 90 Grad habe eingenommen werden müsse. Bei der Berechnung der Tagesdosis würden nur Druckkräfte von 800 bis 3200 N (bei Männern) berücksichtigt. Beim beidhändigen Heben von Kästen (Einzelgewicht 12 bzw. 18 kg) vor dem Körper würden Druckkräfte von 2700 N bzw. 3150 N erreicht. Diese Belastung sei somit nicht in die Berechnung eingeflossen. Das Ziehen von bis zu acht Kästen hohen Stapeln werde nicht bewertet. Es existiere kein Wert bzw. eine Formel für eine Druckkraft wie beim Heben und Tragen. Auf Grund der Zeitdauer der Beschäftigung, der Lastgewichte (und der damit verbundenen knappen Unterschreitung der Mindestdruckkraft von 3200 N) sowie der Hüfigkeit der Hebe- und Tragenvorgänge sollte jedoch ein medizinisches Gutachten klären, ob Belastungen zum Krankheitsbild geführt hätten.

Im Auftrag des Sozialgerichts hat die Ärztin für Orthopädie Dr. K. das Gutachten vom 4. März 2002 erstattet. Bei der klinischen Untersuchung dominiere das Bild einer deutlichen Fehlstatik der gesamten Wirbelsäule in Form einer verfestigten fixierten Brustkyphose mit rechtskonvexer Seitverbiegung des dorsolumbalen Übergangs. Es handele sich um eine konstitutionelle Fehlstatik der Wirbelsäule, die auch in der Halswirbelsäule festzustellen sei. Die degenerativen Verschleißerscheinungen seien ausschließlich Folge dieser Fehlstatik. Typisch hierfür sei die Betonung der Verschleißerscheinung in der Brustwirbelsäule.

Nach Beendigung der Arbeitstätigkeit schein der Klager ärztliche Behandlung weniger in Anspruch genommen zu haben. Es müsse daher davon ausgegangen werden, dass nach Beendigung der Tätigkeit die Beschwerden im Wesentlichen nachgelassen hätten. Eine berufsbedingte Bandscheibenerkrankung habe durch die Untersuchung nicht belegt werden können.

Ein Ablehnungsgesuch des Klägers gegen Dr. K. hat das Sozialgericht als unzulässig zurückgewiesen, da es verstet gestellt worden sei (Beschluss vom 9. Mai 2003).

Auf Antrag des Klägers nach [ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat der Orthopäde Privatdozent Dr. G.-Z. das Gutachten vom 12. September 2002 erstattet. Beim Kläger liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vor. Auch an anderen Wirbelsäulenabschnitten lgen degenerative Veränderungen vor. Unter Berücksichtigung der vom Kläger angegebenen Fakten bezüglich der Arbeitsbelastung und der einschgigen Literaturangaben sei die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule mit Wahrscheinlichkeit durch das langjährige Heben und Tragen schwerer Lasten verursacht waren. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wegen der Lendenwirbelsulenerkrankung werde mit 30 vH seit etwa 1990/1991 eingeschätzt.

Zu diesem Gutachten hat die Beklagte die fachärztliche Stellungnahme des Chirurgen Dr. H. vom 12. November 2002 vorgelegt. Die Nativradiologie (des Gutachtens des Privatdozent Dr. G.-Z.) zeige keinerlei Hinweise auf eine vermehrte berufsbedingte Belastung. Auch die "Kernspintomographie" (gemeint Computertomographie) weise keine eindeutige augenfällige bandscheibenbedingte Erkrankung im Sinne eines Bandscheibenvorfalls auf. Erkennbar sei allenfalls eine Belastungsreaktion, die aber im Einklang mit dem zum Untersuchungszeitpunkt 58-jährigen Mann stehe. Berücksichtige man dabei auch das Körpergewicht von 90 kg bei 184 cm Körpergröße, ergebe sich bei vernftiger Abwägung kein Hinweis darauf, dass die Wirbelsäule über das alterskorrigierte Maß eine substantielle Schädigung aufweise.

Privatdozent Dr. G.-Z. ist bei seiner Auffassung geblieben (Stellungnahme vom 20. Januar 2003). Auf seine Anregung hin hat der Radiologe Dr. K. am 1. Juni 2003 eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule durchgeführt, die allenfalls minimale Bandscheibendegeneration in den Segmenten L 3/L 4 und L 4/L 5 gezeigt hat (Bericht vom 11. Juni 2003). Auch in Kenntnis des Befundes dieser Kernspintomographie ist Privatdozent Dr. G.-Z. bei seiner Auffassung geblieben (Stellungnahme vom 4. Juli 2003).

Im Auftrag des Sozialgerichts hat der Orthopäde Privatdozent Dr. Dr. S. das Gutachten nach Aktenlage vom 29. Juni 2004 erstattet. Beim Kläger sei eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule im Ansatz erkennbar. Diese sei jedoch nicht durch schädigende Einwirkung der Erwerbstätigkeit hervorgerufen oder wesentlich verschlimmert worden, weil auch dann, wenn die berufliche Anspruchsvoraussetzung prinzipiell als erfüllt anzusehen sei, eine

belastungsadaptive Reaktion fehle und relevante schicksalhafte Krankheitsursachen nachweisbar seien. Aus medizinischer Sicht könne ein belastungskonformes Schadensbild nicht nachgewiesen werden.

In einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 23. November 2004 ist Privatdozent Dr. G.-Z. bei seiner Meinung geblieben, dass trotz nicht sichtbarer wesentlich fortgeschrittener degenerativer Veränderung der unteren Lendenwirbelsäule in der Kernspintomographie und den Röntgenbildern ein Zusammenhang zwischen den überdurchschnittlichen und großenteils in Zwangshaltung durchgeführten Arbeiten und den entsprechenden Beschwerden nicht ausgeschlossen werden könne und mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorliege.

Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 24. Mai 2005). Ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen gegeben seien, was fraglich sei, könne dahingestellt bleiben. Es bestehe keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, dass die beim Kläger vorliegende bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule durch die beruflichen Belastungen in rechtlich wesentlicher Weise verursacht worden seien. Es (das Sozialgericht) stütze sich auf die Ausführungen im Gutachten des Privatdozent Dr. Dr. S. und der Dr. K. Den Ausführungen im Gutachten des Privatdozent Dr. G.-Z. könne es sich nicht anschließen.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 3. Juni 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 23. Juni 2005 Berufung eingelegt. Das Sozialgericht hätte nicht nur ein Gutachten nach Aktenlage einholen müssen, sondern eine erneute gründliche Begutachtung im Hinblick darauf vornehmen lassen müssen, ob und inwieweit dem Alter vorausgehende degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule vorlägen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 24. Mai 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 13. Juni 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. August 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung anzuerkennen und Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des Sozialgerichts sowie die von der Beklagten vorgelegte (Ersatz-)Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerechte und auch nach [Â§ 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 13. Juni 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. April 2000 ist rechtmäßig.

1. Nach [Â§ 26 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen, u.a. als Rente. Nach [Â§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) erhalten Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, eine Rente. Versicherungsfälle sind nach [Â§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [Â§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aufgrund dieser Ermächtigung in [Â§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) hat die Bundesregierung die BKV vom 31. Oktober 1997 ([BGBl. I, S. 2623](#)) erlassen, in der die derzeit als Berufskrankheiten anerkannten Krankheiten aufgeführt sind. Als Nr. 2108 ist in der Anlage zur BKV aufgeführt:

Nr. 2108 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 Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

1.1. Nicht jede bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule kann als Berufskrankheit anerkannt werden. Vielmehr müssen bestimmte arbeitstechnische Voraussetzungen vorliegen. Auf Grund des derzeitigen Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse ist das Mainz-Dortmunder-Dosismodell ein geeignetes, rechtlich nicht zu beanstandendes Modell zur Konkretisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe langjähriges Heben und Tragen im Sinne der Nr. 2108 der Anlage zur BKV. Dieses fasst medizinische Erfahrungstatsachen zur Konkretisierung und Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV zusammen. Die Anwendung des Mainz-Dortmunder-Dosismodells beruht auf einer tatsächlichen Feststellungen dahin, dass es diese Zusammenfassung medizinischer Erfahrungstatsachen gibt.

Danach wird ein Arbeitstag als wirbelsäulenbelastend angesehen, wenn eine Tagesdosis von 5,5 MNh überschritten ist. Erst bei einer Summe der Werte dieser belastenden Arbeitstage (Gesamtdosis) von über 25 MNh wird der Orientierungswert für das Vorliegen einer Einwirkung im Sinne der Nr. 2108 der Anlage zur BKV erreicht (zum Ganzen: BSG, Urteil vom 19. August 2003 – [B 2 U 1/02 R](#) -). Die Gesamtdosis von über 25 MNh erreicht der Kläger nicht.

Nach der Belastungsberechnung des Technischen Aufsichtsdiensts der Beklagten vom 21. Dezember 2000 liegt die Gesamt-Belastungsdosis bei 12,4 MNh (= 12,4 x 106 Nh). Diese Belastungsberechnung legt der Senat seiner Entscheidung zu Grunde. Denn sie lässt Fehler bei der Berechnung nicht erkennen. Hinsichtlich der vom Kläger ausgeübten Tätigkeit geht die Belastungsberechnung im Wesentlichen von den eigenen Angaben des Klägers aus. Dass sich lediglich eine Gesamt-Belastungsdosis von 12,4 MNh ergibt, beruht darauf, dass nur für die Tätigkeit von 1965 bis 1968 die nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell vorausgesetzte Mindestbelastung (Mindestdruckkräfte bei Männern von 8805; 3200 N) vorlag, nicht aber für Tätigkeit ab 1969 mit Druckkräften von 3150 N.

Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse, die das Mainz-Dortmunder-Dosismodell in Frage stellen können, liegen zur Zeit nicht vor. Zur Klärung der Dosis-Wirkungs-Beziehungen führt der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Zeit eine Fall-Kontroll-Studie mit dem Kurztitel "Deutsche Wirbelsäulenstudie" durch. Ergebnisse sollen voraussichtlich im Jahre 2006 vorliegen (BG 5/2005, S. 266).

1.2. Für die Tätigkeit ab 1969 erreicht der Kläger die Mindestvoraussetzungen für eine Berücksichtigung bei der Belastungsberechnung nur knapp nicht. Im Hinblick darauf, dass es sich bei den Werten des Mainz-Dortmunder-Dosismodells um Richtwerte bzw. Orientierungswerte handelt, könnten möglicherweise die arbeitstechnischen Voraussetzungen doch gegeben sein. Einer weiteren Klärung bedarf es jedoch insoweit nicht. Denn selbst wenn die arbeitstechnischen Voraussetzungen gegeben wären, lässt sich ein Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit feststellen.

Der Senat geht mit Privatdozent Dr. Dr. S. davon aus, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung besteht. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule liegt vor, wenn neben einem durch Veränderungen an der Bandscheibe verursachten objektivierten Schaden chronische oder chronisch wiederkehrende Beschwerden mit Funktionseinschränkungen gegeben sind (BSG, Urteil vom 31. Mai 2005 – [B 2 U 12/04 R](#) -). Die am 11. Juni 2003 durchgeführte Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule zeigte allenfalls minimale Bandscheibendegenerationen in den Segmenten L 3/L 4 und L 4/L 5, ein Bandscheibenprolaps war nicht nachzuweisen. Dr. K. konnte bei ihrer gutachterlichen Untersuchung keine Bandscheibenverlagerungen wie Bandscheibenvorfälle feststellen. Die von ihr ausgewerteten Fremdrentgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule – die Anfertigung von Rentgenaufnahmen durch Dr. K. lehnte der Kläger ab – lassen Schäden an

den Bandscheiben nicht erkennen.

Geht man zu Gunsten des Klägers davon aus, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung vorliegt, ist die bandscheibenbedingte Erkrankung nach Überzeugung des Senats nicht durch die versicherte Tätigkeit verursacht.

Für das Vorliegen des Tatbestandes der Berufskrankheit ist u.a. ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung erforderlich. Zur Bejahung dieses ursächlichen Zusammenhangs ist die Wahrscheinlichkeit ausreichend, aber auch erforderlich. Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt. Eine Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne (conditio sine qua non) reicht nicht aus, um die geltend gemachte Gesundheitsstörung als Folge einer Berufskrankheit zu qualifizieren. Nach der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung sind als Ursache und Mitursache im Rechtssinne unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nämlich nur die Bedingungen anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Das heißt, dass nicht jeder Gesundheitsschaden, der durch ein Ereignis naturwissenschaftlich verursacht wird, im Sozialrecht als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit anerkannt wird, sondern nur derjenige, der "wesentlich" durch das Ereignis verursacht wurde. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Haben mehrere Bedingungen zu einem Erfolg beigetragen, so sind nur solche Bedingungen wesentlich, die gegenüber anderen von überragender Bedeutung sind (ständige Rechtsprechung, vgl. zum Ganzen: z.B. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 – B 2 U 22/03 R –; Urteil vom 7. September 2004 – B 2 U 34/03 R – m.w.N.). Was den anzuwendenden Beweismassstab anbelangt, gelten für das Vorliegen des Ursachenzusammenhangs verminderte Anforderungen. Während für die Grundlagen der Ursachenbeurteilung – versicherte Tätigkeit, Einwirkung, Erkrankung – eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit erforderlich ist, genügt für den Zusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung aufgrund der mit der zumeist medizinischen Beurteilung dieses Zusammenhangs bestehenden tatsächlichen Schwierigkeiten eine hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die wesentlichen Ursachenzusammenhang sprechenden so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann und ernste Zweifel ausscheiden; die bloße Möglichkeit einer wesentlichen Verursachung genügt nicht (BSG SozR Nr. 41 zu [§ 128 SGG](#); BSG SozR Nr. 20 zu [§ 542 RVO](#) a.F.; [BSGE 19, 52.](#); BSG SozR 3 1300 [§ 48](#) Nr. 67; BSG, Urteil vom 7. September 2004 – B 2 U 34/03 R –).

Wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 4. Juli 2003 – L 1 U 2738/01 –), erfüllen den Tatbestand der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV nur solche Schäden der Lendenwirbelsäule, die sich als das Resultat einer langjährigen schädigenden Einwirkung auf diesen Wirbelsäulenabschnitt

darstellen. Ein morphologisch objektivierbares Schadenssubstrat ist daher zwingend erforderlich (vgl. Brandenburg, Medizinischer Sachverständiger 1998, S. 111 und 112). Der Bandscheibenschaden beginnt mit einer Höhenminderung eines Zwischenwirbelraumes; nachfolgend bilden sich Reaktionen an den Wirbelkörpern, den Bandscheiben und den Wirbelgelenken (vgl. Rompe, Medizinischer Sachverständiger a.a.O., S. 116, 118). Eine weitere Konkretisierung für diese Berufskrankheit ergibt sich auch aus dem vom Bundesministerium für Arbeit herausgegebenen Merkblatt für die Ärztliche Untersuchung zu Nr. 2108 (Bundesarbeitsblatt 3/1993, S. 50 bis 53). Als morphologische Veränderungen werden dort genannt: Chondrose, Osteochondrose, Spondylose, Spondylarthrose, Bandscheibenprotrusion und -prolaps. Neben einem objektivierbaren Bandscheibenschaden muss die klinische Relevanz dieses Schadens im Sinne eines chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerdebildes mit Funktionseinschränkungen gesichert sein, um den Begriff bandscheibenbedingte Erkrankung zu erfüllen (Brandenburg, a.a.O.). Daneben müssen, um als berufsbedingt überhaupt in Betracht kommen zu können, die bildtechnisch und klinisch nachweisbaren segmentalen Bandscheibenveränderungen und deren Folgen das altersdurchschnittlich zu erwartende Ausmaß überschreiten; schließlich muss die Lokalisation der nachweisbaren Veränderungen mit der Funktionseinschränkung und der beruflichen Exposition korrelieren (Brandenburg S. 113), denn bandscheibenbedingte Veränderungen sind bekanntlich auch in der übrigen Bevölkerung weit verbreitet, die keinen oder keinen ausreichenden beruflichen Belastungen durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten ausgesetzt gewesen ist. Bandscheibenbedingte Erkrankungen können auf einem Bündel von Ursachen beruhen, wie der natürliche Alterungs- und Degenerationsprozess ab dem 30. Lebensjahr, Bewegungsarmut, stoffwechselbedingte Einflüsse, systemische Erkrankungen, mechanische Auswirkungen einer Fehlstatik, anatomische Varianten sowie konkurrierend langjährige schädigungsrelevante berufliche Einwirkungen mit entsprechenden sportlichen und sonstigen außerberuflichen Belastungen (vgl. Urteil des LSG Niedersachsen vom 6. April 2002 – [L 6 U 163/99 ZVW](#) – = Breithaupt 2000, 818-826, mit Nachweisen aus der medizinischen Literatur). Aus der Vielzahl der Verursachungsmöglichkeiten ergibt sich, dass sich der ursächliche Zusammenhang nicht im Wege des Anscheinsbeweises, sondern nur anhand zusätzlicher Merkmale begründen lässt. Auch ist die Auffassung, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung zumindest zu einem wesentlichen Teil ihre Ursache in berufsbedingtem schweren Heben und Tragen hat, nur begründet, wenn bestimmte belastungsadaptive Reaktionen vorliegen. So reagiert die über eine langjährige mechanische Belastung drohende Bandscheibenerweichung mit einer Osteochondrose (Knorpeldegeneration) und im Weiteren auch mit einer Spondylose (Randzackenausziehungen an Deck- und Tragplatten), was letztlich sogar die Belastbarkeit des Achsenorgans erhöht (LSG Niedersachsen, a.a.O., S. 13, 14). Bei der Kausalitätsbeurteilung einer bandscheibenbedingten Erkrankung ist danach zwischen dem eigentlichen versicherten Schadensbild und den auf einen ursächlichen Zusammenhang hinweisenden belastungsadaptiven Reaktionen, denen kein eigenständiger Krankheitswert zukommt, zu unterscheiden (LSG Niedersachsen, a.a.O.). Der erkennende Senat schließt sich den Urteilen verschiedener Landessozialgerichte an (vgl. LSG Niedersachsen, a.a.O., LSG Berlin,

Breithaupt 2000, 286, 291; Hessisches LSG Urteil vom 17. November 1999 [L 3 U 965/98](#) S. 7 und 8; siehe auch Senatsurteil vom 27. Februar 2002 (L 1 U 3669/99 -), wonach auf das Vorliegen der belastungsadaptiven Reaktionen zur Feststellung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit in keinem Fall verzichtet werden kann. In diesem Sinne geht der Senat wie bereits bisher weiter davon aus, dass bei beruflichen Expositionen, die zu Bandscheibenschäden in den unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule führen, auch die ebenfalls belasteten oberen Segmente der Lendenwirbelsäule degenerativ verändert sind.

Der Senat folgt dem Gutachten des Privatdozent Dr. Dr. S. Der Senat hält die Ausführungen des Privatdozent Dr. Dr. S. für überzeugend. Belastungsadaptive Reaktionen der Lendenwirbelsäule sind beim Kläger nicht vorhanden. Privatdozent Dr. Dr. S. hat sich als Einziger der genannten Gutachter mit diesem für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV erforderlichen Kriterium auseinandergesetzt. Ihm lagen alle verfügbaren Befunde der bildgebenden Verfahren vor. In Auswertung dieser Befunde kam er zum Ergebnis, dass auf sämtlichen vorliegenden Röntgenaufnahmen und auch im kernspintomographischen und computertomographischen Untersuchungsbefund jeder Hinweis auf eine belastungsadaptive Reaktion im Bereich der gesamten Lendenwirbelsäule fehlt. Insbesondere die im erstinstanzlichen Verfahren im Juni 2003 durchgeführte Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule zeigte nur gering ausgeprägte Veränderungen. Auch die von Privatdozent Dr. Dr. S. ausgewerteten Fremdröntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule zeigten eine geringe Ausprägung degenerativer Krankheitsmerkmale der Lendenwirbelsäule. Es fand sich keine Höhenminderung des Bandscheibenraums, die ein sicheres Zeichen für eine Bandscheibenerkrankung ist, sowie eine nur dezent ausgeprägte Spondylosis deformans. Die Auswertung der bildgebenden Befunde durch Privatdozent Dr. Dr. S. steht in Übereinstimmung mit der Beurteilung der anderen genannten Sachverständigen, insbesondere auch des Privatdozent Dr. G.-Z.

Gegen den Zusammenhang spricht weiter, dass kein belastungskonformes Schadensbild besteht. In allen drei Wirbelsäulenabschnitten liegen degenerative Veränderungen vor, insbesondere im Bereich der Brustwirbelsäule. Durch Heben und Tragen schwerer Lasten sind vorrangig die Segmente der Lendenwirbelsäule, vor allem die unteren Segmente der Lendenwirbelsäule betroffen, wie Privatdozent Dr. Dr. S. zutreffend ausführt. Aus der Tatsache, dass im Bereich der Brustwirbelsäule deutlich größere Schädigungen als im Bereich der Lendenwirbelsäule vorhanden sind, leiten Privatdozent Dr. Dr. S., Dr. K. und Dr. H., dessen beratungsärztliche Stellungnahme vom 12. November 2002 der Senat als Parteivorbringen der Beklagten berücksichtigen kann, deshalb zutreffend ab, dass der Verschleißprozess im Bereich der Lendenwirbelsäule nicht auf das Heben und/oder Tragen schwerer Lasten bei der versicherten Tätigkeit zurückzuführen ist.

Gegen den Zusammenhang spricht schließlich, dass beim Kläger eine statische Fehlhaltung der Wirbelsäule besteht, die die Beschwerden des Klägers erklären

kann, wie übereinstimmend Privatdozent Dr. Dr. S., Dr. K. und Privatdozent Dr. G.-Z. ausführten. Die kypho-skoliotische Fehllhaltung der Wirbelsäule diagnostizierte bereits 1994 der Chirurg Dr. F. und führte aus, diese Fehllhaltung sei bei dem Kläger schon seit längerer Zeit bekannt (Befundbericht vom 11. April 1994).

Hinzu kommt, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung im Bereich der Lendenwirbelsäule nur gering ausgeprägt ist und nicht über die Altersnorm hinausgeht, wie nicht nur Privatdozent Dr. Dr. S. ausführte, sondern auch Privatdozent Dr. G.-Z. Die Nativ-Aufnahmen der Lendenwirbelsäule beurteilte Privatdozent Dr. G.-Z. als einen altersentsprechenden Normbefund ohne auffällige Hinweise einer übermäßigen Bandscheibendegeneration, dem Alter entsprechend. Dieser Befund allein ist schon nicht geeignet, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule als durch schweres Heben und Tragen verursacht anzusehen. Denn erforderlich ist, dass wie oben ausgeführt die Bandscheibenschäden das altersdurchschnittlich zu erwartende Ausmaß überschreiten. Auch Dr. H. weist in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 12. November 2002, die der Senat als Parteivorbringen der Beklagten berücksichtigen kann, zu Recht darauf hin, dass deshalb davon auszugehen ist, dass die radiologische Untersuchung keinerlei Hinweise auf eine vermehrte berufsbedingte Belastung zeigt.

Aus dem Dargelegten folgt zwangsläufig, dass der Senat der Beurteilung des Privatdozent Dr. G.-Z. nicht zu folgen vermag. Zudem bejaht Privatdozent Dr. G.-Z. den Zusammenhang lediglich auf Grund der vom Kläger geschilderten Arbeitsbelastung. Bei der Beurteilung des Zusammenhangs ging er auch nicht auf die auch an der Brust- und Halswirbelsäule bestehenden degenerativen Veränderungen ein, obwohl er im Gutachten die Beurteilung der Röntgenaufnahmen der Brust- und Halswirbelsäule durch Dr. K. übernimmt und eine Fehlstatik der Halswirbelsäule im Sinne einer Streckfehllhaltung der cranialen Halswirbelsäule mit verstärkter Kyphosierung der Halswirbelkörper 4/5 und eine Kyphose und Skoliose der Brustwirbelsäule beschreibt.

2. Der Senat sieht sich nicht dazu gedrängt, ein weiteres Gutachten einzuholen. Es bedarf insbesondere keines weiteren Gutachtens, weil Privatdozent Dr. Dr. S. sein Gutachten nach Aktenlage erstattete und den Kläger nicht untersuchte. Maßgebliche Bedeutung für die Beurteilung kommt auch den bildgebenden Verfahren zu. Die verfügbaren Unterlagen der bildgebenden Verfahren lagen Privatdozent Dr. Dr. S. vor. Es ist nicht erkennbar, welche weiteren Erkenntnisse eine erneute Untersuchung des Klägers mittels bildgebender Diagnostik hätte ergeben können. Die Beurteilung der Befunde der bildgebenden Verfahren stimmt in den vorliegenden Gutachten im Wesentlichen überein.

Dem Antrag des Klägers, nach [§ 109 SGG](#) bei Prof. Dr. K. ein Gutachten einzuholen, war nicht stattzugeben. Unabhängig davon, dass sich dieser schriftsätzlich gestellte Antrag erledigt hat, weil der rechtskundig vertretene Kläger den Antrag in der mündlichen Verhandlung des Senats nicht wiederholte (vgl. z.B. BSG, Beschluss vom 3. März 1999 – [B 9 VJ 1/98 B](#) -), machte der

Kläger von dem Antragsrecht nach [Â§ 109 SGG](#) bereits im erstinstanzlichen Verfahren Gebrauch, worauf das Sozialgericht das Gutachten des Privatdozent Dr. G.-Z. einholte. Das Antragsrecht nach [Â§ 109 SGG](#) steht grundsätzlich nur einmal in den beiden Tatsacheninstanzen zur Verfügung. Dies entspricht dem Beweisrecht, dass das Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (BSG [SozR 3-1500 Â§ 109 Nr. 1](#)). Eine wiederholte Antragstellung nach [Â§ 109 SGG](#) rechtfertigt sich nur bei Vorliegen besonderer Umstände (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Auflage, Â§ 109 Rdnr. 10b). Solche sind nicht gegeben.

Die Beweislage hat sich im Berufungsverfahren nicht geändert. Im Berufungsverfahren sind weitere medizinische Ermittlungen zum Sachverhalt nicht erfolgt, insbesondere ist kein weiteres Gutachten eingeholt worden. Bei unverändertem Sachverhalt muss im Berufungsverfahren kein neues Gutachten nach [Â§ 109 SGG](#) eingeholt werden (BSG SozR Nr. 18 zu [Â§ 109 SGG](#)).

Solche besonderen Umstände ergeben sich nicht aus dem Vortrag des Klägers, eine erneute Begutachtung sei im Hinblick auf die divergierenden Stellungnahmen und zu der unklaren Frage, welche wissenschaftlichen Kriterien anzulegen seien, gerechtfertigt (Schriftsatz vom 14. September 2005, Blatt 39 der LSG-Akte). Welche Maßstäbe an die Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs bei der Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV anzulegen sind, ergibt sich aus der obengenannten Rechtsprechung. Ob die Maßstäbe erfüllt sind, ist eine Frage der Beurteilung des Einzelfalles. Wenn insoweit divergierende Beurteilungen wie hier zwischen Dr. K. und Privatdozent Dr. S. einerseits und Privatdozent Dr. G.-Z. andererseits vorliegen, muss sich das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung mit dem Gutachten auseinander setzen (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Auflage, Â§ 103 Rdnr. 11b und Â§ 128 Rdnr. 7e). Einen allgemeinen Anspruch auf Überprüfung eines Sachverständigengutachtens durch ein "Obergutachten" sehen die Prozessordnungen auch das SGG nicht vor (BSG, Beschluss vom 17. November 2003 [B 3 P 23/03 B -](#), veröffentlicht in juris).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 16.05.2006

Zuletzt verändert am: 21.12.2024