

Keine Anerkennung einer BK 2108 bei Vorliegen der Befundkonstellation B 3 der Konsensempfehlungen bei einem Maurer.

§ 9 Abs. 1 SGB VII; Anlage 1 Nr. 2108 BKV

Urteil des LSG für das Saarland vom 21.10.2020 – L 7 U 18/18 –
Aufhebung des Urteils des SG für das Saarland vom 05.03.2018 – S 4 U 131/13 –

Die Parteien streiten darum, ob beim Kläger eine BK 2108 anzuerkennen ist. Der 1959 geborene Kläger war von 1974 bis 2006 als Maurer tätig. Die vom Präventionsdienst der Beklagten ermittelte **Gesamtbelastungsdosis betrug 40,4 MNh.** Durch Bescheid vom 04.08.2011 lehnte die Beklagte die Anerkennung der Wirbelsäulenbeschwerden des Klägers ab. Die nach erfolglosem Widerspruchsverfahren eingelegte **Klage hatte Erfolg.** Das von der Beklagten angerufene **Berufungsgericht hob das erstinstanzliche Urteil auf.**

Das LSG kommt zu der Feststellung, dass vorliegend **zwar die arbeitstechnischen Voraussetzungen** mit einer ermittelten Belastungsdosis von gut 40 MNh **erfüllt**, die **arbeitsmedizinischen Voraussetzungen beim Kläger jedoch nicht gegeben seien.** Letztlich stelle sich in diesem Fall ohnehin nur die Frage nach einer wesentlichen Mitverursachung der LWS-Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen. Nach Überzeugung des Senats liege beim Kläger die **Befundkonstellation B 3** der Konsensempfehlungen vor. Dies ergebe sich aus den verschiedenen, im Verfahren und auch im LSG – Verfahren, eingeholten Gutachten sowie den medizinischen Befundberichten. Es handele sich um eine **bisegmentale Bandscheibenerkrankung in Form einer Chondrose Grad II in den beiden letzten Segmenten L4/L5 und L5/S1 ohne Begleitpondylose und ohne konkurrierende Ursachenfaktoren.**

Ein **belastungskonformes Schadensbild sei nicht festzustellen.** Insbesondere sei das **1. Zusatzkriterium der Befundkonstellation B 2 nicht erfüllt.** Das Gericht sieht bei diesem Kriterium einen **bisegmentalen Schaden nicht als ausreichend an, sondern verlangt eine Schädigung an mindestens drei Bandscheibensegmenten, wie es im Weiteren ausführt. (Rz. 55 ff.)**

Auch das **2. Zusatzkriterium der besonders intensiven Belastung innerhalb von 10 Jahren** sei nach Auffassung des Gerichts **nicht erfüllt.** Denn dabei handele es sich um ein rein technisches Kriterium. **Auch wenn einzelne Landessozialgerichte hier eine Halbierung als ausreichend ansähen, folge der Senat dieser Auffassung nicht.** Der Grund für die Halbierung der im Mainz-Dortmunder-Dosismodell vorgeschlagenen Orientierungswerte für die Gesamtbelastungsdosis habe nämlich darin bestanden, dass es eines Sicherheitsabschlages bedürft habe, wenn die Gesamtbelastungsdosis als Ausschlusskriterium für das Vorliegen einer BK 2108 verwendet werden sollte. Bei dem 2. Zusatzkriterium für die Konstellation B 2 handele es sich aber nicht um ein Ausschlusskriterium. Vielmehr handele es sich um eines von mehreren Elementen zur Beurteilung des Ursachenzusammenhangs. Daher sei es **nicht sachgerecht, Sicherheitsabschläge in solcher Höhe (Halbierung) anzusetzen, dass die Aussagekraft des Zusatzkriteriums völlig aufgehoben werde.**

Allerdings betont das Gericht, dass der fehlende Konsens in der Arbeitsgruppe, die die Konsensempfehlungen ausgearbeitet hat, nicht so gedeutet werden könne, dass damit eine Anerkennung des Verursachungszusammenhangs im Einzelfall unmöglich wäre. Vielmehr sei zu ermitteln, ob individuelle, dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende Umstände vorlägen, die im konkreten Einzelfall den Ursachenzusammenhang als hinreichend Wahrscheinlich erscheinen ließen. Solche Umstände lägen hier aber nicht vor. Die Revision wurde nicht zugelassen. (D.K.)

Das Landessozialgericht für das Saarland hat mit Urteil vom 21.10.2020 – L 7 U 18/18 – wie folgt entschieden:

Tatbestand

1

Der Kläger begehrt die Anerkennung seiner Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit nach der Nummer 2108 (BK 2108) der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (BKV).

2

Der 1959 geborene Kläger ist gelernter Maurer (Lehrzeit 1.9.1974 bis 15.9.1977) und war als solcher bis zum 15.6.2006 beschäftigt. Für diesen Zeitraum betrug die Gesamtbelastungsdosis nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) 40,4 MNh (Stellungnahme des Präventionsdienstes der Beklagten vom 13.12.2016).

3

Die Beklagte veranlasste Kernspintomografien des lumbo-sacralen Spinalkanales sowie der HWS (jeweils vom 8.4.2011) und holte Stellungnahmen ihres Beratungsarztes Dr. Lu. (vom 3.5.2011 und 30.5.2011) ein. Dr. Lu. vertrat die Auffassung, die bildtechnisch zur Darstellung kommenden Veränderungen im Bereich der HWS und LWS seien praktisch identisch ausgeprägt, wobei mit Nachdruck darauf hinzuweisen sei, dass unter Berücksichtigung des Alters des Versicherten, des erheblichen chronischen Übergewichts und des extremen Nikotinabusus die bandscheibenbedingten Befunde im Bereich der HWS und LWS im Normbereich lägen und keineswegs vorseilend seien und schon gar nicht deutlich vorseilend seien.

4

Mit Bescheid vom 4.8.2011 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass er Anspruch auf Entschädigung wegen einer Wirbelsäulenerkrankung nach der Anlage zur BKV nicht bestehe. Eine BK 2108 läge nicht vor.

5

Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte ein Gutachten (vom 15.6.2012) bei dem Radiologen Dr. Ro. ein. Dieser führte aus, die Röntgenbilder vom 8.6.2009 unter Hinzuziehung der Voraufnahmen zeigten eine normierte relative Bandscheibenhöhe mit folgenden Werten:

6

L1/2 94 %, L2/3 100 %, L3/4 96 %, L4/5 48 % und L5/S1 63 %.

7

Abgeleitet von diesen Werten bildet sich im Segment L4/5 eine Chondrose Grad III ab. Im Segment L5/S1 liege eine Chondrose Grad II vor.

8

Das MRT der LWS vom 8.4.2011 habe folgende Werte ergeben:

9

L1/2 96 %, L2/3 100 %, L3/4 84 %, L4/5 46 % und L5/S1 63 %.

10

Es gebe keinen Hinweis auf eine idiopathische Wirbelkanalstenose, Morbus Paget oder einen Morbus Bechterew. Bei dem Kläger liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vor. Betroffen seien die Segmente L3/4, L4/5 und L5/S1. Die Hauptmanifestation liege in Höhe von L4/5. Hier finde sich eine Chondrose Grad III begleitet von einer Bandscheibenprotrusion bei vorausgegangenem Bandscheibenprolaps mit zusätzlichen spondylotischen Degenerationen. Das Segment L5/S1 zeige eine Chondrose Grad II verbunden mit spondylotischen Degenerationen Grad 1. Im Segment L3/4 zeige das Bandscheibenmaterial Signalveränderungen in der Kernspintomografie im Sinne einer sogenannten Black-Disc. Die bandscheibenbedingten Degenerationen der HWS betreffen das Segment C5/6. Eine Spondylosis deformans bilde sich in den Segmenten C5/6 und C6/7 ab. Eine Begleitspondylose liege nicht vor. Die radiologischen Befunde seien mit einer Konstellation B4 zu vereinbaren.

11

Dr. Ma. führte in seinem unfallchirurgischen Gutachten (vom 17.12.2012) aus, seit dem 1.12.2006 arbeite der Kläger als Bohrgeräteführer mit reduzierter körperlicher Tätigkeit vollschichtig. Laut Eigenauskunft bestünden bei ihm seit 1983 Beschwerden im Bereich der HWS und LWS. Das vorliegende Krankheitsverzeichnis, das im Jahr 1988 beginne, dokumentiere erste bandscheibenbedingte Erkrankungen seit dem Jahr 2002. Unter Zugrundelegung der Konsensempfehlungen sei festzuhalten, dass die dargestellten Schäden im Bereich der Wirbelsäule röntgenologisch im Verlauf und schnitttechnisch nicht altersuntypisch seien. Eine ausreichende berufliche Belastung habe zum ersten Zeitpunkt der angegebenen Beschwerden nicht vorgelegen (erste Beschwerden 1983, Beginn der beruflichen Belastungen 1974). Gegen die berufsbedingte Verursachung des Bandscheibenleidens sprächen darüber hinaus die Veränderungen im Bereich der HWS und BWS, das Verteilungsmuster sowie die dokumentierten klinischen Befunde. Somit sei eine BK 2108 im vorliegenden Einzelfall möglich, aber nicht hinreichend wahrscheinlich.

12

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme (vom 17.3.2013) bei Dr. Da. wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16.5.2013 zurück. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, bei einer regelmäßigen Mehrbelastung durch wirbelsäulengefährdende Tätigkeiten würden nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand an den Deck- und Tragplatten der Wirbelkörper röntgenanatomische Verdichtungen (Sklerosierungen) beobachtet. Diese sogenannten „belastungsadaptiven Reaktionen“ hätten aber beim Kläger nicht nachweislich festgestellt werden können, sodass keine Anzeichen für ein berufsbedingtes Schadensbild im Sinne der BK 2108 vorlägen. Die aktenkundigen Röntgenaufnahmen der HWS und BWS vom Juni

2009 belegten, dass die bandscheibenbedingten Veränderungen im Bereich der HWS und in der LWS praktisch identisch ausgeprägt seien, wobei mit Nachdruck darauf hinzuweisen sei, dass unter Berücksichtigung des Alters, des erheblichen Übergewichts und des extremen Nikotinabusus die bandscheibenbedingten Befunde im Bereich der HWS und LWS im Normbereich lägen und keinesfalls vorseilend seien, sodass die Veränderungen im Bereich des Achsenorgans als allein wesentlich anlagebedingt zu werten seien.

13

Auf die am 12.6.2013 erhobene Klage hat das Sozialgericht für das Saarland (SG) ein Gutachten (vom 13.5.2014 mit Ergänzungen vom 18.2.2015 und 25.1.2017) bei Dr. L. eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, der Kläger habe die wirbelsäulenbelastende Tätigkeit Ende 2006 aufgegeben. Es existierten unter anderem zeitnahe Röntgenaufnahmen der LWS vom 8.1.2003 und 15.10.2004 sowie eine CT vom 14.10.2004. Danach seien an der LWS zum Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen Belastung bereits eine Chondrose L4/5 Grad II-III (eher Grad III) und eine Chondrose L5/S1 Grad II nachweisbar gewesen. Spondylotische Veränderungen an der LWS lägen lediglich in den osteochondrotisch veränderten Segmenten vor. Auch die Spondylarthrosen beträfen ausschließlich die Etagen L4/5/S1. Sogenannte Begleitspondylosen hätten jedoch nicht gesichert werden können, weil die unteren BWS-Segmente zwar spondylotisch ausgezogen gewesen seien, jedoch gleichzeitig chondrotische Veränderungen gezeigt hätten. An der HWS seien Chondrosen Grad I in den Segmenten C5/6 und C6/7 nachgewiesen worden (Aufnahmen vom 8.6.2009). Das entspräche einer Konstellation B4. Die bandscheibenbedingten Veränderungen an der LWS und HWS seien keineswegs identisch ausgeprägt. Während an der HWS lediglich eine Chondrose Grad I habe festgestellt werden können, seien die Chondrosen an der LWS in Grad II-III einzuordnen. Das radiologische Gutachten des Dr. Ro. sei aussagekräftiger, selbst wenn - das müsse kritisiert werden - die Röntgenbefundung der LWS eine Zuordnung zum Aufnahmedatum des jeweiligen Röntgenbildes nicht zulasse (Röntgen LWS in 2 Ebenen vom 8.6.2009 unter Hinzuziehung der oben genannten Voraufnahmen). Aufgrund der hier vorgenommenen Nachbefundung, insbesondere der Aufnahmen von 2003/2004, könnten diese (Befundung) und auch die Bestimmung der lumbalen Bandscheibenhöhen aber vollumfänglich bestätigt werden. Das Fehlen einer Begleitspondylose sei bei der vorliegenden Fallkonstellation

14

- bildgebend kein Nachweis konkurrierender Ursachenfaktoren im Sinne der Empfehlungen der Konsenskommission,
- die bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS betreffe die Segmente L3/4, L4/5 und L5/S1,
- die sowohl konventionell-radiologisch als auch MR-tomographisch berechnete normierte relative Bandscheibenhöhe ergebe für die Etage L4/5 eine Chondrose Grad III und für L5/S1 einen Grad II,
- die bandscheibenbedingten degenerativen Veränderungen der HWS erschienen weniger ausgeprägt zu sein als die der LWS

15

nicht entscheidungserheblich, zumal in der Etage L3/4 ein black-disc gefunden worden sei.

16

Nun betreffe aber diese Beurteilung, dass Dr. Ro. im MRT der LWS vom 8.4.2011 in den Bandscheibensegmenten L3/4, L4/5 und L5/S1 deutliche Signalhypointensitäten als Zeichen eines relevanten Wasserverlustes (black disc) gesehen habe, einen radiologischen Zustand, der den Zustand, der zum Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe bestanden habe, wohl kaum abbilde und damit nicht beweisrelevant sei. Das MRT vom 8.4.2011 sei als Beweismittel ungeeignet, weil die Untersuchung erst 5 Jahre nach Aufgabe der schädigenden Tätigkeit durchgeführt worden sei.

17

Aus hiesiger Sicht liege eine bisegmentale Bandscheibenerkrankung der letzten lumbalen Segmente ohne Begleitspondylose und ohne konkurrierende Ursachenfaktoren vor. Bei diesem Sachverhalt wäre eine BK 2108 anzuerkennen, sofern man der Argumentation des Professor Dr. B.-A. folgen würde. Diese Auffassung teile er nicht, sondern erachte einen Befall von mindestens 3 Segmenten als obligat. Jedoch sei das 2. Zusatzkriterium (besonders intensive Belastung: Anhaltspunkt: Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren) der Konstellation B2 erfüllt. Angesichts der vom BSG (Urteil vom 30.10.2007, Az.: B 2 U 4/06 R) vorgenommenen Halbierung des Richtwertes für die Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh auf 12,5 MNh sei dieser Wert auch im Rahmen des 2. Zusatzkriteriums anzusetzen (Urteil des Sächsischen LSG vom 22.4.2010, Az.: L 2 U 109/07). Beim Kläger ergebe sich eine Belastungsdosis in Höhe von 12,92 MNh für den Zeitraum 1.9.1974 bis 31.8.1984. Eine BK 2108 liege vor, Eintritt des Versicherungsfalles sei Ende 2006, die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 20 vH.

18

Die Beklagte hat eine Stellungnahme (vom 17.10.2014) ihres Beratungsarztes Dr. Sc. zu den Akten gereicht. Dieser hat ausgeführt, es überrasche, dass in keinem der vorausgegangenen Berichte oder Gutachten die auf den Nativ-Aufnahmen unschwer erkennbare asymmetrische lumbosakrale Übergangsstörung erkannt und beschrieben worden sei. Die klinischen Befundkriterien für eine bandscheibenbedingte Erkrankung seien beim Kläger nicht zweifelsfrei erfüllt. Es lägen zu alledem auch noch klassische Merkmale einer abgelaufenen Scheuermann'schen Erkrankung vor, sodass sich eine geradezu erdrückende konkurrierende Ursächlichkeit für die Bandscheibenveränderungen ergebe. Schlussendlich sei auszuführen, dass die Verschleißveränderungen sowohl in ihrer Mehretagigkeit als auch in ihrer Ausprägung im HWS-Bereich mindestens gleichwertig seien wie im LWS-Bereich, aus seiner Sicht eigentlich sogar darüber hinausgingen. Es könne sich insoweit nicht um eine B4-Konstellation handeln, wie vom Radiologen angegeben, sondern es handele sich zumindest um eine B6-Konstellation, eigentlich sogar um eine B5-Konstellation, beide nach den Konsensvorgaben nicht anerkennungsfähig. Diese Konstellationen werde man aber vorliegend nicht bemühen müssen wegen der klar erkennbaren konkurrierenden Ursachen, die bisher merkwürdigerweise nirgendwo erkannt worden sein. Danach handele es sich um eine klassische B 10-Konstellation.

19

Mit Urteil vom 5.3.2018 (Eingang auf der Geschäftsstelle am 31.7.2018) hat das SG den Bescheid vom 4.8.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.5.2013 aufgehoben und festgestellt, dass bei dem Kläger eine BK 2108 vorliegt. In seiner Begründung ist das SG den Ausführungen des Sachverständigen Dr. L. gefolgt und hat insbesondere das Vorliegen des 2. Zusatzkriteriums der Konstellation B2 (besonders intensive Belastungen) bejaht. Angesichts der vom BSG vorgenommenen Halbierung des Richtwertes für die Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh auf 12,5 MNh sei dieser Wert auch im Rahmen des 2. Zusatzkriteriums anzusetzen. Ansonsten ergebe sich unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG ein logischer Bruch in den sogenannten Konsensempfehlungen, der zu einem Mangel an innerer Schlüssigkeit gereichen würde. Andernfalls müsste man nach Auffassung der Kammer als Anerkennungsdatum der BK 2108 ergänzend hilfsweise auf das Datum der Befundung der MRT der LWS vom 8.4.2011 abstellen.

20

Gegen das ihr am 6.8.2018 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 22.8.2018 Berufung eingelegt.

21

Sie ist der Auffassung, dass eine BK 2108 nicht vorliegt. Insbesondere trägt sie vor, dass die vom SG vorgenommenen Halbierung des Richtwertes für die Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh auf 12,5 MNh im Rahmen des 2. Zusatzkriteriums der Konstellation B2 nicht zulässig sei.

22

Die Beklagte beantragt,

23

das Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 5.3.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

4

Der Kläger beantragt,

25

die Berufung zurückzuweisen.

26

Er verteidigt das angefochtene Urteil.

27

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens (vom 24.8.2019 mit Ergänzung vom 10.7.2020) bei Professor Dr. D.. Der Sachverständige hat ausgeführt, der Kläger habe ihm ein neues MRT der LWS vom 29.5.2019 vorgelegt. Die Bandscheiben L1/L2 und L2/L3 seien völlig unauffällig, die Bandscheibe L3/L4 zeige einen kleinen, insbesondere nach oben geschlagenen Bandscheibenvorfall, wobei hier eine erstgradige Höhenminderung im Sinne einer Chondrose Grad I vorliege. Die Bandscheibe L4/L5 sei massiv höhengemindert (Chondrose Grad III), die Bandscheibe sei aber nur flach nach posterior vorgewölbt, kein Bandscheibenvorfall. Die Bandscheibe L5/S1 sei leicht höhengemindert (Chondrose Grad I), sie sei nicht schwarz (keine black disc), allenfalls gering etwa im Bereich der Altersnorm signalgemindert; ebenfalls kein Bandscheibenvorfall. Eine lumbosakrale Übergangsstörung relevanten Ausmaßes könne er nicht erkennen. Altersvoraussetzend seien nunmehr lediglich die Segmente L3/L4 (wegen des Bandscheibenvorfalles) und L4/L5. Das Segment L5/S1 sei mit einer relativen normierten Höhe von 76 % (Chondrose Grad I) jetzt nicht mehr altersvoraussetzend verändert.

28

Zu klären sei, ob die medizinischen Voraussetzungen einer BK 2108 gegeben seien. Die berufliche Exposition sei bei einer Gesamtdosis von 40,4 MNh ausreichend gegeben, das Vorliegen der Zusatzkriterien 2 und 3 der Konstellation B2 sei vom Präventionsdienst jedoch verneint worden. Der Beurteilung, ob eine bandscheibenbedingte Erkrankung vorliege, lägen das Gutachten von Dr. Ro. vom 15.6.2012 und die dort bestimmten Bandscheibenhöhen aus dem MRT vom 8.4.2011 zugrunde (L1/2 96 %, L2/3 100 %, L3/4 84 %, L4/5 46 % und L5/S1 63 %). Es müsse jedoch angemerkt werden, dass ab 66 % nur noch eine Chondrose Grad I anzusetzen wäre, was bereits nicht mehr altersvoraussetzend wäre, und die Differenz (63° zu 66° <gemeint: %>) im Messfehlerbereich liege. Soweit beurteilbar, auch hier seien die medizinischen Unterlagen in der Akte sehr dünn, habe ein Lokalsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung vorgelegen, sodass bei großzügiger Auslegung der klinischen Befundsituation vom Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung ausgegangen werden könne. Setze man den Beginn der Erkrankung, wie vom Kläger angegeben, etwa auf 2004, sei der Zusammenhang zwischen beruflicher Exposition und Beginn des Krankheitsbildes plausibel. Ein belastungskonformes Schadensbild liege jedoch eindeutig nicht vor. Lediglich die Segmente L4/L5 und L5/S1 seien im Jahre 2011 altersvoraussetzend verändert gewesen, wobei der Befund des Segments L5/S1 nur gerade eben im Bereich einer altersvoraussetzenden Chondrose anzusiedeln sei. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass keine Lendenbandscheibe einen Bandscheibenvorfall aufweise. In dieser Konstellation sei eigentlich nur von einer sicher in einem Segment und grenzwertig in einem 2. Segment vorliegenden altersvoraussetzenden Höhenminderung der Bandscheiben ohne Bandscheibenvorfall auszugehen, und diese beträfen ausschließlich die beiden unteren Segmente. In den darüber liegenden Segmenten fänden sich keinerlei Begleitreaktionen. Insbesondere lägen keine sogenannten Begleitspondylophyten vor. Es fänden sich noch nicht einmal ansatzweise sekundär umformende Veränderungen. Dass die Bandscheibe L3/L4 eine black disc sein solle, könne er auch nicht ohne weiteres nachvollziehen, allerdings auch nicht überprüfen. Die aktuelle Kernspintomografie aus dem Jahr 2009 (richtig: 2019) zeige noch in allen Bandscheiben ein Rest Flüssigkeitssignal, sodass es eher unwahrscheinlich sei, dass in 2011 hier die Bandscheibe schwarz gewesen sein solle. Im Übrigen spiele eine black disc eigentlich nur dann eine Rolle, wenn auch eine Höhenminderung im Segment vorliege. Das

Bandscheibenfach L3/L4 sei zu diesem Zeitpunkt nicht höhengemindert gewesen. Die Veränderungen der HWS seien seines Erachtens sehr wohl mit denen der LWS vergleichbar. Im Zweifelsfall müsse hier das MRT der HWS aus 2011 nochmals vorgelegt werden, um vergleichende Messungen korrekt durchzuführen. Anhaltspunkte für eine konkurrierende Ursache ergäben sich nicht. Eine lumbosakrale Übergangsstörung könne er nicht nachvollziehen. Gleiches gelte für eine Scheuermann'sche Erkrankung.

29

Nach hiesiger Auffassung liege die Konstellation B3 vor. Die Sichtweise des Sachverständigen Dr. L., dass das Zusatzkriterium 2 der Konstellation B2 vorliege, weil im Rahmen dieses Zusatzkriteriums der Richtwert für die Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh auf 12,5 MNh gesenkt werden müsse, halte er nach medizinischen Kriterien für völlig unhaltbar. Die Halbierung des Richtwertes gemäß dem Urteil des BSG vom 30.10.2007 (Az.: B 2 U 4/06 R) stelle einen sogenannten Schwellenwert oder ein „unteres Abschneidekriterium“ da, um nicht von vornherein möglicherweise Betroffene ohne weitere Prüfung auszuschließen. Dies sei nicht eine Dosis, bei der in irgendeiner Form eine Risikoerhöhung vorliege, sondern eine Lebensarbeitsdosis, die sicher unkritisch sei. Es sei deshalb nicht korrekt, nun auch im Rahmen des 2. Zusatzkriteriums diesen unteren Schwellenwert, welcher nur noch ein „Abschneidekriterium“ sei, hier zur Grundlage zu machen und daraus dann auch noch eine besonders intensive Belastung ableiten zu wollen. Dies sei eine völlige Verkennung der biologischen und mechanischen Zusammenhänge. Er verweise insoweit auf Ausführungen des Richters am BSG Dr. B.. Die Zuordnung müsse zur Konstellation B3 erfolgen. Hiernach sei ein Kausalzusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung nicht gegeben. Diese Einschätzung verkenne dabei nicht, dass der Kläger subjektiv deutlich beschwerdegeplagt sei und sicherlich auch wegen seiner körperlichen Beeinträchtigungen, die über die LWS hinausgingen, einen Wechsel der beruflichen Tätigkeit mit finanziellen Einbußen habe vornehmen müssen.

30

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten. Der Inhalt der Akten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe

31

Die zulässige Berufung ist begründet.

32

Die erhobenen Klagen sind als Anfechtungsklage gegen die ablehnenden Entscheidungen verbunden mit der auf Feststellung einer BK gerichteten Feststellungsklage zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.2015 - B 2 U 20/14 R Rdnr. 9).

33

Der erhobene Anspruch beurteilt sich gemäß § 212 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) nach den Vorschriften des SGB VII, weil nicht ersichtlich ist, dass der Versicherungsfall bereits vor dem Inkrafttreten des SGB VII am 01.01.1997 eingetreten sein könnte.

34

Rechtsgrundlage für die Anerkennung der streitigen BK ist § 9 Abs. 1 SGB VII i.V.m. Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vom 31.10.1997, die lautet: „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“. Nach § 9 Abs. 1 S. 1 SGB VII sind BKen nur diejenigen Krankheiten, die durch die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet sind (sogenannte Listen-BK) und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, aaO Rdnr. 10) ist für die Feststellung einer Listen-BK erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) sowie dass eine Krankheit vorliegt. Des Weiteren muss die Krankheit durch die Einwirkungen verursacht worden sein (haftungsbegründende Kausalität). Schließlich ist Anerkennungsvoraussetzung, dass der Versicherte deshalb seine Tätigkeit aufgeben musste sowie alle gefährdenden Tätigkeiten unterlässt. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, ist die BK nicht anzuerkennen. Dass die berufsbedingte Erkrankung gegebenenfalls den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. Dabei müssen die „versicherte Tätigkeit“, die „Verrichtung“, die „Einwirkungen“ und die „Krankheit“ im Sinne des Vollbeweises – also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit – vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (BSG aaO Rdnr. 10 m.w.N.).

35

1. Der Kläger war während seiner Tätigkeit als Maurer als Beschäftigter „Versicherter“ nach § 2 Abs. 1 Nummer 1 SGB VII und gehörte somit zum versicherten Personenkreis.

36

2. Der Kläger war im Hinblick auf die vom Präventionsdienst festgestellte Gesamtbelastungsdosis nach dem MDD von 40,4 MNh einer versicherten Einwirkung durch schweres Heben und Tragen ausgesetzt, die in der Höhe ausreichte, um einen Bandscheibenschaden zu verursachen. Das MDD ist eine geeignete Grundlage zur Konkretisierung der im Text der BK 2108 mit den unbestimmten Rechtsbegriffen „langjähriges“ Heben und Tragen „schwerer“ Lasten oder „langjährige“ Tätigkeit in „extremer Rumpfbeugehaltung“ nur ungenau und allenfalls richtungsweisend umschriebenen Einwirkungen. Die aufgrund einer retrospektiven Belastungsermittlung für risikobehaftete Tätigkeitsfelder ermittelten Werte, insbesondere die Richtwerte für die Gesamtbelastungsdosis des MDD sind nicht

als Grenzwerte, sondern als Orientierungswerte oder –vorschläge zu verstehen (vgl. BSG aaO Rdnr 26; BSG, Urteil vom 23.04.2015 – B 2 U 6/13 R Rdnr 17 m.w.N.; BSG, Urteil vom 6.9.2018, Az.: B 2 U 10/17 R, Rn. 20). Für Männer legt das MDD als Gesamtbelastungsdosis 25 MNh fest, die hier deutlich überschritten sind.

37

3. Eine BK 2108 liegt jedoch nicht vor, da die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen für die Bejahung des erforderlichen Ursachenzusammenhangs zwischen gefährdenden Einwirkungen i.S. der BK 2108 und der Bandscheibenerkrankung des Klägers nicht vorliegen. Aus dem Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen kann angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS nicht automatisch auf das Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen der BK 2108 geschlossen werden; vielmehr müssen medizinische Kriterien hinzukommen (BSG aaO B 2 U 6/13 R Rdnr. 18 m.w.N.).

38

Abweichend von einem Arbeitsunfall mit seinem zeitlich begrenzten Ereignis, das oftmals relativ eindeutig die allein wesentliche Ursache für einen als Unfallfolge geltend gemachten Gesundheitsschaden ist, ist die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs bei BKen und insbesondere der BK 2108 in der Regel schwieriger. Denn angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen, der Dauer der zu berücksichtigenden Zeiträume und des Fehlens eines eindeutig abgrenzbaren Krankheitsbildes, das für Belastungen durch Heben und Tragen oder Arbeiten in Rumpfbeugehaltung typisch ist (vgl. Konsensempfehlung aaO S. 212), stellt sich letztlich entscheidend nur die Frage nach einer wesentlichen Mitverursachung der LWS-Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen (BSG, Urteil vom 27.06.2006 – B 2 U 13/05 R Rdnr. 12).

39

Für die Ursachenbeurteilung können folgende Kriterien zu Grunde gelegt werden (BSG, Urteil vom 27.06.2006 aaO Rdnr. 14): Die belastenden Einwirkungen, das Krankheitsbild, insbesondere ob ein altersuntypischer Befund und ein belastungskonformes Schadensbild vorliegt, eine zeitliche Korrelation zwischen den Einwirkungen und dem Erkrankungsverlauf, das Vorliegen von konkurrierenden Ursachen wie z.B. Schadensanlagen. Dies entspricht auch der Konsensempfehlung von B.-A. u.a. (BSG, Urteil vom 27.06.2006 aaO).

40

Die Konsensempfehlungen aus dem Jahre 2005 sind nach wie vor eine hinreichende Grundlage für die Bestimmung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, Urteile vom 23.04.2015 – B 2 U 6/13 R Rdnr. 20 ff.; vom 6.9.2018, Az.: B 2 U 13/17 R Rn. 20; vom 6.9.2018, Az.: B 2 U 10/17 R Rn. 25). Bei den Konsensempfehlungen handelt es sich allerdings nicht um einen normativen Text oder ein antizipiertes Sachverständigengutachten, weil die Konsensempfehlungen weder vom demokratisch legitimierten Gesetzgeber erlassen noch von unabhängigen und der Neutralität verpflichteten Autoren verfasst wurden. Daher sind sie für Verwaltung, Gerichte oder Gutachter auch nicht unmittelbar verbindlich und es verbietet sich deren Auslegung unter strikter Anwendung

der Regeln der juristischen Methodenlehre. Konsensempfehlungen dienen lediglich zur Erleichterung der Beurteilung im Einzelfall, um typische Befundkonstellationen im Hinblick auf die Kausalbeziehungen unter Zugrundelegung des aktuell wissenschaftlichen Erkenntnisstandes einordnen zu können (BSG, Urteil vom 23.04.2015 – B 2 U 6/13 R Rdnr. 23).

41

Vorliegend steht aufgrund der eingeholten Gutachten zur Überzeugung des Senats fest, dass beim Kläger eine bisegmentale Bandscheibenerkrankung in Form einer Chondrose Grad II in den beiden letzten Segmenten L4/L5 und L5/S1 ohne Begleitspondylose und ohne konkurrierende Ursachenfaktoren vorliegt. Es besteht weiterhin eine plausible zeitliche Korrelation zu Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung. Zur Überzeugung des Senats ist nicht nachgewiesen, dass zum Zeitpunkt der Aufgabe der schädigenden Tätigkeit eine black disc im Segment L3/L4 bestand. Das MRT vom 8.4.2011, das nach Einschätzung des Dr. Ro. eine black disc in diesem Segment gezeigt haben soll, wurde nämlich erst 5 Jahre nach Aufgabe der schädigenden Tätigkeit angefertigt. Zudem konnte eine black disc in dem MRT vom 29.5.2019 nicht bestätigt werden. Auch ist, worauf Prof. Dr. D. hingewiesen hat, eine black disc nur bei gleichzeitiger Höhenminderung im Nativröntgenbild als altersuntypisch zu werten (vgl. Konsensempfehlungen, aaO, Ziff. 1.2, S. 212, 215 Übersicht 7). Insoweit stimmen die beiden gehörten Sachverständigen im Wesentlichen überein, die beide eine bisegmentale Bandscheibenerkrankung annehmen.

42

Eine Anerkennung der BK 2108 ist jedoch nicht möglich, da es an einem belastungskonformen Schadensbild fehlt. Das belastungskonforme Schadensbild wird beschrieben durch den Vergleich der Veränderungen zwischen Beschäftigten mit hoher Wirbelsäulenbelastung und der Normalbevölkerung hinsichtlich der Kriterien Lebensalter beim Auftreten der Schädigung, Ausprägungsgrad in einem bestimmten Alter, Verteilungsmuster der Bandscheibenschäden an der LWS, Lokalisationsunterschiede zwischen biomechanisch hoch und mäßig belasteten WS-Abschnitten der gleichen Personen und Entwicklung einer Begleitspondylose (Konsensempfehlungen, aaO, Ziff. 1.1.3, S. 212, 214). In den Konsensempfehlungen werden Befundkonstellationen, wie sie sich typischerweise bei den Begutachtungen ergeben, definiert und die Einschätzung der Experten zur Beurteilung des Ursachenzusammenhangs entsprechend der jeweiligen Befundkonstellation wiedergegeben (Konsensempfehlungen, aaO, Ziff. 1.4, S. 217).

43

Danach gilt für mit dem Buchstaben „B“ beginnenden Konstellationen:

44

Lokalisation: Die bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft L5/S1 und/oder L4/L5
Ausprägung des Bandscheibenschadens: Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall.

45

Die Konstellation B1 ist nicht gegeben, da es an einer Begleitspondylose fehlt. Auch die Voraussetzungen der Konstellation B2 liegen nicht vor, die wie folgt lauten:

46

Konstellation B2:

47

Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren erkennbar: nein.

48

Begleitspondylose: nein.

49

Zusätzlich mindestens 1 der folgenden Kriterien erfüllt:

50

- Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben - bei monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/L5 „black disc“ im Magnetresonanztomogramm in mindestens 2 angrenzenden Segmenten (1. Zusatzkriterium)

51

- besonders intensive Belastung; Anhaltspunkt: Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren (2. Zusatzkriterium)

52

- besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen; Anhaltspunkt: Erreichen der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen (Frauen ab 4,5 kN; Männer ab 6 kN) (3. Zusatzkriterium).

53

Beurteilung: Zusammenhang wahrscheinlich.

54

Die Voraussetzungen der Konstellation B2 liegen nicht vor, insbesondere nicht die der Zusatzkriterien 1 und 2; für das Vorliegen des 3. Zusatzkriteriums liegen keine Anhaltspunkte vor, da nach den Feststellungen des Präventionsdienstes der Beklagten beim Heben oder Tragen von Lasten Druckkräfte auf L5/S1 auftraten, die den Wert von 6 kN nicht erreichten.

55

a) Ob das 1. Zusatzkriterium erfordert, dass mindestens 3 Segmente betroffen sind, oder ob auch ein wie hier vorliegender bisegmentaler Befund ausreichend sein kann, ist umstritten (bisegmental genügend: LSG Rheinland-Pfalz., Urteil vom 30.7.2019 Az.: L 3 U 95/14; Sächsisches LSG, Urteile vom 29.1.2014, Az.: L 6 U 111/11, und vom 21.6.2010, Az.: L 2 U 170/08; LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 11.7.2013, Az.: L 6 U 59/11; ablehnend: LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 21.12.2016, Az.: L 17 U 275/14; Bayerisches LSG, Urteil vom 20.8.2009, Az.: L 2 U 330/07; Hessisches LSG, Urteil vom 18.8.2009, Az.: L 3 U 202/04, vom 27.3.2012, Az.: L 3 U 81/11, und vom 22.11.2016, Az.: L 3 U 76/13). Die Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen (aaO) und des Hessischen LSG (vom 22.11.2016, Az.: L 3 U 76/13) waren Gegenstand von Revisionsverfahren vor dem BSG, die durch Urteile vom 6.9.2018 entschieden wurden. Während in dem Verfahren mit dem Az.: B 2 U 13/17 R die Revision des Klägers zurückgewiesen wurde, hat das BSG in dem Verfahren mit dem Az.: B 2 U 10/17 R das Urteil des Hessischen LSG aufgehoben. Entscheidend für die unterschiedliche Behandlung der Fälle war aus Sicht des BSG, dass die Feststellung eines in den sogenannten Konsensempfehlungen enthaltenen medizinischen Erfahrungssatzes durch das Berufungsgericht das Revisionsgericht nur bindet, wenn die naturwissenschaftliche Grundlage hierfür aus sachverständigen Stellungnahmen und durch Anhörung eines Sachverständigen gewonnen wurde und nicht feststellbar ist, dass er offensichtlich falsch ist oder offenkundig nicht mehr dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entspricht; dagegen bindet die Feststellung eines solchen medizinischen Erfahrungssatzes das Revisionsgericht nicht, wenn er lediglich mittels einer Literaturlauswertung durch auf dem einschlägigen Gebiet nicht fachgerecht ausgebildete Richter gewonnen wurde.

56

Der Senat schließt sich der Auffassung der LSG Hessen, Nordrhein-Westfalen und Bayern an, wonach ein bloßer bisegmentaler Befund nicht ausreicht. Denn bereits nach den Grundvoraussetzungen aller B-Konstellationen wird eine bandscheibenbedingte Erkrankung an einer oder 2 Bandscheiben vorausgesetzt, sodass das Kriterium „an mehreren Bandscheiben“ nur bedeuten kann, dass mindestens 3 Segmenten betroffen sein müssen (nämlich mindestens ein Segment bei den Grundvoraussetzungen und mehrere, also mindestens 2 Segmente als Zusatzvoraussetzung). Auch wäre ansonsten schon beim Vorliegen der Grundkonstellation B2, wenn L5/S1 und L4/L5 betroffen wären, immer die 1. Alternative des Kriteriums 1 erfüllt und es hätte damit der ausdrücklichen Einbeziehung „an mehreren Bandscheiben“ gar nicht bedurft (LSG Nordrhein-Westfalen, aaO, Rn. 41). Vor allem aber entspricht die Konstellation, in der lediglich ein mono- oder bisegmentaler Schaden an den beiden unteren LWS-Segmenten vorliegt und weder eine Begleitpondylose noch ein Zusatzkriterium festzustellen ist, der Konstellation B3. Dass über die Zuordnung auch des bisegmentalen Schadens zur Konstellation B3 als Stand der Wissenschaft unter den Autoren der Konsensempfehlungen Einigkeit bestand, lässt sich unmittelbar aus den „Anmerkungen zu den nicht im Konsens beurteilten Fallkonstellationen“ (Konsensempfehlungen, 1.4. Anhang 1, Seite 219 und Anhang 2, Seite 221) ablesen, ohne auf Methoden der Auslegung zurückgreifen zu müssen. In diesen beiden Anhängen begründen die widerstreitenden Autorengruppen nämlich unter anderem, warum die eine Gruppe in der Konstellation B3 einen Zusammenhang als unwahrscheinlich (Anhang 1) bzw. die andere den Zusammenhang als wahrscheinlich (Anhang 2) ansieht. Die Autoren des Anhangs 1 führen zur Konstellation B3 in diesem Zusammenhang aus (Seite 219 am

Ende): „Die Konstellation B3 entspricht der häufigsten Manifestationsform eigenständiger Bandscheibenerkrankungen innerer Ursache an der LWS. Betroffen sind bei dieser Konstellation lediglich die Segmente L4/5 und/oder L5/S1.“ Das bedeutet, dass die Autoren den reinen bisegmentalen Schadens nicht der Konstellation B2 mit Zusatzkriterium, sondern B3 zuordnen. Die Autoren des Anhangs 2 formulieren: „Konstellation B3 unterscheidet sich von der - im Konsens als Berufskrankheit anerkannten - Konstellation B1 durch das Fehlen einer Begleitspondylose“. Da es sich bei der Konstellation B1 um die bandscheibenbedingte Erkrankung an einer oder zwei Bandscheiben mit Begleitspondylose handelt, ist also auch diese Autorengruppe der Auffassung gewesen, dass der bisegmentale Schaden der Konstellation B3 unterfällt und nicht der Zusatzvoraussetzung 1 Alternative 1 („an mehreren Bandscheiben“) der Konstellation B2 erfüllt (LSG Nordrhein-Westfalen, aaO, Rn. 42).

57

Diese Auffassung wird auch von den Sachverständigen Professor Dr. D. geteilt. Dieser hat ausgeführt, dass die Auffassung, dass ein bloßer bisegmentaler Schaden für die Annahme des 1. Zusatzkriteriums nicht ausreicht, dem derzeitigen Stand der aktuellen Begutachtungsliteratur und damit dem allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standard entspricht. Er verweist auf Lu., Meyer-Clement, Begutachtung chirurgisch-orthopädischer Berufskrankheiten durch mechanische Einwirkungen, Schadensbilder, Differentialdiagnosen, Rechtsprechung, Merkblätter, wissenschaftliche Stellungnahmen und Empfehlungen, Ecomed Medizin Landsberg am Lech 2019. Dort wird ausgeführt (Seite 213f):

58

„... Liegen Bandscheibenschäden in den unteren 3 Segmenten der Lendenwirbelsäule vor, ist das 1. Zusatzkriterium zu Konstellation B2 erfüllt. Wenn eine Chondrose Grad 2 oder ein Bandscheibenvorfall in einem oder beiden Segmenten der unteren Lendenwirbelsäule vorliegt, reichen Signalveränderungen im Sinne einer sogenannten black disc im Kernspintomogramm aus, um die Voraussetzungen für eine B2-Konstellation zu erfüllen. Hierbei muss die black disc in mindestens 2 angrenzenden Segmenten vorliegen, falls die Höhenminderung oder der Bandscheibenvorfall in einem Segment der unteren Lendenwirbelsäule vorliegt. Sind primär 2 Bandscheiben durch Höhenminderung oder Bandscheibenvorfall betroffen, reicht eine black disc in einem weiteren Segment aus.

59

Merke: es müssen immer 3 Segmente der Lendenwirbelsäule betroffen sein, um eine B2 Konstellation anerkennen zu können...“

60

Ergänzend weist der Sachverständige darauf hin, dass die Problematik im vorliegenden Fall dadurch entstehe, dass die Segmente L1/L2 und L2/L3 völlig unauffällig seien und auch das Segment L5/S1 keine altersvoraussetzende Bandscheibenschädigung nachvollziehen lasse.

61

Auch der Sachverständige Dr. L. ist ebenfalls der Auffassung, dass ein bloßer bisegmentaler Schaden nicht ausreicht.

62

b) Auch das Zusatzkriterium 2 (besonders intensive Belastung; Anhaltspunkt: Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren) liegt nicht vor. Der vom SG und dem Sachverständigen Dr. L. vertretenen Auffassung (ebenso: LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 30.10.2018, Az.: L 3 U 201/16; Sächsisches LSG, Urteil vom 29.1.2014, Az.: L 6 U 111/11), dass das Zusatzkriterium „besonders intensive Belastung“ im Sinne der Befundkonstellationen B2 erfüllt ist, wenn eine Belastungsdosis von 12,5 MNh (häufige Richtwert des Mainz-Dortmunder Dosismodells) in weniger als 10 Jahren erreicht wird, schließt sich der Senat nicht an (ebenso: LSG Berlin-Brandenburg, Urteile vom 6.5.2010, Az.: L 3 U 19/06, Rn. 77; und vom 19.1.2012, Az.: L 2 U 24/09 ZVW, Rn. 56; Bayerisches LSG, Urteil vom 31.1.2013, Az.: L 17 U 244/06 Rn. 29). Das BSG (Urteil vom 23.4.2015, Az.: B 2 U 10/14 R) hat zwar die Revision gegen das Urteil des Sächsischen LSG (aaO) zurückgewiesen mit der Begründung, der Senat habe im Rahmen seiner hierzu durchgeführten Überprüfung nicht zu der Erkenntnis gelangen können, dass der vom LSG zugrunde gelegte Erfahrungssatz hinsichtlich der erforderlichen besonders intensiven Belastung des 2. Zusatzkriteriums der Konstellation B2 in der Wissenschaft allgemein angegriffen werde und deshalb offenkundig nicht dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen (Rn. 27). Das BSG hat jedoch auch ausgeführt, dass die Tatsachengerichte zur Feststellung unterschiedlicher Erfahrungssätze gelangen könnten, die dann jeweils revisionsrechtlich akzeptiert werden müssten (Rn. 29).

63

Der Sachverständige Professor Dr. D. hat hierzu auf 2 der aktuellsten Standardwerke in der Begutachtungsliteratur (Grosser V. Berufskrankheiten in Thomann, Grosser, Sc.: orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, Handbuch der klinischen Begutachtung 3. Aufl., Elsevier GmbH Deutschland 2020 und Lu., Meyer-Clement,aaO) verwiesen. Er führt aus, bei Grosser heiße es unter BK 2108 unter der Unterüberschrift berufliche Belastung auf Seite 378: „... In einem Urteil vom 30.10.2007 (aaO) hatte das BSG aufgrund des noch unzureichenden Erkenntnisstandes zu den arbeitstechnischen Voraussetzungen im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung entschieden, dass 50 % der bisherigen Mindestbelastungsdosis nach dem MDD für eine Einleitung des Prüfverfahrens gegebenenfalls mit Anerkennung ausreichen. Das BSG hat damit einen Grenzwert definiert, unterhalb dessen eine medizinische Prüfung der Zusammenhangsfrage entfallen kann. Die Berechnung der Dosis wurde dahingehend modifiziert...

64

Aus medizinischer Sicht ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die „Konsensempfehlungen“ zu den medizinischen Kriterien zur Beurteilung des Ursachenzusammenhangs unter der Voraussetzung formuliert wurden, dass die Richtwerte nach dem MDD zumindest annähernd erreicht sind und statistisch in etwa von einer Verdoppelung des Erkrankungsrisikos ausgegangen werden kann. Dies ist bei einer erheblichen Unterschreitung der Richtwerte nicht gegeben.“

65

Aus dem Werk von Lu., Meyer-Clement zitiert der Sachverständige Professor Dr. D. wie folgt: „Beim 2. Zusatzkriterium handelt es sich um ein rein technisches Kriterium. Wenn der Richtwert von 25 MNh in weniger als 10 Jahren erreicht ist, liegt eine B2 Konstellation vor ... Lediglich das LSG Sachsen (Urteil vom 29.01.2014 - L 6 U 11/111) legte als Richtwert für die Lebensdosis das vom BSG im Urteil vom 30.10.2007 (aaO) formulierte untere Abschneidekriterium von 12,5 MNh zugrunde. Hierzu sei angemerkt, dass mit dem Begriff Richtwert die Verdopplungsdosis von 25 MNh gemeint ist und nicht ein fiktiver Wert, dem es an der epidemiologischen Evidenz fehlt.“

66

Der Sachverständige Professor Dr. D. geht deshalb unter Zugrundelegung der aktuellen Handbuchliteratur davon aus, dass es weiterhin Konsens ist, hier den Richtwert von 25 MNh zugrunde zu legen. Dies ist für den Senat nachvollziehbar und überzeugend. Der Grund für die Halbierung der im MDD vorgeschlagenen Orientierungswerte für die Gesamtbelastungsdosis bestand darin, dass es eines Sicherheitsabschlages bedarf, wenn die Gesamtbelastungsdosis als Ausschlusskriterium für das Vorliegen einer BK 2108 verwendet werden soll. Bei dem 2. Zusatzkriterium für die Konstellation B2 handelt es sich jedoch nicht um ein Ausschlusskriterium, sondern um eines von mehreren Elementen zur Beurteilung des Ursachenzusammenhangs. Da ihm keine Ausschlussfunktion zukommt, ist es nicht sachgerecht, Sicherheitsabschläge in solcher Höhe anzusetzen, dass die Aussagekraft des Zusatzkriteriums völlig aufgehoben wird (vergleiche Bayerisches LSG, aaO, Rn. 29).

67

c) Im Fall des Klägers liegt somit nicht die Konstellation B2 vor, sondern die Konstellation B3 (wie Konstellation B2, aber keines der Zusatzkriterien erfüllt). Für diese Konzeption bestand kein Konsens für die Annahme eines Zusammenhangs. Dieser fehlende Konsens in der Arbeitsgruppe kann aber nicht so gedeutet werden, dass damit eine Anerkennung des Verursachungszusammenhangs im Einzelfall unmöglich wäre. Vielmehr ist zu ermitteln, ob individuelle, dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende Umstände vorliegen, die im konkreten Einzelfall den Ursachenzusammenhang als hinreichend wahrscheinlich erscheinen lassen (BSG, Urteil vom 23.04.2015 – B 2 U 6/13 R Rn. 26). Solche Umstände liegen hier nicht vor. Der dazu gehörte Sachverständige Professor Dr. D. hat insbesondere darauf hingewiesen, dass im Segment L5/S1 zum Zeitpunkt des MRT vom 8.4.2011 mit einer Höhenminderung von 63 % nur ganz knapp eine Chondrose Grad 2 erreicht wird und ab 66,67 % nur noch eine nicht altersvoraussetzende Chondrose Grad 1 vorgelegen hätte.

68

4. Abschließend weist der Senat darauf hin, dass er das Gutachten des Sachverständigen Professor Dr. D. auch für verwertbar hält. Seine Wortwahl hält sich im Rahmen des Vertretbaren. Er hat auch aus Sicht des Senats die Grenzen der gebotenen Objektivität zu keinem Zeitpunkt überschritten. Einen ausdrücklichen Befangenheitsantrag hat der Kläger nicht gestellt, dieser wäre auch verfristet gewesen, da er nicht innerhalb eines Monats nach Übersendung des Gutachtens gestellt worden ist (vergleiche Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 118 Rn. 12I).

69

Die Berufung der Beklagten hat somit Erfolg.

70

Die Kostenscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG.

71

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor (vergleiche dazu BSG, Beschluss vom 17.5.2019, Az.: B 2 U 131/18 B).