

Zur Nichtanerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule (BK-Ziffer: 2108).

§ 9 Abs. 1, Abs. 2a SGB VII

Urteil des LSG Mecklenburg-Vorpommern vom 15.03.2023 – L 5 U 47/18 –
Bestätigung des Urteils des SG Stralsund vom 17.09.2018 – S 14 U 25/15 –
Vom Ausgang des Revisionsverfahrens beim BSG – B 2 U 11/24 R - wird berichtet

Die Beteiligten streiten darüber, ob beim Kläger eine BK nach der Ziffer 2108 (bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langwierige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Lendenwirbelsäule geführt haben) der Anlage 1 zur BK 2108 neue Fassung besteht.

Der 1958 geborene Kläger begann im September 1974 eine Lehre als Heizungsmonteur und war in der Folgezeit bei mehreren Firmen als Heizungsmonteur bzw. Heizungsbaumeister und zuletzt bis zum 31.05.2009 im Rohrleitungs- und Anlagenbau beschäftigt. Ab Juni 2009 bezog er Krankengeld und machte dann eine berufliche Rehabilitation. Ab 01.02.2011 begann er eine Tätigkeit im Immobilienmanagement bei der Stadtwirtschaft der Stadt A. Im Mai 2012 bat die Krankenkasse des Klägers die Beklagte um Einleitung eines Feststellungsverfahrens wegen einer Berufskrankheit. Nach umfangreichen Ermittlungen lehnte sie es dann mit Bescheid vom 06.06.2013 ab, eine BK beim Kläger anzuerkennen, da kein belastungskonformes Schadensbild bestünde.

Widerspruch und Klage hiergegen hatten keinen Erfolg.

Auch das LSG sieht den Anspruch nicht als gegeben an.

Soweit es um BK-Bezeichnungen gehe, in denen lediglich der Unterlassungszwang gestrichen wurde, sei die neue „bereinigte“ BK-Bezeichnung nicht nur bei allen erstmaligen BK-Meldungen nach dem 01.01.2021 anzuwenden, sondern auch bei allen nach dem 01.01.2021 über die Anerkennung als Berufskrankheit zu treffenden Entscheidungen. Dies betreffe Fälle, die vor dem 01.01.2021 gemeldet, aber noch nicht bestandskräftig entschieden worden seien.

Da die Rechtsänderung nach Abs. 2a des § 9 SGB VII erst zum 01.01.2021 ohne Rückwirkung eintreten kann, würden davon auch nur solche früher anhängigen Fälle erfasst, in denen zum Zeitpunkt der Rechtsänderung die früher gemeldete Erkrankung bzw. gesundheitliche Folgen dieser Erkrankung noch feststellbar seien. **Bei den BK-Bezeichnungen, in denen nicht nur der Unterlassungszwang gestrichen, sondern zugleich eine Ergänzung der Krankheitsbilder vorgenommen wurde (u. a. Nummer 2108 bis 2110), sei ebenfalls zu beachten, dass die zusätzlichen Merkmale des jeweiligen Krankheitsbildes für eine Anerkennung ab 01.01. 2021 nach der neuen Rechtslage erfüllt sein müssten.**

Zwar gehöre der Kläger zum versicherten Personenkreis, da er langjährig im Rohrleitungs- und Anlagenbau versicherungspflichtig tätig war. Auch erfülle er die arbeitstechnischen Voraussetzungen, da er nach den Ermittlungen der Präventionsdienste für diese Beschäftigungszeiten nach dem Mainz-Dortmunder- Dosis-Modell eine **Gesamtdosis von 33,2 MNh** erreiche.

Der Kläger erfülle aber nicht die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen für die Bejahung des Ursachenzusammenhanges zwischen den gefährdenden beruflichen Einwirkungen im Sinne der BK 2108 und der Bandscheibenerkrankung. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen setze zum einen das Vorliegen der tatbestandlich vorausgesetzten Krankheit und zum anderen das Vorliegen eines Schadensbildes voraus, welches mit der rechtlich-wesentlichen Verursachung dieser Krankheit durch die beruflichen Einwirkungen zumindest im Einklang stehe. Nach der Rechtsprechung des BSG gäben die sog. „**Konsensempfehlungen**“ den

aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand der Beurteilung berufsbedingt entstandener Bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule wieder.

Vorliegend komme das LSG in Übereinstimmung mit dem im Verfahren durch das Gericht beauftragten Gutachter Dr. S in seinem Gutachten vom 09.09.2020 zu der Einschätzung das eine **Konstellation B 6** vorliege. Diese entspreche der Konstellation B 2, wobei auch ein Bandscheibenschaden an der HWS neben dem an der LWS bestehe, bei denen beide etwa gleich stark ausgeprägt seien. **Bei diesem Krankheitsbild habe in der Kommission gerade kein Konsens bestanden, dies als für die BK geeignetes Krankheitsbild anzusehen.**

Dies stehe der Einschätzung des Gutachters Dr. V in seinem Gutachten aus dem Jahr 2016 nicht entgegen, der festgestellt hatte, dass die Beeinträchtigungen im Bereich der HWS nur gering gewesen seien. Denn wenn im zeitlichen Verlauf die bandscheibenbedingten bzw. degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS des Klägers (auch in klinischer Ausprägung) stärker vorangeschritten seien als im Bereich der LWS, obwohl der Kläger schon seit Jahren keinen bzw. nur noch geringen beruflichen Belastungen im Sinne der BK 2108 ausgesetzt gewesen ist, spreche dies dafür, dass das stärkere Fortschreiten der degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS des Klägers auf seiner **individuellen Veranlagung** beruht, da für berufliche Belastungen im Sinne einer BK 2108 beim Kläger nichts ersichtlich sei.

Losgelöst davon sei der Senat nicht überzeugt, dass derzeit noch ein Krankheitsbild beim Kläger bestehe, welches die erweiterten Kriterien i.S. der neuen Fassung des BK Tatbestandes Nr. 2108 erfülle. (D.K.)

Das Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern hat mit Urteil vom 15.03.2023 – L 5 U 47/18 – wie folgt entschieden:

Tatbestand

1

Die Beteiligten streiten darüber, ob beim Kläger eine Berufskrankheit (BK) nach der Ziffer 2108 (bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langwierige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben) der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung – im Folgenden: BK 2108 neue Fassung (n. F.) – besteht.

2

Der 1958 geborene Kläger begann im September 1974 eine Lehre als Heizungsmonteur und war in der Folgezeit bei mehreren Firmen als Heizungsmonteur bzw. Heizungsbaumeister und zuletzt bis zum 31. Mai 2009 im Rohrleitungs- und Anlagenbau beschäftigt. Ab dem 1. Juni 2009 bezog der Kläger Krankengeld. Ab dem 29. Juli 2009 erhielt der Kläger Leistungen der Arbeitslosenversicherung. Vom 4. Januar 2010 bis 29. Oktober 2010 unterzog der Kläger sich einer beruflichen Rehabilitation. Danach erhielt der Kläger erneut Sozialleistungen, in der Zeit vom 4. Dezember 2010 bis 31. Januar 2011 wegen Arbeitslosigkeit. Ab dem 1. Februar 2011 nahm der Kläger eine Tätigkeit als Mitarbeiter des Immobilienmanagements bei der Stadtwirtschaft A-Stadt auf und war dann ab dem 17. November 2011 bei dieser Firma als Geschäftsführer tätig. Ab dem 1. Juni 2016 arbeitete der Kläger als technischer Leiter der gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaft mbH A-Stadt.

3

Im Mai 2012 bat die Krankenkasse des Klägers die BG der Bauwirtschaft um Einleitung eines Feststellungsverfahrens wegen einer Berufskrankheit beim Kläger. Diese veranlasste die Auskunft des Klägers vom 25. September 2012. Hierin gab der Kläger u. a. an, ab ca. dem 22.

Lebensjahr seien Wirbelsäulenbeschwerden aufgetreten, die stetig intensiver geworden seien. Diese führe er auf seine körperliche schwere Arbeit zurück.

4

Die BG Bau zog medizinische Unterlagen über den Kläger bei und holte einen Befundbericht des Facharztes für Neurochirurgie Dr. H. ein, der angab, den Kläger erstmalig am 20. August 2009 behandelt zu haben. Seinem Befundbericht fügte er den radiologischen Bericht des Dr. K. vom 3. September 2009 über die Kernspintomografie der Lendenwirbelsäule (LWS) des Klägers vom gleichen Tage bei, in welchem über einen Bandscheibenvorfall im Segment L 5/S1 und über eine Protrusion im Bereich des Segmentes L4/5 berichtet wurde.

5

Nachdem die BG Bau die Röntgenbefunde aller Abschnitte der Wirbelsäule des Klägers vom 18. Februar 2013 beigezogen hatte, veranlasste sie die beratungsärztliche Stellungnahme der Chirurgin Dr. H. vom 9. April 2013. Hierin hieß es, beim Kläger bestehe eine Lumboischialgie links, pseudoradikulär. 2009 sei durch eine Kernspintomografie der LWS ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 links lateral festgestellt worden, der die klinische Symptomatik erkläre. Des Weiteren bestehe eine bilaterale Bandscheibenvorwölbung im Segment L4/5. Die Röntgenaufnahmen vom 18. Februar 2013 zeigten eine leichte rechtskonvexe Skoliose der BWS, eine leichte linkskonvexe Skoliose der LWS, wobei beide Befunde nicht altersüberschreitend seien. An der Halswirbelsäule (HWS) bestehe eine Spondylosis deformans bei C5/6, eine Spondylosis deformans geringfügig im Bereich der LWS. Der Bandscheibenvorfall sei sicherlich altersvoraussetzend. Es bestehe aber keine Begleitspondylose. Auch bestünden keine mehrsegmentalen black discs, sodass von einer Konstellation B3 auszugehen sei. Eine BK 2108 könne nicht anerkannt werden.

6

Mit Bescheid vom 6. Juni 2013 lehnte es die BG Bau ab, beim Kläger eine BK 2108 anzuerkennen. Ansprüche auf Leistungen bestünden daher nicht. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass beim Kläger nach medizinischer Beurteilung kein belastungskonformes Schadensbild an seiner LWS hinsichtlich einer BK 2108 bestehe.

7

Hiergegen legte der Kläger am 4. Juli 2013 Widerspruch ein, mit dem er die Durchführung weiterer medizinischer Ermittlungen anregte.

8

Die BG Bau befragte mehrere Arbeitgeber des Klägers zu dessen beruflichen Tätigkeiten und Belastungen.

9

In seiner Stellungnahme vom 3. September 2013 gelangte Herr H. vom Präventionsdienst der BG Bau zu der Beurteilung, dass für Zeiten der Beschäftigungen des Klägers in der Zeit von September 1974 bis Juni 1994, von Dezember 1996 bis April 1998 und von Mai 2005 bis Februar 2007 die berufliche Gesamtdosis nach dem MDD den Wert von 20,7 MNh ergebe (83 % des Orientierungswertes von 25 × 106 Nh für Männer)

10

Herr S. vom Präventionsdienst der Beklagten gelangte in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2010 zu der Beurteilung, dass hinsichtlich der Beschäftigungen des Klägers in der Zeit von Januar 1999 bis April 2002, von Januar 2003 bis Mai 2006 und von März 2007 bis Mai 2009 sich eine Gesamtdosis von 11,4 MNh (46 % des Orientierungswertes von 25 MNh für Männer) ergebe.

11

Herr S. vom Präventionsdienst der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau teilte in seiner Stellungnahme vom 29. August 2013 mit, dass die Gesamtbelastungsdosis für den Zeitraum vom 1. Februar 2011 bis heute eine Gesamtdosis von 1,107 MNh ergebe.

12

Am 6. Oktober 2014 erstatteten Dr. D./Dr. S. ihr Zusammenhangsgutachten. Hierin führten diese Ärzte aus, die klinische Untersuchung des Klägers vom 19. Mai 2014 habe eine Rotationsstörung im Bereich der HWS und LWS sowie eine Flexionsstörung im Bereich der BWS und LWS ergeben. Die Röntgenuntersuchung der HWS und LWS vom 19. Mai 2014 habe im Bereich der HWS degenerative Veränderungen bei HWK 5/6 im Sinne von osteophytären Randaufbauten im Sinne einer Spondylosis deformans ergeben. Im Bereich der LWS habe sich eine Verschmälung des Zwischenwirbels von L5 zu S1 ergeben. Im MRT vom 3. September 2009 zeige sich eine Bandscheibenerkrankung im Sinne eines Bandscheibenvorfalles bei L5/S1 links. Beim Kläger bestehe im Bereich der LWS eine Spondylarthrose bei L4/5 und L5/S1 sowie eine Bandscheibendegeneration L5/S1. Es bestehe eine Lumbalgie mit pseudoradikulärer Schmerzsymptomatik links als Folge der bandscheibenbedingten Erkrankung. Bildgebend zeige sich ein bandscheibenerkrankungsassoziierter Verschleiß im Bereich der unteren LWS sowie im Bereich der HWS. Die Veränderungen in LWS-Bereich seien als nicht alltagsvoraussetzend einzuschätzen. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS seien altersvoraussetzend. Im Rahmen des individuellen Erkrankungsverlaufs sei zu bemerken, dass der Kläger frühzeitig im Alter von 22 Jahren Beschwerden im Bereich der HWS und LWS angegeben habe. Dies sei bemerkenswert, da zu diesem Zeitpunkt noch keine relevante Lebensbelastungsdosis (in der Regel 10 Jahre entsprechende Tätigkeit) vorgelegen habe. Eine plausible zeitliche Korrelation der beruflichen Belastung zur Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS bestehe nicht. Die sich bildgebend darstellenden Veränderungen der Bandscheiben begrenzten sich auf die unteren beiden LWS-Segmente. MRT-diagnostisch hätten sich keine mehrsegmentalen black disc Zeichen gezeigt. Die beruflichen Einwirkungen seien mit aller Wahrscheinlichkeit nicht wesentlich für die bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS. Eine BK 2108 liege beim Kläger nicht vor.

13

Mit Widerspruchsbescheid vom 8. April 2015 wies die BG Bau den Widerspruch des Klägers zurück. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der beim Kläger bestehenden Wirbelsäulenerkrankung und den von ihm ausgeübten beruflichen Tätigkeiten habe nicht festgestellt werden können. Die gutachterliche Untersuchung durch Dr. S. habe ergeben, dass der beim Kläger in Bandscheibenhöhe L5/S1 vorzufindende monosegmentale Bandscheibenvorfall und die bilaterale Bandscheibenvorwölbung im Segment L4/5 bei fehlender Begleitspondylose nicht dem bei einer beruflich verursachten LWS-Erkrankung zu erwartenden Befund entspreche. Ein weiterer Schadensschwerpunkt liege im Bereich der HWS vor mit einer Bewegungseinschränkung in Form einer Rotationsstörung. Beim Kläger liege keine altersvoraussetzende bandscheibenbedingte Erkrankung im Sinne der Konsensempfehlungen vor. Eine berufliche Verursachung der Beschwerden könne nicht festgestellt werden.

14

Der Kläger hat am 7. Mai 2015 Klage beim Sozialgericht (SG) Stralsund erhoben, mit der er die Feststellung des Vorliegens einer BK 2108 weiterverfolgt. Bei ihm sei eine Gesamtbelastungsdosis von 32,1 MNh errechnet worden. Damit werde der Orientierungswert von 25 MNh deutlich überschritten, was den Schluss nahe lege, dass seine Wirbelsäulenerkrankung aus der beruflichen Belastung resultiere. Im Verwaltungsverfahren habe er darauf hingewiesen, dass erste Beschwerden in seinem Wirbelsäulenbereich erst im Alter von 30 bis 32 Jahren sporadisch aufgetreten seien und meist nach schweren körperlichen Belastungen. Zur Feststellung des Vorliegens einer BK 2108 rege er die Einholung eines Gutachtens an.

15

Der Kläger hat schriftsätzlich beantragt,

16

den Bescheid vom 6. Juni 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. April 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, das Vorliegen einer Berufskrankheit entsprechend dem Antrag des Klägers festzustellen.

17

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

18

die Klage abzuweisen.

19

Sie hat, nachdem die BG Bau den Vorgang an sie abgegeben hat ausgeführt, der festgestellte Bandscheibenvorfall bei L5/S1 sei zwar altersvoraussetzend, eine Begleitspondylose liege aber nicht vor. Des Weiteren bestünden auch keine mehrsegmentalen black discs. Das Schadensbild sei entsprechend der Konsensempfehlungen in die Konstellation B3 einzuordnen. Für diese Konstellation bestehe kein Konsens, sodass ein Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit nicht mit Wahrscheinlichkeit vorliege und eine BK 2108 daher nicht anerkannt werden könne.

20

Das SG hat den Befundbericht des Dr. H. vom 15. Januar 2016 eingeholt. Dieser hat angegeben, den Kläger in der Zeit vom 20. August 2009 bis 4. März 2010 behandelt zu haben. Er habe die MRT der LWS vom 3. September 2009 veranlasst, welche im Segment L5/S1 einen großen links-mediolateralen Bandscheibenvorfall ergeben habe.

21

Der Neurochirurg Dr. N. hat in seinem Befundbericht vom 20. Januar 2016 angegeben, den Kläger 2003 wegen eines lumbalen Facettensyndroms und ab 2009 wegen Nackenschmerzen behandelt zu haben.

22

Die Neurochirurgin Dr. W. hat in ihrem Befundbericht vom 15. Januar 2016 angegeben, den Kläger im Jahr 2009 behandelt zu haben. Ihrem Bericht hat sie ihren Arztbrief vom 19. Juni 2009

beigefügt sowie Berichte der Radiologen über die MRT der HWS vom 15. Juni 2009, den Röntgenbefund der HWS vom 5. August 2008 und die MRT der HWS vom 10. Januar 2006 nebst Arztbrief des Dr. N. vom 13. Dezember 2003.

23

Der Orthopäde Dr. T. hat angegeben, den Kläger letztmalig am 16. Dezember 2011 behandelt zu haben. Seinem Bericht hat er mehrere radiologische Berichte beigefügt.

24

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG hat Dr. V. sein Gutachten vom 1. Dezember 2016 erstattet. Auf der Grundlage einer ambulanten und röntgenologischen Untersuchung des Klägers vom 28. November 2016 hat Dr. V. beim Kläger folgende Diagnosen gestellt:

25

1. Kreuzschmerzen mit haltungs- und belastungsabhängiger Schmerzverstärkung bei insgesamt geschlängelter Wirbelsäulenverlauf von Brust- und Lendenwirbelsäule sowie initialen degenerativen Strukturveränderungen im thorakolumbalen Übergangsbereich.

26

2. Schmerzhafte Funktionseinschränkungen der Großzehengrundgelenke bei bekannter Verschleißumformung (Hallux rigidus).

27

3. Anamnestisch bekannte rheumatoide Arthritis unter rheumatologischer Basismedikation adäquat kompensiert.

28

Zusammengefasst hat Dr. V. ausgeführt, bei der gutachterlichen Untersuchung habe sich eine geringe Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich der BWS und LWS mit Schmerzhaftigkeit bei endgradiger Rechts- und Linksrumpfrotation sowie bei endgradiger Seitneigung und Rückbeuge gezeigt. Eine segmentale Störung der Entfaltungsfähigkeit in einzelnen Segmenten, insbesondere der unteren LWS sei nicht nachweisbar gewesen. Es habe keine segmentale Druckschmerzhaftigkeit bestanden, ein segmentaler Klopfschmerz der LWS sei nicht auslösbar gewesen. Typische radikuläre Ausfälle hätten aktuell nicht nachgewiesen werden können. Daneben hätten sich schmerzhafte Funktionseinschränkungen der HWS gezeigt. Die vorliegenden MRT-Befunde von 2003 und 2009 zeigten initiale Bandscheibendegenerationen mit einer Bandscheibenprotrusion zwischen L4/5 und einen Bandscheibenvorfall zwischen L5/S1. Eine typische Signalveränderung im Sinne einer black disc werde auf den vorliegenden MRT-Befunden nicht beschrieben. Die Aufnahmen selbst hätten ihm zur Begutachtung nicht vorgelegen. Die degenerativen Veränderungen der unteren HWS gingen über das im Bereich der LWS sichtbare Maß hinaus. Insbesondere im Segment C 6/7 zeige sich eine deutliche Höhenminderung des Zwischenwirbels mit reaktiven Veränderungen in Form von ventralen Spondylophytenbildungen.

29

Die arbeitstechnischen Voraussetzungen für eine BK 2108 lägen bei einer Lebensbelastungsdosis von 33,207 MNh nach dem MDD vor.

30

Der MRT-Befund vom 3. September 2009 zeige u. a. einen großen linksseitigen Bandscheibenvorfall bei L5/S1. Danach sei eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS gesichert. Ein Befall der HWS mit degenerativen Strukturveränderungen habe ebenfalls nachgewiesen werden können. Eine Begleitspondylose liege nicht vor.

31

Nach den Konsensempfehlungen komme eine Fallkonstellation der B-Gruppe in Betracht. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS, nachgewiesen durch den MRT-Befund, sei gegeben. Die Exposition sei ausreichend, eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung bestehe. 2009 habe die belastende berufliche Tätigkeit aufgrund der Zunahme der Beschwerden aufgegeben werden müssen, wenngleich Rückenbeschwerden aufgrund einer skoliotischen Verkrümmung der Wirbelsäule bereits seit der Jugendzeit anamnestisch angegeben würden.

32

Für die mit dem Buchstaben B beginnende Konstellation sei Voraussetzung, dass die Lokalisation der bandscheibenbedingten Erkrankung L5/S1 oder L4/5 betreffe. Es werde die Ausprägung des Bandscheibenschadens Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall als Grundvoraussetzung gefordert. Eine Chondrose Grad II oder höher sei in keinem Segment der LWS nachgewiesen, auch nicht durch die aktuell durchgeführte Röntgenkontrolle. Der Befund der Kernspintomografie vom 3. September 2009 beschreibe einen großen links-mediolateralen Bandscheibenvorfall. Im Vor-MRT vom 26. Juni 2003 werde nur eine leichte linksbetonte Vorwölbung der Bandscheibe im Segment L5/S1 beschrieben, sodass der Bandscheibenvorfall bei L5/S1 sich zwischen der MRT-Untersuchung 2003 und 2009 entwickelt habe. Auch wenn keine Chondrose Grad II oder höher nachweisbar sei, seien nach der Konsensempfehlung das Vorliegen eines beschriebenen Bandscheibenvorfalles hinreichend für die Einordnung in die Fallkonstellation mit B.

33

Eine Einordnung in die Konstellation B1 komme nicht infrage, da keine Begleitspondylose nachweisbar sei.

34

Für die Fallkonstellation B2 sei das erste Zusatzkriterium nicht erfüllt. Es liege keine Höhenminderung und/oder Prolaps in mehreren Bandscheiben bei monosegmentalem Vorfall L5/S1 oder L4/5 mit black disc im MRT in mindestens zwei angrenzenden Segmenten vor.

35

Zum zweiten und dritten Zusatzkriterium lägen in den arbeitstechnischen Ermittlungen keine sicheren Angaben vor. Die Einordnung des Wirbelsäulenschadens in die Fallkonstellation B2 sei möglich, wenn durch die arbeitstechnischen Ermittlungen das zweite oder dritte Zusatzkriterium für die Konstellation B2 festgestellt werden könne. Andernfalls müsste die Einordnung in die Konstellation B3 erfolgen. Hier habe kein Konsens bezüglich des Vorliegens einer berufsbedingten Wirbelsäulenerkrankung im Sinne der BK 2108 oder eine Einordnung in die Fallkonstellation B5 bestanden, wobei die strukturmorphologischen Veränderungen im Bereich der HWS stärker ausgeprägt seien als an der LWS. Auch hier habe kein Konsens zum Vorliegen einer berufsbedingten Erkrankung der Wirbelsäule bestanden. Es werde daher empfohlen, arbeitstechnische Ermittlungen hinsichtlich des zweiten und dritten Zusatzkriteriums für die Fallkonstellation B2 durchzuführen.

36

Soweit durch weitere arbeitstechnische Ermittlungen die Voraussetzungen für das zweite oder dritte Zusatzkriterium für die Konstellation B2 nachgewiesen würden, betrüge die berufskrankheitenbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) 10 %.

37

Die gefährdende Tätigkeit sei seit 2009 aufgegeben worden. Es sei eine berufliche Reha-Maßnahme mit Wechsel der Tätigkeit erfolgt.

38

Die Beklagte hat die Stellungnahme des Herrn S. ihres Präventionsdienstes vom 26. Januar 2017 überreicht. Das zweite Zusatzkriterium der B2-Konstellation sei vorliegend nicht erfüllt. Die berufliche Gesamtdosis für den Zeitraum vom 1. Januar 1999 bis 31. Mai 2009 betrage 11,4 MNh, womit der hälftige Orientierungswert von 12,5 MNh unterschritten sei.

39

Das dritte Zusatzkriterium sei im Beschäftigungszeitraum vom 1. Januar 1999 bis 31. Mai 2006 an 1483 Tagen erfüllt. Ob diese Tage hoher Belastungsspitzen bereits ausreichten, um den vorliegenden Schaden des Klägers an der LWS (Bandscheibenvorfall bei L5/S1) zu verursachen, könne nicht beurteilt werden. Diesbezüglich müsste der Sachverständige um eine ergänzende Stellungnahme gebeten werden. Falls dieser es für erforderlich hielte, müsste ggf. der Präventionsdienst der BG Bau eine entsprechende Stellungnahme zu den Zusatzkriterien abgeben.

40

In seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2017 hat Dr. V. im Hinblick auf die Stellungnahme des Präventionsdienstes der Beklagten vom 26. Januar 2017 ausgeführt, danach seien die Voraussetzungen für das zweite Zusatzkriterium der B2-Konstellation beim Kläger nicht erfüllt.

41

Hinsichtlich des dritten Zusatzkriteriums für die Fallkonstellation B2 für den Zeitraum von 1999 bis 2006 seien hohe Belastungsspitzen an 1483 Tagen als erfüllt angesehen worden. In der aktuellen Literatur heiße es zum Zusatzkriterium 3 bezüglich eines besonderen Gefährdungspotenzials durch hohe Belastungsspitzen: Anhaltspunkt Erreichen der Hälfte des MDD-Tagesdosisorientierungswertes durch hohe Belastungsspitzen Männer ab 6 kN. In der Praxis werde dies heute ersetzt durch Erreichen von mindestens 35 % des Orientierungswertes der Lebensbelastungsdosis allein durch hohe Belastungsspitzen. Bei einer Lebensbelastungsdosis des Klägers von 33,207 MNh und einer Dosis von 11,4 MNh im Zeitraum von 1999 bis 2009 entfielen nur ca. 30 % der Lebensbelastung auf den untersuchten Zeitraum. Das Erreichen von mindestens 35 % des Orientierungswertes für die Lebensbelastungsdosis allein durch hohe Belastungsspitzen sei in dem vorgenannten Zeitraum noch nicht bewiesen. Es bedürfe der Überprüfung auch der Belastungen, die vor dem 1. Januar 1999 gelegen seien.

42

Im Schreiben vom 8. März 2017 hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass nach der Stellungnahme des Präventionsdienstes der BG Bau vom 7. März 2017 das dritte Zusatzkriterium der Konstellation B2 in der Zeit vom 1. September 1974 bis 31. Dezember 1989 an 1577 Tagen vorgelegen habe.

43

Im Hinblick hierauf ist Dr. V. in seiner weiteren Stellungnahme vom 4. April 2017 zu der Beurteilung gelangt, dass unter Berücksichtigung des Zeitraumes von 1974 bis 1989 mehr als 35 % des Orientierungswertes der Lebensbelastungsdosis durch hohe Belastungsspitzen erreicht worden seien, womit das dritte Zusatzkriterium für die Fallkonstellation B2 anzunehmen sei. Damit könne eine BK 2108 beim Kläger anerkannt werden.

44

Der Einschätzung des Dr. V. ist die Beklagte mit dem Hinweis entgegengetreten, dass in den Beschäftigungszeiträumen hoher Belastungsspitzen endend mit dem 31. Mai 2006 beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L4/5 und/oder L5/S1 der LWS noch nicht vorgelegen habe. Der Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 habe erst mit dem MRT vom 3. September 2009, also über drei Jahre später, nachgewiesen werden können. Damit bestehe keine plausible zeitliche Korrelation zwischen ausreichender beruflicher Belastung und einer altersuntypisch nachgewiesenen bandscheibenbedingten Erkrankung.

45

Des Weiteren fehle zur Anerkennung einer BK 2108 es an dem sog. Unterlassungszwang. Der Kläger sei seit dem 1. Februar 2011 bei der Stadtwirtschaft A-Stadt tätig und werde dort als Meister auf dem Betriebshof eingesetzt. Nach der Beurteilung des Herrn S. in seiner Stellungnahme vom 28. August 2013 sei der Kläger weiterhin, wenn auch in geringem Ausmaß, wirbelsäulenbelastend im Sinne der BK 2108 weiter tätig. Eine BK 2108 könne daher nicht anerkannt werden.

46

Der Kläger hat darauf hingewiesen, seit 2016 als technischer Leiter im Wesentlichen mit organisatorischen Aufgaben und Überwachungsfunktionen betraut zu sein. Hierdurch seien Beeinträchtigungen auf die Wirbelsäule auf ein Minimum reduziert. Der Anerkennung einer BK 2108 stehe nichts im Wege.

47

Zum Schriftsatz der Beklagten vom 3. Juli 2017 hat Dr. V. am 22. September 2017 dahingehend Stellung genommen, dass aus medizinischer Sicht eine plausible zeitliche Korrelation zwischen der beruflichen Belastung und dem Nachweis der bandscheibenbedingten Erkrankung im MRT 2009 durchaus gegeben sei, da die Summation der Belastungsmomente während des Berufslebens zu einer Überlastung der knorpeligen Strukturen der Bandscheibe geführt habe und erst mit einer zeitlichen Latenz sekundär zu degenerativen Veränderungen und zu einem bildtechnischen nachweisbaren Schadensbild führe. Die Latenz von drei Jahren zwischen dem letzten Zeitraum einer Tätigkeit mit hohen Belastungsspitzen und dem MRT-Nachweis eines Bandscheibenschadens spreche nicht gegen die Einordnung in die Fallkonstellation B2. Inwieweit der Kläger in seiner Tätigkeit als Geschäftsführer 2011 bis 2016 und in seiner Tätigkeit als technischer Leiter seit 2016 wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten ausgeübt habe, könne von ihm aus ärztlicher Sicht nicht bewertet werden.

48

Das SG hat den Rechtsstreit in der mündlichen Verhandlung vom 26. September 2017 vertagt, um den erhobenen Einwänden des Beklagtenvertreters nachzugehen. Es hat daraufhin die weitere Stellungnahme des Dr. V. vom 6. Oktober 2017 eingeholt. Hierin hat dieser ausgeführt, dass es medizinisch möglich sei, dass ein Bandscheibenvorfall in einem Segment vorliege, auch wenn keine Chondrose Grad II oder höher im Bereich der LWS nachgewiesen werden könne.

Entsprechend der Konsensempfehlungen sei auch der isolierte Bandscheibenvorfall ohne Nachweis einer entsprechenden Chondrose anerkennungsfähig.

49

Zur Frage, ob die Veränderungen im Bereich der HWS des Klägers der Anerkennung einer BK 2108 entgegenstehen könnten, sei auf die Fallkonstellationen B4 bis B6 der Konsensempfehlungen einzugehen. Die HWS des Klägers weise degenerative Veränderungen, besonders im Segment C6/7, geringer ausgeprägt im Segment C5/6 auf. Die strukturmorphologischen Veränderungen im Bereich der HWS überschritten nicht das altersphysiologische Maß für einen 59-jährigen Patienten. Ausgehend von den Röntgenbefunden vom 28. November 2016 könne eine in etwa vergleichbare Ausprägung knöcherner Strukturveränderung im Bereich der HWS und LWS festgestellt werden. Berücksichtige man den MRT-Befund der HWS vom 16. Juni 2009, beschreibe dieser nur eine flache Protrusion bei C3 und C4/5. Ein Bandscheibenvorfall im Bereich der HWS könne 2009 im Gegensatz zum MRT der LWS von 2009 nicht nachgewiesen werden. Somit seien die MRT-morphologischen Veränderungen an den Bandscheiben der HWS geringer ausgeprägt als an der LWS. Nicht unberücksichtigt bleiben dürfe dabei die Beschwerdesituation des Klägers. Im Bereich der HWS bestünden nach den anamnestischen Angaben aktuell keine Beschwerden. Es hätten sich auch nur geringe funktionelle Beeinträchtigungen im Bereich der HWS gezeigt. Unter Berücksichtigung der aktuellen Beschwerdesituation, der klinischen Symptomatik, der vorliegenden MRT-Untersuchungen von HWS und LWS werde von 2009 sowie der aktuellen Röntgenuntersuchung von HWS und LWS, die Fallkonstellation B4 der Bewertung des vorliegenden Wirbelsäulenschadens am ehesten gerecht. Es bestünden auch Bandscheibenschäden an der HWS, die aber schwächer ausgeprägt seien als an der LWS. Insgesamt aber sei zu diskutieren, ob die Frage der Fallkonstellation B4, B5 oder B6 überhaupt infrage komme, wenn keine klinische Symptomatik bestehe und auch aktuell keine Beschwerden im Bereich der HWS geäußert würden. Er habe daher die Einordnung in die Fallkonstellation B2 vorgenommen, da für einen Bandscheibenschaden im Bereich der HWS das klinische Korrelat gefehlt habe.

50

Im Schriftsatz vom 2. November 2017 hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass sämtlichen begutachtenden Ärzten das MRT vom 3. September 2009 zur eigenen Beurteilung nicht vorgelegen habe. Es bestünden daher Zweifel, ob beim Kläger überhaupt ein Bandscheibenvorfall mit Vollbeweis vorgelegen habe, da nach den inzwischen vorliegenden Bildaufnahmen der LWS vom 12. März 2013 und 28. November 2016 ein Bandscheibenvorfall nicht mehr beschrieben werde. Es werde daher angeregt, die MRT-Aufnahmen vom 3. September 2009 von einem Radiologen beurteilen zu lassen. Weiterhin stelle sich die Frage, ob es aus fachärztlicher Sicht überhaupt möglich sei, dass sich die Bandscheiben nach einem in 2009 angeblich stattgehabten großen Bandscheibenvorfall im Wirbelsegment L5/S1 mit konservativer Versorgung nun aktuell röntgenologisch altersentsprechend darstellten.

51

Das SG hat daraufhin die CD mit den MRT-Aufnahmen vom 3. September 2009 beigezogen. Diese ist der Beklagten auf ihre Bitte hin zur Auswertung übersandt worden. Diese hat daraufhin mitgeteilt, sie habe das MRT vom 3. September 2009 Dr. K. zur Auswertung vorgelegt. Dieser Arzt führe in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2018 aus, dass weder ein relevanter Bandscheibenvorfall noch eine Chondrose habe festgestellt werden können. Auch eine sog. black disc finde sich nicht. Insoweit bestünden weiterhin für die Beklagte Zweifel, dass beim Kläger überhaupt ein Bandscheibenvorfall mit Vollbeweis vorgelegen habe.

52

Nachdem zuvor die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt hatten, hat das SG Stralsund durch Urteil vom 17. September 2018 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die angefochtenen Bescheide der Beklagten seien rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Dieser habe keinen Anspruch auf Feststellung seiner Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit im Sinne des § 9 Abs. 1 SGB VII i. V. m. Nr. 2108 der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung. Denn die Bandscheibenerkrankung des Klägers im Bereich der LWS sei nicht hinreichend wahrscheinlich als berufsbedingt einzuschätzen. Der Sachverständige Dr. V. sei in seinem Gutachten und seinen ergänzenden Stellungnahmen zu der Beurteilung gelangt, dass im Hinblick auf den MRT-Befund vom 3. September 2009 vom Vorliegen eines monosegmentalen Bandscheibenvorfalles im Segment L5/S1 auszugehen sei. Er habe die Voraussetzungen des dritten Zusatzkriteriums der Fallkonstellation B2 der sog. Konsensempfehlungen (2005), die nach der Rechtsprechung des BSG nach wie vor eine hinreichende Grundlage für die Bestimmung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes darstellten (Hinweis auf das Urteil des BSG vom 7. September 2018 – B 2 U 10/17 R), als erfüllt angesehen. Belastungsspitzen im Sinne des dritten Zusatzkriteriums würden von den Präventionsdiensten der Beklagten und der BG Bau für die Jahre 1974 bis 1989 und von 1999 bis Mai 2006 beschrieben. Der Kläger habe nach eigenen Bekundungen bereits sehr früh im Alter von 22 Jahren unter Wirbelsäulenbeschwerden im Bereich der LWS und HWS gelitten. Der Gutachter Dr. S. habe in diesen Bereichen der Wirbelsäule individuelle Prädispositionsfaktoren in Form skoliotischer Veränderungen festgestellt, die bei der vorliegenden multifaktoriellen Genese der Bandscheibenerkrankung zu berücksichtigen seien. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass der monosegmentale Bandscheibenvorfall mehr als drei Jahre nach Ende der Belastungsspitzen habe gesichert werden können. Im Rahmen der Pro- und Contra-Faktoren für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs sei diesem Umstand das entscheidende Gewicht beizumessen. Denn bei Fehlen einer Begleitspondylose müsse eines der Kriterien der B2-Konstellation der Konsensempfehlungen gegeben sein, um den Ursachenzusammenhang zu bejahen. Die fehlende zeitliche Korrelation der Belastungsspitzen mit dem festgestellten Bandscheibenvorfall spreche im Ergebnis gegen eine berufsbedingte Erkrankung der LWS. Nach den Konsensempfehlungen liege danach nur eine B3-Konstellation vor, für die kein Konsens einer berufsbedingten Entstehungsgeschichte bestanden habe.

53

Gegen das am 19. September 2018 zugestellte Urteil hat der Kläger am 17. Oktober 2018 Berufung eingelegt. Er bemängelt, dass das SG der zutreffenden Beurteilung des Gerichtssachverständigen Dr. V. nicht gefolgt sei.

54

Der Kläger beantragt,

55

das Urteil des Sozialgerichts Stralsund vom 17. September 2018 sowie den Bescheid der BG Bau vom 6. Juni 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. April 2015 aufzuheben und festzustellen, dass seine bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L5/S1 seiner Lendenwirbelsäule gesundheitliche Folge einer Berufskrankheit der Ziffer 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung ab dem 1. August 2013 ist.

56

Die Beklagte beantragt,

57

die Berufung zurückzuweisen.

58

Das SG Stralsund sei zutreffend zu der Beurteilung gelangt, dass die fehlende zeitliche Korrelation der Belastungsspitzen mit dem festgestellten Bandscheibenvorfall im Ergebnis gegen eine berufsbedingte Lendenwirbelsäulenerkrankung spreche. Nach den Konsensempfehlungen liege danach nur eine B3-Konstellation vor, für die kein Konsens einer berufsbedingten Entstehungsgeschichte bestehe.

59

Der Senat hat die Auskunft der Gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaft mbH A-Stadt vom 24. Januar 2018 eingeholt. Diese hat mitgeteilt, dass der Kläger dort ab dem 1. Juni 2016 als technischer Leiter beschäftigt werde. Er verrichte vorwiegend Büroarbeiten und andere Arbeiten, die ohne eine körperliche Belastung einhergingen.

60

Diese Stellungnahme ist der Beklagten mit der Anfrage übersandt worden, ob davon ausgegangen werde, dass der Kläger dem sog. Unterlassungszwang nachgekommen sei. Diese hat die Stellungnahmen des Herrn J. des Präventionsdienstes der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 21. Dezember 2017 und vom 10. Mai 2019 überreicht. Im Ergebnis geht die Beklagte davon aus, dass der Kläger die wirbelsäulenbelastende Tätigkeit am 31. Juli 2013 aufgegeben hat.

61

Der Senat hat sodann Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens des Dr. S. der Reha-Klinik A. vom 9. September 2020. Auf der Grundlage einer ambulanten Untersuchung des Klägers vom 27. August 2020 hat Dr. S. ausgeführt, an der LWS des Klägers bestehe ein langjähriges lumbales Beschwerdebild. Bereits 2003 sei eine neurochirurgische Behandlung bei chronischer Lumbago unter der Diagnose eines lumbalen Facettensyndroms erfolgt, es hätten sich keine peripheren sensomotorischen Ausfälle bei negativen Laseguezeichen gezeigt. Im MRT 6/2003 sei kein Bandscheibenprolaps festgestellt worden, eine MRT-Untersuchung 9/2009 habe einen Bandscheibenprolaps L5/S1 links ergeben. Es sei eine PRT-Behandlung erfolgt. Seit dieser Zeit persistiere ein chronisches lumboischialgieformes Schmerzsyndrom beim Kläger.

62

Anlässlich der aktuellen Untersuchung sei die LWS-Funktion geringgradig eingeschränkt gewesen. Muskuloligamentäre Überlastungszeichen seien mäßig ausgeprägt, Nervenwurzelreizzeichen lägen nicht vor bei negativem Laseguezeichen. Periphere sensomotorische Ausfälle im Sinne einer Nervenwurzelkompression seien nicht zu erheben. Insofern sei das lumbosakrale Erkrankungsbild als pseudoradikulär lumbalbetont einzuschätzen.

63

Auch im Bereich der HWS bestehe langjährig ein Beschwerdebild im Sinne von Zervikalgien, teils Zervikobrachialgien. In mehrfachen MRT-Untersuchungen seit 2006 habe sich ein Bandscheibenprolaps nicht nachweisen lassen, jedoch bandscheibenbedingte degenerative Veränderungen im Sinne einer Spondylchondrose/Uncarthrose, zunehmend in Ausprägung C6/7, nachrangig C5/6 und C4/5. Hieraus habe bereits 2009 eine neurochirurgische Behandlung bei Zervikobrachialgie links mit deutlicher Funktionseinschränkung, jedoch ohne periphere sensomotorische

Ausfälle resultiert. Anamnesetisch gebe der Kläger seit zwei Jahren wieder vermehrte Phasen von Zervikobrachialgien rechts an. In der aktuellen körperlichen Untersuchung bestehe eine deutlich schmerzhafteste Funktionseinschränkung der HWS in allen Bewegungsebenen, rechts betont mit auch auslösbaren Kribbelparästhesien des rechten Armes haltungsabhängig in Kopfreklination sowie starken segmentalen Befunden C5/6 und C6/7 rechts betont. Muskuloligamentäre Überlastungszeichen seien deutlich zu erheben.

64

Hinsichtlich des Vorliegens einer BK 2108 seien nach den Ermittlungen der Präventionsdienste die arbeitstechnischen Voraussetzungen gegeben. In medizinischer Hinsicht müsse die Betonung der bandscheibenbedingten degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren drei LWS-Segmente liegen. Im MRT 2009 habe sich eine Bandscheibenprotrusion L4/5 und ein Bandscheibenprolaps L5/S1 links nachweisen lassen. Die radiologischen Veränderungen seien nicht ausreichend. Es liege keine Chondrose Grad II oder mehr im Bereich der unteren Lendenwirbelsäulensegmente vor. Die Segmente L4/5 und L5/S1 wiesen einen Chondroseggrad Grad I auf, die darüber liegenden Segmente der LWS einen Chondroseggrad 0. Eine Begleitspondylose sei nicht harmonisch ausgeprägt, sondern die Skoliose konkavseitig rechts L3/4 und L4/5 folgend. Die Spondylose sei also als nicht bandscheibenbedingt degenerativ verursacht einzuschätzen.

65

Bezüglich der klinischen Kriterien sei ein lumbales Nervenwurzelreiz- und -kompressionssyndrom anhand der Aktenlage als auch der jetzigen körperlichen Untersuchung nicht gesichert. Vielmehr hätten Lumboischialgien ohne periphere sensomotorische Ausfälle bestanden. Aufgrund der Aktenlage und der heutigen Untersuchung sei ein chronisches lokales Lumbalsyndrom ggf. mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in Bezug auf die beiden unteren Lendenwirbelsäulensegmente L4/5 und L5/S1 festzustellen. Die Gesundheitsstörung sei mithin als eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Sinne einer BK 2108 zu bejahen. Es bestehe ein Bandscheibenvorfall bei L5/S1 (gesichert durch MRT 9/2009).

66

Nach den Konsensempfehlungen komme der Konstellationstyp B1 nicht infrage, da eine Begleitspondylose nicht vorliege.

67

Der Konstellationstyp B2 fordere ein Zusatzkriterium.

68

Das Zusatzkriterium 1 sei nicht erfüllt, da es sich um einen monosegmentalen Befund handle, in den angrenzenden Segmenten eine sog. black disc jedoch nicht festzustellen sei.

69

Das Zusatzkriterium 2 sei nicht gegeben, da eine besonders intensive Belastung mit Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren nicht erreicht sei.

70

Das Zusatzkriterium 3 als besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen sei gegeben, wenn ein Erreichen der Hälfte des MDD – Tagesdosisrichtwertes durch hohe Belastungsspitzen (Männer ab 6 KNh) gegeben sei. Hier sei Dr. V. in seiner Stellungnahme vom 22.

September 2017 richtigerweise darauf hin, dass in der Praxis heute das Erreichen von mindestens 35 % des Orientierungswertes für die Lebensbelastungsdosis allein durch hohe Belastungsspitzen ersetze. Durch TAD-Ermittlung sei für den Zeitraum 9/1974 bis 12/1989 an 1577 Tagen und für den Zeitraum von 1/1999 bis 5/2006 an 1480 Tagen ein besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen gegeben gewesen. Hierdurch werde ein Erreichen von mehr als 35 % des MDD-Tagesdosisrichtwertes durch hohe Belastungsspitzen überschritten. Demnach wäre unter dieser alleinigen Betrachtung der Zusammenhang entsprechend Konstellationstyp B2 als wahrscheinlich zu erachten.

71

Dagegen spreche zum einen jedoch, dass ein zeitlich plausibler Zusammenhang gegeben sein müsse. Die Arbeit mit Tagesbelastungsspitzen von mehr als 6 KNh habe im Mai 2006 geendet. Gesichert worden sei die bandscheibenbedingte Erkrankung in MRT durch Nachweis des Bandscheibenprolapses L5/S1 jedoch erst im Juni 2009, somit drei Jahre nach Beendigung der Tätigkeiten mit Belastungsspitzen.

72

Weiterhin sei die seit Jahren in Behandlung stehende zervikale bandscheibenbedingte Erkrankung zu beurteilen. Hier kämen die Konstellationstypen B4 bis B6 in Betracht.

73

Nach aktenkundiger Befundlage sei festzustellen, dass bereits seit 2006 ein zervikales bandscheibenbedingtes Erkrankungsbild bestanden habe. Unter dem Verdacht eines Bandscheibenvorfalles C5/6 links sei ein MRT am 10. Januar 2006 veranlasst worden. Hier habe sich eine kleine knöchern unterfütterte Bandscheibenprotrusion rechts mediolateral bei C5/6 gezeigt. Ein Bandscheibenvorfall habe sich jedoch nicht nachweisen lassen. Es seien insgesamt 4 MRT-Untersuchungen der HWS erfolgt und zwar 8/2008, 6/2009 und zuletzt 3/2019. Hier habe sich zunehmend auch eine Osteochondrose C6/7, nachrangig C5/6 und C4/5 mit Bandscheibenprotrusion und mäßigen Foramenstenosen C6 rechts sowie C7 beidseits gezeigt. Insofern sei festzustellen, dass anhand des MRT-Befundes zwar Bandscheibendegeneration mit Protrusionsbefunden vorlägen, die jedoch nachrangig dem MRT-Befund von 2009 der LWS mit Bandscheibenprolapses L5/S1 seien.

74

Anders demgegenüber sei jedoch der Röntgenbefund zu bewerten. Hier lägen die Röntgenbefunde von 2016 zur Einsichtnahme vor. Es zeige sich hier eindeutig ein schwerer ausgeprägtes bandscheibenbedingtes Erkrankungsbild der HWS mit Bandscheibenraumhöhenminderung C6/7 um mehr als 50 % gegenüber dem Vergleichssegment C4/5. Entsprechend der Konsensempfehlung sei hiermit ein Chondroseggrad II für das Segment C6/7 im radiologischen Befund festzustellen. Diesem entspreche auch eine klinische Ausprägung mit vergleichbaren Zervikobrachialgien in 2009, in neurochirurgischer Behandlung stehend mit gelegentlichen Funktionseinschränkungen, jedoch ohne sensomotorische Ausfälle.

75

Auch zum heutigen Untersuchungszeitpunkt bestätige sich die Zervikobrachialgie rechtsseitig, ebenfalls ohne sensomotorische Ausfälle. Insofern sei in Bewertung der bildgebenden Befunde sowie auch des klinischen Befundes ein Konstellationstyp B6 festzustellen. Dieser sei wie Konstellation B2, aber mit Bandscheibenschaden an der HWS, der gleich stark ausgeprägt sei, wie an der LWS. Hier habe in der Expertenkommission in der Beurteilung kein Konsens bestanden. Die Empfehlung zur Anerkennung einer BK 2108 sei damit nicht auszusprechen.

76

Mit der Beurteilung der Dr. H. und dem Gutachten des Dr. D./Dr. S. werde nur im Ergebnis übereingestimmt. Eine Bewertung entsprechend der Konsensempfehlungen nach Konstellationstyp B2 bzw. B4 bis B6 sei nicht erfolgt.

77

Mit der Annahme einer B2-Konstellation durch Dr. V. werde übereingestimmt, nicht jedoch in der Bewertung der radiologischen Befunde der HWS. Im radiologischen Befund 2016 sei für das Segment C6/7 eindeutig eine altersvoraussetzende Chondrose mit hälftiger Bandscheibenraumhöhenminderung unisegmental festzustellen. Damit ergebe sich ein gleichwertiger radiologischer/MRT-Befund unisegmental altersvoraussetzend im Bereich der HWS und LWS. Auch seien die klinischen Befunde zum Zeitpunkt der Diagnosesicherung 2009 durchaus vergleichbar. Hier habe sowohl eine neurochirurgische Behandlung einer Zervikobrachialgie ohne periphere sensomotorische Ausfälle als auch eine Lumboischialgie ohne periphere sensomotorische Ausfälle bestanden. Die Gleichwertigkeit der bandscheibenbedingten Erkrankung der HWS und LWS werde auch im weiteren Verlauf nach Gutachtenerstellung des Dr. V. 2016 deutlich. Für das Jahr 2019 und 2020 stehe die degenerative HWS-Erkrankung mit Zervikobrachialgie sogar im Vordergrund bezüglich der klinischen Ausprägung. Hier sei ein wechselnder Verlauf der zervikalen und lumbalen bandscheibenbedingten Erkrankung aktenkundig nachvollziehbar. Es sei daher eine Eingruppierung nach Konstellationstyp B6 erforderlich.

78

Unerheblich bleibe dann die Beantwortung der Frage, ob eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung bestehe.

79

Nicht zutreffend sei die Annahme des Dr. K., dass das MRT keinen relevanten Bandscheibenvorfall (bei L5/S1 links) ausweise.

80

Unter Hinweis auf das Urteil des BSG vom 23. April 2015 – B 2 U 6/13 R – hat der Senat im Schreiben vom 19. März 2021 den Sachverständigen Dr. S. um eine ergänzende Stellungnahme bezogen auf die Konstellation B6 gebeten. In seinem Schreiben vom 12. April 2021 hat Dr. S. ausgeführt, dass wie in seinem Gutachten dargestellt, die klinischen Befunde im Bereich der HWS in Betrachtung des langjährigen Verlaufes der bandscheibenbedingten Erkrankungen vergleichbar mit denen der LWS seien, worin er ein starkes Indiz dafür sehe, dass in individueller Betrachtung des Einzelfalles der Ursachenzusammenhang entsprechend des Konstellationstypes B6 auch nach dem neuestem Stand der medizinischen Wissenschaft beim Kläger als nicht wahrscheinlich zu erachten sei.

81

Mit Schreiben vom 29. Juli 2021 hat der Senat den Gerichtssachverständigen Dr. S. darauf hingewiesen, dass es nach Ansicht des Senats auf die Beurteilung ankomme, wie am 31. Juli 2013 (Zeitpunkt, zu dem der Kläger dem sog. Unterlassungszwang nachgekommen ist) sich der verschleißbedingte Schaden im Bereich der HWS des Klägers im Vergleich der Verschleißsituation im Bereich seiner LWS dargestellt hat. Der Gerichtssachverständige Dr. S. ist befragt worden, ob am 31. Juli 2013 nach den Konsensempfehlungen beim Kläger eine Konstellation von Typ B4, B5 oder B6 vorgelegen hat. Des Weiteren ist Dr. S. gefragt worden, ob eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers im Segment

L5/S1 ausgehend vom Ende der Belastungsspitzen im Monat Mai 2006 und der Diagnose eines Bandscheibenvorfalls bei L 5/S1 im MRT vom September 2009 vorliege.

82

Hierzu hat Dr. S. in seinem Schreiben vom 5. August 2021 ausgeführt, am 31. Juli 2013 habe beim Kläger eine Konstellation vom Konstellationstyp B4 der Konsensempfehlungen vorgelegen. Dieser sei wie der Konstellationstyp B2 zu beurteilen, aber mit Bandscheibenschaden an der HWS, der schwächer ausgeprägt sei als an der LWS. Nach der Konsensusempfehlung sei hierbei der Zusammenhang als wahrscheinlich erachtet worden. Seine diesbezügliche Beurteilung beruhe auf dem Röntgenbefund der HWS des Klägers vom 12. März 2013. Hier seien die Zwischenwirbelräume und Neuroforamina mit einer normalen Weite befundet worden. Im Februar 2013 habe eine zu fordernde Chondrose mit Bandscheibenraumhöhenminderung um 50 % im Bereich der HWS, spezifisch dem Segment C6/7, noch nicht vorgelegen. Anders stelle sich der verschleißbedingte Schaden im Bereich der HWS des Klägers erst im bildgebenden Befund aus dem Jahr 2016 dar.

83

Weil das Zusatzkriterium der Belastungsspitzen 5/2006 erfüllt gewesen sei und bis zum Nachweis der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS 9/2009 wirbelsäulenbelastend weitergearbeitet worden sei, sei aus heutiger Sicht gutachterlich festzustellen, dass in Bewertung des individuellen Einzelfalles mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Zusammenhang als gegeben angesehen werde. Eine nicht gegebene zeitliche Korrelation wäre nur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, wenn bereits mit Ende der Einwirkung der besonderen Belastungsspitzen 5/2006 auch die wirbelsäulenbelastende Tätigkeit insgesamt geendet hätte.

84

Der Senat hat den Rechtsstreit in der mündlichen Verhandlung vom 25. August 2021 zwecks weiterer Sachverhaltsaufklärung vertagt.

85

In seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2021 hat Dr. S. ausgeführt, nachgewiesen im MRT 2009 sei eine Bandscheibenprotrusion L4/5 und ein Bandscheibenprolaps L5/S1 links. In dem Röntgenbefund 2016 sei entsprechend der Konsensempfehlungen keine Chondrose Grad II oder höher gesichert worden. Radiologische Veränderungen seien bezüglich der Chondrose nicht umkehrbar. Im MRT sei ein Bandscheibenvorfall jedoch nicht gesetzmäßig fortbestehend. Es müsse jedoch zur Kenntnis genommen werden, dass der Befund von 2009 im MRT eindeutig gewesen sei.

86

Hierzu hat die Beklagte ausgeführt, nach dem MRT-Befund vom 3. September 2009 habe ein monosegmentaler Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 festgestellt werden können. Mithin habe nach ca. drei Jahren und vier Monaten nach Ende der Exposition hoher Belastungsspitzen (am 31. Mai 2006) ein Bandscheibenvorfall festgestellt werden können. Daher fehle es an den für die Anerkennung eines Ursachenzusammenhangs plausiblen zeitlichen Korrelation zwischen ausreichender beruflicher Belastung und einer altersuntypischen nachgewiesenen bandscheibenbedingten Erkrankung. In Beschäftigungszeiten mit hohen Belastungsspitzen sei beim Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Segment L4/5 und/oder L5/S1 nicht aufgetreten. Im Zeitraum von 2009 bis 2013 sei es zu keiner weiteren Schädigung an der LWS gekommen. Die weitere berufliche wirbelsäulenbelastende Tätigkeit habe zu keinen weiteren Änderungen an der LWS geführt. Dies bedeute auch, dass sich zum 1. Januar 2021 in diesem Fall keine Änderungen

ergeben hätten. Bei den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule (BK 2108 bis 2110) seien die Legaldefinitionen jeweils um das Tatbestandsmerkmal „die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Lenden- bzw. der Halswirbelsäule geführt haben“ ergänzt worden. Nach der Gesetzesbegründung solle die Ergänzung verdeutlichen, dass insbesondere Rückenbeschwerden in ihrer allgemeinen Form weiterhin keine Berufskrankheit darstellten. Dies entspreche den geltenden medizinischen Anforderungen, die seit jeher in den Merkblättern zu diesen Berufskrankheiten beschrieben würden und bedeute daher keine Verschärfung der bisherigen Anerkennungsvoraussetzungen.

87

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten (L 5 U 47/18 – S 14 U 25/15) sowie die Verwaltungsakten der Beklagten, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, verwiesen.

Entscheidungsgründe

88

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet.

89

Der angefochtene Bescheid vom 6. Juni 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. April 2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, wie das SG Stralsund in seinem angefochtenen Urteil vom 17. September 2018 mit im Ergebnis zutreffenden Gründen ausgeführt hat. Beim Kläger besteht keine Berufskrankheit der Ziffer 2108 (neue Fassung – n.F. –) der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung.

90

Rechtsgrundlage für die Feststellung der streitigen BK 2108 ist § 9 Abs. 1 SGB VII, in der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung (vgl. Art. 7 Nr. 3 und Art. 28 Abs. 6 des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (7.SGB IV – ÄndG) vom 12. Januar 2020 (BGBl I, Seite 1248)). Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII n. F. sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Nach § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII n. F. wird die Bundesregierung ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann dabei bestimmen, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind. Die weitere in § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII in der bis zum 31. Dezember 2020 geltenden Fassung (a. F.) normierte Einschränkung, dass auch bestimmt werden kann, dass Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können, ist ab dem 1. Januar 2021 entfallen. Der Unterlassungszwang ist aus allen Berufskrankheiten – Tatbeständen gestrichen worden, so auch aus den Berufskrankheiten der Nummern 2108 bis 2110. Nach der ebenfalls zum 1. Januar 2021 in Kraft getretenen neuen gesetzlichen Rückwirkungsregelung in § 9 Abs. 2a Nr. 1 SGB VII (n. F.) sind Krankheiten in den Fällen des § 9 Abs. 1 SGB VII, die bei Versicherten vor der Bezeichnung als Berufskrankheit bereits entstanden waren, rückwirkend frühestens zu dem Zeitpunkt als Berufskrankheit anzuerkennen, in dem die Bezeichnung in Kraft getreten ist.

91

Mit dem Wegfall des Unterlassungszwangs ist der Tatbestand der BK 2108 ab dem 1. Januar 2021 um eine weitere Voraussetzung erweitert worden, wonach die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben muss (vgl. Art. 24 Nr. 3c, Art. 28 Abs. 6 des 7. SGB IV - ÄndG). Seit dem 1. Januar 2021 wird der Tatbestand der BK 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung wie folgt umschrieben: „Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben.“

92

Soweit es um BK-Bezeichnungen geht, in denen lediglich der Unterlassungszwang gestrichen wurde, ist die neue „bereinigte“ BK-Bezeichnung nicht nur bei allen erstmaligen BK-Meldungen nach dem 1. Januar 2021 anzuwenden, sondern auch bei allen nach dem 1. Januar 2021 über die Anerkennung als Berufskrankheit zu treffenden Entscheidungen. Dies betrifft Fälle, die vor dem 1. Januar 2021 gemeldet, aber noch nicht bestandskräftig entschieden wurden (vgl. Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, E § 9 SGB VII Anmerkung 11.2).

93

Da die Rechtsänderung nach Abs. 2a des § 9 SGB VII erst zum 1. Januar 2021 ohne Rückwirkung eintreten kann, werden davon auch nur solche früher anhängigen Fälle erfasst, in denen zum Zeitpunkt der Rechtsänderung die früher gemeldete Erkrankung bzw. gesundheitliche Folgen dieser Erkrankung noch feststellbar sind (vgl. Mehrtens/Brandenburg, aaO, E § 9 SGB VII Anmerkung 11.2). Bei den BK-Bezeichnungen, in denen nicht nur der Unterlassungszwang gestrichen, sondern zugleich eine Ergänzung der Krankheitsbilder vorgenommen wurde (u. a. Nummer 2108 bis 2110), ist ebenfalls zu beachten, dass die zusätzlichen Merkmale des jeweiligen Krankheitsbildes für eine Anerkennung ab 1. Januar 2021 nach der neuen Rechtslage erfüllt sein müssen (vgl. Mehrtens/Brandenburg, aaO).

94

Unabhängig davon, ob beim Kläger zum Zeitpunkt der Rechtsänderung am 1. Januar 2021 (noch) eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Bereich seiner LWS besteht, scheitert die Anerkennung einer BK 2108 (n. F.) jedenfalls daran, dass es nicht wahrscheinlich ist, dass eine derartige Erkrankung ursächlich auf die beruflichen Belastungen des Klägers zurückgeführt werden kann. Dagegen spricht, dass vorliegend beim Kläger von einer Konstellation „B 6“ nach den sog. Konsensempfehlungen auszugehen ist.

95

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist für die Feststellung einer Listen-Berufskrankheit erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen o. ä. auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und diese Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). 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 (vgl. Urteil des BSG vom 17. Dezember 2015 – B 2 U 11/14 R –; Urteil vom 23. April 2015 – B 2 U 6/13 R –). Der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit ist erfüllt,

wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht (vgl. Urteil des BSG vom 15. Mai 2012 – B 2 U 31/11 R –) und ernste Zweifel ausscheiden. Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-Berufskrankheit, wohl aber für eine Leistung (Leistungsfall).

96

Diese Voraussetzungen liegen beim Kläger nicht vor.

97

Der Kläger gehörte zwar zum versicherten Personenkreis im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII, denn er war langjährig zunächst bis zum 31. Mai 2009 im Rohrleitungs- und Anlagenbau versicherungspflichtig beschäftigt und dann erneut ab dem 1. Februar 2011 versicherungspflichtig tätig.

98

Die sog. arbeitstechnischen Voraussetzungen für eine BK 2108 erfüllt der Kläger ebenfalls. Nach den Ermittlungen der Präventionsdienste erreicht der Kläger für die Zeiten seiner Beschäftigungen von September 1974 bis August 2013 eine Gesamtdosis nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) von 33,2 MNh. Mit dieser Gesamtbelastungsdosis von 33,2 MNh überschreitet der Kläger mithin die Gesamtbelastungsdosis von 25 MNh nach dem MDD und damit deutlich den hälftigen Orientierungswert von 12,5 MNh, der als unterer Grenzwert gilt, bei dessen Unterschreitung nach gegenwärtigem Wissensstand ein Kausalzusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und bandscheibenbedingter Erkrankung der Lendenwirbelsäule ausgeschlossen und deshalb auf einzelfallbezogene medizinische Ermittlungen verzichtet werden kann (vgl. Urteil des BSG vom 30. Oktober 2007 – B 2 U 4/06 R, juris Rn. 25; Urteil vom 23. April 2015 – B 2 U 6/13 R, juris Rn. 17; Urteil vom 6. September 2018 – B 2 U 10/17 R, juris Rn. 20).

99

Der Kläger erfüllt aber nicht die sog. arbeitsmedizinischen Voraussetzungen für die Bejahung des Ursachenzusammenhanges zwischen den gefährdenden beruflichen Einwirkungen im Sinne der BK 2108 und der Bandscheibenerkrankung. Die Erfüllung der sog. arbeitsmedizinischen Voraussetzungen setzt zum einen das Vorliegen der tatbestandlich vorausgesetzten Krankheit und zum anderen das Vorliegen eines Schadensbildes voraus, welches mit der rechtlich-wesentlichen Verursachung dieser Krankheit durch die beruflichen Einwirkungen zumindest im Einklang steht (vgl. Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 27. April 2022 – L 3 U 4097/20, juris Rn. 47). Nach der Rechtsprechung des BSG geben die sog. „Konsensempfehlungen“ (abgedruckt in Trauma und Berufskrankheit 2005, Seite 211 ff) den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand der Beurteilung berufsbedingt entstandener bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule wieder (vgl. Urteil des BSG vom 27. Oktober 2009 – B 2 U 16/08 R –; Urteil vom 23. April 2015 – B 2 U 10/14 R, B 2 U 20/14 R; Urteil vom 6. September 2018 – B 2 U 13/17 R, juris Rn. 20). Nach den Konsensempfehlungen erfordern die mit dem Buchstaben „B“ beginnenden Konstellationen hinsichtlich der Lokalisation, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung das Bandscheibenfach L5/S1 und/oder L4/5 betrifft und dass es sich bei der Ausprägung des Bandscheibenschadens um eine Chondrose Grad II oder höher und/oder einen Vorfall handeln muss (vgl. Konsensempfehlungen, Seite 217)

100

Dies voraussetzend sind die Voraussetzungen der Befundkonstellation

101

- B1 gegeben, wenn wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren nicht erkennbar sind und eine Begleitspondylose vorliegt (Beurteilung: Zusammenhang wahrscheinlich)

102

- B2 gegeben, wenn wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren nicht erkennbar sind und eine Begleitspondylose nicht vorliegt und zusätzlich

103

-- eine Höhenminderung und/oder ein Prolaps an mehreren Bandscheiben vorliegt (bei monosegmentaler/m-Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/5 black disc im Magnetresonanztomogramm in mindestens zwei angrenzenden Segmenten) oder

104

-- eine besonders intensive Belastung besteht (Anhaltspunkt: Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren) oder

105

-- ein besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen vorliegt (Anhaltspunkt: Erreichen der Hälfte der Tagesdosis-Richtwertes nach dem Mainz- Dortmunder Dosismodell durch hohe Belastungsspitzen (Frauen ab 4,5 kN; Männer ab 6,0 kN))

106

(Beurteilung: Zusammenhang wahrscheinlich).

107

- B4 gegeben, also wie Befundkonstellation B2 aber mit Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule, der schwächer ausgeprägt ist als an der Lendenwirbelsäule (Beurteilung: Zusammenhang wahrscheinlich).

108

Liegt hingegen eine Konstellation nach dem Konstellationstyp B3 (wie Konstellationstyp B2, aber keines der unter B2 genannten Zusatzkriterien erfüllt) oder eine Konstellation B6 (wie Konstellation B2, aber mit Bandscheibenschaden an der HWS, der gleich stark ausgeprägt ist wie an der LWS) vor, besteht nach den Konsensempfehlungen kein Konsens.

109

Für den Senat stellt sich vorliegend die Frage, ob zum Zeitpunkt des Eintritts neuen Rechts am 1. Januar 2021 beim Kläger noch eine bandscheibenbedingte Erkrankung bzw. ein Bandscheibenschaden an einem oder beiden der unteren Segmente seiner LWS besteht. In seinem Gutachten vom 1. Dezember 2016 hat Dr. V. bei Auswertung der vorliegenden bildgebenden Befunde der LWS des Klägers ausgeführt, dass eine Chondrose Grad II oder höher in keinem Segment der LWS des Klägers nachgewiesen werden könne, auch nicht durch die durchgeführte Röntgenkontrolle vom 28. November 2016. Auch Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 9. September 2020 die Einschätzung in Auswertung der bildgebenden Befunde der LWS des Klägers bestätigt, dass keine Chondrose Grad II oder höher im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule vorliege. Die Segmente L4/5 und L5/S1 weisen eine Chondrose Grad I auf. Beide

Sachverständigen kamen zu der Beurteilung, dass sich im MRT der LWS vom 3. September 2009 ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 darstelle.

110

Hierzu hat die Beklagte eingewandt, dass sich auf den angefertigten Bildaufnahmen der LWS des Klägers vom 12. März 2013 und 28. November 2016 ein Bandscheibenvorfall nicht mehr darstelle bzw. nicht mehr beschrieben werde. Es sei daher zweifelhaft, ob beim Kläger ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 (noch) bestehe oder ob sich dieser mittlerweile zurückgebildet habe. Der Senat hat daraufhin Dr. S. ergänzend befragt, dessen Ausführungen in seinem Schreiben vom 11. Oktober 2021 sind unergiebig. Von daher bestehen beim Senat Zweifel daran, ob ein Bandscheibenschaden im Segment L5/S1 im Bereich der LWS des Klägers im Vollbeweis nachgewiesen ist.

111

Der Senat lässt dies vorliegend dahinstehen, da selbst bei unterstelltem Fortbestehen eines Bandscheibenvorfalles im Segment L5/S1 der LWS des Klägers eine Anerkennung dieser Erkrankung als BK 2108 deshalb nicht in Betracht kommt, weil es nicht wahrscheinlich ist, dass eine derartige Erkrankung im Bereich der LWS des Klägers auf seinen beruflichen Belastungen beruht. Der Senat ist in Übereinstimmung mit der Beurteilung des Dr. S. der Überzeugung, dass das Erkrankungsbild des Klägers an seiner LWS und seiner HWS dem Konstellationstyp B6 der Konsensempfehlungen entspricht.

112

Unterstellt, beim Kläger liege weiterhin ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 vor, käme die Annahme des Konstellationstyps B1 der Konsensempfehlungen nicht in Betracht. Sowohl Dr. V. als auch Dr. S. haben in ihrem Gutachten das Vorliegen der erforderlichen Begleitspondylose verneint.

113

Wegen des Bandscheibenschadens im Bereich der HWS des Klägers kommt vorliegend entweder die Konstellation B4 oder B6 in Frage. Beide Konstellationen setzen voraus, dass eine Konstellation B2 besteht. Da beim Kläger keine Begleitspondylose im Bereich seiner LWS besteht, muss eines der drei Zusatzkriterien der Konstellation B2 erfüllt sein. Im MRT der LWS von September 2009 zeigte sich lediglich im Segment L5/S1 ein Bandscheibenvorfall. Beim monosegmentalen Vorfall fordert das erste Zusatzkriterium der Konstellation B2 eine „black disc“ im MRT in mindestens zwei angrenzenden Segmenten. Dies ist nach der übereinstimmenden Einschätzung der Gerichtssachverständigen Dr. V. und Dr. S. im Bereich der LWS des Klägers nicht der Fall. Unstreitig erfüllt der Kläger jedoch die Voraussetzungen des dritten Zusatzkriteriums, sodass mithin entscheidend ist, ob der Bandscheibenschaden im Bereich der HWS des Klägers schwächer oder gleich stark ausgeprägt ist als an der LWS.

114

Da der Unterlassungszwang weggefallen ist, spielt es keine Rolle, dass der Kläger die wirbelsäulenbelastende Tätigkeit am 31. Juli 2013 aufgegeben hat, sodass nicht darauf abzustellen ist, wie sich die bandscheibenbedingten Verschleißschäden im Bereich der LWS und der HWS des Klägers zu diesem Zeitpunkt darstellten.

115

Der Senat folgt der Beurteilung im Gutachten des Dr. S. vom 9. September 2020, dass beim Kläger das medizinische Bild an seiner HWS und seiner LWS einer Konstellation B6 entspricht (wie Konstellation B2, aber mit Bandscheibenschaden an der HWS, der gleich stark ausgeprägt ist wie an der LWS; Beurteilung: Bei dieser Konstellation bestand kein Konsens). Dr. S. hat anlässlich der Untersuchung des Klägers vom 27. August 2020 ausgeführt, in Auswertung der Röntgenbefunde der HWS von 2016 zeige sich eindeutig ein schwerer ausgeprägtes bandscheibenbedingtes Erkrankungsbild der HWS mit Bandscheibenraumhöhenminderung C6/7 um mehr als 50 % gegenüber dem Vergleichssegment C4/5. Entsprechend der Konsensempfehlungen hat Dr. S. einen Chondrosegrad II für das Segment C6/7 angenommen und nur einen Chondrosegrad I für die beiden unteren LWS-Segmente beim Kläger festgestellt. Anlässlich der Untersuchung des Klägers am 27. August 2020 hat Dr. S. eine Cervicobrachialgie rechtsseitig im Bereich der HWS des Klägers beschrieben. In Bewertung der bildgebenden Befunde und auch des klinischen Befundes hat er das Erkrankungsbild beim Kläger damit zutreffend in die Konstellation B6 eingeordnet.

116

Dem steht die Einschätzung des Dr. V. in seinem Gutachten nicht entgegen. Dr. V. hat den Kläger am 28. November 2016 untersucht. Er hat degenerative Veränderungen im Segment C6/7 beim Kläger festgestellt. Bei der aktuellen Untersuchung fanden sich nur geringe funktionelle Beeinträchtigungen im Bereich der HWS des Klägers. Der Kläger gab gegenüber Dr. V. an, dass im Bereich der HWS keine Beschwerden bestünden. Demgegenüber befundete Dr. S. anlässlich seiner Untersuchung des Klägers eine Cervicobrachialgie rechtsseitig. Insoweit wies Dr. S. darauf hin, dass im Vergleich zur Gutachtenerstellung durch Dr. V. im Jahr 2016 für das Jahr 2019 und 2020 die HWS-Erkrankung mit Cervicobrachialgie im Vordergrund stehe bezüglich der klinischen Ausprägung. Im Hinblick auf diese von Dr. S. benannten Aspekte überzeugt es den Senat, wenn Dr. S. das Erkrankungsbild beim Kläger im Bereich seiner LWS und HWS in den Konstellationstyp B6 einordnet. Wenn dann aber im zeitlichen Verlauf die bandscheibenbedingten bzw. degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS des Klägers (auch in klinischer Ausprägung) stärker vorangeschritten sind als im Bereich der LWS, obwohl der Kläger schon seit Jahren keinen bzw. nur noch geringen beruflichen Belastungen im Sinne der BK 2108 ausgesetzt gewesen ist, spricht dies dafür, dass das stärkere Fortschreiten der degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS des Klägers auf seiner individuellen Veranlagung beruht, da für berufliche Belastungen im Sinne einer BK 2109 beim Kläger nichts ersichtlich ist. Insofern hat auch bereits das SG Stralsund in seinem Urteil darauf hingewiesen, dass der Kläger bereits in frühem Alter unter Wirbelsäulenbeschwerden gelitten und der Gutachter Dr. S. in seinem Gutachten im Bereich der Wirbelsäule individuelle Prädispositionsfaktoren beim Kläger benannt habe.

117

Für die Befundkonstellation B6 bestand für die Teilnehmer der Konsensarbeitsgruppe kein Konsens. Dieser fehlende Konsens in der Arbeitsgruppe bedeutet nicht, dass damit eine Anerkennung des Verursachungszusammenhangs im Einzelfall unmöglich wäre. Vielmehr ist es im Einzelfall nicht ausgeschlossen und dementsprechend festzustellen, ob individuelle, dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende Umstände vorliegen, die im konkreten Einzelfall den Ursachenzusammenhang als hinreichend wahrscheinlich erachten lassen (vgl. Urteil des BSG vom 23. April 2015 – B 2 U 6/13 R, juris Rn. 26; Urteil des BSG vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R, juris Rn. 52).

118

Vorliegend sind keine individuellen, dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechenden Umstände gegeben, die im konkreten Einzelfall des Klägers den

Ursachenzusammenhang als hinreichend wahrscheinlich erscheinen lassen. Die vorstehend zitierte Rechtsprechung des BSG bezieht sich auf die Konstellation B3 der Konsensempfehlungen. Der Senat erachtet die Ausführungen des BSG zur Konstellation B3 für übertragbar auf die Konstellation B6. Der Senat hat dementsprechend unter Hinweis auf das Urteil des BSG vom 20. April 2015 – B 2 U 6/13 R – Dr. S. ergänzend befragt. In seinem Schreiben vom 12. April 2021 hat Dr. S. ausgeführt, dass in individueller Betrachtung des Einzelfalles der Ursachenzusammenhang entsprechend des Konstellationstyps B6 auch nach dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft beim Kläger als nicht wahrscheinlich zu erachten sei.

119

Nach alledem war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

120

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

121

Gründe für eine Revisionszulassung gemäß § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.