

L 9 U 5101/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9

1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 20 U 3698/10
Datum
23.11.2012

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 5101/12
Datum
23.02.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Anerkennung einer bisegmentalen bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit nach den Konsensempfehlungen zur Berufskrankheit Nr. 2108 der Anlage 1 der BKV

Die Berufungen des Klägers und der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 23. November 2012 werden zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) nach den Nummern 2108 und 2109 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) sowie die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1956 geborene Kläger ist gelernter Maurer und war von September 1971 bis August 1989 bei der Firma W. und ab September 1989 bei der Firma B. GmbH in seinem erlernten Beruf beschäftigt. Das Arbeitsverhältnis endete durch Auflösung des Arbeitsvertrages im April 2011.

Unter dem 27.11.2009 erstattete die I. Baden-Württemberg und Hessen eine Anzeige wegen des Verdachts des Vorliegens einer Berufskrankheit und gab an, dass der Kläger seit dem 27.11.2009 wegen Kreuzschmerzen arbeitsunfähig sei. Wegen der Erkrankung sei der Kläger zuvor vom 31.01.2005 bis 18.02.2005 und vom 27.09.2006 bis 04.02.2007 arbeitsunfähig gewesen.

Der Kläger machte Angaben zur Arbeits-/Krankheitsanamnese sowie zum Umfang wirbelsäulenbelastender Tätigkeiten. Die Beklagte zog ein Vorerkrankungsverzeichnis bei der I. Baden-Württemberg und Hessen sowie Befundberichte des Orthopäden Dr. E., des Orthopäden Dr. P., des Hausarztes Dr. T. und des Facharztes für Innere Medizin, Rheumatologie Dr. S. bei. Außerdem machte die Firma Karl B. GmbH Angaben zu wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten des Klägers als Vorarbeiter seit 04.09.1989. In dem Bericht des Orthopäden Dr. P. vom 31.03.1992 wurde über Schmerzen im Kreuz "seit zwei Wochen" berichtet und als Diagnose eine Bandscheibenverflachung L4/L5 und L5/S1 bei Wurzelreizung L5 links angegeben. In einem Befundbericht von Dr. E. an den Hausarzt vom 13.04.2007 berichtete dieser über eine CT der Halswirbelsäule vom 02.04.2007 und stellte ein chronisch rezidivierendes Cervikalsyndrom, eine Osteochondrose C5-7, geringer C4/5 und C7/TH1, einen kleinen medialen Bandscheibenprolaps C4/5, einen Bandscheibenprolaps lumbal und eine Psoriasis fest. In einem weiteren Bericht vom 28.08.2008 werden weiterhin Beschwerden "seit Wochen" wegen eines Zervikalsyndroms angegeben. Im Bericht des Institutes für Radiologie und Nuklearmedizin, Freiburg (Prof. Dr. B., MRT vom 30.09.2006) vom 02.10.2006 an Dr. E. wurde ein kleiner paramedian rechts gelegener, nach kaudal umgeschlagener Bandscheibenvorfall Höhe LWK4/5 mit direktem Wurzelkontakt zur Wurzel L5 rechts angegeben. Im Rahmen einer Spondylarthrose befinde sich eine knöcherne Einengung der Neuroforamina LWK5/SWK1 beidseits. Es bestehe ein Weichteilödem auf Höhe des Bandscheibenfaches LWK3/4 paramedian rechts, möglicherweise im Rahmen einer aktivierten Osteoarthrose. Differentialdiagnostisch sei eine beginnende Spondylodiszitis nicht mit Sicherheit auszuschließen. Unter dem 19.07.2007 führte der Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie Dr. S. aus, dass bei dem Patienten peripher an den großen und kleinen Gelenken keine aktuell deutliche Psoriasis-Arthritis-Symptomatik bestehe. Der HLA B27 sei negativ gewesen, sodass serologisch entzündliche Konstellationen nicht vorgelegen hätten. In dem Entlassungsbericht der R. GmbH für die Deutsche Rentenversicherung Bund (nach einer teilstationären Behandlung vom 13.11.2006 bis 08.12.2006) wurde ein statisch muskuläres ischialgieformes Schmerzsyndrom, eine generalisierte Psoriasis festgestellt und der Verdacht auf eine Psoriasis Arthritis geäußert. Im Entlassungsbericht der K.klinik B., wo sich der Kläger vom 29.12.2009 bis 19.01.2010 zu einem stationären Heilverfahren befand, wurden die Diagnose eine Psoriasis vulgaris, einer Psoriasis-Arthropatie, eine Adipositas I. Grades, eine essentielle Hypertonie und ein Knieerguss links bei Psoriasis-Arthritis gestellt.

In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 11.04.2010 vertrat Dr. T. die Auffassung, dass eine Fallkonstellation "B6" vorliege, wonach kein Konsens bestehe, einen Ursachenzusammenhang zu bejahen. Es spreche nicht mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang, sodass dieser nicht wahrscheinlich sei.

Mit Bescheid vom 05.05.2010 stellte die Beklagte fest, dass keine Berufskrankheit nach den Nrn. 2108/2109 der Berufskrankheitenliste bestehe. Ferner bestünden auch keine Ansprüche auf Leistungen, dies gelte auch für Leistungen oder Maßnahmen, die geeignet seien, dem Entstehen einer Berufskrankheit entgegen zu wirken.

Hiergegen erhob der Bevollmächtigte des Klägers am 11.05.2010 Widerspruch. Er widersprach der sozialmedizinischen Beurteilung und hielt die vorgenommenen Ermittlungen für ausreichend, um abschließend in der Sache entscheiden zu können. Ausdrücklich machte er die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen einer BK 2108/2109 geltend.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.07.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Beklagte führte aus, ein erhöhtes Risiko, an einer BK nach Nr. 2109 zu erkranken, habe nicht vorgelegen, weil der Kläger erfahrungsgemäß im Rahmen seiner Tätigkeit als Maurer keine Lastgewichte von 50 kg oder mehr regelmäßig über einen längeren Zeitraum und häufig in der überwiegenden Zahl der Arbeitsschichten auf der Schulter getragen habe und es dabei auch nicht aufgrund der nach vorn und seitlich erzwungenen Kopfbeugehaltung zu einer maximalen Anspannung der Nackenmuskulatur mit Hyperlordosierung und Verdrehung der Halswirbelsäule gekommen sei. Bezüglich der BK 2108 entspreche das festgestellte Krankheitsbild nicht den sogenannten Konsensempfehlungen, welche dem medizinischen Laien aus Verwaltung und der Gerichtsbarkeit als Arbeitshilfe zur Beurteilung einer beruflich erworbenen bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule dienen solle. Die Veränderungen an der Wirbelsäule seien unter die Konstellation "B6" zu fassen, weil Hals- und Lendenwirbelsäule nahezu gleichermaßen betroffen seien, jedoch ohne berufliche Belastung der Halswirbelsäule durch Tragen schwerer Lasten. Hierzu sei in der Expertengruppe kein Konsens dahingehend erzielt worden, ob der Ursachenzusammenhang zwischen Erkrankung und beruflicher Tätigkeit wahrscheinlich sei oder nicht. Damit sei nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Diskussion der genannte Zusammenhang zwar möglich, aber nicht hinreichend wahrscheinlich.

Hiergegen hat der Bevollmächtigte des Klägers am 19.07.2010 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Unter Wiederholung und Vertiefung seines bisherigen Vortrages hat er an seinem geltend gemachten Anspruch, der Gewährung einer Verletztenrente wegen Berufskrankheiten nach Nrn. 2108 und 2109 der Anlage 1 zur BKV, festgehalten und in Ergänzung dieses Vortrages eine Arbeitsbescheinigung seines ehemaligen Arbeitgebers W. R. vom 03.08.2010 zu den Akten gereicht.

Die Beklagte hat auf Anforderung des Gerichts eine Stellungnahme des Präventionsdienstes zur Arbeitsplatzexposition vom 28.02.2011 vorgelegt. Die Berechnung hat eine berufliche Gesamtdosis des Versicherten für den Zeitraum vom 01.09.1971 bis 19.09.2009 in Höhe von 46,1 x 106 Nh ergeben. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 184 % des Orientierungswertes von 25 x 106 Nh für Männer.

Im dem vom SG in Auftrag gegebenen Gutachten vom 22.03.2011 hat der Facharzt für Neurologie Dr. K. eine Osteochondrose Lendenwirbelkörper 5/Sakralwirbelkörper 1 und geringer Lendenwirbelkörper 4/5 mit Spondylarthrose, geringe Spondylolisthesis LWK 3 gegenüber LWK 4 festgestellt. An der Halswirbelsäule bestehe eine Osteochondrose und Spondylarthrose sowie Foraminalstenose HWK 4/5, 5/6 und 6/7 rechtsbetont. Die Veränderung im Bereich der Lendenwirbelsäule sei dem Alter vauseilend. Andere Ursachen, wie extremes Übergewicht, eine wirbelsäulenbelastende Sportart bzw. Nebentätigkeiten hätten nicht eruiert werden können. Ein entzündliches Geschehen im Rahmen einer rheumatologischen Erkrankung sei möglicherweise vorhanden, jedoch nach rheumatologischer Einschätzung im Rahmen eines Zusatzgutachtens (Priv.-Doz. Dr. S., Gutachten vom 03.01.2011, Bl. 64 SG-Akten) mit einer wenig aktiven Verlaufsform, sodass die deutlichen Beschwerden und Veränderungen der Gelenke durch diese entzündlich-rheumatische Erkrankung im Hintergrund stünden. Er kam zu dem Ergebnis, eine BK nach Nr. 2108 mit degenerativen Lendenwirbelsäulenveränderungen und nach Nr. 2109 mit degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen liege vor.

Die Beklagte hat hierauf eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. T. vom 19.04.2011 vorgelegt, der bemängelt hat, dass das Gutachten eine Abstimmung der Kausalitätsauffassung mit den Konsenskriterien nicht beinhalte. Der Nachweis einer ausreichenden Exposition sei bekanntlich zur Begründung eines Ursachenzusammenhangs nicht ausreichend. Nur für eine BK 2108 sei eine ausreichende Arbeitsplatzexposition nachgewiesen. Unter Berücksichtigung des vorgelegten Bildmaterials habe er eine Begleitspondylose als Positivkriterium für einen Ursachenzusammenhang nicht feststellen können. Bei gleichzeitig fehlender Existenz konkurrierender Ursachenfaktoren sei die Zugehörigkeit zur Fallgruppe B2 zu diskutieren gewesen. Hierzu sei der Nachweis einer mindestens bisegmentalen Chondrose und/oder eines bisegmentalen Bandscheibenvorfalles bzw. bei monosegmentalem Befall eine Black disc in mindestens zwei angrenzenden Segmenten oder der Nachweis einer besonders intensiven Belastung erforderlich. Diese Zusatzkriterien lägen aber nicht vor, sodass eine Fallkonstellation B3 zu diskutieren gewesen wäre. Weil bei dem Kläger jedoch gleichzeitig ein monosegmentaler zervikaler, morphologisch und klinisch gleich stark ausgeprägter Bandscheibenvorfall vorliege, sei letztlich von einer Zugehörigkeit zur Fallgruppe B6 auszugehen, bei welcher bekanntlich kein Konsens bestehe. Das Gutachten sei daher weder schlüssig noch überzeugend.

Das SG hat ein weiteres Gutachten bei Dr. N., O. Klinikum O. in Auftrag gegeben. Dr. N. ging in dem zusammen mit Dr. S. erstellten Gutachten vom 25.04.2012 von einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule bei einem degenerativen Lendenwirbelsäulensyndrom mit Bandscheibenvorfall L4/5 und knöcherner, degenerativ bedingter Spinalkanalstenose sowie einem degenerativen HWS-Syndrom mit Bandscheibenprotrusionen C4/5 und C5/6, Unkovertebralarthrosen C4-7 und rechtsbetonter Spinalkanalstenose C4/5, C5/6 und C6/7 aus. Die genannten bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule seien mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten verursacht. Der Kläger habe zudem langjährig 50 kg schwere Zementsäcke abgeladen und auf der Schulter getragen. Dies sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit verantwortlich für die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Halswirbelsäule. Zur Begründung hat er ausgeführt, dass eine nachgewiesene bandscheibenbedingte Erkrankung vorliege, wobei der bildgebend darstellbare Bandscheibenschaden seiner Ausprägung nach altersuntypisch sei und eine ausreichende berufliche Belastung vorliege, wobei diese eine plausible zeitliche Korrelation zur Entdeckung der bandscheibenbedingten Erkrankung aufweise. Insbesondere, weil die Lokalisation des Bandscheibenschadens im Bereich der LWS in den unteren drei Segmenten (in diesem Fall L4/5) eher für einen Ursachenzusammenhang spreche und sowohl im Bereich der LWS als auch im Bereich der HWS typische Begleitspondylosen vorlägen (betreffend mindestens zwei Segmente, über das Altersmaß hinausgehend, nicht auf konkurrierende Ursachenfaktoren zurückzuführen), halte man die Konstellation B1 für gegeben. Seit 2009 seien die Grenzen der

Kompensationsfähigkeit überschritten, sodass der Kläger in seinem erlernten Beruf nicht mehr arbeiten könne. Er schätze die MdE in Übereinstimmung mit dem Vorgutachten von Dr. K. ab 2009 mit 30 ein.

Auch hierzu hat die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. T. (vom 24.05.2012) vorgelegt. Er hat auf die anamnestischen Angaben des Klägers hingewiesen, wonach erstmalig Beschwerden im Alter von 20 Jahren und damit fünf Jahre nach dem Beginn der beruflichen Exposition aufgetreten seien, sodass eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule schon nicht erfüllt sei. Auch die Voraussetzungen einer BK 2109 sei unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers in den beiden Gutachten nicht erfüllt. Ferner könne er sich der Auffassung von Dr. N. nicht anschließen, der von einer Fallkonstellation B1 ausgegangen sei. Seiner Auffassung nach handele es sich bei der Spondylose L4 und L5 nicht um eine Begleitspondylose. Er gehe vielmehr von einer Fallkonstellation B3 aus, für welche bezüglich des Ursachenzusammenhangs kein Konsens bestehe.

Mit Gerichtsbescheid vom 23.11.2012 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 05.05.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2010 aufgehoben und festgestellt, dass beim Kläger eine BK 2108 der Anlage zur BKV vorliegt. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Klage unzulässig sei, soweit damit die Gewährung einer Rente begehrt werde. Denn insoweit fehle eine Prozessvoraussetzung. Ein Verwaltungsakt bezüglich der Rentengewährung sei nicht ergangen. Bezüglich einer BK 2109 fehle es zudem an den erforderlichen arbeitstechnischen Voraussetzungen. Der Kläger habe jedoch Anspruch auf die Feststellung einer BK 2108. Bei dem Kläger liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vor, welche mit hinreichender Wahrscheinlichkeit unter Berücksichtigung der "medizinischen Beurteilungskriterien zur bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule" (Konsensempfehlungen) und den Ausführungen von Dr. N., welcher die Konstellation B1 zugrunde gelegt habe, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die unstreitig gegebenen arbeitstechnischen Voraussetzungen zurückzuführen sei.

Gegen den ihm am 07.12.2012 zugestellten Gerichtsbescheid haben der Bevollmächtigte des Klägers am 10.12.2012 und die Beklagte (Zustellung des Gerichtsbescheides am 10.12.2012) am 27.12.2012 Berufung eingelegt.

Der Kläger hält daran fest, dass auch eine BK 2109 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen sei und ihm wegen der Folgen der Berufskrankheit(en) eine Verletztenrente nach einer MdE von wenigstens 20 v. H. zu gewähren sei.

Die Beklagte wendet sich gegen die Feststellung des SG, eine BK 2108 der Anlage 1 zur BKV liege vor.

Beide halten insoweit an ihrem erstinstanzlichen Vortrag, zudem sie ergänzend ausgeführt haben, fest.

Der Kläger beantragt - sachdienlich gefasst,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 23. November 2012 und den Bescheid der Beklagten vom 5. Mai 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juli 2010 abzuändern, eine Berufskrankheit nach Nr. 2109 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung festzustellen und die Beklagte zur Zahlung einer Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 20 v.H. zu verurteilen sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 23. November 2012 aufzuheben, soweit das Sozialgericht eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung festgestellt hat sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Auf Veranlassung des Senats hat die Beklagte einen Bericht des Präventionsdienstes zum Umfang der Einwirkungen im Sinne der BK 2109 vorgelegt. Danach habe der Kläger in geringem Umfang schwere Lasten &8805;50 kg auf der Schulter liegend getragen, insbesondere beim Abladen von Sackware (Zement bis ins Jahr 1992 noch 50 kg/Sack, danach 25 kg/Sack, Kalk schon immer 40 kg/Sack) und beim Verbringen der Sackware an die Verwendungsstellen. Beim Schalen wurden Holzträger, Stahlprieße, Bretter etc. (in der Regel (50 kg) auf der Schulter getragen. Es habe sich jedoch dabei um starre Gegenstände gehandelt, die zudem in aufrechter Position ohne seitwärts erzwungene Kopfbeugehaltung mit maximaler Muskelanspannung und maximaler gefäßdrosselnder Verdrehung der HWS auf der Schulter getragen würden. Es könne auch festgestellt werden, dass das Tragen von Lasten &8805;50 kg auf der Schulter nicht in der überwiegenden Zahl der Arbeitsschichten ausgeführt worden sei und bezogen auf das fortgesetzte Tragen von Lasten auf der Schulter nicht als Kerntätigkeit zu werten sei.

Der Kläger hat Unterlagen aus dem parallel anhängigen Verfahren gegen die Deutsche Rentenversicherung auf Anerkennung einer Erwerbsminderungsrente vorgelegt. U. a. befindet sich darin ein Bericht der radiologischen Gemeinschaftspraxis E. (Dres. R.) vom 06.02.2013 über eine MRT der LWS sowie ein Bericht derselben Praxis vom 15.03.2002 über eine Kernspintomographie der HWS.

Der Senat hat die medizinischen Befunde und Gutachten von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg beigezogen und Prof. Dr. C. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 05.08.2014 zunächst ausgeführt, die arbeitstechnischen Voraussetzungen bezüglich einer BK 2109 seien nicht als erfüllt anzusehen. Soweit eine BK 2108 zu prüfen sei, bestünden keine vernünftigen Zweifel daran, dass bei dem Kläger eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vorliege, die seines Erachtens im Alter von 30 Jahren, also etwa 1986 begonnen habe, weshalb auch eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung bestehe. Es sei auch eine mit dem Buchstaben "B" beginnende Konstellation zu prüfen. Bei dieser Konstellation betreffe die bandscheibenbedingte Erkrankung L5/S1 und/oder L4/L5, beim Kläger also beide Bereiche. Darüber hinaus werde gefordert, dass die Ausprägung des Bandscheibenschadens entweder eine Chondrose Grad II oder höher und/oder einen Vorfall beinhalte. Beim Kläger liege im Segment L5/S1 eine Chondrose Grad II vor, und im Segment L4/L5 sei 2006 ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert worden. Wesentlich konkurrierende Ursachenfaktoren seien nicht zu erkennen. Es stehe daher zur Diskussion, ob eine Begleitspondylose vorliege. Diese werde definiert als Spondylose im nicht von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment sowie eine Spondylose im von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment, die nachgewiesenermaßen vor dem Eintritt der bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne einer Chondrose oder eines Vorfalles aufgetreten sei. Es liege hier zwar eine altersuntypische Spondylose vor, welche

sich jedoch vorwiegend am 4. Lendenwirbel, also in einem von der Chondrose betroffenen Segment befinde. Gutachterlich könne aufgrund fehlender radiologischer Dokumentationen aus dieser Zeit nicht nachgewiesen werden, dass diese Chondrose vor dem Eintritt der bandscheibenbedingten Erkrankung aufgetreten sei. Insofern gehe er in Übereinstimmung mit Dr. T. davon aus, dass eine Begleitspondylose nicht vorliege. Nach seiner Einschätzung liege aber eine Konstellation B2 vor, die dann erfüllt sei, wenn eine Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben vorliege. Dieses Kriterium sei erfüllt, weil eine Chondrose Grad II im Segment L5/S1 vorliege und darüber hinaus ein Bandscheibenvorfall im Segment L4/L5. Der Nachweis der weiteren Kriterien entfalle damit (besonders intensive Belastung oder besonderes Gefährdungspotential durch hohe Belastungsspitzen). Eine Konstellation B3, wie dies Dr. T. angenommen habe, liege nicht vor, weil aus seiner Sicht mehrere Bandscheiben betroffen seien und hierauf schon Dr. P. 1992 aufmerksam gemacht habe. An dieser Auffassung ändere der Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule nichts. Er gehe davon aus, dass die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule deutlich später aufgetreten seien als die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule. Aus dem Vorerkrankungsverzeichnis ergäben sich keine Hinweise auf Arbeitsunfähigkeitszeiten als Folge einer bandscheibenbedingten Erkrankung im Bereich der Halswirbelsäule. Der erstmalige Hinweis auf eine solche Erkrankung finde sich in der Bescheinigung des Dr. E. vom 28.08.2008. Hinweise auf eine Reizung der von der Halswirbelsäule ausgehenden Nervenwurzel seien im Gegensatz zur Lendenwirbelsäule nicht dokumentiert, auch nicht im Gutachten des Dr. K. Mit dieser Überlegung komme man dann zu einer Konstellation B4, bei der ein Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule vorliege, der schwächer ausgeprägt sei als der der Lendenwirbelsäule. Bei dieser Konstellation sei der Zusammenhang zwischen der beruflichen Belastung und der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule als wahrscheinlich anzusehen.

Hiergegen hat die Beklagte Einwendungen erhoben und insbesondere geltend gemacht, dass nach der von ihr vertretenen Auffassung bei einer wie vorliegend bisegmentalen bandscheibenbedingten Erkrankung das medizinische Zusatzkriterium für die Auslegung des unbestimmten Begriffes "mehrere" nur dann erfüllt sei, wenn mindestens drei LWK bandscheibenhöhengemindert und/oder prolabiert seien. Denn andernfalls brauchte es zur Bejahung der B2-Konstellation bei bisegmentaler bandscheibenbedingter Erkrankung keines medizinischen Zusatzkriteriums.

Hierzu hat Prof. Dr. C. unter dem 16.09.2014 ergänzend Stellung genommen und darauf hingewiesen, dass im MRT vom 06.02.2013 nunmehr auch ein linksbetonter Bandscheibenvorfall L2/3, eine breitbasige, mittig betonte Vorwölbung der Bandscheibe L3/4 und nativ radiologisch eine Chondrose Grad 1 im Segment L2/L3 vorliege, weshalb das erste Zusatzkriterium als erfüllt anzusehen sei. Selbst wenn man die Konstellation B2 als nicht erfüllt ansehe, folge aus dem fehlenden Konsens bei der Konstellation B3 nicht, dass eine BK nicht wahrscheinlich sei. Er schließe sich der Meinung der Befürworter an und halte den Zusammenhang für wahrscheinlich.

Die Beklagte hat hierzu eingewandt, dass das MRT vom 06.02.2013 im Rahmen der Konstellation B2 nicht verwertet werden könne, da dieses aufgrund fehlender Einwirkungen seit 2009 ein Beleg schicksalhafter Verschlimmerung des degenerativen Wirbelsäulenleidens sei, welches sich auch im Bereich der beruflich nicht belasteten HWS zeige. Einwendungen im Bereich der Konstellation B3 bezögen sich auf methodische Mängel der Studie, die die Befürworter für den ursächlichen Zusammenhang heranzögen.

In einer weiteren ergänzenden Stellungnahme hat Prof. Dr. C. ausgeführt, dass nach eingehender Literaturrecherche keine verlässlichen Informationen vorlägen, die Auskunft darüber geben könnten, wie lange nach Expositionsende überwiegend von einem schicksalhaften Geschehen auszugehen sei. Er halte es für plausibel und nachvollziehbar, zumindest die Hälfte der Veränderungen, die sich kernspintomografisch objektiviert zwischen 2006 und 2013 entwickelt hätten, auf berufliche Belastungen zurückzuführen. Zur Konstellation B3 hat er unter Verweis auf den Beginn wirbelsäulenbelastender Tätigkeiten im 15. Lebensjahr und einer von ihm errechneten Teildosis in den ersten zehn Berufsjahren von 12,13 MNh die Frage aufgeworfen, ob sich nicht hieraus die Erfüllung des 2. Zusatzkriteriums in Form einer besonders intensiven Belastung begründen lasse. Hierfür spreche auch der Beginn bandscheibenbedingter Beschwerden erstmals im Alter von 30 Jahren. Die Gegner eines Ursachenzusammenhangs in der Fallkonstellation B3 beriefen sich selbst auf eine Studie, die er für methodisch fragwürdig halte.

Hierzu hat die Beklagte ihren Standpunkt nochmals vertiefend dargelegt (Schriftsatz vom 06.02.2015) und u.a. die Stellungnahme des Orthopäden Dr. S. vom 15.02.2016 in einem Verfahren vor dem Landessozialgericht (LSG) für das Saarland vorgelegt.

Mit ihren Schriftsätzen vom 19.02.2016 und 22.02.2016 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers und die Berufung der Beklagten, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) entschieden hat, sind form- und fristgerecht erhoben, Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen für beide Berufungen nicht vor. Die damit zulässigen Berufungen der Beteiligten sind unbegründet.

Streitgegenstand ist der Bescheid der Beklagten vom 05.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2010, mit dem die Beklagte gemäß dem Tenor der Entscheidung die Anerkennung einer BK nach Nr. 2108/2109 und Ansprüche auf Leistungen ablehnte. Allerdings hat die Beklagte hierbei inhaltlich nur darüber entschieden, ob eine BK nach den Nrn. 2108 und 2109 der Anlage 1 zur BKV vorlag und ob Leistungen oder Maßnahmen zu erbringen sind, die geeignet sind, dem Entstehen einer BK entgegenzuwirken und dies im Ergebnis verneint. Der Bescheid ist dahingehend auszulegen, dass die Beklagte nicht in die Prüfung der einzelnen Leistungsansprüche wie einer Verletztenrente eingestiegen ist, sondern nur eine Feststellung hinsichtlich des Vorliegens der Berufskrankheit stellen wollte. Zulässige Klageart ist insoweit die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nach [§ 54 Abs. 1](#), [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) (Bundessozialgericht (BSG), Az.: [B 2 U 30/07](#)). Dass es dem Kläger vorrangig um die Gewährung von Leistungen und nicht um die Feststellung der BKen gegangen sein könnte, lässt sich auch seiner Widerspruchs- und Klagebegründung nicht entnehmen. Dies hätte zur Konsequenz, dass der Antrag schon dann abgelehnt werden könnte, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen im Bereich der (Lenden-)Wirbelsäule eine MdE in

rentenberechtigendem Grad nicht rechtfertigen. Weder der Bescheid der Beklagten noch der Widerspruchsbescheid haben sich hierzu eingelassen. Eine Entscheidung hierüber liegt mithin nicht vor. Im Ergebnis zu Recht ging das SG von der Zulässigkeit der Klage aus, soweit der Kläger die Anerkennung der BKen begehrte. Sein Begehren war entsprechend auszulegen, weswegen eine kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage zulässig war und ist.

Rechtsgrundlage für die Anerkennung der begehrten BKen ist [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) i.V.m. Nr. 2108 bzw. Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV. BKen sind gem. [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) nur diejenigen Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet (Listen-BK) und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. In der Anlage 1 zur BKV vom 31.10.1997 (BGB I, S. 2623), die sich insoweit nicht mehr geändert hat, ist die BK 2108 als "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 Krankheiten ursächlich waren oder sein können", die BK 2109 als "Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können" bezeichnet.

Die Anerkennung setzt demnach voraus, dass der Versicherte auf Grund von Verrichtungen bei einer versicherten Tätigkeit langjährig schwer gehoben und getragen bzw. in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet hat (BK 2108 - hierzu unter 1.) bzw. langjährig schwere Lasten auf der Schulter getragen hat (BK 2109 - hierzu unter 2.) und hierdurch eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS (BK 2108) bzw. der HWS (BK 2109) entstanden ist und noch besteht. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist ein Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und den Verrichtungen (sachlicher Zusammenhang), diesen Verrichtungen und den schädigenden Einwirkungen (Einwirkungskausalität) und den Einwirkungen und der Erkrankung (haftungsbegründende Kausalität) erforderlich. Schließlich muss der Versicherte gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben und die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit als Folge des Zwangs auch tatsächlich erfolgt sein. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, liegt eine BK 2108 bzw. BK 2109 nicht vor (vgl. BSG, Urteil vom 18.11.2008 - [B 2 U 14/07 R](#) -; Urteil vom 30.10.2007 - [B 2 U 4/06 R](#) - beide juris). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist hingegen keine Voraussetzung für die Anerkennung der BK, sondern lediglich für einen etwaigen, auf dieser BK beruhenden Leistungsanspruch (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 04.07.2013 - [B 2 U 11/12 R](#) - juris).

In beweisrechtlicher Hinsicht müssen die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung", "Einwirkungen" und "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen. Hingegen genügt für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.2015 - [B 2 U 06/13 R](#) - m.w.N.; juris). Um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zu bejahen, muss sich unter Würdigung des Beweisergebnisses ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit ergeben, dass ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Möglichkeit ausscheiden und nach der geltenden ärztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung deutlich mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (vgl. Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - m.w.N.; juris). Die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen beruflichen Belastungen und Bandscheibenerkrankung hat auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu erfolgen; daher sind neben der Begründung des Ordnungsgebers auch die Merkblätter des zuständigen Bundesministeriums, die wissenschaftliche Begründung des ärztlichen Sachverständigenbeirates sowie die sogenannten Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe ("Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule", Bolm-Audorff, et al., Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211 ff.) zu beachten. In seinen Urteilen vom 23.04.2015 hat das BSG bestätigt, dass diese Konsensempfehlungen weiterhin den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand abbilden (vgl. hierzu ausführlich, auch zu den zwischenzeitlich erfolgten Meinungsäußerungen in der medizinischen Wissenschaft, etwa zur Deutschen Wirbelsäulenstudie, [B 2 U 6/13 R](#), [B 2 U 10/14 R](#) und [B 2 U 20/14 R](#), alle juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist eine BK 2108 festzustellen, eine BK 2109 liegt hingegen nicht vor.

Der Kläger war von September 1971 bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 27.11.2009 als Maurer abhängig beschäftigt und damit als Beschäftigter gemäß [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) versichert.

1. In diesem Zeitraum war der Kläger Einwirkungen ausgesetzt, die grundsätzlich geeignet waren, eine bandscheibenbedingte Erkrankung an der Lendenwirbelsäule zu verursachen. Denn er hat nach den Feststellungen des Präventionsdienstes der Beklagten die typischen Arbeiten eines Maurers im Umbau- und Sanierungsbereich sowie im Neubaubereich ausgeführt. Daneben fielen Zimmerer- und Dachdeckerarbeiten sowie Kanal- und Pflasterarbeiten in einem Umfang an, wie sie in dem Bericht vom 28.02.2011 nach Befragung des Klägers festgestellt wurden (vgl. im Einzelnen Bl. 37 bis 40 des SG-Akten).

Zur Bestimmung der für eine Krankheitsverursachung erforderlichen Belastungsdosis zieht der Senat in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG das Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) heran, welches seit 2003 (vgl. BSG, Urteil vom 18.03.2003 - [B 2 U 13/02 R](#) - juris) und aktuell (vgl. zuletzt BSG, Urteile vom 23.04.2015, [a.a.O.](#)) 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 nur richtungsweisend umschriebenen Einwirkungen ist. 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 (BSG, Urteil vom 18.11.2008 - [B 2 U 14/07 R](#) - juris). Für Männer legt das MDD als Gesamtbelastungsdosis den Wert von 25 MNh fest, der hier mit den vom Präventionsdienst der Beklagten errechneten 46,1 MNh erheblich überschritten ist. Es kommt daher im hier zu entscheidenden Fall nicht darauf an, ob bereits ein geringerer, ggf. hälftiger Wert dieses Orientierungswertes ausreichen würde, um von einem erhöhten Erkrankungsrisiko auszugehen und deshalb auf einzelfallbezogene medizinische Ermittlungen nicht mehr verzichtet werden kann (vgl. für Männer: BSG, Urteil vom 30.10.2007 - [B 2 U 4/06 R](#) - juris). Es ist auch angesichts der ununterbrochenen Beschäftigung des Klägers von 1971 bis 2009 nicht zweifelhaft, dass eine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit regelmäßig und vor allem "langjährig" ausgeübt wurde.

Es liegt auch eine altersuntypische bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vor, was der Senat den Gutachten von Dr. K., Dr. N. und Prof. Dr. C. entnimmt. Prof. Dr. C. hat insoweit überzeugend dargelegt, dass unter Berücksichtigung des Berichtes des Orthopäden Dr. P. vom 31.03.1992 im Bereich der Lendenwirbelsäule Schmerzen vorgelegen haben und aufgrund der Röntgenbilder eine Bandscheibenverflachung (Osteochondrose) L4/L5 und L5/S1 mit Wurzelreizung L5 links zu diagnostizieren war. Im September 2006 wurde - nachdem Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 31.01. bis 18.02.2005 und vom 27.09.2006 bis 04.02.2007 wegen "Kreuzschmerzen" bzw. Lumboischialgie aufgetreten waren - zudem ein nach kaudal umgeschlagener Bandscheibenvorfall in Höhe von LWK4/LWK5 mit direktem Wurzelkontakt zur Wurzel L 5 rechts festgestellt (MRT vom 30.09.2006). Damit bestehen auch für den Senat keine Zweifel am Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS in den Segmenten L4/L5 und L5/S1, zumal auch der von der Beklagten hinzugezogene Beratungsarzt Dr. T. die Grundvoraussetzungen (bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule mit korrelierender klinischer Symptomatik) ebenfalls als erfüllt ansah (Stellungnahme vom 24.05.2012).

Es bestand mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auch ein Zwang zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit, welchen der Senat unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. K. und den Gutachten von Dr. N. und Prof. Dr. C. mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit als eingetreten ansieht, da zu diesem Zeitpunkt ein Heben und Tragen schwerer Lasten nicht mehr zumutbar war. Dass dem Kläger eine Tätigkeit als Maurer nicht mehr zumutbar gewesen ist, hat auch der Rentenversicherungsträger durch die Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitsrente (Angaben des Klägers gegenüber Prof. Dr. C.) berücksichtigt (unter dreistündiges Leistungsvermögen für die Tätigkeit als Maurer seit Oktober 2009, vgl. Gutachten Dr. W. vom 19.04.2012).

Unter Berücksichtigung der erfüllten Tatbestandsvoraussetzungen "schädigende Einwirkung" und "Erkrankungsbild" ergibt sich jedoch noch nicht ohne Weiteres die Wertung einer hinreichend wahrscheinlichen Verursachung. Denn 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 (st. Rspr. des BSG, zuletzt: Urteile vom 23.04.2015 , [a.a.O.](#) und m.w.N.).

Unter Berücksichtigung der Konsensempfehlungen (siehe hierzu bereits oben) kommt vorliegend nur eine mit dem Buchstaben "B" beginnende Konstellation in Betracht, da eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung vorliegt (was Konstellation A ausschließt), die beiden unteren LWS-Segmente betroffen sind (was Konstellation C ausschließt) und weil nicht nur lediglich ein Ausprägungsgrad in Form einer Protrusion (Konstellation D) bzw. Chondrose Grad I (Konstellation E) vorliegt.

Die Konsensempfehlungen setzen für alle Befundkonstellationen der Konstellation B voraus, dass eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung nach ihrer Lokalisation die Segmente L5/S1 und/oder L4/L5 betrifft und eine Ausprägung als Chondrose Grad II oder höher und/oder als Vorfall hat. Außerdem muss die Exposition ausreichend sein und eine plausible Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung bestehen. Kann unter Berücksichtigung dessen zusätzlich eine Begleitspondylose nachgewiesen werden (Befundkonstellation B1), gilt der Zusammenhang als wahrscheinlich. Liegt keine Begleitspondylose vor (und sind wesentliche konkurrierende Ursachen nicht erkennbar), so wird der Zusammenhang nach den Konsensempfehlungen u.a. dann als wahrscheinlich betrachtet (Konstellation B2), wenn zusätzlich

- eine Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben besteht (Befundkonstellation B2, 1. Spiegelstrich - 1. Zusatzkriterium - 1. Alt) oder
- bei nur monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/L5 im Magnetresonanztomogramm in mindestens zwei angrenzenden Segmenten "black discs" vorliegen (Befundkonstellation B2, 1. Spiegelstrich - 1. Zusatzkriterium - 2. Alt) oder
- eine besonders intensive Belastung bestand, wobei hierfür als "Anhaltspunkt" das Erreichen des "Richtwertes für die Lebensdosis" in weniger als 10 Jahren (Befundkonstellation B2, 2. Spiegelstrich - 2. Zusatzkriterium) gilt, oder
- ein besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen bestand, wofür als "Anhaltspunkt" das Erreichen der Hälfte des "MDD-Tagesdosis-Richtwertes" durch hohe Belastungsspitzen (Frauen ab 4 1/2 kN, Männer ab 6 kN) (Befundkonstellation B2, 3. Spiegelstrich - 3. Zusatzkriterium) gilt.

Ist keines dieser Zusatzkriterien erfüllt, ist die Konstellation B3 einschlägig, für die kein Konsens mit Blick auf eine wahrscheinliche Verursachung besteht.

Insoweit stellt der Senat fest, dass nach dem Gutachten von Prof. Dr. C., dem der Senat folgt, eine bandscheibenbedingte Erkrankung sowohl im Segment L4/L5 als auch im Segment L5/S1 vorliegt. Die Voraussetzungen sind erfüllt, weil im Segment L5/S1 eine Chondrose Grad 2 vorliegt und im Segment L4/L5 ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert wurde. Keiner der gehörten Sachverständigen hat eine konkurrierende Ursache (etwa extremes Übergewicht, wirbelsäulenbelastende Sportarten o.ä.) benannt oder festgestellt. Auch eine Psoriasis bzw. eine (nur) mögliche Psoriasis-Arthritis ist nach der Einschätzung von Dr. K. und PD Dr. S. in dessen internistischem Zusatzgutachten vom 03.01.2011, sowie von Dr. N. (und dem zustimmend Prof. Dr. C.) nicht wesentlich für die im Bereich der Wirbelsäule bestehenden Beschwerden. Darüber hinaus ergibt sich weder in den bildgebenden Verfahren noch klinisch ein Anhalt dafür, dass diese Arthritis an der Wirbelsäule zu Veränderungen geführt haben könnte, die die bandscheibenbedingte Erkrankung in den genannten Segmenten (mit-)verursacht haben könnte. Schließlich liegt auch keine Begleitspondylose vor und es besteht nach Überzeugung des Senats auch die geforderte zeitliche Korrelation zwischen Einwirkung und Beginn der Erkrankung. Beschwerden im Zusammenhang mit einer nachgewiesenen bandscheibenbedingten Erkrankung (Osteochondrose L4/L5 und L5/S1 mit Wurzelreizung L5) sind erstmals durch den Bericht des Orthopäden Dr. P. 1992 nachgewiesen. Der Kläger war damals 36 Jahre alt, aber bereits über 21 Jahre wirbelsäulenbelastend tätig und allein durch die Tätigkeit bei der Firma R. (bis 1989) erreichte er eine Belastungsdosis von 22,4 MNh. Dass der Kläger in Gutachten einen früheren Beginn der Beschwerdesymptomatik angegeben hat, ist bei fehlenden Befunden zu den Ursachen der Beschwerden insbesondere im Zusammenhang mit einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS nicht relevant. Insofern ist Prof. Dr. C. zuzustimmen, dass auch dieses Kriterium erfüllt ist; erst recht, wenn er von einem noch früheren Erkrankungsbeginn ausgeht.

Schließlich ist festzustellen, dass es an einer Begleitspondylose fehlt, sodass nicht von der Konstellation B1 ausgegangen werden kann. Nach den Konsensempfehlungen ist eine Begleitspondylose definiert als eine Spondylose in/im nicht von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment oder in/im von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segment(en), die nachgewiesenermaßen vor dem Eintritt der bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne einer Chondrose oder eines Vorfalles aufgetreten ist. Letzteres scheidet schon deswegen aus, weil Röntgenbilder für die Zeit vor der erstmaligen Feststellung der Chondrosen im Jahr 1992 nicht vorliegen. Die in den Röntgenbildern vom 04.08.2014 nachgewiesene Spondylose erfüllt die Voraussetzungen einer Begleitspondylose im Sinne der Konsenskriterien nicht, wie Prof.

Dr. C. in Übereinstimmung mit der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. T. überzeugend ausgeführt hat, weil sie sich vorwiegend am 4. Lendenwirbel und damit an einem von der Chondrose betroffenen Segment zeigt. Damit liegt ein wahrscheinlich ursächlicher Zusammenhang nach der Konstellation B1 nicht vor, weswegen die Konstellation B2 zu prüfen ist.

Deren Voraussetzungen sind nach Auffassung des Senats in der Variante 1. Spiegelstrich, 1. Zusatzkriterium, 1. Alt. erfüllt, da - wie oben bereits festgestellt - im Segment L5/S1 eine Chondrose Grad 2 vorliegt und im Segment L4/L5 ein Bandscheibenvorfall. Soweit diese Alternative einen Befall von "mehreren" Bandscheiben voraussetzt, sind damit mindestens zwei Bandscheiben gemeint, was hier der Fall ist. Der Senat teilt damit die Auffassung von Prof. Dr. C. und ist - in Übereinstimmung mit dem Urteil des LSG Sachsen-Anhalt (vom 11.07.2013 - [L 6 U 59/11](#) -, m.w.N., juris) - der Überzeugung, dass die in den Konsensempfehlungen niedergelegte herrschende medizinisch-wissenschaftliche Lehre damit schlüssig und ohne innere Widersprüche formuliert worden ist. Danach reicht der Befall zweier Bandscheiben der LWS in der vorgegebenen Ausprägung als Krankheitsbild aus, und zwar auch dann, wenn nur einer der beiden unteren Abschnitte betroffen ist. Nichts anderes kann gelten, wenn die beiden unteren Segmente in dem geforderten Ausmaß betroffen sind. Damit ist das Kriterium bereits dann erfüllt, wenn "mehrere" mit "mindestens zwei" gleichgesetzt wird. Dieser Auffassung war auch das Sächsische LSG (Urteil vom 21.06.2010 - [L 2 U 170/08 LW](#) -, juris) mit Verweis auf die in dieses Verfahren eingeführte Stellungnahme von Prof. Dr. B., einem der Mitautoren der Konsensempfehlungen. Die andere Ansicht (mehrere = mindestens drei Bandscheiben) führte dazu, dass der bisegmentale Schaden von der Konsensgruppe nicht geregelt worden wäre. Es ist aber angesichts der Vielzahl von Autoren auszuschließen, dass nur eine mono- und die tri- bzw. mehrsegmentale Chondrose geregelt wurde.

Der Ansatz der Gegenmeinung, die mehrere mit mindestens drei gleichsetzt (Hessisches LSG, Urteil vom 27.03.2012 - [L 3 U 81/11](#) - ; LSG Bayern, Urteil vom 20.08.2009 - [L 2 U 330/07](#) -, beide juris) und das Fehlen der Begleitspondylose in der B1-Konstellation durch die in der Konstellation B2 genannten Zusatzkriterien "ersetzt" sieht, überzeugt den Senat nicht. Einer Auslegung nach der juristischen Methodenlehre sind die Konsensempfehlungen ohnehin nicht zugänglich (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.2015 - [B 2 U 6/13](#) - juris), da sie lediglich zur Erleichterung der Beurteilung im Einzelfall dienen, um typische Befundkonstellationen im Hinblick auf die Kausalbeziehungen unter Zugrundelegung des aktuell wissenschaftlichen Erkenntnisstands einordnen zu können. Insoweit richtig führt das LSG Sachsen-Anhalt in der bereits genannten Entscheidung hierzu Folgendes aus:

"Wenn richtigerweise in allen B-Konstellationen eine Erkrankung an einer oder zwei Bandscheiben vorausgesetzt wird und es kommt etwas dazu, so muss das Ergebnis nicht eine Erkrankung an drei Bandscheiben sein. Systematisch und vom Wortlaut her liegt es sogar näher, dass ein monosegmentaler Schaden genügt, wie es auch nach Ansicht des LSG Hessen der Grundfall in allen B-Konstellationen und aufgrund der ausdrücklichen Nennung auch in der Konstellation B2 sein kann. Demgegenüber wäre es nach der Rechtsprechung des LSG Bayern im Hinblick auf die Abschichtung des Einstiegsstatbestandes völlig beliebig, ob einer oder beide unteren Abschnitte der LWS von höhergradigen Chondrosen oder Vorfällen betroffen sind. Dafür kann der Senat mit den vorgenannten Sachverständigen keinen wissenschaftlichen Ansatz zu erkennen."

Das Argument, dass es bei einem bisegmentalen Befall eines (weiteren) medizinischen Zusatzkriteriums bedarf, verfährt nicht, da sich das Erfordernis eines über einen bisegmentalen Befall hinausgehenden Kriteriums den Konsensempfehlungen in der Konstellation "B" nicht entnehmen lässt. Aus dem Erfordernis des Nachweises von einer "black disc" in den zwei angrenzenden Segmenten bei einem monosegmentalen Schaden lässt sich anderes nicht herleiten, wenn man berücksichtigt, dass dieses Zusatzkriterium erfüllt sein muss, um einen wahrscheinlichen Zusammenhang eines auch nach den Grundvoraussetzungen der mit "B" beginnenden Konstellationen möglichen monosegmentalen Schadens begründen zu können. In diesem Kontext steht der vorhergehende Spiegelstrich als erste Alternative des ersten Spiegelstrichs, wonach es für einen wahrscheinlichen Zusammenhang ausreicht, wenn sich Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben zeigt und (nur) bei einem monosegmentalen Befall sind zusätzliche Kriterien für die Begründung des ursächlichen Zusammenhangs durch den Nachweis von zwei "black disc" erforderlich. Nach den Konsensempfehlungen ist die Chondrose Ausgangspunkt für die Beurteilung als Berufskrankheit; eine "black disc" kann aber nach den Empfehlungen schon bei geringgradigen Bandscheibendegenerationen im Sinne einer nur magnetresonanztomografisch feststellbaren Veränderung vorliegen (LSG Sachsen-Anhalt, a.a.O.). Damit ist ein wahrscheinlich ursächlicher Zusammenhang anzunehmen, wenn Höhenminderungen an wenigstens zwei Bandscheiben, Vorfälle (siehe hierzu die Ausführungen zu 1.2 "Bildgebende Befunde", wonach Prolaps und Vorfall synonym verwendet werden) an mindestens zwei Bandscheiben oder eine Höhenminderung an der einen und ein Vorfall an der anderen Bandscheibe nachgewiesen sind. Ein anderslautender Erfahrungssatz lässt sich den Konsensempfehlungen nicht entnehmen. Die von der Beklagten vorgelegte Stellungnahme von Dr. S. in einem vor dem LSG für das Saarland geführten Verfahren begründet keine abweichende Beurteilung. Denn die Äußerungen von Dr. S., der nicht nur Mitautor der Konsensempfehlungen, sondern auch beratender Arzt der Beklagten ist, belegen keinen anderen, von den Konsensempfehlungen abweichenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand, der sich nach Veröffentlichung der Konsensempfehlungen zu einer herrschenden Lehrmeinung entwickelt hat. Dr. S. äußert sich allein zur seiner Ansicht nach "richtigen" Auslegung der Konsensempfehlungen und trägt hierzu vor, dass der Begriff "mehrere Bandscheiben" mindestens drei Bandscheiben umfasse. Er beruft dabei darauf, dass es "während der Beratungen der Konsensarbeitsgruppe" keine unterschiedlichen Auffassungen gegeben habe. Lediglich einer der damaligen Teilnehmer habe in den Folgejahren seine eigene Meinung als Maßstab der Beurteilung durchzusetzen versucht. Dies vermag den Senat mangels objektiver Belege hierfür nicht zu überzeugen. Die von ihm zusätzlich angeführten "semantischen Deutungsaspekte" greifen hier nicht, wie oben bereits ausgeführt. Der Senat vermag angesichts der für eindeutig gehaltenen Textfassung der Konsensempfehlungen auch nicht zu erkennen, dass sich die von Dr. S. angeführte, aber nicht näher belegte Mehrheit der Autoren mit ihrer Ansicht hat durchsetzen können, wonach "mehrere" mit zumindest drei gleichzusetzen wäre. Darüber hinaus sieht der Senat das Argument, der bisegmentale Schaden in der Ausprägung von Chondrose u./o. Vorfall in zwei Segmenten sei bei dieser Auslegung durch die Konsensempfehlungen nicht geregelt worden, durch die Einlassungen von Dr. S. nicht entkräftet. Seine Äußerungen hierzu beziehen sich allein auf den monosegmentalen Schaden, der - unbestritten - eine Schädigung in drei Segmenten erfordert, aber in einem - was die Veränderungen im Sinne einer black disc anbelangt - geringeren Ausmaß.

Unter Berücksichtigung dessen ist der Senat überzeugt, dass bei Vorliegen eines bisegmentalen Schadens für die Konstellation B2 nach konsensualer Ansicht eine Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs besteht, wobei das "Zusatzkriterium" hier dadurch erfüllt ist, dass beide der genannten Segmente in dem erforderlichen Ausmaß betroffen sind. Dies legt der Senat - mangels Nachweises bzw. eines Anhaltspunktes für eine zwischenzeitlich geänderte herrschende medizinische Lehrmeinung der Beurteilung auch weiterhin zugrunde.

Schließlich kommt es auch nicht darauf an, ob die in der Kernspintomografie vom 06.02.2013 erstmals festgestellten Veränderungen

(linksbetonter Bandscheibenvorfall L2/3 und Chondrose Grad 1, mittig betonte Vorwölbung der Bandscheibe L3/4) das Zusatzkriterium erfüllen können, nämlich dann, wenn diese - wie hier - erst zeitlich nach der Beendigung der schädigenden Tätigkeit festgestellt werden. Allein die Tatsache, dass diese Veränderungen erst im Februar 2013 mittels einer Kernspintomografie festgestellt wurden, steht dem hinreichend wahrscheinlichen Ursachenzusammenhang nicht entgegen. Denn der Kläger übte die wirbelsäulenbelastende Tätigkeit auch nach der letzten bildgebenden Feststellung (Kernspintomografie vom 30.09.2006) noch mehr als drei Jahre aus. Deshalb ist hierdurch auch nicht belegt, dass es sich insgesamt um eine schicksalshafte Weiterentwicklung eines (allein oder im Wesentlichen) degenerativen Wirbelsäulenleidens handeln könnte, wie die Beklagte meint, zumal der Senat einen Erfahrungssatz dahingehend, dass das Fortschreiten der Erkrankung nach Beendigung der schädigenden Tätigkeit zwingend gegen einen Ursachenzusammenhang spricht, nicht festzustellen vermochte. Vielmehr wies Prof. Dr. C. darauf hin, dass es sich bei bandscheibenbedingten Erkrankungen um einen Prozess handelt, der, wenn er einmal begonnen hat, mehr oder weniger voranschreitet.

Liegen damit die Grundvoraussetzungen der Konstellation B und Voraussetzung der Konstellation B2 vor, ist wegen der beim Kläger vorliegenden Einschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule, die nicht auf beruflichen Einwirkungen beruhen (vgl. hierzu unten 2.), zu prüfen, ob deswegen die Annahme eines hinreichend wahrscheinlichen Zusammenhangs erschüttert wird. Aufbauend auf den Voraussetzungen der Konstellation B2 ist nach der Konstellation B4 (mit Bandscheibenschaden an der HWS, der schwächer ausgeprägt ist als an der LWS) der Zusammenhang mit "wahrscheinlich", in der Konstellation B5 (mit Bandscheibenschaden an der HWS, der stärker ausgeprägt ist als an der LWS) als nicht wahrscheinlich beurteilt worden, falls (Variante B5) der Bandscheibenschaden an der HWS mit einer klinischen Erkrankung einhergeht (andernfalls: kein Konsens). In der Konstellation B6 (mit Bandscheibenschaden an der HWS, der gleich stark ausgeprägt ist wie an der LWS) besteht kein Konsens.

Nach den Erläuterungen in den Konsensempfehlungen "zu den Konstellationen B5, B6, B8 und C4" ist es bei beruflichen Belastungen, die intensiv genug sind und lange genug einwirken, plausibel, dass es neben mehrsegmentalen Veränderungen an der Wirbelsäule auch zu einer Mitreaktion der belastungsfernen Hals- und Brustwirbelsäule kommen kann. Die epidemiologische Literatur bestätigt, dass derartige Mitreaktionen möglich sind, wobei jedoch eine Betonung der berufsbedingten Bandscheibenveränderungen an der LWS erkennbar bleibt. Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben sind die Einlassungen von Prof. Dr. C. schlüssig und nachvollziehbar, dass im vorliegenden Fall von einer Konstellation B4 auszugehen ist. Im Bereich der HWS bestehen multisegmentale degenerative Veränderungen in Form von Höhenminderung der Bandscheibenfächer, in Form von nach vorne und hinten weisenden Randwülsten an den Grund- und Deckplatten sowie in Form einer hieraus resultierenden Reduktion der physiologischen Vorschwingung der HWS mit besonderer Betonung der Bewegungssegmente zwischen dem 5. und 7. HWK. Hieraus resultiert eine etwa hälftige Einschränkung der Beweglichkeit in sämtlichen Bewegungsebenen. Eine Reizung der von der Halswirbelsäule ausgehenden Nervenwurzeln besteht aber weder in Form von Gefühlsstörungen noch in Form einer motorischen Schwäche im Bereich der oberen Extremitäten, was von allen gehörten Sachverständigen so angegeben wurde. Demgegenüber kommt es im Bereich der Lendenwirbelsäule schon zu der mit der Kernspintomografie vom 30.09.2006 nachgewiesenen Tangierung der Nervenwurzel L5, welche bereits Dr. P. am 31.03.1992 beschrieben hatte, die durch den Bandscheibenvorfall L4/L5 verursacht wird und zu entsprechenden ausstrahlenden Beschwerden in die unteren Extremitäten und zu Gefühlsstörungen führt. Erstmalige Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich sind in dem Bericht von Dr. E. vom 13.04.2007 beschrieben und damit deutlich später als die LWS-Veränderungen, die schon 1992 behandlungsbedürftig waren. Bandscheibenvorfälle werden dort nicht beschrieben, sondern nur ein kleiner medialer Bandscheibenprolaps C4/5. Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Einschränkungen im Bereich der HWS sind - im Gegensatz zu solchen wegen Kreuzschmerzen und Lumboschialgie - nicht vermerkt. Der Senat ist daher davon überzeugt, dass von einer schwächeren Ausprägung der Einschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule auszugehen ist und deshalb der Ursachenzusammenhang als wahrscheinlich anzusehen ist.

Mithin hat das SG zu Recht das Vorliegen einer BK 2108 festgestellt. Die Berufung der Beklagten ist somit unbegründet.

2. Ebenso hat die Berufung des Klägers keinen Erfolg, soweit er mit seiner Feststellungsklage die Anerkennung einer BK 2109 begehrt. Eine BK 2109 ist wie folgt gefasst:

Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Auch im Rahmen dieser BK sind die unbestimmten Rechtsbegriffe wie "langjährig" oder "schwer" auslegungsbedürftig und unter Berücksichtigung der Gesetzesmaterialien (vgl. zu den Motiven bei der Aufnahme der BK 2109 in die BKV die amtliche Begründung: BR-Drucks 773/92, S 9) sowie anhand der Vorgaben des vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen Merkblatts für die ärztliche Untersuchung zur BK 2109 (BArbBl. 3/1993, S 53 - im Folgenden: Merkblatt BK 2109) auch auslegungsfähig (vgl. hierzu BSG Urteil vom 04.07.2013 - [B 2 U 11/12 R](#) -, juris).

Unter Berücksichtigung dessen und der genannten Entscheidung des BSG vom 04.07.2013 (dort mit zahlreichen Nachweisen), der der Senat folgt, sind die unbestimmten Rechtsbegriffe des Tatbestands der BK 2109 so zu verstehen, dass eine versicherte Person zur Erfüllung der Voraussetzungen des Tatbestands der BK 2109 den nachfolgend aufgezeigten beruflichen Einwirkungen ausgesetzt gewesen sein muss, wobei das Fehlen einer dieser Voraussetzungen dazu führt, dass der Tatbestand der BK 2109 nicht erfüllt ist:

1. Das Tragen von schweren Lasten auf der Schulter setzt Lastgewichte von 50 kg und mehr voraus.
2. Die Lasten müssen langjährig getragen worden sein. Langjährig bedeutet, dass zehn Berufsjahre als die im Durchschnitt untere Grenze der belastenden Tätigkeit zu fordern ist, wobei es sich nicht um eine starre Untergrenze handelt. Geringe Unterschreitungen dieses Wertes schließen die Anwendung des BK-Tatbestands daher nicht von vornherein aus; dies gilt besonders in den Fällen, in denen Versicherte Lasten mit noch höherem Gewicht bewegt haben. Bei Belastungen mit einer Dauer von weniger als zehn Jahren ist aber die haftungsbegründende Kausalität sorgfältig zu prüfen.
3. Erforderlich ist eine Regelmäßigkeit des Tragens schwerer Lasten auf der Schulter, wobei das Tragen schwerer Lasten in der ganz überwiegenden Anzahl der Arbeitsschichten ausreicht, ohne dass eine genaue Zeitgrenze pro Arbeitsschicht genannt werden kann. Wie bei der Belastungsdauer (Kriterium 2.) können geringere oder fehlende Einwirkungen in einer Arbeitsschicht durch stärkere oder länger dauernde Belastungen in anderen Schichten ausgeglichen werden. Insoweit lässt sich dem BK-Tatbestand, der Begründung des

Verordnungsgebers und dem Merkblatt nur das Erfordernis eines regelmäßigen Tragens, nicht aber eines arbeitstäglichen Tragens von schweren Lasten auf der Schulter entnehmen.

4. Das Tragen schwerer Lasten muss mit einer nach vorn und seitwärts erzwungenen Zwangshaltung einhergehen. 5. Als Folge dieses Zwangs muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein, wie sich dem BK-Tatbestand unmittelbar entnehmen lässt.

Die unter Nummer 4 bezeichnete Anforderung ergibt sich aus dem Willen des Ordnungsgebers, nur solche Gruppen von Versicherten in den BK-Tatbestand einbeziehen zu wollen, bei denen die außergewöhnliche Belastung der Wirbelsäule durch Heben und Tragen von Lasten mit einer nach vorn und seitwärts erzwungenen Kopfbeugehaltung und gleichzeitiger maximaler Anspannung der Nackenmuskulatur zu einer Hyperlordosierung und auch zu einer Verdrehung der HWS führte (vgl. BR-Drucks 773/92, S 8 f.). Dies wurde bei Schaffung des BK-Tatbestands z.B. für die Berufsgruppe der Fleischträger sowie für Träger von Säcken mit entsprechendem Gewicht angenommen. Diese Voraussetzung einer Zwangshaltung erschließt sich auch aus dem Merkblatt BK 2109 (BArbBl. 3/1993, S 53), das in Abschnitt I als berufliche Gefahrenquelle "fortgesetztes Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, einhergehend mit einer statischen Belastung der zervikalen Bewegungssegmente und außergewöhnlicher Zwangshaltung der HWS" bezeichnet. An anderer Stelle (Abschnitt IV) ist ausgeführt, für den begründeten Verdacht auf das Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der BK sei neben dem Ausschluss anderer Krankheitsursachen der Nachweis einer langjährigen, außergewöhnlich intensiven mechanischen Belastung der HWS erforderlich.

Es entspricht auch der herrschenden Meinung in Schrifttum und Rechtsprechung, dass die BK 2109 wegen der Einwirkung des Gewichts in Achsrichtung auf die Wirbelsäule einerseits höhere Lastgewichte erfordert als die BK 2108, andererseits das bloße Tragen schwerer Lasten noch nicht zu den hier zu erfassenden Veränderungen der HWS führt. Vielmehr muss das Tragen schwerer Lasten mit einer Zwangshaltung der HWS einhergehen (BSG, Urteil vom 04.07.2013 – a.a.O., m.w.N.).

Der Kläger leidet zwar an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der HWS, gemessen an den zuvor genannten Kriterien steht zur Überzeugung des Senats jedoch fest, dass diese nicht mit der hierfür erforderlichen Wahrscheinlichkeit durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter verursacht worden ist, da die von dem Kläger zwischen 1971 und 2009 ausgeführten beruflichen Tätigkeiten nicht den tatbestandlichen Voraussetzungen der BK 2109 entsprechen. Denn nach den Feststellungen des Präventionsdienstes der Beklagten, dem sich der Senat in vollem Umfang anschließt, hatte der Kläger nur in einem geringen zeitlichen Umfang Lasten &8805; 50 kg auf der Schulter zu tragen, ohne dass es dabei zu einer nach vorn und seitwärts erzwungenen Kopfbeugehaltung und bei gleichzeitiger maximaler Anspannung der Nackenmuskulatur zu einer Hyperlordosierung und auch zu einer Verdrehung der HWS kam, weil der Kläger in der Regel starre Objekte (Gerüstteile, Dielen, Profile, Stahlspröbe etc.) zu tragen hatte. Dabei kommt es nicht zu einer maximalen Muskelanspannung der nur seitlich geneigten HWS und auch nicht zu der maximal gefäßdrosselnden Verdrehung der HWS. Darüber hinaus hat der Präventionsdienst schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass der Kläger nur in einem geringen Umfang schwere Lasten &8805; 50 kg auf der Schulter liegend getragen hat. Zementsäcke hatten nur bis 1992 ein Gewicht von 50 kg, danach nur noch 25 kg/Sack, auch Kalksäcke (40 kg) erreichten das im Rahmen der BK 2109 erforderliche Gewicht nicht. Ferner konnte nicht festgestellt werden, dass beim Tragen von Holzträgern, Stahlspröben und Brettern das erforderliche Gewicht von 50 kg erreicht wurde. Dementsprechend stellt der Senat fest, dass nicht nachgewiesen ist, dass der Kläger in einem hinreichenden zeitlichen Umfang mit entsprechenden Arbeiten befasst war, und von einem "langjährigen Tragen schwerer Lasten auf der Schulter" ausgegangen werden kann, zumal es bei einem großen Teil der tatsächlich ausgeführten Tragetätigkeiten auf der Schulter nicht auch zu der nach vorn und seitwärts erzwungenen Kopfbeugehaltung mit gleichzeitiger maximaler Anspannung der Nackenmuskulatur, zu einer Hyperlordosierung und auch nicht zu einer Verdrehung der HWS gekommen ist. Substantiierte Einwendungen gegen die Beurteilung des Präventionsdienstes hat der Kläger weder im Klageverfahren noch im Berufungsverfahren vorgebracht. Die erhebliche Belastungsdosis, die allein aufgrund von Hebe- und Tragetätigkeiten von insgesamt über 46 MNh im Rahmen der BK 2108 angefallen ist und der Umstand des Klägers im Verwaltungsverfahren Tragetätigkeiten auf der Schulter nicht einmal erwähnt hat, belegen zudem, dass diese Tätigkeiten nicht in einem zeitlich erheblichen Anteil angefallen sein können. Auch der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. C. war - unter Berücksichtigung des zeitlichen Umfangs - zu der Überzeugung gelangt, eine Verursachung der bandscheibenbedingten Erkrankung im Bereich der HWS könne nicht mit der hierfür erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Tätigkeit zurückgeführt werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass keiner der Beteiligten mit seiner Berufung Erfolg hatte.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-03-10