
Datum: 30.10.2018
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 15. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 15 U 235/14
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2018:1030.L15U235.14.00

Vorinstanz: Sozialgericht Münster, S 10 U 409/10
Sachgebiet: Unfallversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 19.03.2014 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen

Tatbestand: 1

Der Kläger begehrt die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 (BK 2108) der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). 2

Der 1962 geborene Kläger absolvierte von August 1978 bis Juli 1981 eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker und im Jahre 1985 eine Ausbildung zum Schweißer. Er war 3

- von August 1981 bis Juli 1983 als Maschinen-Schlosser unter Tage - von 1983-1985 als Metallbauer - von 1986-1993 als Schienenschweißer - von 1993-1995 als Schlosser - von 1995-2001 in der Bauwirtschaft (Bodensanierung für Kühlhäuser sowie Innenausbau und Dachsanierung) und - seit 2001 wieder als Schienenschweißer 4

im Rahmen von Arbeitsverhältnissen beschäftigt. 5

Seit dem 08.08.2007 war der Kläger arbeitsunfähig. Wegen einer Spondylolisthesis (Wirbelgleiten) Typ Meyerding I im Bereich der Wirbelkörper L5/S1 erfolgte im Januar 2008 eine Fusions-Operation und Spondylodese (Versteifung von Wirbelkörpern) im Segment 6

L5/S1. Nach einer entsprechenden Umschulung arbeitete der Kläger als Schweißfachmann und in der Schweißaufsicht.

Im August 2008 zeigte die Krankenkasse des Klägers der Maschinenbau- und Metallberufsgenossenschaft (MMBG, heute fusioniert in der BG Holz und Metall (BGHM)) eine Berufskrankheit wegen Wirbelsäulenerkrankung an. Auf deren Aufforderung hin übersandte der Kläger unter anderem diverse ärztliche Berichte. Im Bericht der radiologischen Praxis Dr. T vom 29.09.2006 über ein MRT der Lendenwirbelsäule vom 28.09.2006 wurde eine bekannte Pseudolisthesis im Bereich L5/S1 festgehalten sowie ausgeführt, es lägen degenerative Veränderungen der 3 praesakralen Bandscheiben in Form einer Höhenminderung der Bandscheibe und Dehydratation der Nuklei pulposi, jedoch kein Nachweis eines umschriebenen Bandscheibenvorfalles vor. In einem Bericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. L vom 05.09.2006 wurde unter anderen der Befund aus einer Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 07.06.2006 referiert. Danach liege eine Spondylolisthesis im Bereich L5/S1, jedoch kein Bandscheibenvorfall vor. Das Universitätsklinikum N deutete den Befund der betreffenden Computertomographie in einem Bericht vom 15.10.2006 demgegenüber dahingehend, dass sich in den Segmenten L4/L5 und L3/L4 Bandscheibenprotrusionen befänden.

Die MMBG holte Auskünfte über wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten des Klägers bei verschiedenen Arbeitgebern ein. Im Hinblick auf die Mitgliedschaft des Arbeitgebers, bei dem der Kläger zuletzt als Schienenschweißer tätig war, der X Gleis- und Tiefbau GmbH & Co. KG, bei der Beklagten holte die MMBG eine arbeitstechnische Stellungnahme der Beklagten ein. Nach der unter dem 03.07.2009 erstatteten Stellungnahme der Beklagten zur Arbeitsplatzexposition war der Kläger im Zeitraum vom 15.12.1995 bis zum 31.07.1997 einer Teildosis von 1,4 Millionen Newtonstunden (MNh) und im Zeitraum vom 01.01.1986 bis zum 31.12.1986, vom 19.05.2005 bis zum 31.03.2006 und vom 22.05.2006 bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit einer Teildosis von 5,6 MNh ausgesetzt. Die MMBG kam in ihrer unter dem 07.09.2009 selbst erstellten Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition für den Zeitraum vom 01.01.1986 bis zum 31.01.1987, vom 01.02.1987 bis zum 31.01.1989, vom 01.10.2001 bis zum 31.12.2004 und vom 01.05.2005 bis zum 30.04.2006 zu einer Teildosis von 9,4 MNh. Im Anschluss an diese arbeitstechnischen Ermittlungen gab die MMBG den Fall an die Beklagte ab, die sich unter dem 01.10.2009 zur Übernahme bereit erklärte.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme von dem Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. M vom 18.09.2009 ein. Dieser führte nach Einsicht von Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule aus, dass sich die medizinischen Voraussetzungen einer BK 2108 nicht begründen ließen, weil das beim Kläger im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule klinisch, bildtechnisch und operativ gesicherte Schadensbild nicht belastungskonform sei, vorzeitige Bandscheibenveränderungen allenfalls im untersten Segment der Lendenwirbelsäule (L5/S1) zur Diskussion stünden, während alle übrigen Segmente der Lendenwirbelsäule keine dem Alter des Versicherten vorausseilende Bandscheibenveränderungen aufwiesen und auch keine sogenannten Begleitspondylosen vorhanden seien.

Mit Bescheid vom 22.02.2010 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit wegen einer Wirbelsäulenerkrankung und einen Anspruch auf Entschädigung deswegen ab. Zur Begründung führte sie aus, die Auswertung der vorliegenden Röntgenaufnahmen und der eingeholten Arztberichte habe ergeben, dass die Veränderungen und Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule nicht Ausdruck von Berufskrankheiten nach den Nr. 2108 und/oder 2110 der Anlage zur BKV seien.

Mit dem hiergegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, er leide an einer bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne der BK 2108. Der ursächliche Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der bandscheibenbedingten Erkrankung sei zu bejahen.	11
Mit Widerspruchsbescheid vom 26.08.2010 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung als unbegründet zurück, bei einer regelmäßigen Mehrbelastung durch wirbelsäulengefährdende Tätigkeiten würden nach derzeitigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand an den Deck- und Tragplatten der Wirbelkörper röntgenanatomische Verdichtungen (Skelorisierungen) beobachtet. Diese so genannten belastungsadaptiven Reaktionen hätten jedoch beim Kläger nicht festgestellt werden können. Somit fehlten schon die medizinischen Voraussetzungen für eine BK 2108.	12
Der Kläger hat am 20.09.2010 Klage beim Sozialgericht (SG) Münster erhoben. Er hat vorgetragen, er habe in seiner Tätigkeit als Schienenschweißer regelmäßig und mehrmals täglich schwere Werkzeuge heben und Arbeiten in extremer Rumpfbeugehaltung verrichten müssen. Er hat die Auffassung vertreten, sowohl die arbeitstechnischen als auch die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2108 seien gegeben. Zur Unterstützung seines Vortrags hat er eine Bescheinigung des Chefarztes der orthopädischen Abteilung des St. Marien-Hospitals in C, Privatdozent Dr. S, vom 18.01.2011 zu den Akten gereicht, wonach im Hinblick auf die radiologischen Veränderungen durchaus die Möglichkeit einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule gesehen werde.	13
Der Kläger hat beantragt,	14
die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.08.2010 zu verurteilen, seine Wirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit anzuerkennen.	15
Die Beklagte hat beantragt,	16
die Klage abzuweisen.	17
Sie hat zunächst eingeräumt, dass nach den aktenkundigen arbeitstechnischen Stellungnahmen der hälftige Orientierungswert von 12,5 MNh erreicht werde. Darüber hinaus hat sie eine weitere, von ihr selbst erstellte arbeitstechnische Stellungnahme vom 08.04.2011 und arbeitstechnische Stellungnahmen der BGHM vom 06.07.2011 und vom 09.01.2012 zu den Akten gereicht. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die zu den Akten gereichten Stellungnahmen Bezug genommen. Die Beklagte hat jedoch gemeint, die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2108 lägen nicht vor.	18
Das SG hat von der Krankenkasse des Klägers, der AOK Nordwest, ein Erkrankungsverzeichnis und von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die über den Kläger geführten Akten angefordert. Es hat weiterhin Befundberichte und Behandlungsunterlagen von der orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dr. Q1, Dr. L und Dr. C, von der orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dr. T3 und Dr. O, von der Hausarztpraxis Dr. X1, von dem Arzt für Allgemeinmedizin H, von der radiologischen Praxis Dr. T, von der orthopädischen Abteilung des St. N-Hospitals C, vom Universitätsklinikum N und von der Gemeinschaftspraxis für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. Q u.a. beigezogen.	19
Das SG hat sodann ein medizinisches Sachverständigengutachten von dem Oberarzt der chirurgischen Abteilung des evangelischen Krankenhauses I, Dr. T, von Amts wegen eingeholt. Dieser hat ausgeführt, bei dem Kläger habe ein Wirbelgleitprozess im Segment	20

L5/S1 entsprechend dem Ausprägungsgrad I nach Meyerding vorgelegen. Es habe sich um eine echte Form der Spondylolisthesis auf dem Boden einer strukturellen Störung innerhalb der so genannten Interartikularportion des Wirbelbogens und nicht um eine Pseudospondylolisthesis als Folge eines fortschreitenden Degenerationsprozesses des ortsständigen Bandscheibengewebes gehandelt. Der Wirbelgleitprozess L5/S1 habe das Krankheitsgeschehen in ganz vorrangiger Weise bestimmt bzw. unterhalten. Die in der CT/MRT-Schnittbildgebung fassbaren Schadensbilder in Form von Bandscheibenvorwölbungen auf den Höhen L3/L4 wie auch L4/L5, einhergehend auch mit einer Signalalteration des Bandscheibengewebes im Sinne der Dehydratation/Degeneration seien nicht altersuntypisch. Als Fazit verbleibe nach alledem nur die Schlussfolgerung, dass bei dem Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung gemäß dem geforderten Kriterienkatalog des Konsenspapiers unzweifelhaft nicht zu sichern sei. Darüber hinaus seien auch auf den Etagen TH 11/TH12 und TH12/L1 Abnutzungsveränderungen nachvollziehbar. Schließlich weise die belastungsferne Halswirbelsäule nach der vorliegenden Bildgebung neben Bandscheibenvorwölbungen auf den Höhen C3/C4, C4/C5 sowie C6/C7 eine höhergradige Osteochondrose im Segment C5/C6 auf, begleitet von einem subligamentären Bandscheibenvorfall. Damit sei eine schwerpunktmäßige Schadensmanifestierung nicht innerhalb der Lendenwirbelsäule als Zielorgan, sondern vielmehr im Bereich der belastungsfernen Halswirbelsäule zu lokalisieren. Auch deshalb wäre angesichts der gänzlich fehlenden Ausprägung des Merkmals einer Begleitspondylose innerhalb der Lendenwirbelsäule wegen der signifikant stärkeren Betroffenheit der belastungsfernen Halswirbelsäule im Grunde genommen von vornherein jeglicher berufsbedingter Mitverursachungsbeitrag in Abrede zu stellen.

Das SG hat ferner auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG ein weiteres medizinisches Sachverständigengutachten von dem Facharzt für Orthopädie Dr. T1 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, nach den Konsensempfehlungen sei eine Spondylolisthesis nur ab dem Gleitgrad größer oder gleich II nach Meyerding ein außerberuflicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Bandscheibenversmälnerung. Nach den von ihm durchgeführten Vermessungen der Bandscheibenhöhen der Bewegungssegmente der Lendenwirbelsäule anhand der vorliegenden Röntgen- und MRT-Bilder sei darüber hinaus sowohl im Segment L5/S1 als auch im Segment L4/L5 von einer altersuntypischen Höhenminderung entsprechend einer Osteochondrose Grad II auszugehen. Zwar liege keine Begleitspondylose vor. In Anbetracht der ebenfalls in den vorliegenden MRT-Befunden dokumentierten "Black-Disc"-Veränderungen in 2 an das letzte Segment angrenzenden Bandscheiben der Lendenwirbelsäule liege jedoch die Konstellation B2 im Sinne der Konsensempfehlungen vor. Zwar bestehe beim Kläger auch ein Bandscheibenschaden in dem Bewegungssegment C5/C6. Dieser sei jedoch geringer ausgeprägt als an der Lendenwirbelsäule, so dass der Zusammenhang der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule mit der beruflichen Tätigkeit des Klägers wahrscheinlich sei.

21

Das SG hat anschließend eine ergänzende Stellungnahme von Dr. T eingeholt. Dieser ist bei seiner Auffassung, dass der als Anlageschaden zu wertende Wirbelgleitprozess ursächlich für das klinische Erscheinungsbild der Erkrankungen des Klägers gewesen sei, geblieben. Die Messungen von Dr. T1 seien nicht valide. Eine Höhenminderung liege seiner Auffassung nach im Segment L4/L5 nicht vor. Entgegen der Auffassung von Dr. T1 sei zudem das Segment C5/C6 am schwerwiegendsten betroffen. Er sehe deshalb keine Veranlassung zu einer anderweitigen Einschätzung der Kausalitätsfrage.

22

Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme des SG wird auf die eingeholten Befundberichte, die medizinischen Sachverständigengutachten sowie die ergänzende

23

Stellungnahme von Dr. T Bezug genommen.

Mit Urteil vom 19.03.2014 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, es fehle bereits am Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung im Bereich der Lendenwirbelsäule, und sich insoweit auf die Ausführungen von Dr. T gestützt. 24

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 24.03.2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 24.04.2014 Berufung eingelegt. Er meint, es sei klärungsbedürftig, ob eine Höhenminderung der Bandscheibe im Segment L4/L5 vorliege. Darüber hinaus ist er der Auffassung, dass seine Belastungen durch Heben und Tragen höher waren, als die Beklagte angenommen hat. Er hält deshalb weitere arbeitstechnische Ermittlungen für erforderlich. 25

Der Kläger beantragt, 26

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 19.03.2014 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 22.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.08.2010 zu verurteilen, die bei ihm vorliegende Gesundheitsstörung im Bereich der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit nach Ziffer 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung anzuerkennen. 27

Die Beklagte beantragt, 28

die Berufung zurückzuweisen. 29

Sie hält die vom erstinstanzlich beauftragten Sachverständigen Dr. T vertretene und vom SG übernommene Einschätzung, eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Bereich der Lendenwirbelsäule sei nicht mit dem erforderlichen Vollbeweis zweifelsfrei gesichert, für zutreffend. Sie räumt allerdings ein, dass von einer Gesamtbelastungsdosis im Umfang von 26,1 MNh auszugehen sei, wobei eine Teildosis von 14,9 MNh auf Mitgliedsunternehmen der BGHM und eine Teildosis von 11,2 MNh auf Beschäftigungszeiten in ihrem Zuständigkeitsbereich zurückzuführen seien. In medizinischer Hinsicht sei die Zuordnung des Krankheitsbildes zu den Konstellationen der Konsensempfehlungen problematisch. Durch die Mitbeteiligung des Segments L3/L4 käme grundsätzlich eine Subsumtion unter die B-Konstellation nicht in Betracht. Für sie stelle sich die Sachlage so dar, dass trotz unstreitiger beruflicher Belastung andere Faktoren, möglicherweise körpereigener Natur, zu dem Bandscheibenschäden geführt haben könnten. Hierfür spreche die Verschiebung des Ausprägungsgrades der Verschleißveränderungen in Richtung Halswirbelsäule. Ungeachtet des Vorliegens der arbeitstechnischen Voraussetzungen sei es nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit feststellbar, dass die berufliche Tätigkeit des Klägers die wesentliche Ursache für die festgestellten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule sei. Im Übrigen seien die Zusatzkriterien gemäß B2-Konstellation der Konsensempfehlungen nicht erreicht. Insoweit hat die Beklagte eine weitere Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 02.03.2018, auf deren Inhalt Bezug genommen wird, zu den Akten gereicht. 30

Der Senat hat zunächst von Amts wegen eine ergänzende Stellungnahme des erstinstanzlich nach § 109 SGG beauftragten Sachverständigen Dr. T1 eingeholt. Dieser hat im Einzelnen erläutert, wie er die Bandscheibenhöhen jeweils bestimmt und errechnet hat. Er hat an seiner Auffassung, es liege eine dem Lebensalter des Klägers vorauseilende Bandscheibenhöhenminderung im Segment L4/L5 vor, festgehalten. 31

Der Senat hat sodann ein fachradiologisches Zusatzgutachten von dem Oberarzt der Klinik und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums I, 32

Privatdozent Dr. I, eingeholt. Dieser hat unter Auswertung aller vorliegenden bildgebenden Befunde ausgeführt, im Zeitpunkt der Aufgabe der Arbeitstätigkeit am 08.08.2007 hätten beim Kläger angelehnt an die Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule vom 12.06.2007 und die Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 09.08.2007 als zeitnahe Bildgebung als altersuntypische degenerative Befunde der Lendenwirbelsäule im Segment L5/S1 eine Chondrose II. Grades, ein Bandscheibenvorfall im Segment L3/L4 und eine Spondylarthrose II. Grades vorgelegen. Als altersuntypische degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule hätten sich angelehnt an die konventionelle Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule vom 30.10.2009 als zeitnahe Bildgebung in Bezug auf die Aufgabe der Arbeit am 08.08.2007 eine ausgeprägte Chondrose im Segment C5/C6, eine ventrale Spondylose II. Grades im Segment C5/C6 und eine Retrospondylose III. Grades im Segment C5/C6 ergeben. Unter Berücksichtigung aller vorliegenden radiologischen Befunde seien unter anderem noch eine Chondrose I. Grades in den Segmenten L3/L4 und L4/L5 sowie eine so genannte "black disc" in den 3 unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule zu nennen. In der Halswirbelsäule kämen aufgrund von MRT-Befunden vom 21.02.2011 und vom 07.12.2012 unter anderem noch eine leichtgradige, nicht ausgeprägte Chondrose I. Grades im Segment C6/C7 und Bandscheibenvorfälle in den Segmenten C5/C6 und C6/C7 hinzu. Bei der Bewertung der Akzentuierungen der Befunde in der Lendenwirbelsäule einerseits und der Halswirbelsäule andererseits sei zu berücksichtigen, dass im Bereich der Lendenwirbelsäule 3 Segmente und im Bereich der Halswirbelsäule lediglich 2 Segmente betroffen seien. Ein direkter Vergleich der Schweregrade der Chondrosen sei schwierig. Ausgehend von den maximalen Chondrosegreden, die sich aus allen vorliegenden bildgebenden Befunden ergäben, käme man nach den Konsensusempfehlungen zu in etwa gleich stark ausgeprägten Schweregraden in der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule. Unter Berücksichtigung der Anzahl der beteiligten altersuntypisch degenerierten Bandscheibenfächer sei insgesamt von einem stärker ausgeprägten Bandscheibenschaden der Lendenwirbelsäule im Vergleich zu Halswirbelsäule auszugehen.

Der Senat hat weiterhin von Amts wegen ein medizinisches Sachverständigengutachten von dem Arzt für Orthopädie Dr. W eingeholt. Dieser ist zu der Einschätzung gelangt, dass ausgehend von der plausiblen Beurteilung der radiologischen Befunde durch den radiologischen Sachverständigen Dr. I bei dem Kläger im Jahre 2007 eine altersuntypische zweitgradige Chondrose im Segment L5/S1 und ein altersuntypischer Bandscheibenvorfall im Segment L3/L4 vorgelegen habe. Es handele sich hierbei um bandscheibenbedingte Erkrankungen, die, soweit nach Aktenlage und dem Ergebnis der jetzigen Untersuchung zu beurteilen gewesen sei, zu chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionsstörungen geführt hätten. Das Wirbelgleiten sei bei dem hier vorliegenden Ausprägungsgrad nach dem Vorschlag der Konsensempfehlungen keine überragende konkurrierende Ursache, so dass die bandscheibenbedingten Veränderungen im Segment L5/S1 zumindest wesentlich teilursächlich bandscheibenbedingt seien. Damit liege das Vollbild einer bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne der BK 2108 vor. Ob die beruflichen Belastungen des Klägers hierfür zumindest wesentlich Teil ursächlich gewesen seien, sei nicht einfach zu beantworten. Nach gegenwärtigem Kenntnisstand sei fraglich, ob der Kläger bis zum Zeitpunkt des Nachweises der bildmorphologischen Veränderungen im Jahre 2006 bzw. 2007 den Richtwert nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell von 25 MNh zumindest weitgehend erreicht gehabt habe. Nach diesseitiger Einschätzung lasse sich damit ein belastungskonformer Verlauf als Pro-Argument für den beruflichen Zusammenhang nicht ausreichend sicher feststellen. Unter morphologischen Gesichtspunkten spreche zunächst für den beruflichen Zusammenhang, dass die Veränderungen von Kopf- nach Fußende an der Lendenwirbelsäule zunähmen und eines der typischerweise bei der BK 2108 am stärksten belasteten Segmente (L5/S1) mitbeteiligt sei. Für den beruflichen Zusammenhang spreche

33

auch, dass das Segment L3/L4 mit einem lateralen Bandscheibenvorfall ebenfalls betroffen sei und damit eines der Segmente, dass sich in belasteten Berufsgruppen häufiger und stärker betroffen fände als in unbelasteten Vergleichsgruppen. Wesentliche konkurrierende tatsächliche Ursachen könnten nicht benannt werden. Weiteren Aufschluss über die Kausalität ergebe der Vergleich geringerer und stärker belastet Wirbelsäulenabschnitte. Bei der BK 2108 sei belastungskonform eine Akzentuierung der Veränderungen an der Lendenwirbelsäule zu erwarten. Die Konsensempfehlungen führten nicht weiter aus, ob für die Bestimmung des Akzentuierungsgrades der Ausprägungsgrad eines Segmentes oder die Anzahl der betroffenen Segmente bedeutsamer sei. Im Rahmen der DWS-Studie sei ein sogenannter Summen-Score zum Vergleich der Veränderungen an der Hals- und der Lendenwirbelsäule entwickelt worden. Es sei allerdings darauf hinzuweisen, dass dieser Summen-Score damals noch keinen Eingang in die Konsensempfehlungen gefunden habe und insofern auch kein allgemeiner Konsens dahingehend bestehe. Ausgehend von den Feststellungen des Sachverständigen Dr. I sei für die zweitgradige Chondrose im Segment L5/S1 ein Gewichtungsfaktor von 2 und für den Prolaps im Segment L3/L4 ein Gewichtungsfaktor von 3 anzunehmen, so dass sich ein Summen-Score von 5 für die Lendenwirbelsäule ergebe. Für die zweitgradige Chondrose im Segment C5/C6 ergebe sich ein Gewichtungsfaktor von 3. Allerdings zeige die Auswertung unter Berücksichtigung aller vorliegenden radiologischen Befunde, dass dann unter Berücksichtigung der drittgradigen Chondrose im Segment L5/S1 ein Summen-Score von 6 für die Lendenwirbelsäule und unter Berücksichtigung des Bandscheibenvorfalls im Segment C6/C7 ein Summen-Score von ebenfalls 6 für die Halswirbelsäule anzunehmen sei. Der zuletzt genannte Bandscheibenvorfall komme erstmals in der Kernspintomographie aus dem Jahre 2011 zur Darstellung, wobei in Ermangelung einer Schnittbilduntersuchung der Halswirbelsäule in den Jahren 2006 und 2007 offenbleibe, ob dieser bereits damals bestanden habe. Lege man die Auswertung der Röntgenbilder als zutreffend und vollständig zu Grunde, habe damit zum Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit noch eine leichte Akzentuierung der Veränderungen an der Lendenwirbelsäule vorgelegen, die damit für den beruflichen Zusammenhang spreche, während im weiteren Verlauf von etwa 4 Jahren diese Akzentuierung der Lendenwirbelsäule verschwunden sei, was gegen den beruflichen Zusammenhang spreche. Begleitspondylosen lägen nicht vor. Das Schadensbild des Klägers lasse sich nicht einfach in eine der Konstellationen der Konsensempfehlungen einordnen. Sehe man darüber hinweg, dass neben dem Segment L5/S1 nicht das Segment L4/L5, sondern das Segment L3/L4 betroffen sei, wäre das Schadensbild zum Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit am ehesten der Konstellation B4, zum Zeitpunkt der jüngsten vorliegenden bildmorphologischen Befunde am ehesten der Konstellation B6 zuzuordnen. Wäge man die genannten Gesichtspunkte gegeneinander ab, so ließe sich nicht zuletzt im Hinblick auf die insgesamt eher geringe Belastungsdosis und den fehlenden sicheren Nachweis eines belastungskonformen Verlaufes ein Überwiegen der Anzahl und Bedeutung der Pro-Argumente nicht erkennen und damit die medizinischen Voraussetzungen der Berufskrankheit nicht wahrscheinlich machen. Eine andere Einschätzung wäre nur dann plausibel, wenn man zum einen unterstellen würde, dass der Kläger einer hohen Gesamtbelastungsdosis ausgesetzt gewesen sei und den Richtwert zumindest weitgehend erreichen würde und zum anderen einen belastungskonformen Verlauf mit Erkrankung erst bei (weitgehendem) Erreichen des Richtwertes unterstellen würde. Dabei müsse auch berücksichtigt werden, dass es sich bei der Konstellation B4 bereits um eine Grenzfallbetrachtung handele und das Prokriterium der Begleitspondylose bei dem Kläger nicht vorliege.

Nachdem die Beklagte klargestellt hat, dass der Kläger einer Gesamtbelastungsdosis von 26,1 MNh ausgesetzt gewesen sei, hat der Sachverständige Dr. W auf Anforderung des Senats eine ergänzende Stellungnahme abgegeben. Darin geht er davon aus, dass die von

der Beklagten anerkannte Gesamtbelastungsdosis "in etwa" zum Zeitpunkt der Erstmanifestation der bandscheibenbedingten Erkrankung erreicht worden sei. Damit spreche nach seiner Einschätzung kein wesentlicher Gesichtspunkt gegen einen belastungskonformen Verlauf. Zwar sei eine Einordnung in eine B-Konstellation im Sinne der Konsensempfehlungen wegen der Betroffenheit des Segments L3/L4 nicht "ohne weiteres" möglich. Den Konsensempfehlungen könne er jedoch nicht entnehmen, dass die den entsprechenden B-Konstellationen, die das Verhältnis des Schadens an Hals- und Lendenwirbelsäule berücksichtigten, zu Grunde liegenden Überlegungen nur auf Fälle beschränkt seien, die eine Lokalisation des Schadens ausschließlich in den beiden unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule umfassten. Nach seiner persönlichen Einschätzung sei auch dann, wenn sich die Schäden an der Lendenwirbelsäule über die beiden unteren Segment hinaus manifestiert hätten, bei einem belastungskonformen Schadensbild zu erwarten, dass die Schäden an der Lendenwirbelsäule gegenüber den Veränderungen an der Halswirbelsäule akzentuiert seien. Eine eindeutige Empfehlung für die Beurteilung eines Sachverhaltes, wie er hier vorliege, könne den Konsensempfehlungen nicht entnommen werden, was sicher darauf zurückzuführen sei, dass die Konsensempfehlungen nicht alle denkbaren Konstellationen im Einzelnen bewertet hätten. Der Sachverhalt wäre aus seiner Sicht einfach, wenn sich auch im weiteren Verlauf, wie belastungskonform zu erwarten, die Veränderungen an der Lendenwirbelsäule akzentuiert gezeigt hätten. Dann würde nach seiner Einschätzung mehr dafür als dagegen sprechen, dass es sich um eine wesentliche berufliche Mitverursachung handele. Allerdings zeige der weitere bildmorphologische Verlauf, dass dieses belastungskonforme Schadensbild nicht geblieben sei. Einschränkend sei insoweit auch darauf hinzuweisen, dass es nicht zweifelsfrei gesichert sei, ob der Bandscheibenprolaps im Segment C6/C7, der zu einer Erhöhung des Summen-Score der Halswirbelsäule und damit zum Wegfall der Akzentuierung an der Lendenwirbelsäule geführt habe, erst 2011 oder auch schon 2006/2007 vorgelegen habe. Vor diesem Hintergrund stelle die Einordnung im Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit in der Konstellation B4 eine günstige Betrachtung zu Gunsten des Klägers dar. Zusätzlich müsse berücksichtigt werden, dass nach diesseitiger Einschätzung (in den Konsensempfehlungen finde sich eine eindeutige Stellungnahme hierzu nicht) die Betonung der Veränderungen am hauptsächlich belasteten Wirbelsäulenabschnitt auch nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit weiterhin erkennbar sein müsste. Auch wenn man unterstelle (wofür es keine gesicherten epidemiologischen Erkenntnisse gebe), dass die Folgen der beruflichen Belastungen zeitlich nur begrenzt fortschritten, müsste nach diesseitiger Einschätzung bei einem belastungskonformen Schadensbild, also einer wesentlichen beruflichen Teilursache, der Unterschied in der Schwere der Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule zumindest in den ersten Jahren nach der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit noch erkennbar sein. Letztlich handele es sich aber hierbei um eine Frage, zu der wenig belastbare Daten vorlägen. Schließlich müsse man auch berücksichtigen, dass naturgemäß mit zunehmendem Lebensalter Häufigkeit und Schwere der Bandscheibenveränderungen in allen Untersuchungsgruppen, also auch solchen ohne berufliche Belastungen, zunähmen. Gehe man von der Richtigkeit der Überlegung aus, wonach die Akzentuierung der Veränderungen an der Lendenwirbelsäule auch nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit zumindest in den ersten Jahren noch erkennbar sein müsste, spreche die weitere Entwicklung des Schadensbildes bei dem Kläger gegen den beruflichen Zusammenhang. Berücksichtige man darüber hinaus, dass es sich bei der Konstellation B4 (die im günstigsten Fall für den Kläger anzunehmen sei) bereits um eine Grenzfallbetrachtung handele, so lasse sich aus seiner Sicht trotz des Erreichens der Gesamtbelastungsdosis bei dem Kläger eine ausreichende Trennschärfe gegenüber nicht-wesentlich beruflich bedingten Erkrankungen nicht erkennen.

Der Senat hat anschließend ein weiteres radiologisches Zusatzgutachten von dem Chefarzt der Klinik für die Radiologie des Klinikums X, Privatdozent Dr. S1, in Auftrag gegeben. Dieser ist unter Auswertung der in der Vergangenheit erstellten bildmorphologischen Befunde zu der Einschätzung gelangt, bei dem Kläger liege im Segment L5/S1 eine Chondrose II. Grades und im Segment L3/L4 eine chondrotische Höhenminderung I. Grades, aber kein Bandscheibenvorfall, vor. Damit ergebe sich für die Lendenwirbelsäule ein Summen-Score von 3. Bei einer Chondrose II. Grades im Segment C5/C6 mit dem begleitenden Bandscheibenprolaps und einer Bandscheibenprotrusion im Segment C6/C7 errechne sich für die Halswirbelsäule ein Summen-Score von 4. Von radiologischer Seite seien die beschriebenen bildgebenden Befunde der Lendenwirbelsäule mit einer Konstellation B2 zu vereinbaren. Als Zusatzkriterium fänden sich so genannte "black discs" in 2 angrenzenden Bewegungsegmenten. Unter Berücksichtigung der additiven Halswirbelsäulenbefunde ergebe sich von radiologischer Seite eine Gesamtkonstellation B5.

In einer anschließenden weiteren ergänzenden Stellungnahme hat Dr. W ausgeführt, ausgehend von der radiologischen Einschätzung von Dr. S1 wäre der Sachverhalt noch eindeutiger, denn im Falle der Annahme der Konstellation B5 läge ja nicht nur ein Schadensbild an der Halswirbelsäule vor, dass schwächer als an der Lendenwirbelsäule sei, sondern dass sogar stärker als an der Lendenwirbelsäule ausgeprägt sei. Insgesamt ergäben sich keine neuen medizinischen Gesichtspunkte. 36

Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf die eingeholten Sachverständigengutachten sowie die ergänzenden Stellungnahmen Bezug genommen. 37

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Streit- und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen. 38

Entscheidungsgründe: 39

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die zulässige kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage im Sinne von § 54 Abs. 1 SGG im Ergebnis zu Recht abgewiesen, weil sie unbegründet ist. Der Kläger ist durch den Bescheid vom 22.02.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.08.2010 nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG beschwert, denn die Bescheide sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 2108 (BK 2108) der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) durch die Beklagte gemäß § 102 SGB VII (vgl. zur Anspruchgrundlage BSG, Urt. v. 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R -, juris Rn. 15, 18). 40

Rechtsgrundlage für die Anerkennung der streitigen Berufskrankheit (BK) ist § 9 Abs. 1 SGB VII iVm Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vom 31.10.1997 (BGBl I 2623), die lautet: 41

"Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können". 42

Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII sind BKen nur diejenigen Krankheiten, die von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats als solche bezeichnet sind (sog Listen-BK) und die der Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. 43

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), der der Senat folgt, ist für die Feststellung einer Listen-BK erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und diese Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Schließlich ist Anerkennungsvoraussetzung, dass der Versicherte deshalb seine Tätigkeit aufgeben musste sowie alle gefährdenden Tätigkeiten unterlässt. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, ist die BK nicht anzuerkennen. Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. Die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" müssen 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 (zum Ganzen zusammenfassend BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 20/14 R -, juris Rn. 10. m.w.N.).

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor.

44

1. Der Kläger war allerdings bis zur Aufgabe seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schienenschweißer mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit im August 2007 als Beschäftigter iS von § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versichert. Er hat seine von 1981 bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 08.08.2007 ausgeführten Tätigkeiten stets im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses verrichtet. Die Zuständigkeit der Beklagten ergibt sich dabei für den gesamten Versicherungsfall aus § 134 Abs. 1 Satz 1 SGB VII, weil das Unternehmen, für das der Kläger bis zur Aufgabe seiner Tätigkeit als Schienenschweißer zuletzt tätig war, Mitglied der Beklagten ist.

45

2. Der Kläger unterlag im Rahmen seiner versicherten Tätigkeit auch den nach dem Tatbestand der BK 2108 vorausgesetzten Einwirkungen. Danach muss der Versicherte aufgrund einer versicherten Tätigkeit entweder langjährig schwer gehoben und getragen oder in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet haben, ansonsten ist der Tatbestand der BK 2108 nicht erfüllt (sog. arbeitstechnische Voraussetzungen).

46

a) Zur Konkretisierung der im Text der BK 2108 mit den unbestimmten Rechtsbegriffen "langjähriges" Heben und Tragen "schwerer" Lasten oder "langjährige" Tätigkeit in "extremer Rumpfbeugehaltung" ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, auf das Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) abzustellen. Die aufgrund einer retrospektiven Belastungsermittlung für risikobehaftete Tätigkeitsfelder ermittelten Werte, insbesondere die Richtwerte für die Gesamtbelastungsdosis des MDD, sind dabei nicht als Grenzwerte, sondern als Orientierungswerte oder -vorschläge zu verstehen (vgl. zusammenfassend BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 10/14 R -, juris Rn. 17 m.w.N.). Für Männer legt das MDD als Gesamtbelastungsdosis den Wert von 25 MNh fest.

47

Dieser wird hier erreicht. Die Präventionsdienste der Beklagten und der BGHM haben für das Berufsleben des Klägers bis zum Ende seiner letzten Beschäftigung als Schienenschweißer eine Gesamtbelastungsdosis von 26,1 MNh ermittelt. Es besteht kein Anlass, an der Richtigkeit dieser Feststellungen zu zweifeln. Darauf, ob der Kläger, wie er meint, noch größeren Belastungen ausgesetzt war oder ob bereits ein geringerer, ggf. hälftiger Wert des Orientierungswertes von 25 MNh ausreichen würde, um von einem erhöhten Erkrankungsrisiko auszugehen und deshalb auf einzelfallbezogene medizinische Ermittlungen nicht mehr verzichtet werden kann (vgl. für Männer BSG, Urt. v. 30.10.2007 - B 2 U 4/06 R -, juris Rn. 25), kommt es nicht an.

48

- b) Diese Belastungen erfolgten - wie der Tatbestand der Nr. 2108 voraussetzt - auch langjährig. Langjährig bedeutet, dass zehn Berufsjahre als im Durchschnitt untere Grenze der belastenden Tätigkeit zu fordern sind (zum Ganzen zusammenfassend BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 10/14 R -, juris Rn. 14 m.w.N.). Die zeitliche Belastungsgrenze hat der Kläger deutlich überschritten, denn er hat jedenfalls von 1983 bis August 2007 und damit etwa 24 Jahre Tätigkeiten ausgeübt, die mit Heben oder Tragen schwerer Lasten verbunden oder in extremer Rumpfbeugehaltung zu verrichten waren. 49
3. Es ist allerdings zweifelhaft, ob er im Zeitpunkt der Aufgabe seiner Tätigkeit als Schienenschweißer im August 2007 an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS litt und auch heute noch leidet. 50
- Zu der Frage, was unter einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS zu verstehen sein soll, hat der Verordnungsgeber in der Begründung zur Zweiten Änderungsverordnung (2. ÄndVO), durch welche die BK 2108 in die Berufskrankheitenliste aufgenommen worden ist (BR-Drucks 773/92 S. 8), eingehende Ausführungen gemacht. Danach sind unter bandscheibenbedingten Erkrankungen zu verstehen: Bandscheibendegeneration (Diskose), Instabilität im Bewegungssegment, Bandscheibenvorfall (Prolaps), degenerative Veränderungen der Wirbelkörperabschlussplatten (Osteochondrose), knöcherne Ausziehungen an den vorderen seitlichen Randleisten der Wirbelkörper (Spondylose), degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke (Spondylarthrose) mit den durch derartige Befunde bedingten Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule. Neben einem durch Veränderungen an der Bandscheibe verursachten objektivierten Schaden müssen dabei chronische oder chronisch wiederkehrende Beschwerden mit Funktionseinschränkungen gegeben sein (BSG, Urt. v. 31.05.2005 - B 2 U 12/04 R -, juris Rn. 22 f.) 51
- Alle gerichtlicherseits gehörten Sachverständigen sind zwar weitgehend übereinstimmend zu dem Ergebnis gekommen, dass der Kläger jedenfalls im Segment L5/S1 an einer Osteochondrose leidet, die bereits im Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit im August 2007 bestand. Es ist jedoch zweifelhaft, ob dieser objektive Schaden chronische oder chronisch wiederkehrende Beschwerden mit Funktionseinschränkungen verursacht hat. Der Sachverständige Dr. W hat dies aufgrund der körperlichen Untersuchung des Klägers bejaht. Allerdings hat der erstinstanzlich von Amts wegen beauftragte Sachverständige Dr. T in seiner vom SG eingeholten ergänzenden Stellungnahme durchaus überzeugend ausgeführt, dass für das klinische Erscheinungsbild der beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen der Wirbelgleitprozess im Segment L5/S1 entscheidend war. Wegen dieser Gesundheitsstörung erfolgte die Operation Anfang des Jahres 2008. Sie war auch offensichtlich ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit des Klägers. Dr. T hat darüber hinaus insoweit in Übereinstimmung mit dem nach § 109 SGG erstinstanzlich gehörten Sachverständigen Dr. T1 und mit Dr. W überzeugend dargelegt, dass und warum bei dem Kläger von einer echten Form der Spondylolisthesis auszugehen ist und deshalb die bei dem Kläger vorliegenden Bandscheibenschäden selbst nicht ursächlich für das Wirbelgleiten sind. Die zweitinstanzlich gehörten Sachverständigen haben sich ebenso wie der erstinstanzlich nach § 109 SGG beauftragte Sachverständige Dr. T1 nur insoweit kritisch und detailliert mit den Ausführungen von Dr. T auseinandergesetzt, als sie seiner Annahme, die bei dem Kläger vorliegenden Bandscheibenschäden seien nicht altersuntypisch, durchaus überzeugend entgegengetreten sind. Sie haben auch schlüssig und überzeugend unter Bezugnahme auf die Konsensempfehlungen (dazu sogleich) ausgeführt, dass die beim Kläger vorliegende Spondylolisthesis Grad I nach Meyerding wahrscheinlich nicht für die Bandscheibenschäden des Klägers ursächlich ist und deshalb nicht als Argument gegen eine berufsbedingte 52

Verursachung der Bandscheibenschäden vorgebracht werden kann. Weder Dr. T1 noch Dr. W sind jedoch im Einzelnen auf den Einwand von Dr. T eingegangen, das klinische Erscheinungsbild bei dem Kläger sei im Wesentlichen durch den Wirbelgleitprozess geprägt gewesen.

4. In jedem Fall liegt jedoch die haftungsbegründende Kausalität, d.h. die Kausalität zwischen den gefährdenden Einwirkungen und einer möglichen bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers, nicht vor. Die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 2108 können nicht mit der rechtlich gebotenen Sicherheit festgestellt werden. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erscheint es zwar möglich, aber nicht hinreichend wahrscheinlich, dass berufsbedingte Einwirkungen bei dem Kläger eine bandscheibenbedingte Erkrankung im Sinne der BK 2108 verursacht haben. 53

Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung gilt im Berufskrankheitenrecht, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung, die zunächst auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie beruht, nach der jedes Ereignis (jede Bedingung) Ursache eines Erfolgs ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (*conditio-sine-quanon*). Steht die versicherte Tätigkeit als eine der Wirkursachen fest, muss auf der zweiten Stufe die Einwirkung rechtlich unter Würdigung auch aller auf der ersten Stufe festgestellten mitwirkenden unversicherten Ursachen die Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten Versicherungstatbestandes fallenden Gefahr sein. Die Wesentlichkeit der Wirkursache ist zusätzlich und eigenständig nach Maßgabe des Schutzzwecks der jeweils begründeten Versicherung zu beurteilen (zum Ganzen zusammenfassend BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 10/14 R -, juris Rn. 16 m.w.N.). 54

Während die sogenannten arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK zum einen das Vorhandensein der tatbestandlich vorausgesetzten Einwirkungen und zum anderen die Kausalität zwischen diesen Einwirkungen und einer Erkrankung beinhalten, betreffen die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen ebenfalls zwei Aspekte der Anerkennungsvoraussetzungen, nämlich zum einen das Vorliegen der tatbestandlich vorausgesetzten Krankheit (siehe dazu oben 3.) und zum anderen das Vorliegen eines Schadensbildes, welches mit der rechtlich-wesentlichen Verursachung dieser Krankheit durch die beruflichen Einwirkungen zumindest im Einklang steht (Bieresborn, Die Umsetzung der BK 2108 aus sozialrechtlicher Sicht, in: Grosser/Schiltenswolf/Thomann (Hrsg), Berufskrankheit "Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule" (BK 2108), Frankfurt 2014, S. 193, 194, 199). Aus dem Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen kann angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS (BSG, Urt. v. 30.10.2007 - B 2 U 4/06 R -, juris Rn. 26) nicht automatisch auf das Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen der BK 2108 geschlossen werden; vielmehr müssen medizinische Kriterien hinzukommen (zum Ganzen zusammenfassend BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 10/14 R -, juris Rn. 18 m.w.N.). 55

Notwendig ist danach in medizinischer Hinsicht die Feststellung eines belastungskonformen Schadensbildes, das eine Verursachung der bandscheibenbedingten Erkrankung durch die beruflichen Einwirkungen hinreichend wahrscheinlich macht. Insoweit kommt es auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand an. Dieser wird nach wie vor durch die Konsensempfehlungen aus dem Jahre 2005 (U. Bolm-Audorff et al., Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule, Trauma und Berufskrankheit 2005/3, S. 211, 216 ff, 228 ff, im Folgenden: Konsensempfehlungen) abgebildet. Bei den Konsensempfehlungen handelt es sich freilich 56

nicht um einen normativen Text oder ein antizipiertes Sachverständigengutachten, weil die Konsensempfehlungen weder vom demokratisch legitimierten Gesetzgeber erlassen, noch von unabhängigen und der Neutralität verpflichteten Autoren verfasst wurden (P. Becker, ASUMed 2009, 592, 595). Daher sind sie für Verwaltung, Gerichte oder Gutachter auch nicht unmittelbar verbindlich (Siefert, ASR 2011, 45, 48) und es verbietet sich deren Auslegung unter strikter Anwendung der Regeln der juristischen Methodenlehre (vgl. Bieresborn, Die Umsetzung der BK 2108 aus sozialrechtlicher Sicht a.a.O., S. 199). Konsensempfehlungen dienen lediglich als Orientierungshilfe zur Erleichterung der Beurteilung im Einzelfall, um typische Befundkonstellationen im Hinblick auf die Kausalbeziehungen unter Zugrundelegung des aktuell wissenschaftlichen Erkenntnisstands einordnen zu können (zusammenfassend BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 10/14 R -, juris Rn. 21 ff. m.w.N.). Darüber hinaus bedeutet ein fehlender Konsens in der Arbeitsgruppe nicht ohne weiteres, dass damit eine Anerkennung des Verursachungszusammenhangs im Einzelfall unmöglich wäre. Vielmehr ist im Rahmen der Amtsermittlung festzustellen, ob individuelle, dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende Umstände vorliegen, die im konkreten Einzelfall den Ursachenzusammenhang als hinreichend wahrscheinlich erscheinen lassen (BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 9/11 R -, juris Rn. 26 m.N.).

Nach diesen Grundsätzen kann nicht festgestellt werden, dass ein Ursachenzusammenhang zwischen den beruflichen Einwirkungen und der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers in medizinischer Hinsicht hinreichend wahrscheinlich ist. Eine typische Konstellation, bei der nach den Konsensempfehlungen ein ursächlicher Zusammenhang wahrscheinlich ist, kann bei dem Kläger nach Ausschöpfung der möglichen Ermittlungsmaßnahmen von Amts wegen nicht mit der insoweit bei den Anknüpfungstatsachen für die Kausalitätsbeurteilung gebotenen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden (dazu a)). Auch im Übrigen erscheint im konkreten Einzelfall des Klägers ein Ursachenzusammenhang nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht hinreichend wahrscheinlich (dazu b)). Die fehlenden Erkenntnismöglichkeiten gehen zu Lasten des Klägers (dazu c)).

a) Die Konsensempfehlungen stützen die Annahme, dass ein Ursachenzusammenhang zwischen den belastenden beruflichen Einwirkungen und der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers hinreichend wahrscheinlich ist, nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht.

Zwar spricht die beim Kläger vorliegende Spondylolisthesis nach den insoweit überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen Dr. T1 und Dr. W nicht gegen einen beruflichen Zusammenhang, denn nach den Konsensempfehlungen begründet eine Spondylolisthesis I. Grades nach Meyerding, wie sie beim Kläger vorlag, kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer bandscheibenbedingten Lendenwirbelsäulenerkrankung (vgl. Konsensempfehlungen, Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211, 230). Vielmehr spricht die beim Kläger vorliegende Betonung von Bandscheibenschäden an den unteren 3 Segmenten der Lendenwirbelsäule grundsätzlich eher für einen Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Belastung des Klägers (vgl. Konsensempfehlungen, Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211, 216 zu 1.4, 5. Spiegelstrich). Auch kann, wie auch der Sachverständige Dr. W zu Recht zu Gunsten des Klägers unterstellt hat, davon ausgegangen werden, dass sich die bandscheibenbedingte Erkrankung des Klägers in zeitlicher Korrelation zu dem Erreichen der Gesamtbelastungsdosis von 26,1 MNh entwickelt hat (vgl. Konsensempfehlungen a.a.O., 4. Spiegelstrich).

Allerdings liegt bei dem Kläger auch ein Befall der Halswirbelsäule vor, was nach den Konsensempfehlungen je nach Fallkonstellation gegen einen Ursachenzusammenhang

sprechen kann, wobei für den Vergleich zwischen Lendenwirbelsäule und darüber gelegenen Wirbelsäulenabschnitten nur Chondrosen und Vorfälle maßgeblich sind (vgl. Konsensempfehlungen a.a.O., 6. Spiegelstrich).

Da bei dem Kläger die bandscheibenbedingte Erkrankung (jedenfalls auch) das Segment L5/S1 betrifft und hier, wie bereits ausgeführt, jedenfalls im Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer im August 2007, eine Chondrose II. Grades nachgewiesen war, allerdings, was sämtliche Sachverständigen übereinstimmend festgestellt haben, keine Begleitspondylose vorlag, kann nach den Konsensempfehlungen ein hinreichend wahrscheinlicher Zusammenhang nur angenommen werden, wenn die Konstellation B4 bei dem Kläger gegeben war bzw. ist. Diese setzt zum einen das Vorliegen einer Konstellation B2 und zum anderen voraus, dass der Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule schwächer ausgeprägt ist als an der Lendenwirbelsäule. Ist der Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule gleich stark oder stärker ausgeprägt als an der Lendenwirbelsäule (Konstellationen B5 und B6), besteht hinsichtlich der positiven Annahme eines hinreichend wahrscheinlichen Ursachenzusammenhangs zwischen beruflicher Belastung und bandscheibenbedingte Erkrankung nach den Konsensempfehlungen kein Konsens (vgl. Konsensempfehlungen, Trauma und Berufskrankheit 2005, S. 211, 217 f., 220 "Zu den Konstellationen B5, B6, B8 und C4" und S. 222 "Zu den Konstellationen B5, B6, B8 und C4"), mit der Folge, dass die Annahme einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit nicht auf die Konsensempfehlungen gestützt werden kann. 61

Dass bei dem Kläger die Konstellation B4 vorliegt oder im Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer im August 2007 vorlag, kann jedoch nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme und Ausschöpfung der möglichen Ermittlungen von Amts wegen nicht festgestellt werden. 62

aa) Was die Lendenwirbelsäule anbetrifft, ist allerdings nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme von einer Konstellation B2 im Sinne der Konsensempfehlungen auszugehen. Die Sachverständigen Dr. T1, Dr. I, Dr. S1 und in der Sache auch Dr. W haben dies nach Begutachtung der vorliegenden und insbesondere zeitnah zur Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer erstellten bildgebenden Befunde übereinstimmend festgestellt. Diese Feststellung erscheint schlüssig und überzeugend. 63

Wie Dr. W ausführlich dargelegt hat, spricht der Umstand, dass nach Einschätzung der beiden radiologischen Sachverständigen Dr. I und Dr. S1 neben dem Segment L5/S1 das Segment L3/L4 betroffen ist, nicht gegen die Einschlägigkeit der B-Konstellation im Sinne der Konsensempfehlungen. Die Konsensempfehlungen befassen sich zwar nicht ausdrücklich mit der Konstellation, dass neben dem Segment L5/S1 nicht das Segment L4/L5, sondern das Segment L3/L4 betroffen ist. Gerade im Vergleich zur C-Konstellation, die eine ausschließliche Betroffenheit der Segmente oberhalb L4/L5 behandelt, kann der Umstand, dass das Segment L3/L4 neben dem Segment L5/S1 betroffen ist, die B-Konstellation nicht ausschließen. Dies ergibt sich auch daraus, dass es für die B-Konstellation ausreicht, wenn nur das Segment L5/S1 und nicht auch noch das Segment L4/L5 betroffen ist. Von daher ist für die Annahme der Beklagten, die zusätzliche Betroffenheit des Segments L3/L4 schließe die Annahme der B-Konstellationen von vornherein aus, kein tragfähiger Ansatz ersichtlich. 64

Innerhalb der Konstellation B2 ist das 1. Zusatzkriterium in der 2. Alt. (1. Spiegelstrich 2. Alt.) erfüllt, denn die im Jahre 2006 und damit in zeitlichem Zusammenhang mit der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer erstellten Magnetresonanztomogramme und die Computertomogramme aus 2006 und 2007 lassen neben einer monosegmentalen Chondrose im Segment L5/S1 "black discs" in den beiden angrenzenden Segmenten L4/L5 65

und L3/L4 erkennen. Dies haben die Sachverständigen Dr. T1, Dr. I, Dr. S1 und Dr. W nach Auswertung des MRT vom 28.09.2006 und der CT vom 07.06.2006 und 09.08.2007 übereinstimmend befundet. Anhaltspunkte dafür, dass diese sachverständigen Feststellungen unzutreffend sein könnten, sind nicht ersichtlich und wurden von der Beklagten auch nicht vorgetragen.

Vor diesem Hintergrund kommt es auf die Fragen, ob der Kläger im Sinne des 2. Zusatzkriteriums (2. Spiegelstrich) den Richtwert für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren erreicht hat und ob hierfür auf die Gesambelastungsdosis von 25 MNh oder den hälftigen Wert (12,5 MNh) abzustellen ist (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 10/14 R -, juris Rn. 26) oder ob der Kläger im Sinne des 3. Zusatzkriterium (3. Spiegelstrich) einem besonderen Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen ausgesetzt war (siehe hierzu zuletzt BSG, Urt. v. 06.09.2018 - B 2 U 10/17 R -, gegenwärtig nur als Terminbericht unter www.bsg.bund.de abrufbar), nicht an. 66

bb) Es kann jedoch nach der durchgeführten Beweisaufnahme nicht festgestellt werden, dass die Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule schwächer ausgeprägt sind als an der Lendenwirbelsäule. 67

(1) Es kann bereits nicht zweifelsfrei entschieden werden, welche Bandscheibenschäden an der Lendenwirbelsäule des Klägers außerhalb des Segmentes L5/S1 im Einzelnen insgesamt vorliegen und insbesondere im August 2007 bei Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer vorlagen, so dass das Ausmaß der Bandscheibenschäden an der Lendenwirbelsäule des Klägers nicht vollständig beurteilt werden kann. Es existieren zwar zahlreiche bildgebende Befunde in Gestalt der Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule vom 30.05.2006, der Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 07.06.2006, der Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule vom 25.09.2006, der Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 28.09.2006, der Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule vom 12.06.2007 und der Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 09.08.2007, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer erstellt wurden. Darüber hinaus existieren aus späteren Zeiten noch die Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule vom 07.03.2008 und der Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 21.03.2013. Diese ergeben jedoch auch nach der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme kein einheitliches und klares Bild. 68

(a) Was das Segment L4/L5 anbetrifft ist bezogen auf den Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer im August 2007 und für anschließende Zeiträume kein altersuntypischer Bandscheibenschaden nachgewiesen. 69

Dies gilt zunächst für einen etwaigen Bandscheibenvorfall. Zwar ist der erstinstanzlich nach § 109 SGG beauftragte Sachverständige Dr. T1 zu der Einschätzung gelangt, aus dem Röntgenbild vom 12.06.2007 und dem MRT vom 28.09.2006 eine Chondrose II. Grades sowie aus dem zuletzt genannten bildgebenden Befund auch einen nach cranial geschlagenen Bandscheibenvorfall in diesem Segment herleiten zu können. Der Radiologe Dr. T wertete demgegenüber die von ihm angefertigten Computertomographien vom 07.06.2006 und 09.08.2007 dahingehend, dass im Segment L4/L5 eine dorso-mediale Bandscheibenprotrusion vorliegt (vgl. ärztliche Bericht vom 07.06.2006 und August 2007), was das Universitäts-Klinikum N im ärztlichen Bericht vom 16.10.2006 und der behandelnde Orthopäde Dr. T3 in seinem ärztlichen Bericht vom 12.06.2007 im Wesentlichen ebenso gesehen haben. Der vom Senat beauftragte radiologische Sachverständige Dr. I hat sich dieser Beurteilung im Wesentlichen angeschlossen. Er hat die Bandscheibenvorwölbung ausgehend von der Magnetresonanztomographie vom 28.09.2006 dahingehend beschrieben, 70

dass es sich um eine breitbasige Bandscheibenprotrusion um max. 3 mm nach dorsal ohne Bedrängung des Myelons handle, die nicht altersuntypisch sei. Diesen Befund bestätigen auch der Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. L in seinem Bericht vom 05.09.2006 und der Orthopäde Dr. L1 in seinem Bericht vom 08.11.2006 zu der Computertomographie vom 07.06.2006 und der Magnetresonanztomographie vom 28.09.2006, die übereinstimmend ausführen, es liege kein Bandscheibenvorfall vor. Dieser Auffassung war auch der Radiologe Dr. T, der die von ihm selbst angefertigte MRT vom 28.09.2006 in seinem Bericht vom 29.09.2006 dahingehend deutete, es liege kein Nachweis eines umschriebenen Bandscheibenvorfalles vor. Bei dieser Sachlage vermag sich der Senat nicht die Überzeugung zu bilden, im Segment L4/L5 liege ein relevanter, das alterstypischen Maß übersteigende und auch nennenswerte Funktionseinschränkungen herbeiführender Bandscheibenvorfall vor.

Eine nennenswerte Chondrose ist in diesem Segment aber ebenfalls für den Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer nicht gesichert. Dies ergibt sich zunächst nicht aus den Ausführungen des erstinstanzlich nach § 109 SGG beauftragten Sachverständigen Dr. T1. Wie bereits das SG ausgeführt hat, sind die Messungen von Dr. T1 methodisch angreifbar. Sie weichen zudem erheblich von den Messungen des vom Senat beauftragten Sachverständigen Dr. I ab und können deshalb insgesamt nicht überzeugen. Zwar hat auch der Sachverständige Dr. I den Röntgenbildern vom 30.05.2006 und vom 25.09.2006 eine Minderung der Bandscheibenhöhe im Segment L4/L5 entnommen und deshalb insoweit die Diagnose einer Chondrose I. Grades gestellt. Dieses Messergebnis ließ sich jedoch anhand der Röntgenbilder vom 12.06.2007 und vom 07.03.2008 ebenso wenig reproduzieren wie anhand der Magnetresonanztomographie vom 28.09.2006. Diese bildgebende Befunde zeigen nach Einschätzung des Sachverständigen keine relevante Höhenminderung des Bandscheibenfaches. Der Sachverständige hat dieses in seinem Gutachten durchaus erkannt und ausgeführt, die unterschiedlichen Messergebnisse seien in erster Linie als projektionsradiographisch bedingt zu werten. Dr. I hat jedoch nicht erläutert, dass und warum diejenigen Röntgenbilder, die eine Höhenminderung der Bandscheibe im Segment L4/L5 zeigen, im Gegensatz zu den später angefertigten bildgebenden Befunden den zutreffenden Zustand der Lendenwirbelsäule des Klägers zeigen sollen. Bei dieser Sachlage kann eine Überzeugung dahingehend, dass eine nennenswerte altersuntypische Chondrose beim Kläger im August 2007 vorlag, nicht gebildet werden. Vielmehr ist insoweit auch der Einschätzung des Sachverständigen Dr. W zu folgen, der sowohl in seinem dem Senat erstatteten Gutachten als auch in seinen ergänzenden Stellungnahmen davon ausgegangen ist, dass im Segment L4/L5 kein altersuntypischer Bandscheibenschaden, der im Vergleich der Ausprägung gerade der Bandscheibenschäden in der Lendenwirbelsäule einerseits und der Halswirbelsäule andererseits zu berücksichtigen wäre, bei dem Kläger vorliegt.

71

(b) Der Senat vermag sich auch keine Überzeugung dahingehend zu bilden, dass im Segment L3/L4 ein für die Bestimmung des Schweregrades im Vergleich zur Ausprägung an der Halswirbelsäule zu berücksichtigender altersuntypischer Bandscheibenschaden vorliegt und vor allem bereits im Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer im August 2007 vorlag.

72

Zwar haben die Sachverständigen Dr. T1 und Dr. I übereinstimmend das CT vom 07.06.2006 und das MRT vom 28.09.2006 dahingehend interpretiert, dass ein Bandscheibenprolaps in diesem Segment vorliegt. Dr. I hat insoweit sogar das konkrete Bild bezeichnet, auf dem er einen Bandscheibenvorfall erkannt haben will. Hiermit stimmt die Interpretation des CT vom 07.06.2006 durch den Orthopäden Dr. T3 im ärztlichen Bericht vom 12.06.2007 überein.

73

74

Demgegenüber spricht der Radiologe Dr. T, der das CT vom 07.06.2006 angefertigt hat, ebenso wie das Universitäts-Klinikum N im ärztlichen Bericht vom 16.10.2006 lediglich von einer Bandscheibenprotrusion. Zu dieser Einschätzung ist auch der Sachverständige Dr. W gelangt. Dieser hat zwar die Ausführungen von Dr. I als plausibel bezeichnet, ist jedoch bei eigener Auswertung des CT vom 09.08.2007 und des MRT vom 28.09.2006 zu der Einschätzung gelangt, es liege eine Protrusion im Segment L3/L4 vor. Er ist auch zu anderen Messergebnissen gelangt als Dr. I. Während Dr. I eine Ausdehnung des Bandscheibenvorfalles im Umfang von 10x11x11 mm zu erkennen geglaubt hat, vermochte Dr. W lediglich zu erkennen, dass die Protrusion im Segment L3/L4 die Wirbelhinterkante um "etwa 5 mm" überragt.

Diametral entgegengesetzt ist die Einschätzung des vom Senat beauftragten radiologischen Sachverständigen Dr. S1. Dieser hat das MRT vom 28.09.2006 dahingehend ausgewertet, das sich nur im Segment L5/S1 eine geringe Vorwölbung der Bandscheibe zeige, wohingegen die übrigen Bandscheiben der Lendenwirbelsäule die Wirbelkörperhinterkanten nicht überragten. 75

Bei dieser Sachlage ist ein Bandscheibenvorfall im Segment L3/L4 nach Auffassung des Senats nicht mit der gebotenen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. 76

Eine nennenswerte, altersuntypische Chondrose ist im Segment L3/L4 ebenfalls nicht nachgewiesen. Der Sachverständige Dr. S1 hat den Röntgenbildern vom 30.05.2006 zwar einen entsprechenden Befund entnommen. Insoweit stimmt seine Befundung auch mit der Einschätzung des Sachverständigen Dr. I überein. Dr. I konnte jedoch bei der Auswertung der übrigen bildgebenden Befunde eine Höhenminderung im Bandscheibenfach L3/L4 nicht mehr feststellen. Dr. S1 hat in seinem Gutachten nichts Gegenteiliges dargelegt, sondern lediglich ausgeführt, in den späteren bildgebenden Untersuchungen hätten sich keine Befundänderungen ergeben. Bei dieser Sachlage vermag sich der Senat eine Überzeugung dahingehend, dass bei dem Kläger im Zeitpunkt der Aufgabe seines Berufs als Schienenschweißer eine Chondrose I. Grades im Segment L3/L4 vorlag, nicht zu bilden. Keiner der genannten Sachverständigen vermag eine plausible Erklärung dafür zu geben, warum spätere bildgebende Befunde keine Höhenminderung der Bandscheibe in dem genannten Segment zeigen, aber dennoch eine Chondrose gesichert sein soll. 77

(2) Das Ausmaß der Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule des Klägers kann für den maßgeblichen Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer im August 2007 ebenfalls nicht sicher beurteilt werden. Zum einen lässt das einzige vor August 2007 angefertigte Röntgenbild der Halswirbelsäule (Röntgenuntersuchung vom 17.01.2005) nach der übereinstimmenden Einschätzung der radiologischen Sachverständigen Dr. I und Dr. S1, an der zu zweifeln kein Anlass besteht, die Segmente C5/C6 und C6/C7 nicht erkennen. Nach der Auffassung von Dr. S1 gilt dies in Bezug auf das Segment C6/C7 auch für die erste Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule nach Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer (Röntgenbilder vom 30.10.2009). Zum anderen und vor allem ist in zeitlichem Zusammenhang mit der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer keine MRT-Untersuchung erfolgt. Die erste MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule erfolgte am 21.02.2011 und damit etwa dreieinhalb Jahre nach Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer. Bereits deshalb kann der Schweregrad der bandscheibenbedingten Erkrankungen an der Halswirbelsäule des Klägers im maßgeblichen Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer nicht sicher beurteilt werden (vgl. insoweit auch Bolm-Audorff u.a., Forschungsvorhaben nun "Machbarkeitsstudie für die Untersuchung begutachtungsrelevanter Fragen zur Beurteilung der Berufskrankheit 2108 mit Hilfe der Daten 78

- Hieraus folgt nicht, dass für den Vergleich der Schweregrade der Bandscheibenschäden an der Lendenwirbelsäule des Klägers einerseits und der Halswirbelsäule andererseits nur der Befund zugrunde zu legen ist, wie er sich aus den Röntgenbildern aus dem Jahre 2005 und 2009 ergibt. Eine solche Betrachtungsweise zu Gunsten des Klägers, von der die Sachverständigen Dr. T1 und Dr. I und im Ansatz auch Dr. W ausgegangen sind, ist rechtlich nicht zulässig. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei den Konsensempfehlungen und damit auch bei den Konstellationen B2 und B4 nicht um Rechtsnormen. Der Umstand, dass Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule gleich stark oder stärker ausgeprägt sind als an der Lendenwirbelsäule, stellt in rechtlicher Hinsicht keinen Ausnahmetatbestand zur Konstellation B2 dar, mit der Folge, dass bei unklarem Befund an der Halswirbelsäule zu Gunsten des Versicherten zu unterstellen wäre, dass die Schäden an der Halswirbelsäule im Sinne der Konstellation B4 schwächer ausgeprägt sind als an der Lendenwirbelsäule. Vielmehr muss, wenn, wie hier, bandscheibenbedingte Erkrankungen an der Halswirbelsäule als solche feststehen, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, dass diese schwächer ausgeprägt sind als die bandscheibenbedingten Erkrankungen an der Lendenwirbelsäule. Andernfalls ist die Annahme einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit der Verursachung von bandscheibenbedingten Erkrankungen durch berufsbedingte Belastungen im Sinne der Konstellation B4 nicht möglich. Kann das Ausmaß der Schäden an der Halswirbelsäule zum Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit, wie hier, in Ermangelung ausreichender bildgebender Befunde nicht beurteilt werden, können auch die Voraussetzungen der Konstellation B4 nicht festgestellt werden. Für die Unterstellung eines der Konstellation B4 entsprechenden Sachverhalts ist rechtlich kein Raum. 79
- (3) Vergleicht man die letztlich insgesamt gesicherten Bandscheibenschäden an der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule des Klägers, kann nicht festgestellt werden, dass die Schäden an der Halswirbelsäule schwächer ausgeprägt sind. 80
- Nach der übereinstimmenden Einschätzung der Sachverständigen Dr. I, Dr. W und Dr. S1, an der zu zweifeln kein Anlass besteht, zeigen die MRT der Halswirbelsäule vom 21.02.2011 und vom 07.12.2012 jeweils Bandscheibenvorfälle in den Segmenten C5/C6 und C6/C7. Ebenfalls ist nach der übereinstimmenden Auffassung der Sachverständigen eine ausgeprägte Chondrose im Segment C5/C6 gesichert. 81
- Dem steht nach den Ausführungen zu (1) im Bereich der Lendenwirbelsäule lediglich eine gesicherte Chondrose II. Grades im Segment L5/S1 gegenüber. 82
- Hiervon ausgehend sind die Bandscheibenschäden in der Halswirbelsäule eindeutig stärker ausgeprägt als in der Lendenwirbelsäule. Insoweit wird nicht verkannt, dass, wie der Sachverständige Dr. W dargelegt hat, hinsichtlich der Art und Weise der Bestimmung des Schweregrades der Ausprägung von Bandscheibenerkrankungen kein Konsens in der medizinischen Wissenschaft existiert und dementsprechend kein Modell in die Konsensempfehlungen aufgenommen wurde. Hier führen jedoch sämtliche mögliche Vergleichsmethoden, die die vom Gericht beauftragten Sachverständigen in ihrem Gutachten auch angewandt haben, zu dem Ergebnis, dass die nachgewiesenen Bandscheibenschäden an der Lendenwirbelsäule schwächer ausgeprägt sind. 83
- Stellt man, wie der Sachverständige Dr. I, auf die Anzahl der betroffenen Segmente ab, ergeben sich nachgewiesene Bandscheibenschäden in der Halswirbelsäule in zwei Segmenten und in der Lendenwirbelsäule lediglich in einem Segment. Wendet man, wie die Sachverständigen Dr. W und Dr. S1 den so genannten Summen-Score, der in den DWS- 84

Machbarkeitsstudie entwickelt wurde, an, ergibt sich für die Lendenwirbelsäule ein Gewichtungsfaktor von 2 und für die Halswirbelsäule ein Gewichtungsfaktor von 6 (vgl. Bolm-Audorff u.a., DWS-Machbarkeitsstudie, S. 14). Schließlich standen in der Erkrankungs-geschichte auch die funktionellen Einschränkungen der bandscheibenbedingten Erkrankungen in der Halswirbelsäule offensichtlich im Vordergrund. Nach dem zu den Akten gereichten Erkrankungsverzeichnis des Klägers war dieser bereits seit März 2001 fortlaufend wegen eines Zerviko-Brachialsyndroms in Behandlung. Auch in den Jahren 2006 und 2007 erfolgten Behandlungen wegen Zervikalneuralgie. Zwar wurde der Kläger auch wegen Lumboischialgie behandelt. Jedoch stand, wie bereits der Sachverständige Dr. T schlüssig und überzeugend dargelegt hat und durch das Erkrankungsverzeichnis des Klägers belegt wird, im Bereich der Lendenwirbelsäule die nicht berufs- und nicht bandscheibenbedingte Spondylolisthesis klinisch im Vordergrund.

Zu einem anderen Ergebnis käme man auch dann nicht, wenn man mit dem Sachverständigen Dr. I ausgehend von den Röntgenbildern vom 07.03.2008 nach Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer von einer Chondrose III. Grades im Segment L5/S1 ausginge. Eine Änderung ergäbe sich nur insoweit, als dann nach dem Summen-Score der DWS-Machbarkeitsstudie ein Gewichtungsfaktor von 3 für die Lendenwirbelsäule zugrunde zu legen wäre. Dem stünde immer noch ein Gewichtungsfaktor von 6 für die Halswirbelsäule gegenüber.

85

Soweit die Sachverständigen Dr. T1 und Dr. I bezogen auf den Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer zu dem Ergebnis gekommen sind, die Schäden an der Lendenwirbelsäule seien stärker ausgeprägt, beruht dies zum einen darauf, dass die beiden Sachverständigen die sich aus der MRT vom 21.02.2011 ergebenden Befunde an der Halswirbelsäule nicht berücksichtigt haben, weil sie meinten, sie könnten nur auf die im zeitlichen Zusammenhang mit der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer tatsächlich erstellten bildgebende Befunde zurückgreifen. Diese Herangehensweise ist jedoch, wie unter (2) ausgeführt, rechtlich nicht zulässig. Zum anderen haben die Sachverständigen bandscheibenbedingte Erkrankungen an der Lendenwirbelsäule angenommen, die sich unter Berücksichtigung der übrigen medizinischen Unterlagen und der übrigen Sachverständigengutachten nicht zur vollen Überzeugung nachweisen lassen. Insoweit wird auf die Ausführungen zu (1) Bezug genommen. Die Einschätzungen der genannten Sachverständigen können daher nicht überzeugen.

86

Ein anderes Ergebnis folgt auch nicht aus den Ausführungen von Dr. W. Soweit dieser bezogen auf August 2007 unter bewusster Annahme einer dem Kläger günstigen Betrachtungsweise die Konstellation B4 angenommen hat, beruht dies auf der, wie bereits ausgeführt, rechtlich nicht zulässigen Annahme, es dürften nur die tatsächlich im Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit vorliegenden bildgebenden Befunde berücksichtigt werden. Im Übrigen ist Dr. W unter Berücksichtigung aller vorliegenden bildgebenden Befunde einschließlich der MRT der Halswirbelsäule aus den Jahren 2011 und 2012 unter Anwendung des Summen-Score der DWS-Machbarkeitsstudie zu der Einschätzung gelangt, dass auch bei Annahme eines Bandscheibenvorfalles im Segment L3/L4 die Schäden an der Lendenwirbelsäule und an der Halswirbelsäule in etwa gleich stark ausgeprägt seien und deshalb die Konstellation B6 vorliege. Hieraus kann der Kläger nichts für sich Günstiges herleiten.

87

Schließlich ergäbe sich auch dann nichts anderes, wenn man die nach den Ausführungen zu (1) gesicherte Chondrose II. Grades im Segment L5/S1 nur mit der in zeitlichem Zusammenhang mit der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer radiologisch

88

nachgewiesenen ausgeprägten Chondrose im Segment C5/C6 vergleiche. Auch dann wären die Schäden an der Lendenwirbelsäule nicht stärker ausgeprägt als an der Halswirbelsäule. Bei Betroffenheit der gleichen Anzahl von Segmenten stünde einem Summen-Score von 2 an der Lendenwirbelsäule dann ein Summen-Score von 3 an der Halswirbelsäule gegenüber.

b) Ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers und den beruflichen gefährdenden Einwirkungen kann auch unabhängig von den Konsensempfehlungen unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes im vorliegenden Einzelfall nicht angenommen werden. 89

Der Umstand, dass die Bandscheibenvorfälle in den Segmenten C5/C6 und C6/C7 erst Anfang 2011 festgestellt wurden und sich in den bildgebenden Befunden der Lendenwirbelsäule, die nach 2007 erstellt wurden, von einer zugunsten des Klägers unterstellten Zunahme der Chondrose im Segment L5/S1 auf eine drittgradige Chondrose abgesehen keine Verschlimmerung der Bandscheibenschäden gezeigt hat, vermag einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beruflichen Belastungen und der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen. Dies gilt selbst dann nicht, wenn man zu Gunsten des Klägers unterstellt, dass im Bereich der Halswirbelsäule im Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit als Schienenschweißer im August 2007 lediglich eine ausgeprägte Chondrose im Segment C5/C6 vorlag und sich die Bandscheibenvorfälle in den Segmenten C5/C6 und C6/C7 tatsächlich erst später entwickelt haben (siehe dazu aber oben a) bb) (2)). Auch bei entsprechender Sachverhaltsunterstellung wäre es nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die bandscheibenbedingten Erkrankungen an der Lendenwirbelsäule des Klägers durch die beruflichen Belastungen verursacht wurden. 90

Der Sachverständige Dr. W hat in seiner ersten ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, dass es für die Annahme, dass die Folgen der beruflichen Belastungen zeitlich nur begrenzt fortschreiten, keine gesicherten epidemiologischen Erkenntnisse gibt. Selbst wenn man jedoch eine solche These für zutreffend erachten würde, so Dr. W weiter, müsste bei einem belastungskonformen Schadensbild, also einer wesentlichen beruflichen Teilursache der Unterschied in der Schwere der Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule zumindest in den ersten Jahren nach der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit noch erkennbar sein. Dies sei jedoch bei dem Kläger nicht der Fall, denn im Februar 2011, als die Bandscheibenvorfälle in der Halswirbelsäule radiologisch gesichert wurden, seien die Bandscheibenschäden in der Lendenwirbelsäule - selbst wenn man zusätzlich einen Bandscheibenvorfall im Segment L3/L4 unterstellt (siehe dazu aber oben a) bb) (1) (b)) - und der Halswirbelsäule des Klägers in etwa gleich stark ausgeprägt gewesen. 91

Diese Ausführungen des Sachverständigen, der dem Senat als zuverlässiger und kompetenter Sachverständiger bekannt ist, erscheinen schlüssig und nachvollziehbar. Dass der Sachverständige wissenschaftliche Erkenntnisse übersehen hat, ist weder ersichtlich noch vorgetragen. Auf seine möglicherweise angreifbare Wertung, bei der Konstellation B4 handele es sich um einen Grenzfall (vgl. insoweit BSG, Urt. v. 23.04.2015 - B 2 U 20/14 R -, juris Rn. 36, 40, wonach es keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Konstellation B4 nicht mehr dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entspricht), kommt es dabei nicht an. Wie bereits ausgeführt, hat der Sachverständige die Konstellation B4 lediglich zu Gunsten des Klägers unterstellt. Nach den Ausführungen zu a) liegen jedoch die Voraussetzungen der Konstellation B4 im Sinne der Konsensempfehlungen nicht vor. 92

Es braucht deshalb auch nicht entschieden zu werden, ob bei Vorliegen einer Konstellation B4 im Zeitpunkt der Aufgabe der belastenden Tätigkeit die nach den Konsensempfehlungen bestehende Annahme einer hinreichend wahrscheinlichen berufsbedingten Verursachung der 93

bandscheibenbedingten Erkrankung nicht mehr gerechtfertigt ist, wenn sich das Schadensbild an der Halswirbelsäule bereits wenige Jahre nach Aufgabe der belastenden deutlich verschlimmert, wohingegen das Schadensbild an der Lendenwirbelsäule weitgehend unverändert bleibt. Auf diese vom Sachverständigen Dr. W vertretene Auffassung kommt es nicht an, weil die Voraussetzungen einer Konstellation B4 im Zeitpunkt der Aufgabe der Tätigkeit des Klägers als Schienenschweißer nach den Ausführungen zu a) nicht nachgewiesen sind.

c) Soweit nach den vorstehenden Ausführungen tatsächliche Umstände ungeklärt bleiben, geht dies zu Lasten des Klägers. Für das Vorliegen der Voraussetzungen einer Berufskrankheit BK 2108 trägt der Versicherte die materielle Beweislast (Aufklärungslast). Über die anerkannten Erleichterungen im Hinblick auf die haftungsbegründende Kausalität, wonach die hinreichende Wahrscheinlichkeit einer wesentlichen berufsbedingten Verursachung ausreicht, hinaus sind Beweiserleichterungen bis hin zu einer Beweislastumkehr weder gesetzlich begründbar noch in der höchstrichterlichen Rechtsprechung anerkannt. 94

5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. 95

6. Gründe, die Revision zuzulassen (§ 160 Abs. 2 SGG), liegen nicht vor. Es liegt ein besonderer Einzelfall vor, der die Klärung von Rechtsfragen mit Breitenwirkung, die in einer Vielzahl anderer, gleichgelagerter Fälle relevant werden können, nicht erwarten lässt. 96