

L 2 U 19/14
S 3 U 216/11



IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

Proz.-Bev.: DGB Rechtsschutz GmbH,

gegen

die Berufsgenossenschaft d

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts für das Saarland
ohne mündliche Verhandlung am 6. Februar 2019

für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 26.03.2014 abgeändert.

Die Klage wird insgesamt abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand :

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger an einer Berufskrankheit (BK) Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) leidet.

Der am 1957 geborene Kläger arbeitete von 1970-1983 als Straßenbauer, Betonbauer und Zimmermann sowie Hilfsarbeiter im Modellbau bei verschiedenen Firmen. Seit 1985 ist er als Asphaltierer und Isolierer bei der Firma M in Brebach tätig. Rückenschmerzen hatte er erstmals 1991 nach einem Verheben. Dr. K beurteilte eine Computertomografie vom 21.1.1991 dahin, es liege ein medialer, nach kaudal orientierter Prolaps im Segment L4/5 mit Kontakt des Duralsacks und Ausdehnung von 5 x 9 mm, im Segment L5/S1 ein medialer Prolaps mit einer Ausdehnung von 3 x 6 mm sowie eine leichte Osteochondrose vor. Zu dieser Zeit bestanden nach Dr. S beim Kläger Lumboischialgien mit Muskelhartspann ohne Ausstrahlung bei deutlichen degenerativen Veränderungen in Form von Spondylosen und Randzackenbildungen zwischen L4/L5. Eine CT vom 22.10.1996 bestätigte nach Dr. K den medial, nach kaudal orientierten Vorfall mit einer Ausdehnung von ca. 5 x 10 mm im Segment L4/L5, im Segment L5/S1 einen medial nach kaudal orientierten Prolaps mit einer Ausdehnung von ca. 4 x 8 mm mit ossären Beeinträchtigungen beider Foramina intervertebralia.

Zudem hatte der Kläger Probleme mit dem rechten Kniegelenk, an dem er am 3.2.1994 arthroskopiert wurde. Am 1.3.1999 fand im Rahmen eines stationären

Aufenthalts bis 13.3.1999 eine Operation in Form einer subtotalen Resektion des Hinterhorns des Innenmeniskus statt

Die Krankenkasse des Klägers, die AOK, erstellte am 18.8.2009 eine Berufskrankheitenanzeige. Der Kläger sei seit 30.4.2009 wegen eines Cervikobrachialsyndroms (HWS) arbeitsunfähig. Ein Vorerkrankungsverzeichnis vom 21.9.2009 enthielt bis April 1992 keine Eintragungen in Bezug auf die LWS, aber mehrere in Bezug auf die HWS. Der Kläger beschrieb im Rahmen der Ermittlungen der Beklagten am 8.9.2009 ein schweres Heben und Tragen von Gewichten über 50 kg seit 1979, seit 1985 durchschnittlich 10 Stunden pro Arbeitsschicht, wobei die Lasten alleine vor dem Körper oder seitlich beim Treppensteigen und auf der Schulter mit einem Trageholz transportiert wurden. Er könne seine bisherige Tätigkeit wegen der Schäden an der HWS und einer Herzerkrankung mit Implantation eines Schrittmachers nicht mehr ausüben; zur LWS äußerte er sich in der Krankheitsanamnese vom selben Tag.

Auf Anforderung der Beklagten übermittelte der Kläger eine CD von einer Kernspintomografie der HWS vom 27.4.2009, weitere Aufnahmen habe er nicht mehr. Andere Aufnahmen oder Befundberichte von bildgebenden Verfahren in Bezug auf HWS und LWS konnte die Beklagte nicht auffinden. Die Beklagte erhielt lediglich einen Bericht über Aufnahmen der HWS vom 2.7.2009 (Uniklinik Prof. Dr. S, Protrusionen C5/6 und C6/7 und Cervobrachialgien - 71), vom 27.4.2009 (Praxis Dr. Schwarz) und eine Computertomografie der linken Schulter vom 18.3.2010.

Der Staatliche Gewerbearzt teilte am 7.12.2009 mit, der Kläger habe einen Bandscheibenvorfall in den unteren beiden Segmenten der LWS. Degenerative Veränderungen im Bereich der LWS seien nicht beschrieben, stärkere Veränderungen fänden sich auch im wohl nicht belasteten Abschnitt der HWS in Form eines Cervicobrachialsyndroms mit Protrusionen, einem Vorfall und weiteren Verschleißerscheinungen. Bei deutlichen Veränderungen im HWS-Bereich mit klinischer Symptomatik lasse sich eine beruflich bedingte LWS-Erkrankung nicht si-

cher aufzeigen. Der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten solle aber noch die arbeitstechnische Situation klären.

Mit Bescheid vom 20.1.2010 lehnte die Beklagte die Feststellung einer BK-Nr. 2108 nach Anhörung des Beratungsarztes Dr. T am 6.11.2009 ab; es bestünden keine Ansprüche auf Leistungen. Für den Bereich der LWS fehlten eine Höhenminderung der oder eine Verlagerung von Bandscheiben sowie ein hierzu passendes klinisches Bild.

Auf den Widerspruch des Klägers vom 25.3.2010 mit der Forderung, entsprechend den Empfehlungen des Gewerbearztes eine arbeitstechnische Überprüfung vorzunehmen, nahm der Beratungsarzt Dr. T am 24.7.2010 erneut Stellung. Sodann trat die Beklagte in arbeitstechnische Ermittlungen ein. Nach einer Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 20.10.2010 errechnete dieser für die Zeiten der Beschäftigung von 1979-2009 eine Lebensarbeitszeitdosis von 25,1 MNh. Laut Aktenvermerk vom 17.12.2010 kam es für die BK-Nr. 2108 von Mai 1972 bis Dezember 1978 zu keinen Belastungen, von April 1979 bis Dezember 1983 von 3,6 MNh und vom 1.10.1985 bis 31.12.1991 von 8,28 MNh, die Gesamtbelastung von 1979-1991, dem Krankheitsbeginn, betrage daher 11,88 MNh.

Seit 1.3.2010 erhält der Kläger eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Im Auftrag der Beklagten erstellte Prof. Dr. R am 7.4.2011 ein Gutachten. Im Wesentlichen kam er zum Ergebnis, dass auf arbeitstechnischem Gebiet der hälftige Orientierungswert von 12,5 MNh des Mainz-Dortmunder-Dosismodells (MDD) bereits 1992 überschritten worden sei. Die vorliegenden Befunde der CT 1991 und 1996 seien insoweit auffällig, als die Ausdehnung von vorne nach hinten gering sei. Diese Ausdehnung in Millimeter sei weitgehend konstant geblieben. Ab dem 40. Lebensjahr sei eine Verlagerung von bis zu 3 mm ein Altersnorm-Befund. Eine Verlagerung von 3-5 mm sei der Beurteilung als Einzelfall zuzuordnen. Ein Prolaps liege erst vor bei mehr als 5 mm. Daher seien die Befunde von Dr. K nicht klar. Eine Verlagerung von mehr als 5 mm sei nicht beschrieben und deshalb sei auf der Grundlage des Konsensuspapiers die Diagnose als Vorfall nicht ohne

weiteres zu rechtfertigen. Da die Aufnahmen nicht mehr vorlägen, sei eine Überprüfung nicht mehr möglich. Auch aus den klinischen Befunden lasse sich eine bandscheibebedingte Erkrankung nicht ohne Weiteres herleiten, es könnten auch völlig unspezifische Befunde beschrieben sein. Der aktuelle Befund sei unspezifisch bei Schmerzen der gesamten LWS bis zum Sacrum. Eine radikuläre Schädigung bestehe nicht und die neurologischen Befunde seien unauffällig. Es lasse sich nicht eindeutig eine Beziehung zu einem Segment herstellen. Lediglich im Segment L5/S1 liege eine Chondrose I vor, was alleine als altersuntypisch bei Menschen unter 50 Jahren zu betrachten sei. Einen Grenzbefund gebe es bei L4/L5. Außer bei L4 und L5 seien im Jahr 1996 keine Osteophyten zu erkennen. Anders sei die Situation in den Aufnahmen 2010, bei der in den unteren 3 Segmenten Osteophyten zu erkennen seien, ebenfalls seitlich betont rechts in den beiden Segmenten darüber. Damit sei in den Aufnahmen von 1996 eine Begleitspondylose nicht gegeben, formal aber in den Röntgenaufnahmen aus 2010 in allen Segmenten. Für ihn sei ein Abstellen auf die Situation 1996 sinnvoller, weil etwa 1992 der hälftige Orientierungswert erreicht gewesen sei. 1996 habe also eine ausreichende Belastungsdosis eingewirkt, um überprüfen zu können, ob die Wirbelsäule hierauf pathologisch reagiert habe. 2000 sei die relevante Exposition beendet gewesen. Der Zeitraum bis 2010 von 10 Jahren repräsentiere somit nicht mehr eine entsprechende berufliche Exposition. In dieser Zeit hätten Lebensalter und vom Arbeitsplatz unabhängige Prädispositionen eingewirkt. Nach den Röntgenaufnahmen 1996 habe daher eindeutig kein belastungskonformes Schadensbild vorgelegen. Belastungsadaptive Reaktionen der Wirbelsäule von kleinen Spondylophyten fänden sind nicht; eine altersvorausseilende Chondrose als Grenzbefund allenfalls im Segment L4/L5. Gehe man mit den Befundberichten der CTs von kleinen Vorfällen aus, würde ein bisegmentales Schädigungsbild mit Vorfällen in 2 Segmenten vorliegen. Dieses Schädigungsbild sei zunächst nicht belastungskonform, der gesamte versicherte Abschnitt müsste hierfür Veränderungen zeigen. In den Segmenten ohne Schädigung wären zumindest belastungsadaptive Reaktionen als Begleitspondylosen zu erwarten, die nicht vorgelegen hätten. Erst in den Aufnahmen von 2010 zeige sich ein anderes Bild mit belastungsadaptiven Reaktionen, wobei ab 2000 aber keine Belastungen mehr vorgelegen hätten, so dass die Zuordnung der Spondylophyten fraglich sei.

Bei einem Vergleich mit den nicht versicherten Wirbelsäulenabschnitten sei von Bedeutung, dass die Hauptfaktoren für ein bandscheibenbedingtes Leiden, die individuelle Prädisposition und das Lebensalter, sich an allen Abschnitten der Wirbelsäule auswirkten. Die HWS des Klägers könne für zwei Zeiträume als Vergleich dienen. In der Zeit 1995/1996 zeigten die Röntgenaufnahmen der HWS, dass bereits 1995 ein klinisches Bild vorgelegen haben müsse, sonst hätte man keine Aufnahmen erstellt. Wie bei der LWS hätten sich keine altersvoraussetzenden Veränderungen der Bandscheiben gezeigt. In den Aufnahmen 2010 seien die Chondrosen im Ausmaß an der HWS über die Veränderungen im Bereich LWS hinausgegangen. Insbesondere das Fach C6/C7 sei schwerwiegend verändert mit nahezu aufgehobenem Bandscheibenfach. Eine derart schwere Veränderung sei nicht annäherungsweise in einem Segment der LWS zu erkennen. Auch das Fach C5/C6 sei hinsichtlich der Höhenminderung deutlich verändert und mehr als die Fächer der LWS. Damit weise 2010 die HWS deutlich ausgeprägtere Veränderungen auf als die LWS. Somit könnten auch die Veränderungen mit hoher Wahrscheinlichkeit der natürlichen Entwicklung zugeordnet werden. Der Befund der MRT vom April 2009 decke sich mit der Interpretation der Röntgenaufnahme 2010 insoweit, als eine relevante Chondrose sicher in 2 Segmenten vorliege. Mit Blick auf den Zustand 2010 seien degenerative Veränderungen im Bereich der HWS fortgeschrittener. Eine aktuelle MRT der LWS liege nicht vor, weshalb die Erkenntnismöglichkeiten unvollständig seien.

Sollten bereits 1996 jegliche degenerative Veränderungen aufgrund der beruflichen Situation im Bereich der LWS nachvollziehbar über die degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS hinausgegangen sein, müsse dieser Degenerationsvorsprung auch aktuell noch nachweisbar sein. Sollten aber die degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS aktuell sogar weiter fortgeschritten sein als im Bereich der LWS, könne gefolgert werden, dass die natürliche Entwicklung dann die Bedeutung der beruflichen Exposition deutlich überholt und die berufliche Exposition keine Bedeutung mehr habe. Man benötige eine aktuelle Kernspintografie der LWS zur Klärung, ob die 1991 und 1996 als Vorfall interpretierten Veränderungen tatsächlich als solche zu interpretieren seien, dann müsste eigent-

lich ein eindeutiger Bandscheibenvorfall in den beiden Segmenten nachvollziehbar sein. Wäre dies nicht der Fall, entfiere zumindest die relevante morphologische Grundlage für die Zuerkennung eines Bandscheibenleidens. Außerdem könnten in den Schnittbildverfahren nochmals die normierten Höhenbestimmungen und ein Vergleich zum Zustand der HWS aktuell erfolgen.

Die Zuordnung zu den Konstellationen des Konsensuspapiers sei schwierig. Bei Zugrundelegung der Bildgebung aus den neunziger Jahren müsse von der Konstellation B2 ausgegangen werden, wobei der Vergleich zur HWS nicht valide erfolgen könne, weil keine Schnittbildverfahren vorlägen. Lege man die aktuelle Röntgendiagnostik an der LWS zugrunde, wäre eine Zuordnung am ehesten zur Konstellation B1 zu wählen. Gehe man zusätzlich von Vorfällen in den beiden unteren Segmenten aus, müsste der problematische CT-Befund einbezogen werden, wobei man dann aber auch die HWS einbeziehen müsse mit stärkeren Veränderungen als in der LWS, eine Zuordnung zur HWS wäre vorzunehmen. Er empfehle daher die Durchführung einer aktuellen MRT der LWS und je nach Befund eine abschließende Bewertung in die eine oder andere Richtung, erst dann könne die Frage der MdE beantwortet werden.

Auf die Argumentation des Klägers, wegen eines Herzschrittmachers sei eine Kernspintomografie nicht möglich, ergänzte Prof. Dr. R am 31.5.2011, dies stimme, man könne aber ein CT durchführen, bei der allerdings in der Regel lediglich die Segmente ab L3 abwärts bewertet werden könnten. Zuverlässig sei eigentlich nur der Vergleich HWS zu LWS in zwei MRTs. Daher solle die Bewertung auf der Basis der zur Verfügung stehenden Befunde erfolgen. Diese begründeten nicht mit Wahrscheinlichkeit das Vorliegen der Voraussetzungen der BK Nr. 2108. Die Konstellation B2 sei problematisch, weil diese bei vielen nicht beruflich Belasteten vorkomme: die Anerkennung von B2 als BK widerspräche jedem Versuch der Kausalitätsprüfung im Einzelfall und er sehe das daher anders.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13.7.2011 - gemeinsam mit einem Widerspruch des Klägers über einen Bescheid vom 2.9.2010 mit der Ablehnung einer BK-Nr. 2109 - zurück.

Im Klageverfahren hat der Kläger auf die hohen beruflichen Belastungen für die Wirbelsäule verwiesen. Im April 2009 habe er wegen akuter Beschwerden der HWS die Arbeit einstellen müssen. Er wäre bereit, ein CT durchführen zu lassen. 2010 sei keine Kernspintomografie durchgeführt worden, die letzte sei am 27.4.2009 mit einem Befundbericht vom 30.4.2009 gewesen, dieser müsste vorliegen.

Das Sozialgericht für das Saarland (SG) hat ein Gutachten bei Dr. S eingeholt, erstellt am 22.12.2011 und ergänzt am 11.1.2013. Im Wesentlichen hat Dr. S ausgeführt, die aktuellen Röntgenbilder der HWS zeigten allenfalls eine minimale Chondrose im Segment C6/C7 mit der Höhenminderung von 1/3, eine Kernspintomografie von 2010 zeige einen gewissen Prolaps dieser Bandscheibe, klinische Anhaltspunkte mit neurologischen Ausfallerscheinungen oder radikuläre Schmerzen fänden sich nicht. Eine BK-Nr. 2109 sei sowohl arbeitstechnisch als auch bildmorphologisch nahezu auszuschließen.

Die Situation der LWS stelle sich anders da. Die in 1991 und 1996 gesicherten Vorfälle seien zu einer Zeit festgestellt worden, in der ein großer Teil der belastenden Tätigkeiten schon stattgefunden habe. Die Lebensarbeitszeitdosis von 25 MNh betreffe Tätigkeiten von 1979-2009, 1991 sei ein Großteil der Lebensarbeitszeitdosis bereits erreicht gewesen, insbesondere, weil der Kläger in den letzten 10 Jahren nicht als Träger gearbeitet habe. Es habe eine relevante Chondrose in den unteren beiden Segmenten zusätzlich zu Vorfällen gegeben, in der CT von 1991 und 1996 gesichert, sowie zusätzlich altersuntypische Veränderungen in Form einer Chondrose L4/L5 mit 39 Jahren. Die klinischen Kriterien mit Bewegungsschmerz, Entfaltungstörungen und deutlichem Tonus seien gegeben gewesen. Die Betonung an der LWS liege in den unteren 3 Segmenten. Demgegenüber sei der Befall der HWS eher muskulär ohne wesentliche Chondrose. Damit liege nach dem Konsensuspapier eine B-Konstellation vor, weil die bandscheibenbedingte Erkrankung die beiden unteren Segmente betreffe, die Chondrose sei im Bereich L5/S1 in Grad 2-3, im Segment darüber Grad 1-2. Die Vorfälle seien durch die CT 1991 und 1996 gesichert. Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren lägen

nicht vor. Eine Begleitspondylose finde sich nur in geringem Umfang, es bestehe eine Höhenminderung an mehreren Bandscheiben. Zudem sei eine besonders intensive Belastung für die Zeit bis 1995 gegeben. Da die HWS deutlich geringer geschädigt sei, sei die Konstellation B4 erfüllt als Konsensempfehlung. Eine Besonderheit bestehe darin, dass ein MRT nicht durchgeführt werden könne wegen des Herzschrittmachers, eine CT würde nicht die gleichen Informationen liefern. Damit liege eine BK-Nr. 2108 mit einer MdE von 20 % seit 23.11.2011 vor.

Im Hinblick auf die Diskrepanzen zum Gutachten von Prof. Dr. R, der die in den CT-Berichten genannten Vorfälle wegen der geringen Ausdehnung infrage gestellt hatte, ergänzte Dr. S auf Kritik der Beklagten und deren Beraters Dr. T (der Kläger habe selbst angegeben, erst 1991 habe es erste Beschwerden gegeben; der Kläger sei damals 34 Jahre alt gewesen bei einer belastenden Tätigkeit von 5 Jahren und 4 Monaten; bis 1991 habe sich erst eine Teildosis von lediglich 7,5 MNh ergeben) das Gutachten am 11.1.2013 dahingehend, er sehe die kausalen Zusammenhänge insbesondere für die Situation 1996 gegeben. In den ersten Jahren der beruflichen Tätigkeit habe eine massive Belastung stattgefunden und in den CT-Aufnahmen der Neunzigerjahre sei ein Bandscheibenleiden mit einer gewissen Progredienz dargestellt. Dies seien langsame Prozesse.

Mit Urteil vom 26.3.2014 hat das SG unter Aufhebung des Bescheids vom 20.1.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.7.2011 festgestellt, dass eine BK nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vorliegt, im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Es hat sich auf das Gutachten von Dr. S nebst ergänzender Stellungnahme bezogen. Für die BK-Nr. 2109 könne nach den sachverständigen Äußerungen eine Feststellung nicht getroffen werden.

Die vom Kläger erhobene Berufung ist kurz darauf zurückgenommen worden.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 2.4.2014 zugestellte Urteil am 30.4.2014 im Hinblick auf die BK-Nr. 2108 Berufung eingelegt.

Im Wesentlichen begründet die Beklagte die Berufung dahingehend, die Voraussetzungen des Konsensuspapiers der Konstellation B2 seien nicht erfüllt. Der Kläger leide an Erkrankungen in 2 Segmenten und damit sei die Beurteilung für die B-Konstellationen grundsätzlich eröffnet. Wenn bereits für die Anwendung der B-Konstellationen ein bis zwei Segmente betroffen sein müssten, folge hieraus für das anschließend zu prüfende Zusatzkriterium bzw. für die Auslegung des unbestimmten Begriffs „mehrere“, dass mindestens 3 LWS-Bandscheibenhöhen gemindert oder durch einen Prolaps betroffen sein müssten. Andernfalls brauche es zur Bejahung der B2-Konstellation keines medizinischen Zusatzkriteriums. Die Zuordnung zur Konstellation B4 könne daher nicht richtig sein. Dies ergebe sich auch aus dem Kontext für die B2-Konstellation. Die Empfehlungen (1.4-Zusammenhangsbeurteilung) gingen von einem belastungskonformen Schadensbild aus. Dort heiße es unter dem 5. Strich: eine Betonung der Bandscheibenschäden der unteren 3 Segmente spreche eher für einen Ursachenzusammenhang. Unter dem 8. Strich werde die Begleitspondylose definiert als erstrangiger Brückenbefund zur Bejahung der Kausalität, die Begleitspondylose müsse unter anderem mindestens zwei Segmente betreffen und dürfe sich nicht in dem oder den Segmenten befinden, die von der Chondrose oder dem Vorfall betroffen seien. Falls doch, müsse sie nachgewiesenermaßen vor dem Eintritt der Chondrose oder des Vorfalls aufgetreten sein. Dies bedeute, dass auch hier mindestens drei Segmente betroffen sein müssten, zwei seien nur ausreichend, wenn zuerst die Spondylose und danach die Chondrose oder der Vorfall bestanden hätten. Zudem werde für sämtliche Konstellationen vorausgesetzt, dass eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung bestehe. Dies bedeute, dass auch das Entstehen und der Verlauf der Erkrankung belastungskonform sein müssten, was nicht gegeben sei. Der PD habe im Oktober 2010 entgegen S ausgeführt, 1991 sei erst knapp die Hälfte des gültigen Orientierungswerts von 25 MNh erreicht worden bzw. die derzeit gültige Mindestbelastungsdosis von 12,5 knapp. Im weiteren Verlauf bis 1996 habe sich die Ausprägung der Erkrankung kaum geändert, obwohl die äußeren Einwirkungen gleich geblieben seien. Die Konstellation B 3 sei gegeben, für die kein Konsens bestehe. Der Ursachenzusammenhang sei möglich, aber nicht wahrscheinlich.

Der Senat hat am 28.10.2015 einen Hinweis gegeben und darin ausgeführt, es könne möglicherweise von Bedeutung sein, ob das 1. Zusatzkriterium der Konstellation B2 einen Schaden an drei Segmenten oder an zwei Segmenten als Bandscheibenvorfall fordere. Er verweise auf zwei Urteile des BSG vom 23.4.2015. Die bislang gehörten Mediziner Dr. T, Prof. Dr. R und Dr. S gingen offensichtlich davon aus, dass ein bisegmentaler Vorfall ausreiche.

Daraufhin hat die Beklagte eine medizinische Stellungnahme von Dr. Sch vorgelegt, die dieser als Mitglied der Konsensus-Arbeitsgruppe am 15.2.2016 erstellt hat. Dr. Sch führt im Wesentlichen aus, er beziehe sich auf Ausführungen von Dr. G, der ebenfalls an der Konsensuskonferenz teilgenommen habe. Dieser formuliere sehr klar und abgestellt auf die Vorgaben aus dem Konsensuspapier, dass der Begriff „mehrere Bandscheiben“ mindestens drei Bandscheiben umfasse. Darüber habe es keine unterschiedlichen Auffassungen gegeben außer bei einem Arbeitsmediziner, der in der Folge seine eigene quasi „eminenzbasierte“ Meinung als Maßstab der Beurteilung in dem Sinne durchzusetzen versucht habe, dass hierunter schon die Beteiligung von zwei Bandscheiben fallen müsse. Dies sei schon semantisch falsch und könne dem Konsensuspapier nicht entnommen werden. Dies bedeute aber nicht automatisch, dass Bandscheibenschäden in nur zwei Etagen oder einer Etage prinzipiell von der Anerkennung ausgeschlossen wären. Es sei durchaus möglich, dass ein monosegmentales Schadensbild innerhalb der Konstellation B2 zur Anerkennung führen könne, wenn nämlich in der Kernspintomografie in zwei noch nicht wirklich erkrankten Segmenten sich eine sogenannte black disc nachweisen lasse. Wenn zum Beispiel, was nicht selten zu beobachten sei, bei L5/S1 eine Chondrose II vorliege und in den beiden Segmenten darüber eine black disc nachzuweisen sei, könne man eine Anerkennung vertreten, wenn keine konkurrierenden Ursachenfaktoren erkennbar seien. Das weitere Zusatzkriterium der besonders intensiven Belastung und Erreichung der Verdopplungsdosis in weniger als 10 Jahren könne man eigentlich nicht mehr anwenden, nachdem das BSG die Eingangsvoraussetzungen auf die Hälfte des Richtwerts verändert habe. Ebenso problematisch sei die Festsetzung des besonderen Gefährdungspotenzials durch hohe Belastungsspitzen, was von Ausnahmefällen abgesehen nur bei Pflegeberufen eine gewisse Rolle spiele. Bei sol-

chen Konstellationen seien fast ausnahmslos in den angrenzenden Segmenten black discs anzutreffen. Solche überdimensionierten Belastungseinwirkungen könnten nicht nur eine Bandscheibe erreichen, sondern im Bereich der LWS von oben nach unten zunehmend sämtliche Bandscheibenräume betreffen. Deshalb ziehe man fast immer ein MRT heran mit der Frage, ob eine black disc vorliege. Meinungen dahingehend, dass man den Begriff „mehrere“ dahin deuten könne, dass die Erkrankung eines Segments und eine black disc in zwei weiteren Segmenten gewissermaßen automatisch zu einer Anerkennung führen müssten, entsprächen ebenfalls nicht der Umsetzung des Papiers, wo nachzulesen sei, dass bei drei erkrankten Segmenten, also nicht nur mit dem Vorliegen einer black disc und bei erfüllten beruflichen Voraussetzungen, ohne bedeutsame konkurrierende Ursache grundsätzlich von der Annahme einer BK ausgegangen werden solle. Dann handele es sich häufig um ein generalisiertes Bandscheibenleiden nicht nur im Bereich LWS, sondern auch LWS und HWS. Dies nicht selten verknüpft mit vorausseilenden Arthrosen der großen Gelenke, was insgesamt auf eine wahrscheinlich genetisch geprägte schicksalhafte Anfälligkeit der Strukturen zur Entwicklung von Verschleißveränderungen hinweise. Aus seiner Sicht komme im vorliegenden Fall die Anerkennung einer BK nicht in Betracht.

Außerdem hat die Beklagte einen Auszug eines Gutachtens von Prof. Dr. R in einem anderen Verfahren vom 11.3.2016 vorgelegt, in dem unter anderem ausgeführt ist, die Konstellation B2 des Papiers enthalte allgemeine und Zusatzkriterien unter anderem hinsichtlich der Verteilung der Schäden; diese seien nicht ganz eindeutig. Auch er verweise auf die Arbeit von G, wo spezifiziert sei, was unter Höhenminderung sowie Prolaps an mehreren Bandscheiben zu verstehen sei. Man könnte glauben, beim Betroffensein von zwei Bandscheiben wäre das Kriterium der mehreren Bandscheiben bereits erfüllt, was aber in Konsensusbildung eindeutig nicht der Fall sei. Die Arbeitsgruppe habe festgelegt, dass mehrere Bandscheiben mindestens drei Bandscheiben bedeuteten.

Der Senat hat ferner eine Stellungnahme der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) im Hinblick auf unterschiedliche Rechtsprechung von vier LSGs

eingeholt. Die Stellungnahme hatte zum Inhalt, dass es keine weiteren Erkenntnisse als diejenige von Dr. Sch gebe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 26.3.2014 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er beruft sich im Wesentlichen auf die arbeitstechnische Situation mit erheblichen Belastungen, die er konkretisiert. Er hat zudem ausgeführt, man könne im Konsenspapier nicht erkennen, warum mindestens drei Bandscheiben betroffen sein sollten. Mehrere Bandscheiben könnten auch zwei Bandscheiben betreffen. Im Zusatzkriterium sei nur geregelt, dass bei monosegmentalem Befall gewisse Minimalanforderungen erfüllt sein müssten mit black discs in zwei angrenzenden Segmenten. Zu einem bisegmentalen Befall mache das Papier keine Ausführung. Wenn man den monosegmentalen Befall erkannt habe, erscheine es unwahrscheinlich, dass es für den bisegmentalen Befall eine Lücke im Konsenspapier gebe. Das BSG sehe hierin keinen normativen Text, sondern lediglich die Erleichterung der Beurteilung im Einzelfall.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden erklärt.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entschieden werden konnte (§ 124 Abs. 2 SGG), hat Erfolg, denn das SG hat zu Unrecht eine BK-Nr. 2108 festgestellt. Das beim Kläger festgestellte Schadensbild entspricht nicht der Konstellation B2 des Konsenspapiers und andere Konstellationen, bei denen ein Konsens der medizinisch-wissenschaftlichen Arbeitsgruppe bestand, liegen nicht vor.

Rechtsgrundlage für die Anerkennung der streitigen BK ist § 9 Abs. 1 SGB VII iVm Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vom 31.10.1997 (BGBl I 2623), die lautet: "Band-scheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können".

Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII sind BKen nur diejenigen Krankheiten, die durch die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats als solche bezeichnet sind (sog Listen-BK) und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Für die Feststellung einer Listen-BK ist erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (*sachlicher Zusammenhang*) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (*Einwirkungskausalität*) sowie, dass eine Krankheit vorliegt. Des Weiteren muss die Krankheit durch die Einwirkungen verursacht sein (*haftungsbegründende Kausalität*). Schließlich ist Anerkennungsvoraussetzung, dass der Versicherte deshalb seine Tätigkeit aufgeben musste sowie alle gefährdenden Tätigkeiten unterlässt. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, ist die BK nicht anzuerkennen. Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (*haftungsausfüllende Kausalität*), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. Dabei müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die

"Krankheit" im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - vorliegen.

Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 23.4.2015, B 2 U 10/14 R, Rn. 11 mwN.).

Dass der Kläger während seiner versicherten Tätigkeit einer kumulativen Einwirkungsbelastung in Form von Hebe- und Tragevorgängen von 25,1 MNh ausgesetzt war, ist nicht im Streit. Diese Belastungen erfolgten - wie der Tatbestand der BK-Nr. 2108 voraussetzt - auch langjährig von 1979 (für Zeiten zuvor wurden keine bedeutsamen Belastungen ermittelt) bis 2000, dem Ende der relevanten Expositionen, und damit 21 Jahre lang. Auch leidet der Kläger insbesondere nach dem Gutachten nebst Ergänzung von Dr. S seit 1991 an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule. Es liegen zwei Protrusionen bzw. Vorfälle mit leichter Osteochondrose in den unteren beiden Segmenten der LWS vor.

Für die Anerkennung einer BK ist neben der Kausalität zwischen versicherter Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen (*Einwirkungskausalität*) ein Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und der Erkrankung erforderlich. Für die BK 2108 bedeutet dies, dass die Lendenwirbelsäulenerkrankung des Klägers durch langjähriges schweres Heben und Tragen bzw. Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung im Rahmen seiner versicherten Tätigkeit verursacht worden sein muss. 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 entfiere (*conditio-sine-qua-non*). 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 Schutzbe-

reich 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 (BSG aaO. Rn. 16 mwN.).

Ausgehend vom sog. Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) reichten die versicherten Einwirkungen durch schweres Heben und Tragen aus, um einen Bandscheibenschaden zu verursachen. Mit der Heranziehung des MDD zur Bestimmung der für eine Krankheitsverursachung erforderlichen Belastungsdosis folgt der Senat der Rechtsprechung des BSG, die seit 2003 dieses Modell als 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 angesehen hat (BSG aaO. Rn. 17 mwN.). 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. Für Männer legt das MDD als Gesamtbelastungsdosis den Wert von 25 MNh fest, der hier mit 25,1 MNh knapp überschritten war.

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 und zum anderen das Vorliegen eines Schadensbildes, welches mit der rechtlich-wesentlichen Verursachung dieser Krankheit durch die beruflichen Einwirkungen zumindest im Einklang steht (BSG aaO. Rn. 18 mwN.). Aus dem Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen kann angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS nicht automatisch auf das Bestehen der An-

spruchsvoraussetzungen der BK 2108 geschlossen werden; vielmehr müssen medizinische Kriterien hinzukommen.

Bei der Bestimmung des maßgeblichen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands werden sowohl die Konsensempfehlungen aus dem Jahre 2005 zugrunde gelegt als auch das festgestellte Schadensbild diesen Erkenntnissen zugeordnet (BSG aaO. Rn. 19).

Die Konsensempfehlungen aus dem Jahre 2005 (Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule, Trauma und Berufskrankheit 2005/3, S. 211, 216 ff, 228 ff) bilden weiterhin den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand ab. Die naturwissenschaftliche Kausalitätsprüfung ist zwar eine der Bindung fähige tatsächliche Feststellung der Instanzgerichte, jedoch sind nach ständiger Rechtsprechung des BSG die einzelnen Tatbestandsmerkmale der jeweiligen BK unterfütternden allgemeinen (generellen) Tatsachen, die für alle einschlägigen BK-Fälle gleichermaßen von Bedeutung sind, anhand des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands zu beachten (BSG aaO. Rn. 20 mwN.). Der Senat muss sich folglich Klarheit darüber verschaffen, welches in der streitigen Frage der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ist. Die heranzuziehenden Quellen, Fachbücher, Standardwerke, Merkblätter des zuständigen Ministeriums, Begründungen des Sachverständigenbeirats, Konsensempfehlungen etc hat der Senat eigenständig zu würdigen und auf ihre Aktualität hin - ggf durch Sachverständige - zu überprüfen (BSG aaO. Rn. 20).

Hierbei ist zunächst die Zugrundelegung der Konsensempfehlungen als Orientierungshilfe bei der Beurteilung geboten, ob der Bandscheibenschaden des Klägers nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand durch die festgestellten beruflichen Einwirkungen verursacht wurde, denn die Konsensempfehlungen aus dem Jahre 2005 sind nach wie vor eine hinreichende Grundlage für die Bestimmung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands (BSG aaO. Rn. 21). Seitdem wurden zwar in Folge der Veröffentlichung der Deutschen Wirbelsäulenstudie (DWS) II Fachaufsätze publiziert, die Zweifel an den Aussagen auch der

Konsensempfehlungen äußern (BSG aaO.). Weder aus der DWS II noch den sonstigen Veröffentlichungen ist jedoch zu entnehmen, dass die Erkenntnisse der Konsensarbeitsgruppe aus dem Jahre 2005 gerade hinsichtlich der hier zugrunde gelegten Befundkonstellation inzwischen veraltet sein könnten. Sofern vertreten wird, dass inzwischen die Ergebnisse der DWS II die wesentlichen Grundannahmen aus den Konsenskriterien widerlegten, etwa weil die bisher angenommenen Einwirkungsgrößen zu hoch seien, die Lokalisation und Häufigkeit der Verteilung von Bandscheibenschäden zu 96% mit denen der Normalbevölkerung identisch sei, die Auswertungen der DWS II keine deutliche Abhängigkeit der Begleitpondylose von der MDD-Gesamtbelastungsdosis gezeigt habe oder Schäden an der HWS keine Aussagekraft zur Verursachung von LWS-Schäden hätten, handelt es sich erkennbar um wissenschaftliche Einzelmeinungen (BSG aaO. mwN.).

Im Fall des Klägers ist im Streit, ob bei ihm die Konstellation B2 der Konsensempfehlungen vorliegt oder nicht. Bei diesen Konsensempfehlungen handelt es sich aber 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 (BSG aaO. Rn. 23 mwN.) und es verbietet sich deren Auslegung unter strikter Anwendung der Regeln der juristischen Methodenlehre. Konsensempfehlungen dienen lediglich zur Erleichterung der Beurteilung im Einzelfall, um typische Befundkonstellationen im Hinblick auf die Kausalbeziehungen unter Zugrundelegung des aktuell wissenschaftlichen Erkenntnisstands einordnen zu können.

Mit den Ausführungen von Prof. Dr. R, der im Verwaltungsverfahren mit äußerster Gründlichkeit und Präzision den medizinischen Sachverhalt beim Kläger beurteilt hat, spricht schon der zeitliche Verlauf der Krankheitsentwicklung gegen eine berufliche Verursachung. Das Konsenspapier verlangt einen zeitlichen Bezug der Erkrankungen zu den Belastungen, was aus der Formulierung unter 1.4 Zusammenhangsbeurteilung, Strich 4 („plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung“) hervorgeht. Prof. Dr. R arbeitet heraus, dass der Kläger im Januar 1992 die Schwellendosis von 12,5 MNh er-

reicht hatte, unter der nach der zitierten Rechtsprechung des BSG keine Belastungen vorliegen, die eine berufliche Ursache von Bandscheibenerkrankungen bedeuten können. Bereits im Jahr 1991 jedoch gab es klinische Beschwerden und Aufnahmen von den beiden Vorfällen bzw. Vorwölbungen in den unteren Segmenten der LWS. Das Erkrankungsbild des Klägers entstand damit bereits vor Erreichen der genannten Schwellendosis, was schon gegen einen Zusammenhang der Erkrankung mit den Expositionen spricht.

Außerdem hat Prof. Dr. R akribisch herausgearbeitet, dass die in den bildgebenden Verfahren erkennbaren Bandscheibenveränderungen allenfalls in einem Segment, dem Segment L 4/L5, einen Vorfall beschreiben, dies mit 5 mm im absoluten Grenzbereich zu einer Vorwölbung (siehe Definition im Konsenspapier Seite 215 – Übersicht 8 – Definitionen Protrusion, Grenzbefund und Prolaps). Demgegenüber werden weder 1991 noch 1996 für das Segment L5/S1 bei einer Verschiebung von 3 bzw. 4 mm Krankheitsbefunde im Sinne eines Falls beschrieben und zudem wird nur von einer Chondrose I gesprochen, während das Konsenspapier für die B-Konstellationen mindestens eine Chondrose II fordert (S. 217). All dies hat Prof. Dr. R schon 2011 festgestellt und Dr. S ist hierauf nicht eingegangen. Weitere Erkenntnisse gab und gibt es nicht und sind auch aufgrund der Tatsache, dass der Kläger mit seinem Herzschrittmacher eine MRT-Untersuchung nicht durchführen lassen kann, nicht mehr zu finden, zumal nunmehr rund 18 Jahre nach Ende der Exposition diesbezüglich keine kausale Zuordnung mehr möglich sein dürfte. Eine CT kann auch nach Dr. S keine weiteren entscheidungsrelevanten Erkenntnisse bringen. Dies bedeutet, dass eine B-Konstellation schon deshalb nicht vorliegen kann, weil die dort „vor der Klammer“ unter Strich 2 definierte Ausprägung des Schadens als Chondrose II oder höher und/oder Vorfall nicht gegeben ist.

Der Senat kann dahinstehen lassen, ob, wie es Prof. Dr. R dargestellt hat, die Halswirbelsäule stärker betroffen ist als die Lendenwirbelsäule, oder ob mit Dr. S die HWS weniger Schäden aufweist als die LWS. Schon aufgrund der zeitlichen Betrachtung der Entwicklung der Erkrankung des Klägers sowie der Tatsache, dass ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 nicht bewiesen ist, kann ei-

ne so genannte B-Konstellation im Sinne des Konsenspapiers nicht bejaht werden und mangels Subsumierung unter andere Konstellationen ist damit eine BK-Nr. 2108 nicht belegt.

Selbst wenn man dies anders sehen würde, kann unabhängig davon die so genannte Konstellation B2 beim Kläger nicht bejaht werden.

Wie ausgeführt wird für sämtliche Befundkonstellationen der Gruppe B in den Konsensempfehlungen vorausgesetzt, dass die (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. Sofern zusätzlich eine Begleitspondylose besteht (Befundkonstellation B1), gilt der Zusammenhang als wahrscheinlich. Liegt hingegen - wie hier - keine Begleitspondylose vor, so wird der Zusammenhang nach den Konsensempfehlungen u.a. dann als wahrscheinlich betrachtet, wenn eine Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben besteht (Befundkonstellation "B2", 1. Spiegelstrich - 1. Zusatzkriterium - 1. Alt). Alternativ müssen bei nur monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/L5 im MRT in mindestens zwei angrenzenden Segmenten "black discs" vorliegen (Befundkonstellation "B2", 1. Spiegelstrich - 1. Zusatzkriterium - 2. Alt). Als weitere Alternativen genügt für die Konstellation B2 entweder das Bestehen einer besonders intensiven Belastung, wobei hierfür als "Anhaltspunkt" das Erreichen des "Richtwertes für die Lebensdosis" in weniger als 10 Jahren (Befundkonstellation "B2", 2. Spiegelstrich - 2. Zusatzkriterium) gilt, oder eines besonderen Gefährdungspotenzials durch hohe Belastungsspitzen, 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) verlangt wird.

Ob für die Befundkonstellation "B2", 1. Spiegelstrich - 1. Zusatzkriterium - 1. Alt als "Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben" auch ein bisegmentaler Befund ausreichen würde, ist umstritten (es reichen zwei Abschnitte: LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 11.7.2013, L 6 U 59/11, Rn. 70 mwN., es muss sich um drei Abschnitte handeln: LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 9.11.2017,

L 15 U 692/15, Rn. 32 mwN.; LSG Hessen, Urteil vom 27.3.2012, L 3 U 81/11, Rn. 38).

Das bisegmentale Schadensbild des Klägers, der Schäden nur in beiden unteren Segmenten aufweist, entspricht bei fehlender Begleitspondylose nicht der Konstellation B 1 der Konsensempfehlungen. Auch müsste die Befundkonstellation "B 2", 1. Spiegelstrich - 1. Zusatzkriterium - 1. Alt ("Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben") abgelehnt werden, da sie die Schädigung von mindestens drei Bandscheiben voraussetzt. Diesbezüglich bezieht sich der Senat auf das auszugsweise in das Verfahren eingebrachte Gutachten von Prof. Dr. R vom 11.3.2016 im Verfahren des Senats L 7 U 4/15, in welchem der Sachverständige im Hinblick auf die Zusatzkriterien der Konstellation B2 bei der Verteilung unter Bezugnahme auf Literatur ausführt, dass das Kriterium der Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben eindeutig nach Konsensbildung der Arbeitsgruppe mindestens 3 Bandscheiben bedeutet. Dies teilt auch der Senat unter Bezug auf die o.a. Rechtsprechung, in der dies genauso gesehen wird. Der Senat ist nicht gehalten, diesen wissenschaftlichen Erkenntnissatz, den Prof. Dr. R generell herleitet, in jedem Einzelfall gesondert sachverständig überprüfen zu lassen. Dieses Kriterium ist keines, welches von besonderen Konstellationen in den einzelnen Gerichtsverfahren abhängt. Vielmehr betrifft dieses alle Fälle, in denen lediglich 2 Bandscheiben von einer Höhenminderung bzw. einem Prolaps befallen sind, wie es auch hier der Fall ist. Dieser vom Senat ermittelte wissenschaftliche Stand gilt daher für alle Fälle einer lediglich 2 Bandscheiben betreffenden Erkrankung, so auch hier. Damit stellt der Senat nach der Rechtsprechung des BSG einen nicht offensichtlich fehlerhaften Erfahrungssatz des aktuellen medizinischen Erkenntnisstands auf, den das BSG nicht beanstandet, auch wenn es revisionsrechtlich eine andere wissenschaftliche Aussage auch akzeptieren würde (BSG, Urteil vom 6.9.2018, B 2 U 13/17 R, Rn. 27 mwN.).

Die Berufung der Beklagten hat daher Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.