
S 24 U 340/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Das 1. Zusatzkriterium zur Konstellation B2 der Konsensempfehlungen zur BK 2108 ist dahingehend auszulegen, dass mehrere Bandscheiben die Betroffenheit von mindestens drei Bandscheiben voraussetzt. 2. Das 2. Zusatzkriterium zur Konstellation B 2 der Konsensempfehlungen zur BK 2108 ist dahingehend auszulegen, dass als Richtwert für die Mindest-Lebensdosis grundsätzlich der Richtwert nach dem MDD und nicht der hälftige Richtwert zu Grunde zu legen ist.
Normenkette	-
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 24 U 340/15
Datum	01.09.2017
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 3 U 297/17
Datum	23.03.2022
3. Instanz	
Datum	-

Â

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 1. September 2017 wird zurÃ¼ckgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d :

Streitig ist die Feststellung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV; im Folgenden: BK 2108) im Rahmen eines Überprüfungsverfahrens.

Der 1939 geborene Kläger beantragte erstmals am 3.2.2003 bei der Beklagten die Anerkennung einer BK 2108. Er war von 1954 bis zum 31.12.2002 (bis 1968 in Kroatien) als Maler, Putzer bzw. Trockenbauer beschäftigt gewesen.

Die Ermittlungen der Beklagten ergaben Folgendes: Die Dres. J und Z berichteten von einer Szintigrafie vom 19.2.1997, die degenerative Veränderungen am stärksten in Höhe L4 gezeigt habe, und vom 26.11.1991, die einen Bandscheibenschaden im Segment L4/5 ergeben habe. Die Allgemeinmedizinerin L gab an, der Kläger leide seit November 2002 unter zunehmenden Schmerzen der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie Funktionseinschränkungen der Halswirbelsäule (HWS) und Schulter beidseits; die Beschwerden seien vor 16 Jahren erstmals aufgetreten. Der Kläger war jedenfalls seit August 2002 in Behandlung in der Klinik für Orthopädie im Klinikum R und hatte dort seit zehn Jahren bestehende rezidivierende lumboischialgieforme Schmerzen beidseits mit symmetrischer Ausstrahlung in die Oberschenkel angegeben. Im Klinikum wurde am 26.8.2002 eine regelrechte Neurologie beschrieben und eine Myelographie sowie ein Myelo-CT durchgeführt; am 15.11.2002 zeigten Röntgenaufnahmen der LWS des Klägers u.a. ausgeprägte degenerative Veränderungen in Form von Osteochondrose und Spondylarthrosen über der gesamten LWS, und an der HWS osteochondrotische Veränderungen, v.a. eine deutliche Zwischenwirbelraumverschmälerung C5/6. Am 20.11.2002 erfolgten unter der Diagnose knöchernen Spinalkanalstenose L 2/3 und L 4/5 eine Laminektomie L2-4 und Spondylodese L1-5. Röntgenaufnahmen der LWS vom 28.4.2003 zeigten u.a. eine Höhenminderung L4/5 und L5/S1. Am 23.6.2003 wurde neurologisch eine zervikale Spinalkanalstenose diagnostiziert.

Die Präventionsabteilung der Beklagten berechnete laut Stellungnahme vom 18.5.2004 für die BK 2108 eine Lebensdosis von 39,14 MNh.

Die Beklagte holte daraufhin ein orthopädisches Gutachten des I vom 12.10.2004 ein. Dieser beschrieb ein chronisch-rezidivierendes Wirbelsäulensyndrom mit fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen über sämtlichen Wirbelsäulenabschnitten ohne neurologische Defizite. Aktuelle Röntgenuntersuchungen der HWS, BWS und LWS hätten einen generalisierten fortgeschrittenen multisegmentalen Verschleißschaden der gesamten Wirbelsäule vorwiegend unter dem Bild einer Spondylosis hyperostotica gezeigt. Er gelangte zu dem Ergebnis, dass bei einer Abwägung zwischen konkurrierenden Ursachen, individueller Veranlagung, dem zeitlichen Verlauf und der beruflichen Belastung das geklagte Schmerzbild über der LWS mit hoher Wahrscheinlichkeit

nicht berufsbedingt ausgelöst sei. Deutliche belastungsferne degenerative Veränderungen der BWS und HWS belegten einen allgemein nicht berufstypischen Verschleißschaden, auch bestehe keine radiologische Belastungskonformität des Schädigungsbilds an der LWS bei deutlichen konkurrierenden Ursachen einer Spondylosis hyperostotica, die schließlich zu der operationswürdigen knöchernen Spinalkanalstenose geführt habe.

Nach Einholung einer gewerbeärztlichen Stellungnahme vom 17.11.2004 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 1.12.2004 Leistungen nach [§ 9](#) des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) in Verbindung mit der BKV ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass die Wirbelsäulenerkrankung keine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage zur BKV oder Nr. 2109 der Anlage zur BKV darstelle. Es bestehe kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Erkrankung und der versicherten Tätigkeit. Insoweit wurde auf das Gutachten des I Bezug genommen. Mit Widerspruch vom 21.6.2005 legte der damalige Bevollmächtigte des Klägers eine ärztliche Stellungnahme des Orthopäden B vom 24.4.2005 vor, wonach die berufliche Belastung wesentliche Teilursache der Rückenbeschwerden des Klägers sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 27.7.2005 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

In den dagegen laufenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) München ([S 24 U 520/05](#) bzgl. der BK 2108 und [S 24 U 682/05](#) bzgl. der BK 2109) wurde eine ärztliche Bescheinigung des B vom 6.11.2005 vorgelegt, wonach der Kläger an einem chronischen Zervikalsyndrom bei Osteochondrose der HWS und einer chronischen Dorsalgie bei Spondylosis hyperostotica der BWS leide. Das SG München holte nach Beiziehung bildgebender Befunde ein orthopädisches Gutachten des F vom 15.2.2006 ein. Dieser verneinte das Vorliegen einer BK 2109 mangels arbeitsmedizinischer Voraussetzungen und eine BK 2108 mangels Vorliegens einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS. Aktuell zeige sich lediglich eine durch die Versteifungsoperation bedingte Lendenstrecksteife ohne neurologische Ausfallerscheinungen. Zwar seien seit zehn Jahren lumboschialgieforme Beschwerden geäußert worden, die Neurologie vor dem Eingriff 2002 sei jedoch regelrecht gewesen, sodass auch präoperativ keine Zeichen einer bandscheibenbedingten Erkrankung bestanden hätten. Die Operation an der LWS sei ausschließlich wegen der Einengung des Wirbelkanals durchgeführt worden. Zwar beständen altersuntypische Veränderungen an der LWS, jedoch liege kein belastungsadaptives Schadensbild vor, da die stärksten Bandscheibenschäden vor der operativen Behandlung im 1. und 4. Segment und die stärksten spondylotischen Ausziehungen nicht am Übergang von der BWS zur LWS bestanden hätten. Zudem seien auch an der HWS und BWS massive, annähernd gleiche degenerative Veränderungen zu verzeichnen, wobei die BWS von der BKV nicht geschätzt sei und die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK 2109 nicht vorlägen. Auf den Röntgenaufnahmen vom 15.11.2002 seien multisegmentale Gefäßgestärkungen dargestellt, die fast zwangsläufig zur Zermürbung von Bandscheiben führten. Eine abgelaufene Scheuermann-Erkrankung sei nicht auf die BWS begrenzt gewesen. Die Verschmälerung der Lenden-Bandscheiben sei im Wesentlichen durch die abgelaufene Scheuermann-Erkrankung zustande gekommen, gefördert durch eine früher festgestellte

Fettstoffwechselstörung und Nikotinabusus.

Auf Antrag des Klägers wurde sodann ein orthopädisches Gutachten der Dres. G, R und D vom 21.8.2006 eingeholt. Diese diagnostizierten eine Cervikalgie bei massiver Osteochondrose der HWS, eine Pseudoradikulopathie S1 mit Facettengelenksarthrose sowie massiver Osteochondrose L5/S1 und ISG-Arthrose bei Zustand nach Laminektomie L2-4 und Spondylodese L1-5 bei Spinalkanalstenose. Beim Kläger bestehe ein chronisch-rezidivierendes Wirbelsäulensyndrom mit sensiblen neurologischen Defiziten an beiden Oberschenkeln bis zu den Waden. Bzgl. der Anerkennung einer BK 2108 bestehe eine grenzwertige Situation. Schicksalhaft sei der Morbus Scheuermann mit Schmorl'schen Knötchen im Bereich der BWS. Für eine bandscheibenbedingte Erkrankung sprechen die Höhenminderung der Bandscheibendicke über mehrere Segmente sowie der klinische Segmentbefund. Gegen eine berufsbedingte Verursachung spreche ein gleichförmiges Schadensbild über mehrere Segmente hinweg bis hinein in andere Wirbelsäulenabschnitte. Befunde des Morbus Scheuermann und einer hyperostotischen Spondylose konnten im Bereich der LWS nicht nachgewiesen werden, sodass eine BK 2108 berufsbedingt vorliege. Auch eine BK 2109 wurde bejaht.

Mit Urteil vom 12.7.2007 wurde die Klage betreffend die BK 2108 abgewiesen unter Bezugnahme v.a. auf das Gutachten des F. Betreffend die BK 2109 wurde die Klage auf Hinweis der Vorsitzenden, dass die BK schon mangels der geforderten Einwirkungen nicht vorliegen könne, zurückgenommen.

Im anschließenden Berufungsverfahren L 3 U 301/07 wurde ein orthopädisches Gutachten des R1 vom 29.5.2008 eingeholt. Dieser gelangte zu dem Ergebnis, beim Kläger liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung in den Segmenten L4/5 und L5/S1 vor mit deutlichen Bandscheibenschäden in diesen Segmenten sowie einem Zustand nach Versteifung L 1 bis L 5 bei nachgewiesener spinaler Enge und degenerativem Gleitwirbel L 3. Daneben bestehe eine im BWS-Bereich lokalisierte abgelaufene Scheuermann'sche Erkrankung sowie eine mehretagige Brückenbildung i.S.e. Spondylosis hyperostotica, die jedoch keine konkurrierende Ursache darstellten. Eine BK 2108 sei nicht nachzuweisen. Es fehle das belastungskonforme Schadensbild, da eine Begleitspondylose über zwei oder mehr Segmente im LWS-Bereich des Klägers nicht vorliege. Die Zusatzkriterien der Konstellation B2 seien hier nicht erfüllt, vielmehr liege eine Konstellation B3 vor, die der häufigsten Manifestationsform eigenständiger Bandscheibenerkrankungen aus innerer Ursache ohne eindeutigen Bezug zu einer beruflichen Überbelastung entspreche. Die Berufung wurde daraufhin im Termin vom 25.11.2008 zurückgenommen.

Mit Schreiben vom 12.7.2013 teilte der Kläger mit, dass sich sein Gesundheitszustand an LWS, HWS und Schultern verschlechtert habe und er die Anerkennung einer Berufskrankheit beantrage. Er legte dazu u.a. einen Ambulanzbrief der Neurochirurgie der TU A vom 20.11.2013 vor, wonach am 31.10.2013 ein MRT der HWS durchgeführt worden sei, welches eine multisegmentale Spinalkanalstenose, v.a. C 4/5, C5/6 und 6/7 sowie eine

Ventrolisthesis C7/Th1 gezeigt habe. Die Beklagte lehnte daraufhin nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme des C vom 4.4.2014, der eine weitere Zusammenhangsbegutachtung nicht für erforderlich hielt, mit Bescheid vom 8.5.2014 die Rücknahme des Bescheids vom 1.12.2004 nach [Â§ 44](#) des Zehnten Buchs Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) ab. Mit Schreiben vom 23.7.2014 beantragte der Kläger die Rücknahme des Bescheids vom 8.5.2014 wegen Verschlimmerung. Mit dem streitigen Bescheid vom 25.9.2014 wurde die Rücknahme des Bescheids vom 1.12.2004 über die Ablehnung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aus Anlass der Erkrankung der LWS und der HWS i.S.d. BK 2108 und 2109 nach [Â§ 44 SGB X](#) erneut abgelehnt. Die Prüfung des Antrags habe nicht zu der Überzeugung geführt, dass bei Erlass des Bescheids das Recht unrichtig angewandt oder von einem unzutreffenden Sachverhalt ausgegangen worden sei. Mit Widerspruch vom 7.10.2014 machte der Kläger eine Belastung der HWS beim Anbringen von Filz an der Decke durch ständiges Nach-Hinten-Halten und Nach-Oben-Schauen geltend. Er legte diverse Arztbriefe der Klinik für Orthopädie der TU A vor, v.a. betreffend die Schultern. Mit Bescheid vom 18.6.2015 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Dagegen hat der Kläger am 29.6.2015 Klage zum SG München eingelegt und die Feststellung der BKen 2108 und 2109 begehrt (S 24 U 240/15 und S 24 U 396/15). Das SG hat bildgebende Befunde beigezogen und Beweis erhoben durch Einholung eines chirurgischen Gutachtens des L1 vom 27.2.2016. Dieser hat ausgeführt, es liege kein belastungskonformes Schadensbild vor. Denn am stärksten betroffen sei L 4/5 und nicht der unter biomechanischen Aspekten am stärkste belastete lumbosacrale Übergang L5/S1, zudem liege das Hauptschadensbild des Klägers im Bereich der mittleren und unteren BWS, wo im Gefolge des Morbus Scheuermann und des späteren Morbus Forestier multisegmentale knöcherne Sekundärveränderungen bestanden. Es liege daher eine Konstellation B5 vor, für die nach den Konsensempfehlungen ein Zusammenhang mit berufsbedingten Belastungen nicht wahrscheinlich sei.

Auf Antrag des Klägers hat das SG ein orthopädisches Gutachten der Dres. R und E vom 28.6.2017 eingeholt. Diese sind zu dem Ergebnis gekommen, es lägen keine neuen medizinischen Erkenntnisse vor, dass beim Kläger entgegen den bisherigen Erkenntnissen eine BK 2108 oder 2109 vorliege. In der Beurteilung führten sie aus, der vorliegende Befund mit Osteochondrosen, Facettengelenksarthrosen und Spondylosen, welche zur Spinalkanalstenose geführt hätten, spreche durchaus für eine bandscheibenbedingte Erkrankung über mehrere Segmente. Auch die Diagnose Spinalkanalstenose stehe dazu nicht in Widerspruch, da die bandscheibenbedingte Erkrankung die Voraussetzung für deren Entwicklung sei. Allerdings spreche das gleichförmige Schadensbild unter Einschluss auch benachbarter Wirbelsäulenabschnitte eher gegen eine belastungsbedingte und für eine systemische, endogene Verursachung der Schäden. Da aber die berufliche Einwirkung i.S.e. wesentlichen Teilursache nachgewiesen sei, sei die Situation grenzwertig.

Mit Gerichtsbescheid vom 1.9.2017 hat das SG die Klagen abgewiesen. Die Gutachten der Dres. L und R hatzen erneut bestätigt, dass beim Kläger keine Berufskrankheit an der Wirbelsäule vorliegt. Beide Gutachter hatzen zu Recht darauf hingewiesen, dass beim Kläger unabhängig vom Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen, die im Falle der BK 2108 zu bejahen seien, die medizinischen Voraussetzungen sowohl für die Anerkennung einer BK 2108 als auch einer BK 2109 fehlten. Beide Gutachter hatzen erneut festgestellt, dass beim Kläger anlagebedingte Erkrankungen vor allem im Bereich der BWS (Morbus Scheuermann und Morbus Forestier) vorlägen, die zu deutlich starkeeren Beeinträchtigungen führten, als im Bereich der LWS und der HWS. Das Vorliegen deutlich vorseilenderer Erkrankungen in mechanisch weniger belasteten Wirbelsaulessegmenten – wie im Bereich der BWS – spreche erheblich gegen eine BK 2108.

Gegen den am 6.9.2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 19.9.2017 Berufung eingelegt, soweit dort das Vorliegen einer BK 2108 abgelehnt wurde. Mit Schreiben vom 20.2.2018 hat der erkennende Senat darauf hingewiesen, dass die Klage unzulässig sei, soweit auch eine Verletztenrente begehrt werde, da die Beklagte im streitigen Bescheid sowie im Bescheid vom 1.12.2004 lediglich über das Vorliegen einer BK und nicht über eine konkrete Leistung entschieden habe. Der Senat hat sodann bildgebende Befunde, Befundberichte u.a. der Allgemeinärztin L, ein Vorerkrankungsverzeichnis und die Akte des Zentrums Bayern, Familie und Soziales (ZBFS) beigezogen und die Beklagte um Nachermittlung der Arbeitsplatzexposition zur BK 2108 und 2109 unter Berücksichtigung der vom BSG seit 2007 vorgenommenen Modifikationen des Mainz-Dortmunder-Dosis-Modells (MDD) gebeten.

Laut Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition vom 17.4.2018 berechne sich für die BK 2108 nach dem vom BSG modifizierten MDD eine berufliche Gesamtdosis des Klägers von 41,9 MNh. Jedoch sei der MDD-Richtwert für die Lebensdosis nicht in 10 Jahren erreicht worden, auch Spitzenbelastungen (Erreichen der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen) hatzen nicht vorgelegen. Hinsichtlich der BK 2019 entfalle die Berechnung der kumulativen Gesamtdosis, denn der Kläger habe zwar Lasten über 40 kg auf den Schultern getragen, jedoch sei ein Schichtanteil von 30 Minuten pro Schicht nicht erreicht worden.

Zum weiteren Verlauf der Erkrankung nach Erlass des Gerichtsbescheids ergibt sich Folgendes aus den beigezogenen Befunden: Die Neurochirurgische Klinik der LMU (Arztbriefe vom 8.1., 27.1. und 22.4.2016) und die Neurologin Z1 (Arztbrief vom 11.5.2015) diagnostizierten u.a. multiple degenerative HWS-Veränderungen und eine zervikale Spinalkanalstenose C4/5 bis C6/7 mit Myelonaffektion. Am 19.4.2016 erfolgte eine Plattenosteosynthese in Höhe C4/5, C5/6 und C6/7, jeweils mit Foraminotomie. Am 6.3.2018 wurden von der Neurochirurgischen Klinik der TU A bildgebend multisegmentale degenerative Veränderungen der Wirbelsäule beschrieben, ein CT der LWS vom 7.6.2018 zeigte u.a. die Spondylodese L1-5.

Aus den beigezogenen Akten des ZBFS ergibt sich über die bereits oben

berichteten Befunde hinaus Folgendes zur Vorgeschichte: Der KlÄxger beantragte erstmals am 22.11.1983 die Feststellung einer Behinderung. Der damalige Allgemeinarzt P teilte am 21.12.1983 mit, der KlÄxger leide seit 3 Jahren an einem HWS- und LWS-Syndrom mit starken Kopfschmerzen, spondylos deformans und BandscheibenschÄxdigung C5/6. Der OrthopÄxde P1 gab am 12.12.1983 und am 20.3.1987 an, er habe beim KlÄxger ein chronisch rezidivierendes Zervikal- und Lumbalsyndrom mit Ischialgie, Osteochondrose und Spondylose beidseits diagnostiziert. Ein RÄxntgenbild der HWS vom 22.11.1982 habe eine erhebliche VerschmÄxlerung des ZWR C5/6 sowie erhebliche ventrale und dorsale spondylotische Kantenreaktionen gezeigt; eine Aufnahme der LWS vom selben Tag habe stÄxrker ausgeprÄxgte spondylotische Ausziehungen an den oberen Ventralkanten von L4 und den korrespondierenden Ventralkanten L4/5 und L5/S1 gezeigt. Ein weiteres Bild der LWS vom 26.1.1987 habe Äxberall normal weite ZwischenwirbelrÄxume gezeigt und spondylotische Ausziehungen L4 sowie Th11/12. Laut Neurochirurgischer Klinik der LMU A hatten Funktionsaufnahmen der LWS vom 17.12.1991 und ein CT vom 5.11.1991 ein L4-betontes Reiz- und Ausfallsyndrom bei Spinalstenose L3/4 und instabiler Retrolisthesis L 4 ergeben. H berichtete unter dem 24.11.1992 u.a. von RÄxntgenaufnahmen der HWS, die sklerosierte Grund- und Deckplatten, von C4-7 vermehrt mit Deformierung und eingeengten ZwischenwirbelrÄxumen ergaben. Ein CT des lumbalen Spinalkanals vom 18.2.1997 zeigte circumrÄxre Protrusionen bei L3/4 und L4/5, eine Retrolisthesis L4 zu L3, Spondylarthrosen und Spondylchondrose L3/4. Ein CT des zervikalen Spinalkanals vom 3.3.1997 ergab massive Spondylchondrose in allen Segmenten und VakuumphÄxnomene in den meisten Segmenten. RÄxntgenaufnahmen aus dem Jahr 2000 zeigten laut Nachbefundung durch den RÄxntgenfacharzt ausgeprÄxgte diffuse degenerative HWS-VerÄxnderungen und grobe diffuse degenerative LWS-VerÄxnderungen. Mittlerweile sind ein GdB von 100 sowie die Merkzeichen G, aG und B festgestellt (Bescheide vom 8.4.2014, 21.8.2014.; Widerspruchsbescheide vom 16.6.2014, 19.2.2019).

Der erkennende Senat hat ein orthopÄxdisch-unfallchirurgisches Gutachten des R1 âx auf Wunsch des KlÄxgers nach Aktenlage âx vom 11.12.2019 eingeholt. R1 hat unter Bezugnahme auf sein Gutachten vom 29.5.2008 ausgefÄxhrt, beim KlÄxger bestehe eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung in den Segmenten L 4/5 und L 5/S1 mit plausibler zeitlicher Korrelation zur beruflichen Belastung. Jedoch habe zum Zeitpunkt der Berufsaufgabe Ende 2002 ein komplexer VerschleiÄxprozess der gesamten LWS vorgelegen. Zwar habe auch ein Bandscheibenschaden, betont im Segment L 4/5 bestanden. Die Operationsindikation und Behandlungsnotwendigkeit habe sich jedoch vorwiegend aufgrund einer knÄxchernen Verengung des Spinalkanals in den Segmenten L 2/3 und 4/5 bei einem komplexen Krankheitsbild mit degenerativ bedingter rechtskonvexer Torsionsskoliose mit Scheitel bei L4, einer InstabilitÄx mit Anterolisthesis von L3 gegenÄxber L4 sowie ausgeprÄxgten VerschleiÄxerscheinungen in Form von Osteochondrosen und Spondylarthrosen im Bereich der gesamten LWS. Auch an der HWS hÄxten zum Zeitpunkt der Aufgabe der beruflichen TÄxtigkeit hÄxhergradige VerschleiÄxerscheinungen der Segment C2/3 und C3/4 sowie insbesondere C5/6 bestanden. Zudem hÄxten an der BWS ausgeprÄxgte knÄxcherne Äxberbauungen im Sinne einer Spondylosis

hyperostotica bestanden, die laut Konsensempfehlung jedoch nicht als wesentlicher konkurrierender Ursachenfaktor zu bewerten seien. Zum Operationszeitpunkt habe keine Begleitspondylose bestanden, so dass sich ein belastungskonformes Schadensbild nicht feststellen lasse. Die Zuordnung zu den Konstellationen der Konsensempfehlungen sei aufgrund der komplexen Befundsituation an der LWS insgesamt schwierig, am ehesten lassen sich eine Konstellation B 3 bewerten.

Nach einem Erörterungstermin vom 19.2.2020 hat die Beklagte am 13.3.2020 ergänzend zu den Zusatzkriterien der Konstellation B 2 dahingehend Stellung genommen, dass unter Zugrundelegung eines häufigen MDD-Richtwertes von 12,5 MNh in weniger als 10 Jahren das 2. Zusatzkriterium erfüllt sei. Das 3. Zusatzkriterium sei nicht erfüllt, da keine Belastungsspitzen von 6 kN aufgetreten seien. Das 1. Zusatzkriterium setze die Betroffenheit von 3 oder mehr Bandscheiben voraus.

Der erkennende Senat hat sodann eine ergänzende Stellungnahme des R1 vom 24.4.2020 eingeholt. Demnach seien für das 1. Zusatzkriterium der Konstellation B2 bei einem monosegmentalen Bandscheibenschaden ein Bandscheibenvorfall oder eine black disc in zwei angrenzenden Wirbelsäulensegmenten erforderlich. Die Bilder des Klägers aus dem Jahr 2002 zeigten nicht einen altersvoraussetzenden monosegmentalen Bandscheibenschaden plus begleitende altersvoraussetzende Degeneration mindestens zweier darüber liegender Segmente, sondern eine komplexe Schädigung und hochgradig altersvoraussetzenden Verschleiß der gesamten LWS. Eine Konstellation B2 sei daher nicht anzunehmen. Das 2. Zusatzkriterium sei unter Berücksichtigung der Deutschen Wirbelsäulenzstudie I und II nicht dahingehend zu interpretieren, dass bereits das Erreichen der Häufigkeit des Richtwertes für die Lebensdosis in 10 Jahren ausreiche. Es sei von einer Konstellation B3 auszugehen, die aufgrund der gesamten Indizien nicht als BK 2108 anzuerkennen sei.

Die Beklagte legte eine beratungserztliche Stellungnahme des H1 vom 26.6.2020 vor. Demnach sei der Schaden an der HWS bei Berufsaufgabe mit einer deutlichen Höhenminderung der Zwischenwirbelsäule C4-C7 und einer ventral überbrückenden Spondylophytenbildung C4-6 als Zeichen einer ausgeprägten Chondrose deutlich ausgeprägter gewesen, als an der LWS mit Chondrose Grad I-II (Bandscheibenhöhe 69% nach Hurxthal) in L5/S1 und Grad II-III in L4/5 (49% nach Hurxthal). Daher liege eine Konstellation B5 vor. Selbst wenn man gleichermaßen ausgeprägte Schäden an HWS und LWS entsprechend der Konstellation B6 zugrunde lege, bestünden erhebliche Faktoren, die gegen ein belastungskonformes Schadensbild sprechen, u.a. die Aussparung von 3 LWS-Segmenten bei erheblicher Osteochondrose in der BWS.

Der Senat hat dazu eine ergänzende Stellungnahme des R1 vom 25.8.2020 eingeholt, der ausführte, unter Berücksichtigung aktueller Literatur sei für das 1. Zusatzkriterium eine Höhenminderung an mindestens 3 Bandscheiben erforderlich, was beim Kläger nicht der Fall sei. Beim 2. Zusatzkriterium könne aus medizinischer Sicht eine Halbierung der Dosis nicht angenommen werden, die Dosis müsse zumindest annähernd erreicht sein. Zudem bestünden bei

erneuter Überprüfung der Aktenlage an der HWS zumindest identische klinische und morphologisch geprägte Beschwerden wie im Bereich der LWS, so dass hier aufgrund des Fehlens medizinischer Positivkriterien eine BK 2108 weiterhin abzulehnen sei.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers ein weiteres orthopädisches Gutachten nach ambulanter Untersuchung des S vom 26.7.2021 eingeholt. Dieser hat beim Kläger eine Lumboischialgie mit deutlicher Funktionseinschränkung der LWS nach dorsaler Spondylodese L1-5 mit Laminektomie L2-4 und kaudaler Anschlusspondylose sowie eine Zervikobrachialgie beidseits nach ventraler Spondylodese C4-7 diagnostiziert. Es liege eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS mit einem lumbalen Wurzelreizsyndrom (Typ 2) vor. Es sei auch eine BK 2108 zu bejahen. Die Aufnahmen 2005 zeigten eine deutliche, altersuntypische Höhenminderung der Bandscheibenflächen L4/5 und L5/S1 mit dorsalen Spondylophyten bei guter Höhe der übrigen lumbalen Bandscheibenflächen L1/2 bis L3/4 ohne spondylotische Veränderungen. In den Aufnahmen aus 2006 zeigten sich auch multisegmentale degenerative osteochondrotische und spondylarthrotische Veränderungen an der HWS und der BWS, die jedoch in ihrer Ausprägung nicht so stark seien wie die an der LWS. Weder die Veränderungen an der BWS i.S.e. Morbus Forestier noch die degenerative Skoliose an der LWS stellten relevante konkurrierende Ursachen dar. Bei nicht nachgewiesener Begleitpondylose i.S.d. Konsensempfehlungen vor Auftreten der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS ergebe sich hier eine Konstellation B2, da mit der Betroffenheit von zwei Bandscheiben das 1. Zusatzkriterium erfüllt sei. Insbesondere liege kein gleichförmiges, sondern ein kaudal betontes Schadensbild vor.

Der erkennende Senat hat dazu eine ergänzende Stellungnahme des R1 vom 14.9.2021 eingeholt, der an seiner Einschätzung festgehalten hat, dass zur Bejahung des 1. Zusatzkriteriums der Konstellation B2 mindestens drei Bandscheiben betroffen sein müssen. Unter Berücksichtigung der Röntgenaufnahmen von 2005 und der Myelographie sowie des Myelo-CT vom August 2002 zeige sich nur im Segment L4/5 eine Chondrose Grad II-III, im Segment L5/S1 eine Chondrose Grad I bis II (69 % nach Hurxthal). Bei deutlichen Verschleißerscheinungen an der HWS komme eine Konstellation B5 in Betracht. Auf Antrag des Klägers hat der erkennende Senat sodann eine ergänzende Stellungnahme des S eingeholt, der unter dem 18.1.2022 an seiner Beurteilung festgehalten hat. Nur bei einer monosegmentalen Chondrose sei die Betroffenheit zweier weiterer Segmente erforderlich; zudem bestehe in L3/4 eine Pseudospondylolisthesis, was mit einer gesunden Bandscheibe nicht zu vereinbaren sei.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts München vom 01.09.2017 sowie des Bescheides der Beklagten vom 25.09.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.06.2015 die Beklagte zu verpflichten, den Bescheid vom 01.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.07.2005 aufzuheben, und festzustellen, dass eine Berufskrankheit Nr. 2108 der

Anlage zur BKV vorliegt.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten, die beigezogenen erstinstanzlichen Akten des SG ([S 24 U 340/15](#), [S 24 U 396/15](#)) und der früheren Sozialgerichtsverfahren ([S 24 U 520/05](#), [S 24 U 682/05](#), [L 3 U 301/07](#)) sowie die beigezogenen Akten der Beklagten und des ZBFS verwiesen, die Gegenstand der Beratung waren.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Die zulässige ([Â§Â§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz, SGG) Berufung des Klägers ist unbegründet und daher zurückzuweisen. Zu Recht hat das SG entschieden, dass die angefochtene Verwaltungsentscheidung rechtmäßig ist und den Kläger nicht in seinen Rechten verletzt ([Â§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Gegenstand der Berufung ist neben dem erstinstanzlichen Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 1.9.2017 der Bescheid der Beklagten vom 25.9.2014 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 18.6.2015, mit dem die Rücknahme des Bescheids vom 1.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.7.2005 abgelehnt wurde. Mit diesen Bescheiden waren Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung wegen einer BK 2108 und 2109 abgelehnt worden. Streitig ist ausweislich der Schriftsätze vom 19.9.2017 und vom 14.11.2017 sowie des Antrags mittlerweile nur noch die Anerkennung einer BK 2108.

Statthaft ist eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gemäss [Â§ 54 Abs. 1](#) i.V.m. [Â§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#). Die Anfechtungsklage zielt auf die gerichtliche Aufhebung der Ablehnungsentscheidung in dem Bescheid vom 25.9.2014 und dem Widerspruchsbescheid vom 18.6.2015 ([Â§ 95 SGG](#)), die Verpflichtungsklage auf die behördliche Rücknahme der bestandskräftigen ([Â§ 77 SGG](#)) Ablehnungsentscheidung in dem Bescheid vom 1.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.7.2005 sowie auf Feststellung des Vorliegens einer BK 2108 (vgl. stellv. BSG, Urteile vom 6.9.2018 â [B 2 U 10/17 R](#) -, juris Rn. 8 m.w.N. und vom 15.9.2011 â [B 2 U 22/10 R](#) -, juris Rn. 10).

Die zulässige Klage ist nicht begründet. Es besteht kein Anspruch des Klägers auf Aufhebung der die Anerkennung einer BK 2108 ablehnenden Bescheide und Anerkennung der BK 2108. Anspruchsgrundlage für das Rücknahmebegehren des Klägers ist [Â§ 44 Abs. 1 SGB X](#). Danach ist ein nicht begünstigender Verwaltungsakt zurückzunehmen, soweit er (anfällig) rechtswidrig ist. Der Verwaltungsakt ist immer mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen ([Â§ 44 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#)), soweit er noch Rechtswirkungen hat, also noch nicht [Â§ 39 Abs. 2 SGB X](#) erledigt ist. Die Rücknahme hat (gebundene Entscheidung) für die Vergangenheit zu erfolgen, wenn wegen der Rechtswidrigkeit des

Verwaltungsaktes „Sozialleistungen“ zu Unrecht nicht erbracht worden sind ([Â§ 44 Abs. 1 S 1 SGB X](#)). Das Gebot zur rückwirkenden Rücknahme gilt nicht in bestimmten Fällen der Bindungslosigkeit ([Â§ 44 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#)). Im übrigen kann (Ermessen) der anfänglich rechtswidrige Verwaltungsakt auch in sonstigen Fällen für die Vergangenheit zurückgenommen werden ([Â§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB X](#)).

Hier hatte die Beklagte im Ausgangsbescheid vom 1.12.2004 nicht nur die Wirbelsäulenerkrankung als BK, sondern auch Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung verneint, sodass Sozialleistungen abgelehnt worden sind. Dadurch ist der Anwendungsbereich des [Â§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) insoweit eröffnet (so für einen gleich gelagerten Fall BSG, Urteil vom 6.9.2018 [B 2 U 10/17 R](#) -, juris Rn. 10).

Rechtsgrundlage für die Anerkennung der erstmals im Jahre 2002 geltend gemachten BK 2108 ist [Â§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) iVm Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV vom 31.10.1997 ([BGBl I 2623](#)), aktuell in der Fassung vom 29.6.2021 ([BGBl. I S. 2245](#)). Nach [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) in der ab dem 01.01.2021 geltenden, durch das 7. SGB-IV-Änderungsgesetz vom 12.06.2020 (SGB-IV-ÄndG, [BGBl I, S. 1248](#)) modifizierten Fassung 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 [Â§Â§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Feststellung einer Listen-BK erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) sowie, dass eine Krankheit vorliegt, welche durch die Einwirkungen verursacht worden ist (haftungsbegründende Kausalität). Die weitere in [Â§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) bis zum 31.12.2020 normierte Einschränkung, dass auch bestimmt werden kann, dass Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können (sog. „Unterlassungszwang“), ist ab dem 1.1.2021 entfallen. 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 (vgl. stellv. BSG, Urteil vom 6.9.2018 [B 2 U 13/17 R](#) -, juris Rn. 9 m.w.N.).

Die BK 2108 hatte in der bis zum 31.12.2020 geltenden Fassung folgenden Wortlaut: „Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder 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 könnten. Mit dem Wegfall des Unterlassungszwangs ist auch die Voraussetzung, wonach die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben müssen, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein könnten, mit Wirkung zum 1.1.2021 entfallen (Art. 24 Nr. 3 Buchst. a des 7. SGB-IV-ÄndG). Zeitgleich ist der Tatbestand der BK 2108 um eine weitere Voraussetzung, wonach die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben müssen, erweitert worden (vgl. Art. 24 Nr. 3 Buchst. c des 7. SGB-IV-ÄndG). Die BK 2108 lautet nunmehr: „Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben und Tragen von Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen geführt haben“. Konkret muss zur Erfüllung des Tatbestands der BK 2108 ein Versicherter also aufgrund einer versicherten Tätigkeit langjährig schwere Lasten gehoben und getragen bzw. langjährig in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet haben, wodurch eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS (mit chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen) entstanden sein muss. Diese Änderung der Rechtslage hat vorliegend keine Auswirkungen, da der Kläger seine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit im November 2002 aufgegeben hat und die Voraussetzungen einer BK 2108 weder zu diesem noch einem früheren oder Zeitpunkt nachgewiesen sind, weshalb auch die Frage, inwieweit der Aufhebung des Unterlassungszwangs Rückwirkung zukommt, hier dahinstehen kann.

1. Der Kläger gehörte zum versicherten Personenkreis, da er nach dem von der Beklagten beigezogenen Versicherungsverlauf zwischen dem 29.7.1968 und dem 31.12.2002 in verschiedenen Tätigkeiten als Beschäftigter i.S.d. [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) tätig war. Zuvor war er vom 1.9.1954 bis 31.8.1968 nach eigenen Angaben, an denen kein Zweifel besteht und die auch die Beklagte zugrunde gelegt hat, als Angestellter in Kroatien tätig. Zu Recht hat die Beklagte auch diese Zeiten berücksichtigt, denn nach dem zum Zeitpunkt des Erlasses des zu überprüfenden Bescheids geltenden Art. 21 Abs. 1 Satz 1 des am 1.12.1998 in Kraft getretenen Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Kroatien vom 24.11.1997 (BGBl. II 1998, 2034), der den inhaltsgleichen Art. 20 Abs. 1 Satz 1 des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien über Soziale Sicherheit vom 12.10.1968 (BGBl. II 1969, 1438) ersetzt hat, berücksichtigt der Träger eines Vertragsstaats für den Leistungsanspruch aufgrund einer BK auch Beschäftigungen, die bei Anwendung der Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaats ausgeübt wurden und ihrer Art nach geeignet waren, diese Krankheit zu verursachen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 7.9.2004 [B 2 U 25/03 R](#) -, juris Rn. 22; zum maßgeblichen Recht bei [§ 44 SGB X](#): Steinwedel in KassKomm, 117. EL Dezember 2021, SGB X [§ 44](#) Rn. 38). Dies gilt nach Art. 39 Abs. 2 des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sozialistischen

fÄ¼nderativen Republik Jugoslawien Ä¼ber Soziale Sicherheit und dem inhaltsgleichen Art. 40 Abs. 2 des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Kroatien auch fÄ¼r erhebliche Tatsachen vor Inkrafttreten des Abkommens. Gleiches wÄ¼rde sich zudem derzeit nach Art. 5 lit. b), 87 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des EuropÄ¼ischen Parlaments und des Rates vom 29.4.2004 (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1, ber. ABl. L 200 vom 7.6.2004, S. 1, zuletzt geÄ¼ndert durch Verordnung (EU) 2019/1149 des EuropÄ¼ischen Parlaments und des Rates vom 20. Juni 2019, ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 21 m.W.v. 31.07.2019) ergeben (vgl. Maxeiner in Schlegel/ Voeltzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl., Art. 87 VO (EG) 883/2004 (Stand 9.9.2021), Rn. 9 ff.).

2. Der KlÄ¼ger fÄ¼hrte wÄ¼hrend des zuvor genannten versicherten Zeitraums und bei seinen versicherten Verrichtungen als Putzer, Maurer und Trockenarbeiter regelmÄ¼sig Hebe- und TragvorgÄ¼nge sowie TÄ¼tigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung aus, die zu einer kumulativen Einwirkungsbelastung von 41,9 MNh gefÄ¼hrt haben. Dies steht fest aufgrund der Berechnung des PrÄ¼ventionsdienstes der Beklagten vom 18.5.2004 mit Nachberechnungen vom 17.4.2018 auf Basis des vom BSG modifizierten Mainz-Dortmunder-Dosismodells (MDD).

Das MDD stellt zur Ä¼berzeugung des Senats immer noch eine geeignete Grundlage zur Konkretisierung der im Text der BK 2108 mit den unbestimmten Rechtsbegriffen â¼langjÄ¼hrigesâ¼ Heben und Tragen â¼schwererâ¼ Lasten oder â¼langjÄ¼hrigeâ¼ TÄ¼tigkeit in â¼extremer Rumpfbeugehaltungâ¼ umschriebenen Einwirkungen dar. Dies haben das BSG und die obergerichtliche Rechtsprechung zuletzt bestÄ¼tigt; auch in der Literatur wird weiterhin auf das MDD verwiesen, das auch die hiesigen Gutachter nicht in Frage gestellt haben (vgl. stellv. BSG, Urteil vom 6.9.2018 â¼ [B 2 U 13/17 R](#) -, juris Rn. 16 ff. sowie grundlegend BSG, Urteile vom 30.10.2007 â¼ [B 2 U 4/06 R](#) -, juris Rn. 18 m.w.N. und vom 18.3.2003 â¼ [B 2 U 13/02 R](#) -, juris Rn. 10; ausfÄ¼hrlich auch SÄ¼chsisches LSG, Urteil vom 23.6.2021 â¼ [L 6 U 234/16](#) -, juris Rn. 23 ff.; vgl. auch SchÄ¼nberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017 â¼ im Folgenden S/M/V -, S. 524 ff.). Anlass zu Zweifeln an den Berechnungen des PrÄ¼ventionsdienstes bestehen nicht, da diese 2004 auf Basis eines GesprÄ¼chs mit dem KlÄ¼ger erstellt und jeweils ausfÄ¼hrlich und nachvollziehbar dargelegt wurden. Die Berechnungen wurden jeweils den BevollmÄ¼chtigten im damaligen Verwaltungsverfahren bzw. im Berufungsverfahren (an beide BevollmÄ¼tigte) Ä¼bersandt, ohne dass Einwendungen erhoben wurden.

Die nachgewiesenen Einwirkungen Ä¼bersteigen den im MDD formulierten Orientierungswert einer Gesamtdosis von 25 MNh deutlich. Sie erfolgten nach den Ermittlungen des PrÄ¼ventionsdienstes, hinsichtlich derer kein Anlass zu Zweifeln besteht, Ä¼ber einen Zeitraum von weit mehr als zehn Jahren, also langjÄ¼hrig (vgl. stellv. BSG, Urteil vom 23.4.2015, â¼ [B 2 U 10/14 R](#) â¼ juris Rn. 14 m.w.N. und S/M/V, a.a.O., S. 521 f.), und an mindestens 60 Schichten jÄ¼hrlich, also regelmÄ¼sig (vgl. stellv. BSG, Urteile vom 6.9.2018 â¼ [B 2 U 10/17 R](#) -, juris Rn. 22 m.w.N. und vom 23.4.2015 â¼ [B 2 U 6/13 R](#) -, juris Rn. 27).

Damit sind hier relevante Einwirkungen i.S.d. BK 2108, die durch die versicherten Verrichtungen verursacht wurden (Einwirkungskausalität) zur Überzeugung des Senats nachgewiesen.

3. Zur Überzeugung des Senats litt der Kläger jedenfalls im Zeitpunkt der Berufsaufgabe (November 2002) an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS i.S.e. lumbalen Wurzelreizsyndroms. Der Senat stützt sich dabei vor allem auf die zweitinstanzlich eingeholten ausführlichen und schlüssigen Gutachten des R1 und des S, jeweils mit ergänzenden Stellungnahmen, sowie ergänzend auf das frühere Gutachten des R1 vom 29.5.2008 im Verfahren L 3 U 301/07.

Zur Bewertung der arbeitsmedizinischen Voraussetzungen legt der Senat die Konsensempfehlungen aus dem Jahr 2005 zugrunde (vgl. Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften (HVBG) eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe, S Bolm-Audorff et al, „Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule“, Trauma und Berufskrankheit 2005/3, S. 212 ff.). Diese bilden wie R1 im Gutachten vom 19.11.2019 ausgeführt hat nach aktueller wissenschaftlicher Ansicht, der die Rechtsprechung folgt, weiterhin den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand ab (vgl. zuletzt BSG, Urteile vom 6.9.2018 [B 2 U 13/17 R](#) -, juris Rn. 20 und vom 23.4.2015 [B 2 U 10/14 R](#) -, juris Rn. 20; Thüringer LSG, Urteil vom 1.7.2021 [L 1 U 976/18](#) -, juris Rn. 28 und Hessisches LSG, Urteil vom 4.5.2021 [L 3 U 70/19](#) -, juris). Dem schließt sich der Senat an, zumal auch S die Konsensempfehlungen als aktuellen Stand der Wissenschaft zugrunde gelegt hat und dies der herrschenden wissenschaftlichen Literatur entspricht (vgl. S/M/V, a.a.O., S. 513 ff.). Die Konsensempfehlungen sind hier anwendbar, auch wenn die BK-Anzeige vor der Veröffentlichung erfolgte (vgl. für einen zeitlich vergleichbaren Sachverhalt: BSG, Urteil vom 6.9.2018 [B 2 U 10/17 R](#) -, juris).

Das Krankheitsbild einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS i.S.d. BK 2108 setzt nach den Konsensempfehlungen einerseits einen bildgebend nachgewiesenen Bandscheibenschaden voraus, also morphologische altersuntypische Veränderungen eines Segments oder mehrerer Segmente der LWS in Form von Chondrosen (Höhlenminderung der Bandscheiben/Zwischenwirbelräume) mindestens Grad II und/oder eines Prolapses (Bandscheibenvorfall). Dabei kann wie auch die Dres. G und S auf Basis der Konsensempfehlungen (a.a.O., S. 214) betont haben grundsätzlich nur auf Bildgebung bis zu 1 Jahr, maximal 2-3 Jahre nach Aufgabe der belastenden Tätigkeit zurückgegriffen werden, da die weiteren Entwicklungen nicht mehr der belastenden Tätigkeit zugerechnet werden können. Zum anderen muss ein mit den bildgebenden Befunden korrelierendes klinisches Krankheitsbild in Form eines lokalen Lumbalsyndroms oder eines lumbalen Wurzelsyndroms vorliegen. Beides ist hier im Vollbeweis nachgewiesen.

Beim Kläger bestand jedenfalls Ende 2002 ein Bandscheibenschaden in den Segmenten L4/5 und L5/S1. Röntgenaufnahmen der LWS vom 15.11.2002, 28.4.2003 und 17.3.2005 sowie eine Myelographie und ein Myelo-CT der LWS vom

26.8.2002 zeigen nach den übereinstimmenden Bewertungen der Dres. G und S im Segment L 4/5 mit einer relativen Bandscheibenhöhe von 49% nach Hurxthal eine Chondrose Grad II bis III, zusätzlich mit Spondylose, im Segment L5/S1 mit einer Bandscheibenhöhe von 69 % nach Hurxthal eine Chondrose Grad I bis II (vgl. zur Messung ausführlich die Konsensempfehlungen, a.a.O., S. 222 ff. und S/M/V, a.a.O., S. 514 ff.; eine Chondrose Grad I ist anzunehmen bei Höhenminderung $\geq 20^\circ$ und $= 33^\circ$ und