
Datum: 14.09.2016
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 17. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 17 U 729/11
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2016:0914.L17U729.11.00

Vorinstanz: Sozialgericht Gelsenkirchen, S 7 U 77/11
Nachinstanz: Bundessozialgericht, B 2 U 27/17 B
Sachgebiet: Unfallversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 21.10.2011 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 (BK) nach Ziffer 1102 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV, Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen), Ziffer 1302 BKV (Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe) sowie einer Wie-BK nach § 9 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII). 2

Der am 00.00.1976 geborene Kläger war vom 16.05.2000 bis zum 31.10.2005, unterbrochen durch drei Forschungsaufenthalte in den USA, als Diplomand bzw. Doktorand beim Max-Planck-Institut für Kohlenforschung N (MPI) tätig, wobei die praktischen experimentellen Arbeiten im März 2003 abgeschlossen wurden. Nach eigenen Angaben war der Kläger zuvor bereits im März/April 2000 Praktikant beim MPI. Ausweislich einer Mitteilung von Prof. Dr. T, Direktor am MPI, unter dessen Leitung der Kläger tätig war, vom 03.07.2000 an Dr. T1, Institut für Anatomie der WWU N, habe der Kläger an diesem Tag wegen eines außer Kontrolle geratenen Versuchsansatzes dringend ins Institut kommen müssen, um die einzuleitenden Maßnahmen abzustimmen. Der Kläger habe daher am Anatomiekurs nicht 3

teilnehmen können, da er (Prof. T) aus Sicherheitsgründen auf dessen Anwesenheit habe bestehen müssen. Zudem habe der Kläger bei Entsorgungsarbeiten Pyridin und Piperidin eingeatmet, worauf es zu Unwohlsein und später zu Durchfall und Erbrechen gekommen sei.

Unter dem 05.03.2009 erstattete das MPI eine Unternehmeranzeige bei Anhaltspunkten für eine BK und führte als Krankheitserscheinungen eine Störung des Immunsystems in Form multipler Allergien auf, asthmatische Erscheinungen nachts, ein stark ausgeprägtes Sicca-Syndrom (Augen, Nase, Mund, Ohren), aphthöse Geschwüre in Mund, Nase, Magen und Genitalbereich, eine Polyneuropathie (insbesondere Hände, Füße und Unterschenkel), Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Bluthochdruck, Sensibilisierung gegenüber polychlorierten Biphenylen (PCB) sowie diverse Unverträglichkeiten auf Waschmittel, Parfüms, Deodorant usw. Der Beginn der Beschwerden werde vom Kläger und seinem behandelnden Facharzt Prof. Dr. N, wo der Kläger seit 13.07.2006 in Behandlung war, in zeitlichen Zusammenhang mit der Entsorgung von Chemikalien aus einem Kühlschrank im Frühjahr/Sommer 2000 im MPI gestellt.

4

Die Beklagte zog Befund- und Behandlungsberichte sowie Auskünfte der Krankenkasse des Klägers (TKK) über Leistungszeiten bei und holte eine Stellungnahme ihrer Präventionsabteilung zur Arbeitsplatzexposition ein. Die Stellungnahme wurde von Dr. T2 und Dr. N1 am 21.09.2009 nach Gesprächen mit dem Kläger, Prof. Dr. T und Dr. U vom MPI sowie Herrn N2, Fachkraft für Arbeitssicherheit am MPI bis 10/2008, sowie auf der Basis von zwei Schreiben des Klägers sowie eines Schreibens von Dr. U vom 24.03.2009 erstellt. Danach habe der Kläger im Zeitraum vom 16.05.2000 bis März 2003 bei wissenschaftlich-experimentellen Labortätigkeiten Kontakt zu einer Vielzahl im Einzelnen aufgeführte Chemikalien gehabt. Die Verwendung von polychlorierten Biphenylen (PCBs) und Quecksilberverbindungen habe seitens des MPI nicht bestätigt werden können. Bei Entsorgungs- und Aufräumarbeiten an einem Kühlschrank Ende Juni/Anfang Juli 2000 sei der Kläger in Kontakt mit teils unbekannten Chemikalien gekommen. Während der Forschungsarbeiten hätten im Labormaßstab wechselnde Gefährdungen im Sinne der BK-Gruppe 13 bestanden. Aufgrund der zwar geringfügigen, aber doch vorhandenen Kontaktmöglichkeiten mit neuen biologisch aktiven Substanzen solle gutachterlich die Anwendung von § 9 Abs. 2 SGB VII geprüft werden. Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt der Stellungnahme, Bl. 165 ff. der Verwaltungsakte, verwiesen.

5

In der Folgezeit erfolgten weitere Nachfragen der Beklagten an Dr. U vom MPI zu den verwendeten Chemikalien. Das Laborjournal des Klägers war nicht mehr auffindbar, da es bereits im Rahmen einer umzugsbedingten Aufräumaktion im Jahr 2004 abhanden gekommen sei. Es bestehe nach Rücksprache mit Prof. Dr. C vom MPI die Möglichkeit, dass in dem vom Kläger gereinigten Kühlschrank PCB und nicht mehr identifizierbare Organoquecksilberverbindungen gelagert hätten, wobei eine sichere Aussage aufgrund des langen Zeitraums nicht mehr getroffen werden könne. Prüfprotokolle zu den vom Kläger benutzten Abzügen lägen nicht mehr vor, diese seien jedoch regelmäßig gewartet und geprüft worden.

6

In einer auf Initiative des Klägers verfassten Stellungnahme vom 11.01.2010 meinte Prof. Dr. N zusammenfassend, dass der Kläger einer extrem großen Anzahl von genotoxischen, immuntoxischen und kanzerogenen Substanzen simultan bei der Entsorgung von mehr als 200 Chemikalien aus einem alten Kühlschrank am MPI ausgesetzt gewesen sei, was nach genauer anamnestischer Expositionsabschätzung (starker Geruch nach Pyridin, Piperidin und Toluol über 12 h bei Entsorgungsarbeiten), insbesondere bei Betrachtung der kumulativen Effekte der mehr als 200 Substanzen, bei weitem die Schwelle für eine akute und als Folge

7

chronische Intoxikation überschreite. Nach der Entsorgungsaktion im Jahr 2000 sei es zu Unwohlsein und später Übelkeit und Erbrechen gekommen. Der Kläger beschreibe in seiner genauen Schilderung des Unfallablaufes die weiteren Symptome mit schmerzhaften Durchfällen, Erbrechen sowie starken Schmerzen in Händen, Füßen und Zähnen sowie einer leicht geröteten, stark juckenden Haut. Nach eingehendem Studium des Falles, jahrelangen Gesprächen und Therapie des Klägers, ausführlichem Literaturstudium und jahrzehntelanger Erfahrung als Gutachter bei Sozialgerichten bei Intoxikationen und Erkrankungen des Immunsystems spielten seiner Einschätzung nach mehrere Erkrankungskomponenten eine Rolle:

1. Akute Intoxikation bei Entsorgung des Kühlschranks mit Folge einer direkten irreversiblen Schädigung der Speichel- und Tränendrüsen als Folge einer Schädigung durch u. a. (chlorierte) aromatisch und aliphatische Lösungsmittel, PCB (sowie darin vermutlich enthaltene PCDF, Dioxine), aromatische Amine, diverse Heterozyklen sowie vermutlich Quecksilberorganyle, 8
 2. Ausbildung einer chemikalien-induzierten M. Behcet und Churg-Strauss-Syndrom-analogen Autoimmunerkrankung bei für eine "natürliche" Autoimmunerkrankung atypischem laboranalytischem Konstellationsbild sowie auch untypischen HLA-Konstellation mit jahrelang progressivem Verlauf, 9
 3. Ausbildung progressiver extrem seltener Kontaktallergien auf Baumwolle (oder enthaltene Einzelkomponenten) und Papier (oder einzelne Inhaltsstoffe), Allergien auf Waschmittel, Duftstoffe, Parfüm, Nahrungsmittel in Folge einer chronischen Schädigung des Immunsystems als Folge der akuten Intoxikation. 10
- Die möglichst schnelle Anerkennung der schwerwiegenden Erkrankung des Klägers als BK halte er für dringend angezeigt. 11
- In einer arbeitsmedizinischen Stellungnahme vom 26.04.2010 meinte der Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Arbeitsmedizin - Umweltmedizin - Dr. T2 von der Präventionsabteilung der Beklagten, dass die arbeitstechnischen Ermittlungen der Beklagten umfassend und vollständig seien. Da die Arbeitsplätze des Klägers im MPI nicht mehr bestünden, seien keine weiteren Details über die bereits ermittelten Sachverhalte hinaus feststellbar. Bei der jetzigen Vorlage sei die Akte auch unter dem Aspekt der Zuordnung der (Verdachts-)Diagnosen zu Listen-BK-Ziffern durchgesehen worden. Eine "Intoxikation mit Schädigung des Immunsystems mit Immundysfunktion" beschreibe Prof. Dr. N. Andererseits hätten immunologische Befundberichte mehrfach objektivierbare Beschädigungen des Immunsystems ausgeschlossen. Zuletzt werde ein komplexes Krankheitssyndrom diskutiert, das sich einer Listen-BK-Ziffer nicht widerspruchsfrei zuordnen lasse. 12
- Die Beklagte lehnte durch Bescheid vom 09.06.2010 die Anerkennung der Erkrankung des Klägers als BK (§ 9 Abs. 1 SGB VII) sowie wie eine BK (§ 9 Abs. 2 SGB VII) ab. Auf den hiergegen vom Kläger am 16.06.2010 eingelegten Widerspruch betrachtete die Beklagte den Bescheid vom 09.06.2010 als nichtig, da er nicht den Anforderungen an eine detaillierte und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden tatsächlichen und rechtlichen Grundlagen genüge und sagte eine neue Bescheidung zu. 13
- Sodann nahm die Beklagte weitere Arztberichte über den Kläger zu den Akten und zog eine Auskunft des Dr. U (MPI) vom 21.10.2010 bei. Darin hieß es zur Abschätzung der Exposition des Klägers gegenüber elementarem Quecksilber, dass insgesamt betrachtet der vom Kläger geäußerte Verdacht einer erhöhten Quecksilberexposition als Folge einer entsprechenden 14

Kontamination im Laborbereich des MPI nicht bestätigt werden könne. Wichtig erscheine zudem, dass im experimentellen Teil der Doktorarbeit des Klägers keinerlei quecksilberhaltigen Gerätschaften erwähnt würden.

Durch Bescheid vom 16.11.2010 lehnte die Beklagte die Anerkennung der Erkrankungen des Klägers als BKen und wie eine BK ab. In der Begründung wurden die in der BK-Liste unter 1102 sowie 1302 bis 1318 aufgeführten BKen-Ziffern im Einzelnen aufgeführt und abgelehnt. U.a. führte die Beklagte aus, eine BK nach Ziffer 1102 der Anlage 1 zur BKV (Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen) bestehe beim Kläger nicht, da während seiner Tätigkeit am MPI nur sehr geringfügige Einwirkungsmöglichkeiten durch Quecksilber bestanden hätten, die auch nicht im erforderlichen Vollbeweis zu sichern seien. Der frühere Mitarbeiter Prof. Dr. C habe zwar die Möglichkeit der Lagerung von nicht mehr näher identifizierten Organoquecksilberverbindungen in dem vom Kläger an zwei Tagen gereinigten Kühlschrank bestätigt. Allerdings könne auch diese sehr kurzzeitige Einwirkung in 2000 nicht mehr bewiesen werden. Insbesondere fehlten aus der unmittelbaren zeitlichen Nähe zur Kühlschrankräumung eindeutige ärztliche Diagnosen im Sinne einer akuten Quecksilberintoxikation, die ja im engen zeitlichen Kontext zur Einwirkung zu erwarten gewesen wäre. Andere Quellen einer Quecksilberintoxikation könnten ausgeschlossen werden. Manifeste Vergiftungen seien in der Regel Folge eines längeren und wiederholten, erheblichen Überschreitens der arbeitsmedizinischen Grenzwerte. Aufgrund der arbeitstechnischen Ermittlungen und angesichts des sieben bis zehn Jahre zurückliegenden Zeitraumes der Tätigkeiten am MPI sei nunmehr die Höhe der damaligen vermuteten Quecksilber-Exposition nicht mit Gewissheit zu beweisen. Aus dem Institut seien von vergleichbaren Arbeitsplätzen keine Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen gemeldet worden. Aufgrund einer Halbwertszeit von circa 65 Tagen für im Urin nachweisbares Quecksilber nach Expositionen seien lange zurückliegende Vergiftungen nicht mehr anhand erhöhter Konzentrationen nachweisbar. Bezüglich der chronischen Toxizität von metallischem Quecksilber und anorganischen Quecksilberverbindungen seien die Nieren, vor allem die proximalen Tubuli (Hauptstücke der Nierenkanälchen), von der toxischen Wirkung besonders betroffen. Die quecksilberbedingten neurologischen Symptome beim Erwachsenen seien insbesondere Gefühlsstörungen und Hirnnervenschädigungen (vor allem Seh- und Hörnerv) mit krankhaft gesteigerter Erregbarkeit und Tremor. In vielen Fällen entwickle sich eine Polyneuropathie. Fachärztlich seien jedoch neurologisch und nephrologisch bisher keine Erkrankungen diagnostiziert worden, die auf Quecksilber zurückgeführt würden. Das expositionsunabhängige Fortschreiten der beim Kläger beschriebenen Krankheitserscheinungen spreche ebenfalls gegen die Verursachung durch Einwirkungen während der Tätigkeiten am MPI. Prof. Dr. N habe eine akute Intoxikation durch Quecksilber in seinem Bericht vom 11.01.2010 selbst ausgeschlossen. Aufgrund der arbeitstechnischen Ermittlungen könne auch seine Argumentation zu einer möglichen chronischen Quecksilberintoxikation nicht nachvollzogen werden.

15

Eine BK nach Ziffer 1302 der Anlage 1 zur BKV (Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe) bestehe ebenfalls nicht. Beim Ausräumen des Kühlschranks im Jahre 2000 hätten nach Angaben des MPI möglicherweise kurzzeitige Kontakte zu PCB-haltigen Behältnissen bestanden. Sieben Jahre nach Ende der praktischen Tätigkeit am MPI seien weder chronisch neurologische noch andere halogenkohlenwasserstoffbedingte Krankheiten gesichert diagnostiziert worden. PCB-Blutwerte zum Beleg einer gegenüber der allgemeinen Bevölkerung erhöhten und klinisch relevanten Belastung lägen nicht vor. n-Hexan habe bei ausreichend hoher Exposition insbesondere neurotoxische Langzeit-Effekte. Eine Enzephalopathie oder Polyneuropathie seien nicht diagnostiziert worden.

16

17

Auch die Voraussetzungen für die Anerkennung der Erkrankung wie eine BK seien nicht erfüllt. Dies setze nämlich voraus, dass eine bestimmte Personengruppe infolge ihrer versicherten Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt sei, diese Einwirkungen nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft geeignet seien, Krankheiten solcher Art zu verursachen, und der ursächliche Zusammenhang der Erkrankung mit der versicherten Tätigkeit im Einzelfall wahrscheinlich sei. Der Kläger habe zwar auch Acetylendicarbonsäuredimethylester (DMAD) in kleinen Mengen eingesetzt, einen akut ätzenden Stoff aus der Gruppe der Alkine und Carbonsäureester. Aktuell seien aber keine Erkrankungen diagnostiziert worden, die auf die Einwirkung von DMAD gesichert zurückgeführt werden könnten. Langzeitschäden würden von der BK-Liste nicht abgebildet. Neue gesicherte Erkenntnisse im Sinne des § 9 Abs. 2 SGB VII zu DMAD lägen nicht vor. Ein "Multi-Toxin-Syndrom", wie von Dr. F, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Umweltmedizin, am 13.08.2010 in seinem Bericht vermutet, sei nicht als BK in der Liste der BKV aufgeführt. Es lägen auch keine gesicherten neuen Erkenntnisse vor, um eine solche Erkrankung "wie eine BK" nach § 9 Abs. 2 SGB VII anzuerkennen.

Gegen den Bescheid legte der Kläger am 18.11.2010 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.02.2011 zurückwies. 18

Am 10.03.2011 hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Gelsenkirchen (SG) erhoben. Er hat vorgetragen, dass von dem Vorhandensein von Organoquecksilberverbindungen in dem von ihm entsorgten Kühlschrank auszugehen sei. Eine beruflich relevante Exposition sei zugrunde zu legen. Aus seinem Krankheitsbild - namentlich dem schweren Sicca-Syndrom in Kombination mit hart-wachsartigen weißen Sekreten im Augenbereich - könne auf Intoxikationen mit PCB geschlossen werden. Nach der Entsorgungsaktion am Freitag, dem 30.06.2000 sowie am Montag, dem 03.07.2000 sei ihm noch gegen Ende dieser Tätigkeit schlecht geworden und es sei noch im MPI zu Durchfall und Erbrechen sowie starken Schmerzen an Händen, Füßen und Zähnen/Zahnfleisch gekommen. Im Übrigen hat der Kläger gerügt, dass die Beklagte die Prüfung eines Versicherungsfalles in Form eines Arbeitsunfalls unterlassen hat. 19

Der Kläger hat beantragt, 20

die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 16.11.10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.02.11 zu verurteilen, bei ihm eine Berufskrankheit nach Ziffer 1102 sowie 1302 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen sowie eine Quasi-Berufskrankheit im Sinne von § 9 Abs. 2 SGB VII. 21

Die Beklagte hat beantragt, 22

die Klage abzuweisen. 23

Sie hat vorgetragen, eine berufliche Gefährdung des Klägers habe nicht nachgewiesen werden können. Das Erkrankungsbild des Klägers habe auch keiner anderen BK-Ziffer zugeordnet werden können. Schließlich liege auch keine Wie-BK vor. 24

Mit Urteil vom 21.10.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Es sei weder belegt, dass der Kläger während seiner Tätigkeit beim MPI im Frühjahr/Sommer 2000, insbesondere bei der Entsorgung von Chemikalien aus einem Kühlschrank, einer schädigenden Einwirkung durch Quecksilber oder seine Verbindungen bzw. durch Halogenkohlenwasserstoffe ausgesetzt gewesen sei noch dass bei ihm eine Krankheit bestehe, die durch solche schädigenden 25

Einwirkungen verursacht werden könne. Das Bestehen einer beruflich relevanten Exposition sei nicht im Vollbeweis belegt, auch aus dem Bestehen einer Erkrankung könne nicht auf eine Intoxikation geschlossen werden.

Gegen das ihm am 17.11.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, den 19.12.2011 26
Berufung eingelegt und sein bisheriges Vorbringen wiederholt und unter Vorlage von
Stellungnahmen der Dres. F und N vertieft.

Der Kläger beantragt, 27

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 21.10.2011 abzuändern und die Beklagte 28
unter Aufhebung des Bescheides vom 16.11.2010 in der Gestalt des
Widerspruchsbescheides vom 23.02.2011 zu verurteilen, bei ihm eine Berufskrankheit nach
Ziffer 1102 sowie 1302 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen sowie eine Quasi-
Berufskrankheit im Sinne von § 9 Abs. 2 SGB VII.

Die Beklagte beantragt, 29

die Berufung zurückzuweisen. 30

Die Beklagte hält das Urteil des SG für zutreffend. 31

Der Senat hat die einschlägigen Laborjournale von Prof. Dr. C und seiner Mitarbeiter, die die 32
Zeit vor Anfang Juli 2000 erfassen, und eine Liste aller Mitarbeiter von Prof. Dr. C
beigezogen. Ebenfalls angeforderte Rechnungen ab dem Jahr 1980 betreffend die
Anschaffung von PCB, PBB, organischem Quecksilber und anorganischem Quecksilber
konnten vom MPI wegen Ablaufs der 10jährigen Aufbewahrungsfrist nicht mehr vorgelegt
werden.

Der Senat hat sodann Dr. F, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene des 33
Universitätsklinikums Freiburg, mit der Begutachtung des Klägers beauftragt. In seinem
Gutachten vom 20.07.2013 ist Dr. F zu dem Schluss gekommen, bei dem Kläger liege eine
Quecksilberintoxikation i.S. der BK 1102 vor. Ausgehend von dem beim Kläger vorliegenden
Peak-Tal-Muster der Quecksilberwerte in Abhängigkeit von der Gabe ausleitender
Medikamente und angesichts der Eliminationskinetik von Quecksilber sei es sicher, dass eine
Quecksilberintoxikation vor etlichen (mehr als 4-5) Jahren stattgefunden haben müsse. Die
massiven gesundheitlichen Beschwerden des Klägers deckten sich mit den Symptomen, die
für eine Quecksilberintoxikation beschrieben würden. Ferner seien über die Jahre viele
auffällige Laborwerte erhoben worden, welche die Korrelation von klinischer
Beschwerdesymptomatik und Quecksilberintoxikation unterstützten. Die fehlende Schädigung
der Nieren zusammen mit den hohen Quecksilberwerten der Haaranalyse seien typisch für
die extrem toxischen Organoquecksilberverbindungen. Deren vorkommen sei extrem selten,
im Haushalt ausgeschlossen und sie seien auch nur in wenigen Laboratorien vorhanden,
wobei Prof. C eingeräumt habe, mit solchen Verbindungen gearbeitet zu haben. Des
Weiteren bestehe der dringende Verdacht auf eine Intoxikation mit halogenierten
Kohlenwasserstoffen und Aromaten (BK 1302). Die Erkrankung sei mit an Sicherheit
grenzender Wahrscheinlichkeit durch die berufliche Tätigkeit im MPI entstanden, und zwar im
Rahmen der Entsorgung von Altchemikalien aus einem Kühlschrank im Mai und Juni/Juli
2000. Weitere Expositionen zu etlichen hochtoxischen aromatischen Verbindungen wie
Halogenaromaten, aromatischen Aminen und gentoxischen in DNA-intercalierenden
Verbindungen sowie etliche 100 Litern an teils sehr toxischen Lösungsmitteln im Rahmen von
Versuchen seien vorhanden, Nachweismethoden dieser nur in der Forschung gebräuchlichen

und teils absolut neuen Substanzen im menschlichen Körper seien nicht etabliert und müssten erst durch sehr teure aufwändige, intensive, aber machbare Versuchsreihen erforscht werden.

Die Beklagte ist der Einschätzung Dr. F nicht gefolgt und hat eine Stellungnahme des Arbeitsmediziners Dr. T2 vom 02.10.2013 übersandt. Dr. T2 hat die Auffassung vertreten, die Ausführungen von Dr. F zu toxischen Expositionen und den daraus resultierenden Erkrankungen des Klägers seien rein spekulativ. Schon die Einwirkung sei nicht belegt, Prof. T habe in seinem Schreiben vom 03.07.2000 lediglich erwähnt, der Kläger habe bei Entsorgungsarbeiten "Pyridin und Piperidin" eingeatmet, Quecksilber- oder PCB-Expositionen würden nicht genannt. Auch das Auftreten der Beschwerden sei nicht mehr überprüfbar, sie seien keinesfalls beweisend für eine Quecksilberintoxikation. Insbesondere fehlten aus der näheren Zeit (1-2 Jahre) nach der Kühlschrankräumung fachärztliche Diagnosen im Sinne einer akuten Quecksilberintoxikation. Tätigkeitsnahe Biomonitoring-Ergebnisse, z.B. im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge, fehlten. Für die von Dr. F durchgeführte Quecksilberbestimmung nach medikamentöser Vorbehandlung gebe es keine allgemein gültigen Grenzwerte. Die aktuelle umweltmedizinische Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) zu Quecksilber weise ausdrücklich darauf hin, dass solche Vorbehandlungen für diagnostische Zwecke nicht geeignet seien. Das expositionsunabhängige langjährige Fortschreiten der geklagten Symptome spreche ebenfalls gegen die Verursachung durch Einwirkungen während der Tätigkeit beim MPI. Fachärztlicherseits sei weder von neurologischer, nephrologischer, dermatologischer, arbeitsmedizinischer, psychiatrischer, zahnärztlicher noch von ophthalmologischer Seite die Diagnose einer Quecksilberintoxikation gestellt worden. Dr. F erwähne in seinem Gutachten zahlreiche Berichte nicht, die normale Befunde erbracht hätten. Zur differentialdiagnostischen Abklärung unklarer Krankheitsbilder seien diese Befunde aber von hoher Bedeutung. Die klinische Manifestation der bei der sog. "Ausleitungstherapie" bemerkten Symptome werde ohne eine fundierte differentialdiagnostische Abklärung auf die vermutete Einwirkung zurückgeführt. Die Bewertung von sog. Ausleitungstherapien sei kritisch zu betrachten, da allein durch die applizierten Präparate häufig Nebenwirkungen zu erwarten seien. Haaranalysen seien wegen mangelhafter Methodik und Interpretierbarkeit nach der aktuellen Leitlinie der DGAUM nicht geeignet, die Quecksilberbelastung zu objektivieren. Auffällig sei schließlich, dass zum Hauptzielorgan einer tatsächlichen Quecksilberintoxikation, dem Nervensystem, von den diesbezüglich vom Kläger hinzugezogenen Fachärzten nicht einmal die Verdachtsdiagnose einer Intoxikation gestellt worden sei.

Der Kläger hält die Ausführungen von Dr. F für zutreffend und verweist auf die Besonderheiten der völlig neuen Quecksilberverbindungen, mit denen er am MPI in Kontakt gekommen sei und deren Existenz durch die Dissertation des H T, welcher den ausgeräumten Kühlschrank vor ihm benutzt habe, belegt seien, wodurch sein Fall medizinisch äußerst komplex sei.

Der Senat hat Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte sowie ein Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkassen des Klägers, Continentale und TKK, beigezogen und sodann ein arbeitsmedizinisches Gutachten nach Aktenlage von Prof. Dr. S eingeholt. Ein Befangenheitsgesuch des Klägers gegen den Sachverständigen ist mit Senatsbeschluss vom 17.12.2014 zurückgewiesen worden.

Prof. S hat in seinem Gutachten vom 19.09.2015 die Diagnosen

1. Verdacht auf Behcet-Syndrom 2. Verdacht auf sekundäres Sjörgen-Syndrom 3. Atopische Diathese 4. Rezidivierende Schmerz- und Schwindelzustände unklarer Genese 5.

Rezidivierende Hochdruckkrisen unklarer Genese 6. Typ-C-Gastroduodenitis 7.
Rezidivierende abdominelle Schmerzen unklarer Genese 8. Aneurysma des Truncus
coeliacus 9. Mikrohämaturie 10. Nitritausscheidung im Urin ohne Bakteriurie 11. Nächtliche
Atemwegsbeschwerden unklarer Genese

gestellt. Hinsichtlich der streitgegenständlichen BK 1102 hat Prof. Dr. S ausgeführt, dass eine 39
über die Belastung der Allgemeinbevölkerung hinausgehende Quecksilberbelastung nicht
bewiesen sei. Die zwischen den Ausleitungsphasen gemessenen
Quecksilberkonzentrationen zeigten Normalwerte, die Frage, ob sich Quecksilbermobilisation
durch DMPS, DMSA oder andere schwefelhaltige Verbindungen als diagnostischer Test für
den Nachweis einer Quecksilberbelastung eigne, werde kontrovers diskutiert. Es gebe keine
verlässlichen Referenzwerte für die Quecksilberkonzentration im Urin nach Applikation
ausleitender Präparate. Bei einer Halbwertszeit des Quecksilbers zwischen 40 Tagen und 18
Jahren sei es ohne weitere Belege Spekulation, den Zeitpunkt einer vermuteten Intoxikation
auf zwei zehn Jahre zurückliegende Tage festzulegen. Bei der von Prof. N vermuteten
Intoxikation durch organisches Quecksilber hätten zentralnervöse Symptome sowohl initial
als auch im weiteren Verlauf dominieren müssen, was indes nicht der Fall sei. Des Weiteren
seien die bei dem Kläger vorliegenden Symptome und Befunde, vor allem die urogenitalen
Ulzera und die Sicca-Symptomatik bisher bei Quecksilberexponierten nicht beobachtet
worden. Verschiedene andere Symptome und Befunde wie die Hautbefunde, Blutdruckkrisen,
Mattigkeit, die vermutete verstärkte NO-Bildung und die variierenden COX-2-Werte ließen
sich auch ohne Quecksilberintoxikation hinreichend erklären. Hinsichtlich der BK 1302 hat der
Sachverständige darauf hingewiesen, dass die im Mai 2013 bei dem Kläger bestimmten
Konzentrationen der halogenierten Biphenyle im Bereich der Hintergrundbelastung gelegen
hätten. Die meist toxischen Wirkungen der PCB, darunter die Veränderungen der
Maibomschen Drüsen und die immunotoxischen Effekte würden durch höherchlorierte PCB-
Kongeneren verursacht, deren Halbwertszeiten überwiegend sehr lang seien. Daher habe
deren Konzentration zum Zeitpunkt der Entsorgungsaktion unwesentlich über den im Mai
2013 gemessenen Werten gelegen. Die beklagten Gesundheitsstörungen ließen sich nicht
auf eine frühere Exposition gegenüber PCB zurückführen. Auch das Vorliegen der - nicht
streitgegenständlichen - BKen nach Ziffern 1105, 1109, 1301, 1303, 1304, 1306, 1310, 1316,
1317, 1319 BKV verneint er. Auch lasse sich nicht belegen, dass der Kläger bei seiner Arbeit
der Einwirkung einer Chemikalie ausgesetzt gewesen sei, die nach neuen wissenschaftlichen
Erkenntnissen seine Gesundheitsstörung verursacht habe. In der Literatur fänden sich
Beispiele für die Induktion von Autoimmunkrankheiten durch Metalle und Organika. Unter der
Voraussetzung, dass bei dem Kläger tatsächlich eine Autoimmunkrankheit vorliege, sei die
Möglichkeit einer Induktion durch einen von dem Kläger bei seiner Arbeit am MPI
verwendeten Stoff prinzipiell gegeben gewesen. Dagegen spreche jedoch, dass für die bei
dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen solche Zusammenhänge nicht belegt seien.
Auch sei nicht nachgewiesen, dass er Stoffen, die eine Autoimmunkrankheit induzieren
könnten, im erforderlichen Umfang exponiert gewesen sei. Zudem sei nach Aktenlage nicht
eindeutig klar, dass die Gesundheitsstörungen erst nach Aufnahme der Tätigkeit am MPI
ihren Anfang gefunden hätten.

Der Kläger hat die Ausführungen von Prof. Dr. S für unzutreffend gehalten und eine 40
Stellungnahme von Prof. Dr. N vorgelegt. Prof. N hat von einer am 07.05.2015
durchgeführten Analytik zur Quecksilberfreisetzung aus dem "in der Folge des Chemieunfalls
03.07.2000 bei Ihnen [dem Kläger] aufgetretenen und seither persistenten schmerzhaften
Erythems am linken Unterschenkel" berichtet. Die Messergebnisse belegten, dass das nach
lokaler Kontamination mit den im Kühlschrank des MPI aufbewahrten Chemikalien
aufgetretene und seither persistierende Erythem am linken Unterschenkel durch hochstabile

Quecksilber-Organo-Verbindungen verursacht worden sei und diese als hochlipophile Substanzen über viele Jahre im Subkutangewebe als lipophilem Gewebskompartiment gespeichert gewesen seien bis sie unter der Anregungsenergie des Infrarotlichts bei der Infrarotlicht-Mobilisation chemisch destabilisiert, das Quecksilber aus diesen Komplexen freigesetzt und bei der Schweißbildung über die Haut eliminiert worden sei. Zeitlich kongruent zu der Quecksilberausleitung seien bei dem Kläger im Einzelnen beschriebene, schwere Krankheitssymptome aufgetreten. Durch den Nachweis der direkten Beziehung zwischen toxischer Quecksilberkonzentration und -menge, wie diese unmöglich einer im Alltagsleben möglichen Kontamination zugeschrieben werden könne, und klinischer Manifestation der Intoxikation hier am Beispiel des seit der Entsorgungsaktion aktiven Erythems am linken Unterschenkel müssten ebenso die weiteren bei dem Kläger vorliegenden Krankheitsmanifestationen dem Intoxikationsgeschehen mit Organo-Quecksilberverbindungen zugeschrieben werden. Außerdem bestehe eine lückenlose Übereinstimmung der bei dem Kläger festgestellten klinischen Beschwerden und Befunden mit der im Schrifttum veröffentlichten Liste von Berichten von Intoxikationsfällen mit Quecksilber.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. S vom 17.06.2016 eingeholt, welcher sich den Ausführungen von Prof. Dr. N nicht angeschlossen hat. Die von Prof. Dr. N vorgelegten Befunde und die beschriebenen Symptome belegten nicht, dass sie Folge einer Quecksilberintoxikation während einer vor 15 Jahren durchgeführten Entsorgung von Chemikalien aus einem Kühlschrank am MPI seien. In vieler Hinsicht seien die Befunde im Hinblick auf die zuvor im Verfahren erhobenen Messdaten nicht plausibel. Bereits eine lokale Kontamination des linken Unterschenkels sei in keiner der früheren in den Akten vorliegenden Beschreibungen der Entsorgungsaktion erwähnt worden. Hinweise auf ein Erythem fänden sich erstmals ab Juli 2006, in vorherigen Arztberichten finde sich kein entsprechender Hinweis, in einem Bericht des Dr. T3 von 2002 sogar der Hinweis auf einen unauffälligen Hautbefund. Ferner sei eine 15 Jahre nach der postulierten Kontamination eines lokalen Hautareals gemessene Quecksilberkonzentration, die mehr als 21.000-fach über einer fünf Jahre zuvor im Blut gemessenen Quecksilberkonzentration liege, nicht plausibel. Organische Quecksilberverbindungen besäßen eine hohe Mobilität im Organismus. Selbst wenn Spritzer einer in einem lipophilen Lösungsmittel gelösten organischen Quecksilberverbindung die Haut am linken Unterschenkel kontaminiert hätten und diese Verbindung rasch über die Haut resorbiert worden wäre, hätte sie sich unmittelbar weiter im Organismus verteilt. Die von Prof. Dr. N gemessene Quecksilberkonzentration im Urin sei unter Berücksichtigung der im Jahr 2010 gemessenen Quecksilberkonzentration ebenfalls nicht plausibel. Der beschriebene Symptomkomplex aufgrund einer akuten lokalen Freisetzung von Quecksilber aus der Haut in den systemischen Kreislauf sei ihm aus der Literatur nicht bekannt. Auffallend sei, dass ein entsprechender Symptomkomplex unmittelbar nach der Entsorgungsaktion und in den ersten Jahren danach nicht aufgetreten sei. Es sei auch nicht plausibel, dass fünf Jahre nach einer im Blut gemessenen unauffälligen Quecksilberkonzentration nun im Augensekret gegenüber der damaligen Konzentration eine über 197-fache Anreicherung von Quecksilber erfolgt sein solle. Dass 24 Stunden nach dem Auftragen einer DMSA-Lösung (Schwefel, der Schwermetalle bindet) auf das Erythem zwar eine über der Hintergrundbelastung liegende, jedoch geringe Konzentration von Quecksilber im Urin bestimmt worden sei, zeige lediglich, dass ein gewisser DMSA-Anteil perkutan resorbiert worden sei und mit seiner komplexierenden Aktivität Quecksilber, das in jedem Organismus vorhanden sei, gebunden und renal eliminiert habe

41

Der Kläger hat eingewandt, die Ausführungen von Prof. Dr. S entsprächen nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Er hat vorgetragen, seine Eltern und seine Tante könnten

42

die Existenz einer Rötung an seinem linken Unterschenkel seit dem Unfalltag bezeugen. Er hat ferner einen Befundbericht des Internisten und Allgemeinmediziners Dr. N3 vom 07.09.2016 zu den Akten gereicht, in welchem dieser u.a. über eine Wiederholung eines Mobilisationsversuchs des Quecksilbers durch IR-Bestrahlung vom 25.04.2016 berichtet. Der Kläger hat sich ferner auf Stellungnahmen des Prof. Dr. N vom 05.09.2016 und 13.09.2016 bezogen, welche dieser dem Gericht unmittelbar übersandt hat. Prof. Dr. N hat Kritik an den gutachtlichen Äußerungen von Prof. Dr. S geäußert und meint, die bei dem Kläger erhobenen Befunde könnten nur aus der bei dem "Chemieunfall im Jahr 2000 erlittenen Intoxikation" erklärt werden. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Ausführungen von Prof. Dr. N nebst Anlagen, Bl. 950 ff. der Gerichtsakte, Bezug genommen.

Der Kläger hat am 24.08.2016 unter Verweis auf seinen Gesundheitszustand und eine fehlende anwaltliche Vertretung nach Mandatsniederlegung seiner Bevollmächtigten am 18.07.2016 eine Verlegung des Termins zu mündlichen Verhandlung um mindestens sechs Monate beantragt. 43

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug. Diese Akten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. 44

Entscheidungsgründe: 45

Der Senat war an einer Entscheidung nicht gehindert, obwohl für den Kläger in der mündlichen Verhandlung niemand erschienen ist. Denn der Kläger wurde in der seiner damaligen Bevollmächtigten am 29.06.2016 und - nach deren Mandatsniederlegung am 18.07.2016 - ihm am 09.08.2016 ordnungsgemäß zugestellten Ladung darauf hingewiesen, dass auch in seiner Abwesenheit mündlich verhandelt, Beweis erhoben und entschieden werden kann (§ 153 Abs.1 i.V. mit § 126 Sozialgerichtsgesetz (SGG), vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Auflage, § 126 Rn. 4). Seinem Antrag auf Verlegung des Termins zur mündlichen Verhandlung um mindestens sechs Monate hat der Senat nicht entsprochen. Eine kurzfristige Mandatskündigung der Bevollmächtigten, die u.U. eine Vertagung erfordern würde, hat nicht vorgelegen (zum rechtlichen Gehör insoweit vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2002, B 6 KA 8/02 R, www.sozialgerichtsbarkeit.de; Wolff-Dellen in Breitzkreuz/Fichte, Kommentar zum SGG, § 62 Rn. 29). Die Mandatsniederlegung durch die Bevollmächtigte erfolgte sieben Wochen vor dem Termin. Diese Zeitspanne erachtet der Senat als ausreichend, einen Rechtsanwalt zu beauftragen, der sich in die Sache hätte einarbeiten können. Dass, wie der Kläger vorträgt, kein Anwalt zu finden sei, der gegen die Beklagte aufzutreten bereit wäre, erscheint dem Senat nicht nachvollziehbar, wie die große Zahl der Streitsachen vor dem Senat zeigt, in denen in Verfahren gegen die Beklagte Beteiligte anwaltlich vertreten werden. Dass sein Gesundheitszustand dem Kläger nicht erlaubt, seine Angelegenheiten zumindest insoweit zu regeln, als dass er andere mit seiner Vertretung beauftragen kann, ist nicht belegt. Bei chronischer Erkrankung ist in der Regel Vorsorge für eine geeignete Vertretung zu treffen (Kühl in: Breitzkreuz/Fichte, a.a.O., § 110, Rn. 9), zumal im Verfahren schon mehrfach gesundheitsbedingt eine mehrmonatige Fristverlängerung erbeten wurde. Der Kläger, dessen persönliches Erscheinen nicht angeordnet war, ist darauf hingewiesen worden, dass eine Vertretung z.B. auch durch seine Mutter, die bereits zuvor mehrfach in dem Verfahren geschrieben hatte, erfolgen kann. 46

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Der Bescheid vom 16.11.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.02.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten (§ 54 Abs. 2 S. 1 SGG) Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung einer BK nach den Ziffern 1102 und/oder 1302 BKV bzw. einer Quasi-BK im Sinne von § 9 47

BKen sind Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3, 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Nach § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII ist die Bundesregierung ermächtigt, Krankheiten als BKen zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Dies geschieht in der BKV, der eine Liste der entschädigungspflichtigen BKen angefügt ist.

48

Zu den entschädigungspflichtigen BKen gehören Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen (BK 1102). Dabei ist es für die Einordnung als BK (und nicht als Arbeitsunfall) unerheblich, ob es sich um eine einmalige Intoxikation - wie hier von dem Kläger vorgetragen im Rahmen der Entsorgungsaktion am 03.07.2000 - handelt. Ist zweifelhaft, ob sich der von einem BKtatbestand umfasste Pathomechanismus nach dem Willen des Ordnungsgebers auch auf "unfallmäßige" massive Einzelexpositionen erstrecken soll, so ist zur Feststellung des diesbezüglichen Willens des Ordnungsgebers u.a. auf die vom zuständigen Ministerium zu den Tatbeständen der Anlage zur BKV herausgegebenen Merkblätter zurückzugreifen (vgl. BSG v. 12.04.2005 - B 2 U 6/04 R; siehe auch Brandenburg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 9 SGB VII). Nach dem Merkblatt zur BK 1102 ist auch eine akute Form der Erkrankung infolge des Einatmens größerer Mengen, gelegentlich auch durch orale Aufnahme von Quecksilberverbindungen möglich. Daraus lässt sich schließen, dass auch eine unfallmäßige massive Einzelexposition grundsätzlich vom BK-Tatbestand umfasst ist.

49

Mit der Aufnahme einer Krankheit in die Liste der BKen wird indes nur die mögliche Ursächlichkeit einer beruflichen Schädigung generell anerkannt und die Erkrankung als solche für entschädigungswürdig befunden. Im Einzelfall setzt die Feststellung einer BK voraus, dass der Betroffene im Rahmen einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit schädigenden Einwirkungen im Sinne der BK ausgesetzt war, die geeignet sind, einen entsprechenden Gesundheitsschaden zu bewirken, und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Verrichtung, die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich ihrer Art und ihres Ausmaßes und die Krankheit als solche im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 07.04.2013, B 2 U 11/12 R, Rn. 12 m.w.N; Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheiten-Verordnung [Kommentar] E § 9 SGB VII Rdnr. 14). Der ursächliche Zusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung beurteilt sich nach der unfallrechtlichen Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Bedingungen (mit-) ursächlich, die wegen ihrer besonderen Bedeutung für den Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs genügt im Übrigen hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (vgl. nur BSG, Urteil vom 07.04.2013, B 2 U 11/12 R, juris-Rn. 12 m.w.N; Mehrtens/ Brandenburg, a.a.O., Rdnr. 26).

50

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze kommt die Feststellung der streitigen BK nach Ziffer 1102 BKV nicht in Betracht, weil vorliegend schon nicht im notwendigen Vollbeweis nachgewiesen ist, dass der Kläger schädigenden Einwirkungen im Sinne der BK 1102

51

ausgesetzt war, die geeignet waren, eine Erkrankung hervorzurufen. Als bewiesen kann angesehen werden, dass der Kläger im Frühjahr 2000 sowie vom 16.05.2000 bis zum 31.10.2005 im MPI tätig war. Ebenso kann als bewiesen angesehen werden, dass er am 03.07.2000 Entsorgungsarbeiten durchgeführt hat, da in einem Schreiben des Prof. T vom gleichen Tag ein "außer Kontrolle geratener Versuchsansatz" erwähnt wird. Hinsichtlich der entsorgten Stoffe ist indes nicht im Vollbeweis nachgewiesen, um welche Stoffe es sich gehandelt hat, die eine Exposition entsprechend dem Tatbestand der BK 1102 zur Folge haben können. Prof. T hat in seinem Schreiben vom 03.07.2000 lediglich erwähnt, der Kläger habe bei Entsorgungsarbeiten "Pyridin und Piperidin" - beide keine Quecksilberverbindungen - eingeatmet. Weitere Stoffe, insbesondere Quecksilberverbindungen, werden nicht genannt. Alle weiteren im Verfahren diskutierten Angaben zu einer Quecksilberbelastung beruhen auf Äußerungen des Klägers, welcher selbst nicht genau benennen konnte, welche Substanzen er entsorgt haben will. Hinsichtlich der Entsorgung von Quecksilberverbindungen verweist er auf die Beschriftung eines abgefallenen Fragments eines Etiketts mit "Hg-CH", welches er in der unteren hinteren Kühltür gefunden habe. Es steht nicht fest, dass sich der zu diesem Etikett gehörende Behälter noch in dem Kühlschrank befunden hat. Insofern war der Senat nicht gehalten, Tn H T, der nach Angaben des Klägers zuvor mit den Substanzen im Kühlschrank gearbeitet hat, als Zeugen zu vernehmen, da dieser zum Inhalt des Kühlschranks am 03.07.2000 keine Aussage treffen kann, denn er war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr am MPI tätig. Auch die Angabe des Prof. Dr. C, dass mit organischen Quecksilberverbindungen gearbeitet worden sei und diese möglicherweise - ohne dass eine sichere Aussage dazu getroffen werden könne - in dem Kühlschrank gelagert waren, genügt für einen Vollbeweis einer Einwirkung ebensowenig wie der Umstand, dass die Ausführungen in H Ts Dissertation auf Versuche mit solchen Verbindungen schließen lassen. Schließlich ist auch die Art und Menge der von dem Kläger behaupteten Einwirkung von Quecksilber (Hg) nicht nachgewiesen. Nach dem Merkblatt werden Hg und seine Verbindungen beruflich bedingt vorwiegend in Dampf- oder Staubform eingeatmet, in geringerem Umfang ist auch Aufnahme über die Haut oder den Magen-Darm-Trakt möglich. Während der Kläger zunächst keine Angaben über die Art der Kontamination gemacht hat, tragen er und ihm folgend Prof. Dr. N zuletzt vor, die Aufnahme sei über die Haut erfolgt, hier konkret in Form von Spritzern am linken Unterschenkel. Diesbezüglich weist Prof. S zu Recht darauf hin, dass der Kläger 2009 noch angegeben habe, dass trotz der zur Verfügung stehenden Schutzausrüstung (Schutzhandschuhe, Schutzbrille, ggf. Schürzen) und trotz des Tragens von Handschuhen einzelne Chemikalienspritzer auch auf die Unterarme und Hosenbeine gelangt seien und an wenigen Stellen (Unterarme, Leisten) sogar bis auf die Haut durchgedrungen seien. Eine Kontamination des Unterschenkels wurde nicht erwähnt. Auch in den Arztberichten bis 2006 finden sich keine Anhaltspunkte, die auf eine Quecksilberkontamination der Haut am Unterschenkel hinweisen könnten. Ein Rückschluss der von Prof. Dr. N nach Ausleitungstherapien gemessenen Quecksilberwerte auf eine im Jahr 2000 stattgehabte Kontamination gleich welcher Art ist nicht möglich, worauf Prof. Dr. S in seinem Gutachten unter Bezug auf die Unmöglichkeit einer konkreten Rückrechnung anhand von Halbwertszeiten für den Senat überzeugend hinweist. Andere Einwirkungen von Quecksilber während seiner Tätigkeit am MPI außerhalb der "Entsorgungsaktion" sind weder ersichtlich noch hat der Kläger solche benannt.

Aufgrund des fehlenden Nachweises beruflich relevanter Einwirkungen kann der Senat offen lassen, ob der Kläger an Erkrankungen leidet, die durch Quecksilber hervorgerufen werden können. 52

Hinsichtlich der vom Kläger ebenfalls geltend gemachten BK 1302 (Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe) ist eine durch Halogenkohlenwasserstoffe induzierte Erkrankung 53

nicht nachgewiesen. Insoweit hat der Sachverständige Dr. F lediglich den Verdacht einer Intoxikation mit Halogenkohlenwasserstoff geäußert, ohne diesen über die bloße Möglichkeit hinaus belegen zu können. Nach den Ausführungen Prof. Dr. S, der dem Senat als erfahrener und kompetent urteilender Sachverständiger aus einer Vielzahl von Verfahren bekannt ist und denen der Senat folgt, lassen sich die beklagten Gesundheitsstörungen auch gar nicht auf eine frühere Exposition gegenüber PCB zurückführen. Die im Mai 2013 bei dem Kläger bestimmten Konzentrationen der halogenierten Biphenyle lagen danach im Bereich der Belastung der Allgemeinbevölkerung, eine erhöhte Belastung konnte nicht verifiziert werden. Nach den Ausführungen Prof. Dr. S werden die toxischen Wirkungen der PCB, darunter die Veränderungen der Maibomschen Drüsen und die immunotoxischen Effekte, durch höherchlorierte PCB-Kongenere verursacht, deren Halbwertszeiten überwiegend sehr lang sind. Deren Konzentration zum Zeitpunkt der beruflichen Tätigkeit des Klägers am MPI kann deshalb nur unwesentlich über den im Mai 2013 gemessenen Werten gelegen haben. Die Erkrankung des Klägers, insbesondere die von ihm berichtete Bildung von hartwachsigen Augensekreten, lässt sich demnach nicht auf eine frühere Exposition mit PCB zurückführen.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Anerkennung der bei ihm vorliegenden Gesundheitsstörungen als Wie-BK. Nach § 9 Abs. 2 SGB VII haben die Unfallversicherungsträger eine Krankheit, die nicht in der BKV bezeichnet ist oder bei der die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine BK als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Bezeichnung nach § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII erfüllt sind. Die sich aus dieser Vorschrift ergebenden Tatbestandsmerkmale für die Feststellung einer "Wie"-BK bei einem Versicherten sind das Nicht-Vorliegen der Voraussetzungen für eine in der BKV bezeichnete Krankheit, das Vorliegen der allgemeinen Voraussetzungen für die Bezeichnung der geltend gemachten Krankheit als BK nach § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie die individuellen Voraussetzungen für die Feststellung dieser Krankheit als "Wie"-BK im Einzelfall bei dem Versicherten. Nach der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung enthält diese Vorschrift keine "Härteklausel", nach der jede durch eine versicherte Tätigkeit verursachte Krankheit als "Wie"-BK anzuerkennen wäre (BSG, Urteil vom 27.04.2010 - B 2 U 13/09 R, juris-Rn. 9). Vielmehr soll die Anerkennung einer Wie-BK nur erfolgen, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme der betreffenden Einwirkungs-Krankheits-Kombination in die Liste der BKen erfüllt sind, der Verordnungsgeber aber noch nicht tätig geworden ist (vgl. BSG, Urteil vom 29.11.2011 - B 2 U 26/10 R, juris-Rn 26). Der Versicherungsfall einer Wie-BK ist eingetreten, wenn neben den Voraussetzungen der schädigenden Einwirkungen aufgrund der versicherten Tätigkeit, der Erkrankung und der haftungsbegründenden Kausalität im Einzelfall auch die Voraussetzungen für die Aufnahme der betreffenden Einwirkungs-Krankheits-Kombination in die Liste der BKen nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen erfüllt sind. Vorliegend ist - worauf Prof. Dr. S hingewiesen hat - schon nicht belegt, dass für die bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen ein Zusammenhang mit den von ihm verwendeten Stoffen, deren Expositionsumfang im Einzelnen nicht mehr festgestellt werden kann, besteht. Demzufolge kann auch nicht festgestellt werden, dass eine Einwirkungs-Krankheits-Kombination vorliegt, bei der die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Liste der BKen nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen erfüllt sind. Auch Dr. F hat in seinem Gutachten vom 25.07.2013 letztlich das Vorliegen einer Wie-BK verneint.

54

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 183 Satz 1, 193 Abs. 1 SGG.

55

Revisionsgründe (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

56

