

L 3 U 92/15

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 67 U 712/11
Datum
07.05.2015
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 92/15
Datum
01.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 67/18 B
Datum
09.07.2018
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind auch fürs Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten wegen der Folgen einer bei ihm anerkannten Berufskrankheit gemäß Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war – BK 3101) die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1955 geborene Kläger arbeitete seit 1983 als Anästhesist in einem B Universitätsklinikum. Auf häufiges Druckgefühl im Oberbauchbereich und vermehrte Müdigkeit hin ließ sich der Kläger von Prof. Dr. H vom Universitätsklinikum C untersuchen, welcher bei ihm im September/ Oktober 1991 eine fortbestehende Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) mit Verdacht auf eine leichte chronische Hepatitis ohne wesentliche Beschwerden feststellte. Daraufhin erstattete der Arbeitgeber des Klägers bei der Beklagten die BK-Anzeige vom 30. September 1991. Nach Einholung der gewerbeärztlichen Stellungnahme vom 18. Dezember 1992 erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 23. Februar 1993 beim Kläger einen "Trägerstatus von Virus-Hepatitis-C-Markern nach einer subklinisch abgelaufenen Virushepatitis C-Erkrankung" als BK 3101 an und lehnte die Gewährung einer Rente ab. Auf den gegen die Ablehnung der Rente gerichteten Widerspruch des Klägers vom 08. März 1993, welchen er mit einer zumindest leichten Entzündungsaktivität der Leber, der ungünstigen Prognose einer weiterschwelenden HCV-Erkrankung und persönlicher beruflicher Betroffenheit begründete, holte die Beklagte bei Prof. Dr. H das auf am 15. Juni 1993 erhobenen klinischen und Laborbefunden (leichte erhöhte Gamma-GT bei normalen Transaminasen und erhöhtem Cholesterinspiegel, vollständig negative Hepatitis-Serologie) beruhende fachinternistische Gutachten vom 24. Juli 1993 ein, wonach sich die beim Kläger fortbestehenden Beschwerden (Druckgefühl im rechten Oberbauch und vermehrte Müdigkeit) nicht mit dem Leberbefund erklären ließen und von einer abgeklungenen chronischen HCV-Infektion mit jetzt wahrscheinlich eingetretener Viruselimination auszugehen sei. Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch nach Einholung einer weiteren gewerbeärztlichen Stellungnahme vom 20. September 1993 mit Widerspruchsbescheid vom 11. Oktober 1993 als unbegründet zurück. Hierbei stützte sich die Beklagte unter anderem auf das o.g. fachinternistische Gutachten von Prof. Dr. H. Der Kläger machte dann der Beklagten gegenüber mit einem am 15. April 1999 gestellten Antrag eine Verschlimmerung geltend. Er verwies auf mittlerweile höhere Gamma-GT-Werte bei weiterbestehenden klinischen Beschwerden (vermehrte Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und Schmerz im rechten Oberbauch bei Rechtsseitenlage). Die Beklagte holte das auf einer klinischen und Labordiagnostik vom 22. September 1999 beruhende Nachgutachten von PD Dr. F vom 02. November 1999 ein, wonach weder klinisch noch sonographisch noch labormedizinisch ein auffälliger Leberbefund bestand. Die u.a. geringfügigen Auffälligkeiten von Gamma-GT seien nicht im Sinne einer chronischen Hepatitis C zu interpretieren. Es bestehe eine früher bereits diagnostizierte Fettstoffwechselstörung, woraus sich die geringfügig veränderten Laborparameter zwanglos erklären ließen. Die Beklagte lehnte den Antrag auf Verletztenrente wegen einer Verschlimmerung der BK-Folgen mit Bescheid vom 04. Dezember 2000 ab.

Hiernach wandte sich der Kläger erstmals wieder mit Schreiben vom 08. Februar 2010 an die Beklagte und machte neuerlich eine Verschlimmerung geltend. Zur Begründung verwies er unter Vorlage medizinischer Befunde auf mittlerweile angestiegene Laborparameter und das Ergebnis einer am 15. Dezember 2009 anlässlich einer Bauchspiegelung zur Durchführung einer rechtsseitigen Nierenentfernung bei Adenokarzinom auf seinen Wunsch hin zusätzlich durchgeführten Leberbiopsie (tumorfreies Leberparenchym mit geringer gemischt-vesikulärer Epithelverfettung, geringem periportal Entzündungsinfiltrat und geringer portaler Fibrose und herdförmigen geringem Nachweis von Eisen in den Kupfferschen Kernzellen). Hierzu hat der Kläger zur späteren Begutachtung im Klageverfahren einen Befundbericht mit gutachterlicher Stellungnahme des Instituts für Pathologie der C vom 06. Januar 2010 vorgelegt, wonach die vorliegenden Veränderungen der Leberbiopsie allesamt sehr gering ausgeprägt seien. Eine Leberepithelverfettung könne durchaus typisch sein bei einer

HCV-Infektion, sei jedoch üblicherweise periportal lokalisiert. Hier stelle sich somit bei läppchenzentral betonter Leberepithelverfettung die Frage nach einer medikamentös-toxischen oder nutritiv-toxischen zusätzlichen Schädigung. Auf Wunsch des Klägers holte die Beklagte ein Nachgutachten beim Internisten Dr. K vom 20. Juli 2010 ein, wonach bei negativem Virusnachweis offenbar weiterhin eine entzündliche Aktivität bestehe, wie sich aus dem Histologie-Befund zur Leberbiopsie vom 15. Dezember 2009 ergebe. Es ergebe sich eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vom Hundert (vH). Unabhängig von der BK habe beim Kläger eine Nephrektomie rechts stattgefunden. Diese schwere Erkrankung habe sowohl den körperlichen als auch den psychischen Gesundheitszustand des Klägers in erheblichem Maße negativ beeinflusst. Nur diesbezüglich und nicht auch bzgl. der BK seien weitere Nachuntersuchungen erforderlich. Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme von Prof. Dr. H vom 27. September 2010 ein. Dieser führte darin u.a. aus, dass beim Kläger eine chronische HCV-Infektion spätestens ab 1993 ausgeschlossen gewesen sei. Mit Sicherheit stünden die 2009 histologisch nachgewiesenen Veränderungen in der Leber nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer HCV-Infektion. Der histologische Befund vom 15. Dezember 2009 mit einer geringen Leberzellverfettung mit geringer periportal Entzündung, geringer portaler Fibrose sowie einem geringen Nachweis von Eisen in den Kupfferschen Sternzellen sei mit einer nichtalkoholischen (NASH) oder alkoholischen Steato-Hepatitis (ASH) vereinbar, und zwar auch unter Berücksichtigung der Enzymkonstellation mit überproportional hoher Gamma-GT. Die Fettstoffwechselstörung mit dem erhöhten Cholesterin sei zu berücksichtigen. Die Stellungnahme von Dr. K lasse eine Anamnese und einen klinischen Untersuchungsbefund vermessen. Es fehlten jegliche Angaben über mögliche Medikamenteneinnahmen und Alkoholkonsum. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 02. November 2010 die Gewährung einer Rente wegen der BK-Folgen ab. Sie verwies auf die gutachterliche Stellungnahme von Prof. Dr. H. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Klägers vom 04. November 2010, in welchem er u.a. ausführte, dass der histologische Leberbefund typisch für einen Zustand nach Hepatitis C sei, auch wenn er teilweise mit einer NASH vereinbar sei, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28. September 2011 als unbegründet zurück.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 18. Oktober 2011 zum Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt und sein bisheriges Vorbringen u.a. unter Vorlage einer Veröffentlichung von S. Barrett et al. ("The natural course of hepatitis C virus infection after 22 years in an unique homogenous cohort: spontaneous viral clearance and chronic HCV infection") vertieft.

Das SG hat nach Einholung von ärztlichen Befunden Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens des Facharztes für Innere Medizin Dr. B. Dieser hat das Gutachten vom 02. März 2013 nach einer Untersuchung des Klägers und aktueller Labordiagnostik am 10. Dezember 2012 und unter Einbeziehung einer Reevaluierung der Lebergewebsprobe aus dem Jahr 2009 durch den Pathologen Prof. Dr. D vom 15. und 30. Januar 2013 ("Aufgrund fortgeschrittener Degradierung der Nukleinsäuren zu der Frage der Hepatitis-Infektion nicht Stellung genommen werden kann."; "Zu der Frage eines möglichen alkoholtoxischen Leberschadens und einer nicht alkoholischen Steatohepatitis ist ergänzend anzumerken, dass beides definitiv nicht vorliegt. Die Verfettung der Leberzellen sowie die entzündliche Infiltration und die minimale Fibrose bewegen sich letztlich im oberen Normbereich.") erstellt. Prof. Dr. H habe sich in seiner letzten Stellungnahme nicht mit Körpergewicht und fehlendem Alkoholkonsum des Klägers auseinandergesetzt und so nicht hinreichend beachtet, dass der Kläger weder Alkoholmissbrauch betrieben noch ein erhöhtes Körpergewicht gehabt habe. Die Gamma-GT sei fast nur hepatobiliären Ursprungs und in 93 % aller Leber- und Gallenwegserkrankungen erhöht, aber nicht spezifisch für irgendeinen Typ einer Lebererkrankung. Eine – wie beim Kläger – länger bestehende HCV-Infektion, bestätigt durch den positiven Nachweis von HCV-Antikörpern und HCV-RNS im Serum, werde als chronische HCV-Infektion definiert. Diese könne zu einer klinisch-chemischen und/ oder histologisch nachweisbaren Leberschädigung unterschiedlichen Ausmaßes, aber auch zu extrahepatischen Manifestationen führen, auch wenn eine charakteristische Symptomatik fehle und auch die Leberwerte normal seien. Nach allgemeiner Auffassung werde bei Patienten mit fehlendem Nachweis von HCV-RNS und positivem Nachweis von Anti-HCV von einer ausgeheilten HCV-Infektion ausgegangen. Bei einem fehlenden Nachweis von Anti-HCV und von HCV-RNS werde keine HCV-Infektion angenommen. So gesehen werde der Kläger zwar als ausgeheilt betrachtet, nach jüngeren Studien und Forschungsergebnissen sei bei ihm unter Einbeziehung etwa der über viele Jahre hinweg auffälligen biochemischen Leberwerte (erhöhte ALAT und Gamma-GT) und der bioptischen, wenn auch minimalen histologischen Leberveränderungen von einer okkulten bzw. stillen HCV-Infektion auszugehen. Es sei daher auch überwiegend wahrscheinlich, dass die beim Kläger bestehende Hashimoto-Thyreoiditis, die bekanntlich überzufällig häufig mit einer HCV-Infektion assoziiert sei, ebenso wie die von ihm durchgehend bis jetzt von Anfang an geklagte abnorme Müdigkeit und Konzentrationsschwäche, welche die am häufigsten geklagten Beschwerden von mit HCV infizierten Patienten darstellten, als extrahepatische Manifestationen seiner HCV-Infektion aufzufassen seien. Die BK-bedingte MdE betrage seit Januar 2001 und bis auf Weiteres 30 vH.

Die Beklagte hat sich mit Schreiben vom 30. Mai 2013 kritisch mit dem Gutachten auseinandergesetzt und u.a. darauf verwiesen, dass das Fortbestehen einer HCV-Infektion mangels einschlägiger labordiagnostischer Parameter gerade nicht erwiesen sei. Der Verweis auf die Studienlage reiche für den konkreten Fall nicht aus. So basierten auch die weiteren Zusammenhangserwägungen etwa unter Einbeziehung der Hashimoto-Thyreoiditis und der abnormen Müdigkeit nicht auf hinreichend feststehenden Ausgangstatsachen. Für eine rentenberechtigende, gerade auf die anerkannte BK zurückzuführende MdE liege allein schon deshalb nichts vor; i.Ü. gäben die klinischen Befunde hierfür nichts her.

Das SG hat daraufhin die ergänzende Stellungnahme von Dr. B vom 23. August 2013 eingeholt. Darin hat er ausgeführt, da mangels in Deutschland vorhandener hinreichend sensitiver Testmethoden beim Kläger der direkte Beweis einer permanenten HCV-Infektion nicht zu führen sei, sei ihm, dem Sachverständigen, nur der Nachweis einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer solchen Infektion geblieben. Die Bemerkung von Prof. Dr. D, dass sich die Verfettung der Leberzellen sowie die entzündliche Infiltration und die minimale Fibrose letztlich im oberen Normbereich bewegten, sei kritisch zu sehen und abzulehnen. Hier liege selbstverständlich kein Normalbefund vor. In einer normalen Leber gebe es weder Entzündungsinfiltrate noch eine Fibrose. Die MdE sei bei einer chronischen HCV ohne Progression grundsätzlich auf 20 vH zu schätzen, beim Kläger aufgrund der abnormen Müdigkeit auf insgesamt 30 vH.

Die Beklagte ist dem Gutachten mit einem Vermerk über eine beratungsärztliche Stellungnahme der Arbeitsmedizinerin K vom 25. Oktober 2013, zu einem Telefonat mit Prof. Dr. R vom Nationalen Referenzzentrum für HCV vom 18. Oktober 2013 und unter Vorlage der S3-Leitlinie über Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der HCV-Infektion entgegen getreten. Die Arbeitsmedizinerin K hat u.a. auf den fehlenden Nachweis von HCV-Material bei den seit 1993 durchgeführten Blutuntersuchungen hingewiesen. Soweit hier einer möglichen okkulten HCV-Infektion nachzugehen sei, wäre eine Untersuchung der PBMCs (mononukleäre Zellen des peripheren Blutes) auf HCV-RNA ratsam. Das SG hat sodann das schriftliche Sachverständigengutachten nach Aktenlage des Chefarztes der Klinik für innere Medizin W Dr. S vom 20. März 2014 eingeholt. Eine okkulte HCV-Infektion könne zugunsten des Klägers allenfalls als Möglichkeit diskutiert, jedoch nicht nachgewiesen werden. Eine okkulte HCV-Infektion als mögliche Verlaufsform einer chronischen Hepatitis C sei in Fachkreisen nicht allgemein anerkannt.

Obwohl alle von Dr. B zitierten, insgesamt eher spärlichen Arbeiten zu dieser Verlaufsform zwischen 2004 und 2008 publiziert worden seien, sei diese Thematik in die noch aktuelle, im Januar 2010 publizierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten nicht aufgenommen worden. Gleiches gelte für die Leitlinien der American Association for the Study of Liver Diseases (ASSLD). Nachdem die Deutsche Leitlinie derzeit aktualisiert werde, sei über die Deutsche Leberstiftung angefragt worden, ob eine Berücksichtigung dieses Themas in der in diesem Jahr zu erwartenden Neufassung erfolgen werde. Hierzu sei eine Antwort von Prof. Dr. S, einem der führenden Autoren der Leitlinie, übermittelt worden, wonach das Thema okkulte Hepatitis C sicherlich nur am Rande, ggf. in den Erläuterungen aufgenommen werde. Eine chronisch-okkulte Form mit persistierender Replikation und möglichen langfristigen Leberschäden sei bisher nicht bekannt. Unbestritten, so Dr. S weiter, scheine zu sein, dass nach klinischer und laborchemischer Ausheilung von HCV-Infektionen zumindest in einigen Fällen HCV-Genom noch im Lebergewebe sowie in manchen Fällen auch in Zellen des Lymphsystems im peripheren Blut mit hochempfindlichen Methoden nachweisbar seien. Wie auch bei anderen Viren (Hepatitis B, Herpes) sei die Persistenz von Virusgenom jedoch nicht mit einer fortbestehenden klinisch relevanten Infektion gleichzusetzen. Selbst unter der Prämisse, dass beim Kläger eine HCV-Infektion okkult fortbestehe, sei durch diese keine relevante Leberschädigung hervorgerufen worden. Dabei sei retrospektiv durchaus zweifelhaft, ob der Kläger 1990/ 91 wirklich an einer Hepatitis C erkrankt gewesen sei. Die beim Kläger vorliegende Konstellation (positiver Nachweis an anti-HCV und HCV-RNA, bereits zwei Jahre später Hepatitis-C-Serologie inklusive anti-HCV im Screeningtest komplett negativ) sei, wenn ohne – damals häufige – Fehlbestimmung so zutreffend, sehr ungewöhnlich; nach durchgemachter, aufgrund des zeitlichen Verlaufs schon als chronisch anzusehender HCV-Infektion blieben Hepatitis-C-Antikörper in aller Regel deutlich länger nachweisbar. Dies hätte jedenfalls unter der Annahme einer fortbestehenden HCV-Infektion der Fall sein müssen. Davon abgesehen sei die vom Kläger beklagte Symptomatik (gelegentlicher Oberbauchdruck rechts, Müdigkeit und Konzentrationsschwäche, verminderte Leistungsfähigkeit, Abgeschlagenheit) zwar mit einer Virushepatitis vereinbar, gleichzeitig jedoch völlig unspezifisch und auch unabhängig von einer chronischen Lebererkrankung weit verbreitet, mithin vorliegend als BK-unabhängig zu bezeichnen. Die 2003 erstmals dokumentierte Autoimmunthyreoiditis Hashimoto sei nicht sehr aussagekräftig bzgl. einer okkulten HCV-Infektion, auch wenn diese mit einer gewissen Häufung im Zusammenhang mit HCV-Infektionen zu beobachten sei. Es handele sich allerdings um eine der häufigsten Schilddrüsenerkrankungen überhaupt, und deutlich mehr Patienten erkrankten an einer Hashimoto-Thyreoiditis ohne gleichzeitiges Vorliegen einer HCV-Infektion. Ferner werde durch die histologische Untersuchung der Leberbiopsie gerade keine chronische Hepatitis nachgewiesen. Vielmehr hätten sich dort nach Einschätzung von Prof. Dr. D gerade nur nicht-pathologische sog. Minimalveränderungen gezeigt. Ohne Nachweis von HCV-RNA entweder in den PBMC oder im Lebergewebe sei der Nachweis einer fortbestehenden (okkulten) HCV-Infektion nicht zu führen. Von alldem abgesehen reichten die histologisch nachgewiesenen Minimalveränderungen für eine rentenberechtigende MdE von mehr als 10 vH nicht aus. Der Kläger hat sich mit Schreiben vom 12. Juni 2014 kritisch mit dem Gutachten von Dr. S auseinandergesetzt.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 07. Mai 2015 abgewiesen. Es hat im Wesentlichen zur Begründung ausgeführt, dass nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen entgegen der Auffassung des Klägers nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könne, dass gesundheitliche Folgen der beim Kläger anerkannten BK 3101 zu einer MdE von mindestens 20 vH geführt hätten. Hierfür sei auf die Ausführungen von Prof. Dr. H und Dr. F in deren auf Veranlassung der Beklagten erstatten Gutachten bzw. auf diejenigen von Dr. S in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten zu verweisen. Ihre Zusammenhangserwägungen stünden auf dem Boden der herrschenden medizinischen Lehrmeinung, dass beim fehlenden Nachweis von HCV bzw. HCV-Antikörpern und einer Befundlage wie derjenigen des Klägers von einer vollständigen Elimination der HCV im Körper und damit auch einer Ausheilung der HCV-Erkrankung auszugehen sei. Dass alle herkömmlichen Untersuchungen bereits seit langem keine HCV im Körper des Klägers mehr hätten nachweisen können, werde auch vom Kläger selbst und Dr. B in dessen schriftlichem Sachverständigengutachten eingeräumt. Dieser stelle auch nicht in Frage, dass nach der herrschenden medizinischen Lehrmeinung von einer ausgeheilten Hepatitis-C-Erkrankung auszugehen sei. Selbst wenn man nun Dr. B folgen wolle und eine okkulte HCV-Erkrankung als mögliches Krankheitsbild ansähe, wäre eine solche im Fall des Klägers nicht bewiesen. Zutreffend wiesen die Beklagte und auch der Sachverständige Dr. S darauf hin, dass alle Studien, auf die sich der Kläger und Dr. B beriefen, eine okkulte HCV-Infektion trotz scheinbarer HCV-Elimination an den Nachweis von genetischem Virusmaterial (Virusgenomen), also HCV-RNA im Lebergewebe oder auch in bestimmten Blutzellen knüpften, beim Kläger aber genau dieser Nachweis nicht mehr geführt worden sei. Insbesondere seien entsprechende Untersuchungen anlässlich der Biopsie im Dezember 2009 nicht durchgeführt worden. Und bei den von Dr. B in Auftrag gegebenen Untersuchungen des noch vorhandenen Biopsiematerials habe ausweislich des Schreibens von Prof. Dr. D vom 15. Januar 2013 schon aufgrund der mittlerweile hochgradigen Degenerierung des Gewebematerials kein intaktes genetisches Material mehr isoliert werden können. Demgegenüber reiche es nicht aus, mit Dr. B allein schon von vermeintlich für eine HCV-Infektion typischen Beschwerden auf eine solche zu schließen, weil sie viel zu unspezifisch seien. Allein die Gamma-GT-Werte seien pathologisch gewesen. Insbesondere sei der Leberbiopsiebefund vom Dezember 2009 unauffällig, wie sich aus den Ausführungen von Prof. Dr. D ergebe, die aber Dr. B aus dem Zusammenhang gerissen als eindeutig pathologischen Befund interpretiere. Schließlich hätten die die Leberbiopsie als erstes begutachtenden Pathologen des Instituts für Pathologie der C in ihrem Befundbericht mit gutachterlicher Stellungnahme vom 06. Januar 2010 ein HCV-induziertes Schadensbild an der Leber ebenfalls nicht festgestellt.

Der Kläger hat gegen das ihm am 04. Juni 2015 zugestellte Urteil am 24. Juni 2015 Berufung eingelegt, vertieft sein bisheriges Vorbringen und verweist u.a. auf ein von ihm vorgelegtes Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 08. September 2011.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 07. Mai 2015 sowie den Bescheid der Beklagten vom 02. November 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 28. September 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Anerkennung einer okkulten Hepatitis-C-Infektion als Folge der anerkannten Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung mit Wirkung ab dem 08. Februar 2010 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat Dr. B unter dem 30. Juli 2016 und Dr. S unter dem 29. Dezember 2016 jeweils ergänzend Stellung nehmen lassen.

Zunächst ist der Sachverständige Dr. S in der mündlichen Verhandlung vom 09. November 2017 zu den vom Kläger mit Schriftsatz vom 17. Mai 2017 gestellten Fragen vernommen worden. Der Sachverständige hat u.a. ausgeführt, dass es sich beim Krankheitsbild der okkulten Hepatitis C um eine in Fachkreisen diskutierte Möglichkeit handele. Er hat die klinischen Beschwerden des Klägers als zu einer Hepatitis durchaus passend, jedoch letztlich zu unspezifisch eingeordnet, als dass hieraus auf das Bestehen einer Hepatitis-C-Erkrankung geschlossen werden könne. Aus den minimalen histologischen Veränderungen an der Leber ließen sich keine diagnostischen Schlussfolgerungen ziehen. Die erhöhten Gamma-GT-Werte ließen wohl den Schluss auf eine geringe schwelende Entzündung zu, ohne aber die Art der Entzündung bestimmen zu können. Für den Nachweis einer okkulten Hepatitis C müsse im Prinzip der Nachweis des HCV-Genoms im Lebergewebe oder anderen Stellen erfolgen, wie es nach der Definition des Krankheitsbilds erforderlich sei. Dieser Nachweis könne über eine erneute Leberbiopsie, möglichst in einem Hepatitis-C-Referenzzentrum gewonnen werden. Auch aus der Kumulation sämtlicher Befunde folge nicht die Gewissheit einer HCV-Infektion. Der Sachverständige Dr. B hat bereits zur mündlichen Verhandlung vom 09. November 2017 einen sog. gutachterlichen Schriftsatz vom 08. November 2017 vorgelegt. Danach sei durch etliche Studien die okkulte Hepatitis-C als Erkrankungsbild gesichert. Eine solche werde definiert als HCV-RNA-Nachweis in Leberzellen oder in peripheren mononukleären Blutzellen bei Abwesenheit blutserologischer Marker einer HCV-Infektion. Es sei bereits nachgewiesen worden, dass die okkulte Hepatitis C ganz überwiegend eine milde Lebererkrankung induziert habe. Der Kläger sei bzgl. seiner Hepatitis C nie antiviral behandelt worden. Nach dem 2016 veröffentlichten Therapieteil der Leitlinie werde das abschließende Therapieansprechen durch eine Messung der HCV-RNA mindestens zwölf Wochen nach Ende der antiviralen Therapie bestimmt und bei fehlendem Nachweis von einem dauerhaften virologischen Ansprechen (SVR) mit Eradikation der HCV-Infektion ausgegangen und seien spätere Rückfälle sehr selten. Dies sei widersprüchlich, weil bei einer Rückfälligkeit gerade nicht von SVR gesprochen werden könne. Eine Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild einer okkulten Hepatitis C tauche in den Leitlinien nicht auf. Dr. B hat sodann die nach der sog. Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und des Kompetenznetzes Hepatitis (2004) erarbeiteten Kriterien für die biopsische Diagnostik der chronischen Hepatitis benannt und ist hiernach vom Vollbild einer pathologisch-anatomisch gesicherten chronischen Hepatitis ausgegangen. Dr. S versäume es, eine konkrete andere Ursache (Alkoholmissbrauch, Medikamente) zu benennen. Mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit sei beim Kläger eine okkulte chronische HCV-induzierte Hepatitis anzunehmen.

In der mündlichen Verhandlung vom 01. Februar 2018 ist der Sachverständige Dr. B zu den o.g. klägerischen Fragen vernommen worden. Er hat seine Ausführungen aus seinem vorgenannten gutachterlichen Schriftsatz vertieft, das Krankheitsbild der okkulten HCV erläutert und u.a. ausgeführt, dass die anamnestisch gesicherten Beschwerden des Klägers recht unspezifisch seien. Unter Einbeziehung dieser vom Kläger berichteten klinischen Symptomatik, der Labor- und Biopsiebefunde erscheine eine okkulte HCV-Infektion im Fall des Klägers indes als überwiegend wahrscheinlich, wenngleich nicht als bewiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts, Vorbringens der Beteiligten und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Gerichtsakten und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht. Er hat wegen der Folgen der bei ihm anerkannten BK 3101 keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente. Insbesondere ist hierbei eine okkulte HCV-Infektion nicht als BK-Folge anzuerkennen bzw. zugrunde zu legen.

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vorhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) sind die Folgen eines Versicherungsfalles nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Diese Voraussetzungen sind insgesamt nicht erfüllt. Zwar liegt eine BK 3101 als Versicherungsfall i.S.v. [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) vor. Die beim Kläger festgestellten Funktionseinbußen und krankhaften Veränderungen "infolge" der BK begründen jedoch keine rentenberechtigende MdE - mangels Stützrententatbestands - von mindestens 20 v.H. Es besteht bereits keine haftungsausfüllende Kausalität zwischen der BK und beim Kläger anhaltenden Erkrankungen. Der Gesetzgeber bringt mit der wiederholten Formulierung "infolge" - vgl. [§§ 45 Abs. 1 Nr. 1, 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) - das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Versicherungsfalles bzw. seiner Folgen mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Für das Vorliegen des Tatbestandes der BK ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i.S.d. "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein, während für den ursächlichen Zusammenhang, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a.a.O., auch Rn. 18 und 20). Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob der Versicherungsfall wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und

damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 15). Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Maßgebend ist, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (BSG, a.a.O., Rn. 17). Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist und sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O., Rn. 18). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, a.a.O., Rn. 19). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Versicherungsfall und den Krankheitsfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 20).

Hiervon ausgehend ist der Senat nicht im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erforderlichen Maße überzeugt, dass beim Kläger infolge der von der Beklagten anerkannten BK überhaupt noch gesundheitliche Folgen fortbestehen. Insbesondere lässt sich eine okkulte HCV-Infektion nicht als BK-Folge annehmen. Eine solche ist bereits nicht im hierfür erforderlichen Vollbeweis im Sinne einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit gesichert. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird zunächst abgesehen, weil die Berufung aus den zutreffenden Gründen des angefochtenen Urteils als unbegründet zurückzuweisen ist, [§ 153 Abs. 2 SGG](#). Ergänzend ist lediglich auf Folgendes hinzuweisen: Die Forderung nach einer Bestimmung von Anti-HCV im Serum oder HCV-RNA entspricht dem Stand des arbeitsmedizinischen Schrifttums (vgl. Merkblatt für die ärztliche Untersuchung 1.3, abgedruckt bei Mehrrens/ Brandenburg, BKV – Kommentar, Stand Februar 2017, M 3101). Dementsprechend hat der Sachverständige Dr. B bereits in seinem im ausgangsergütlichen schriftlichen Sachverständigengutachten vom 02. März 2013 im Ansatz schlüssig und im Einklang mit den Ausführungen des Sachverständigen Dr. S in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 20. März 2014 und seiner im Berufungsverfahren eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 29. Dezember 2016 darauf hingewiesen, dass nach allgemeiner Auffassung bei Patienten mit fehlendem Nachweis von HCV-RNS und positivem Nachweis von Anti-HCV von einer ausgeheilten HCV-Infektion ausgegangen und bei einem fehlenden Nachweis von Anti-HCV und von HCV-RNS keine HCV-Infektion angenommen wird, so gesehen der Kläger als ausgeheilt zu betrachten ist. Dr. B verweist in diesem Zusammenhang indes lediglich auf jüngere Studien und Forschungsergebnisse, wonach beim Kläger unter Einbeziehung etwa der über viele Jahre hinweg auffälligen biochemischen Leberwerte (erhöhte ALAT und Gamma-GT) und der biptischen, wenn auch minimalen histologischen Leberveränderungen von einer okkulten bzw. stillen HCV-Infektion auszugehen sei. Dr. S spricht von der okkulten HCV-Infektion dementsprechend nur von einer diskutierten Möglichkeit einer Erkrankung und verweist darauf, dass das Krankheitsbild einer okkulten HCV-Infektion in die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten bislang keinen Eingang fand und eine Aufnahme seinem Kenntnisstand zufolge auch nicht beabsichtigt ist. Der Sachverständige Dr. B – vgl. seinen gutachterlichen Schriftsatz vom 08. November 2017 – bestätigt dies, auch wenn er die fehlende Berücksichtigung des Krankheitsbilds in den Leitlinien kritisiert. Selbst wenn man nun, dem Kläger und dem Sachverständigen Dr. B folgend, bei einer okkulten HCV-Infektion von einem medizinisch-wissenschaftlich etablierten Krankheitsbild ausgeht, lässt sich eine anhaltende (okkulte) HCV-Infektion unter Zugrundelegung der nach der entsprechenden Studienlage anzulegenden Maßstäbe vorliegend nicht im hierfür erforderlichen Vollbeweis annehmen. Dr. B hat bereits in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. August 2013 selbst eingeräumt, dass mangels in Deutschland vorhandener hinreichend sensitiver Testmethoden beim Kläger der direkte Beweis einer permanenten HCV-Infektion nicht zu führen ist, so dass ihm, dem Sachverständigen, nur der Nachweis einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer solchen Infektion geblieben ist. Dementsprechend bezeichnet es Dr. B auch nur – in einem für die richterliche Überzeugungsbildung erst recht nicht ausreichendem Maße – als überwiegend wahrscheinlich, dass die beim Kläger bestehende Hashimoto-Thyreoiditis, bekanntlich überzufällig häufig mit einer HCV-Infektion assoziiert, ebenso wie die von ihm durchgehend bis jetzt von Anfang an geklagte abnorme Müdigkeit und Konzentrationsschwäche, welche die am häufigsten geklagten Beschwerden von mit HCV infizierten Patienten darstellten, als extrahepatische Manifestationen seiner HCV-Infektion aufzufassen sind. Abgesehen davon, dass Dr. S bei seiner Anhörung vom 09. November 2017 nachvollziehbar darauf verweist, dass die häufige Koinzidenz von HCV-Infektion und Hashimoto-Thyreoiditis auch darauf zurückzuführen ist, dass letztgenannte Erkrankung einfach überhaupt sehr häufig ist, reichen die vom Sachverständigen Dr. B angeführten Umstände für die Beweisführung nicht aus. Dr. B selbst weist wiederholt unter Bezugnahme auf die von ihm recherchierten Studien darauf hin, dass eine okkulte HCV-Infektion nur durch den Nachweis von HCV-Genom in den mononukleären Blutzellen oder im Lebergewebe zu sichern ist. Dies wird durch die Ausführungen von Dr. S etwa anlässlich seiner Anhörung in der mündlichen Verhandlung vom 09. November 2017 bestätigt. Demgegenüber wurde ein solcher Nachweis beim Kläger unstreitig nie geführt. Dessen ungeachtet mit dem Kläger gleichwohl eine okkulte HCV-Infektion als bewiesen oder auch nur als überwiegend wahrscheinlich anzusehen, überzeugt nicht einmal ansatzweise. Soweit Dr. B insofern auf die klinische Symptomatik, insbesondere die abnorme Müdigkeit und Konzentrationsschwäche des Klägers verweist, ist eine solche bereits nicht im Vollbeweis gesichert, sondern ist sie vom Sachverständigen allein nach den anamnestischen Angaben des Klägers zugrunde gelegt worden, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Zwar hat der Kläger in der mündlichen Verhandlung des Senats vom 09. November 2017 glaubhaft bekundet, sich wegen seiner zur Zeit der Infektion mit dem HCV aufgetretenen Beschwerden (schnelle Erschöpfbarkeit, Müdigkeit etc.) zunächst gegen eine Tätigkeit im Klinikbetrieb entschieden zu haben. Jedoch hat er dann über viele Jahre als Anästhesist im Klinikbetrieb mit Nachtschichten und Wochenenddiensten bis 1998 vollschichtig, danach reduziert wegen teilweiser Freistellung als Mitglied der Mitarbeitervertretung gearbeitet. Auch wenn für den Kläger diese Tätigkeit subjektiv belastender war als für seine Kollegen, da er nach seinen Angaben mehr mit Ermüdungserscheinungen zu kämpfen hatte, ist es für den Senat schlicht nicht nachvollziehbar, wie sich die anspruchsvolle und verantwortungsvolle Tätigkeit als Anästhesist mit einer "abnormen" Müdigkeit und Konzentrationsschwäche vereinbaren lässt. Davon abgesehen, eben hierauf verweisen die

Sachverständigen Dr. S und selbst Dr. B in ihren Vernehmungen am 09. November 2017 und 01. Februar 2018, sind solche Beschwerden viel zu unspezifisch, als dass sie zwingend einer HCV-Infektion zugeordnet werden müssten. Ferner überzeugt es bereits im Ansatz nicht, wenn Dr. B zunächst eine pathologische Reevaluierung für erforderlich hält und auf seine Anregung hin der Begutachtungsauftrag dann auch seitens des SG um eine pathologische Neubewertung erweitert worden ist, um dann der Befundinterpretation des von ihm selbst benannten und herangezogenen Experten Prof. Dr. D doch nicht zu folgen, soweit dieser im bei der Leberbiopsie vom Dezember 2009 gewonnenen Präparat lediglich Leberveränderungen im oberen Normbereich zu erkennen, mithin keinen (eindeutigen) pathologischen Befund zu erheben vermag. Es überzeugt auch nicht, wenn Dr. B in seinem gutachterlichen Schriftsatz vom 08. November 2017 auf die nach der sog. Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und des Kompetenznetzes Hepatitis (2004) erarbeiteten Kriterien für die biopsische Diagnostik der chronischen Hepatitis verweist und hiernach beim im Dezember 2009 erhobenen Biopsiebefund vom Vollbild einer pathologisch-anatomisch gesicherten chronischen Hepatitis ausgeht. Denn hierbei nimmt der Sachverständige gar keine eigenständige Interpretation des am 15. Dezember 2009 gewonnen Biopsiepräparats vor, sondern stellt lediglich – methodisch fragwürdig – die unter dem 15. Dezember 2009/ 06. Januar 2010 vorgenommene Bewertung des Biopsiepräparates unter Zugrundelegung anderer Bewertungsmaßstäbe in Frage, um allein schon hierüber zur Annahme eines gesichert pathologischen Befunds zu gelangen. Mit alldem lässt sich der – nach den von der höchstrichterlichen Rechtsprechung für die Anerkennung von BK-Folgen geltenden Überzeugungsmaßstäben geforderte – Vollbeweis für das Vorliegen einer vom Kläger auf die BK 3101 zurückgeführten fortbestehenden HCV-Infektion auch unter Einbeziehung als erhöht interpretierter Gamma-GT- oder ALAT-Werte gerade nicht führen, zumal solche – nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. S und auch Dr. Bs – gerade nicht für eine HCV-Infektion, sondern lediglich für ein unspezifisches, ggf. diagnostisch weiter aufzuklärendes Geschehen in der Leber kennzeichnend sind. Dementsprechend folgt der Senat den Erwägungen von Dr. S, wonach die klinischen Beschwerden des Klägers zwar zu einer HCV-Infektion passen, aber auch ganz andere Ursachen haben können, die – auch nach Dr. B (vgl. sein Gutachten vom 02. März 2013) – minimalen histologischen Abweichungen und der erhöhte Gamma-GT-Wert ebenfalls keinen hinreichenden Schluss auf das Bestehen einer HCV-Infektion zulassen, so dass auch eine Gesamtschau sämtlicher Befunde nicht für den Vollbeweis für die vom Kläger behauptete Erkrankung ausreicht.

Soweit nach dem Beweisergebnis anhaltende Gesundheitsbeschwerden und darauf beruhende Funktionseinbußen insbesondere in Gestalt einer hierfür einzig in Betracht zu ziehenden okkulten Hepatitis C gerade nicht als BK-Folge plausibel zu machen sind, liegt auch nichts für eine rentenberechtigende MdE vor. Erst soweit sich die haftungsausfüllende Kausalität annehmen ließe, würde sich die Frage nach der Bemessung der MdE stellen. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII](#) richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 3 SGB VII](#) werden bei der Bemessung der MdE Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden. Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 – [B 2 U 14/03 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 12). Für eine Art "Risikozuschlag" oder "Gefährdungs-MdE" wegen der Prognoseunsicherheiten hinsichtlich der Entwicklung der Krankheit ist in der auf die verminderten Arbeitsmöglichkeiten bezogenen MdE-Schätzung in der gesetzlichen Unfallversicherung kein Raum, weil auf die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens im Zeitpunkt der Entscheidung abzustellen ist und erst in Zukunft möglicherweise eintretende Schäden grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind. Allerdings ist eine schon bestehende Rückfallgefahr, die bereits vor dem Eintritt des eigentlichen Rückfalls die Erwerbsfähigkeit mindert, bei der Bemessung der gegenwärtigen MdE zu berücksichtigen (BSG a.a.O., Rn. 18).

Wenn nun nach dem zuvor Gesagten das Fortbestehen einer HCV-Infektion nicht im Vollbeweis gesichert ist, besteht auch kein Raum für eine BK-bedingte MdE. Von daher weist der Senat nur vorsorglich darauf hin, dass sich selbst unter Zugrundelegung einer okkulten HCV-Infektion die MdE-Bewertung des Sachverständigen Dr. B nicht erschließt. Er selbst weist wiederholt – vgl. etwa sein gutachterlicher Schriftsatz vom 08. November 2017 und seine Anhörung vom 01. Februar 2018 – darauf hin, dass eine okkulte HCV-Infektion ganz überwiegend nur eine milde Lebererkrankung induziert. Dies lässt sich nicht mit einer von ihm auf 30 v.H. eingeschätzten MdE in Deckung bringen. Sollte man nämlich der von ihm vorgenommenen Uminterpretation der Biopsiebefunde vom 15. Dezember 2009/ 06. Januar 2010 unter Rückstellung von Bedenken (vgl. o.) doch folgen und tatsächlich von einer Virämie, d.h. einem Vorhandensein von Viren im Blut ausgehen, so würde man unter Zugrundelegung der einschlägigen MdE-Erfahrungswerte der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, Kap. 9.2.6) kaum oder gerade einmal zu einer MdE von 20 vH gelangen, ohne dass die vom Kläger beklagte (nach wie vor nicht durch objektive Befunde gesicherte) abnorme Müdigkeit und Konzentrationsschwäche als HCV-induzierte klinische Ausprägung gesondert in Ansatz gebracht werden könnten, sondern von den Erfahrungswerten als abgegolten anzusehen wären (Schönberger et al., ebd., wonach die dort vorgenommene MdE-Einschätzung das aktuelle klinische Krankheitsbild mit umfasst).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist mangels Zulassungsgrunds nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.
Rechtskraft
Aus

Login
BRB
Saved
2018-08-09