

## L 6 U 39/22

Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
1. Instanz  
SG Halle (Saale) (SAN)  
Aktenzeichen  
S 23 U 128/18  
Datum  
05.05.2022  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
L 6 U 39/22  
Datum  
15.02.2024  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Eine systemische Mastozytose (SM) kann keine Berufskrankheit im Sinne der Nr 1318 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung sein. Anders ist dies grundsätzlich bei der Akuten Myeloischen Leukämie (AML) oder einer Chronischen Myelomonozytären Leukämie (CMML).
2. Erkrankt ein Versicherter nach dem Auftreten einer SM auch an einer AML und einer CMML, so ist die Wahrscheinlichkeit deutlich höher, dass diese beiden Erkrankungen mit der nicht beruflich verursachten SM zusammenhängen als mit einer beruflichen Benzolexposition.
3. Ob ein unmittelbarer Kausalzusammenhang zwischen den Erkrankungen SM, AML und CMML nachgewiesen werden kann, ist unerheblich. Es genügt, dass die nicht berufliche Ursache wahrscheinlicher ist.

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 5.000 € festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Anerkennung einer Berufskrankheit ihres verstorbenen Ehemannes (im Weiteren Versicherter) nach der Nummer 1318 der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (Erkrankung des Blutes, des blutbildenden und des emphatischen Systems durch Benzol - im weiteren BK 1318). Umstritten ist dabei insbesondere, ob die Akute Myeloische Leukämie (AML) oder eine Chronische Myelomonozytäre Leukämie (CMML) berufsbedingt oder aus einer berufsunabhängig entstandenen systemischen Mastozytose (SM) hervorgegangen sind.

Der Versicherte war von 1971 bis 1994 bei den VEB L. bzw. deren Nachfolgeunternehmen und vom 1. April 1994 bis 22. Oktober 2017 bei D. K. L. beschäftigt. Eine Untersuchung der Präventionsabteilung der Beklagten ergab eine Belastung von 36,9 Benzoljahren im Berufsleben des Versicherten.

Am 20. Dezember 2017 zeigte die Ärztin D. an, dass bei dem Kläger der Verdacht auf eine Berufskrankheit bestehe in Form eines Verdachtes auf eine MDS/MPN (myelodysplastisches Syndrom bzw. myeloproliferative Neoplasie) und speziell CMML. Sie fügte einen Bericht des Klinikums M. vom 5. Dezember 2017 mit diesen Diagnosen bei. Weiter legte sie das Ergebnis einer pathologischen Untersuchung des Universitätsklinikums H. vom 11. Dezember 2017 bei. In einem weiteren Bericht vom 20. Dezember 2017 kam dieses zu dem Ergebnis, dass der molekularpathologische Befund die Diagnose einer SM unterstütze.

Im beigezogenen Bericht vom 31. Januar 2018 stellte das Klinikum S. M. eine myeloproliferative Neoplasie fest, die als SM mit assoziierter hämatologischer Neoplasie Nichtmastzellkrankheit (SM-AHNMD) bei CMML zu diagnostizieren sei.

Im Auftrag der Beklagten erstattete die Fachärztin für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Gesundheitsförderung und Prävention Dr. H. am 4. Juli 2018 ein Gutachten nach Aktenlage. Sie betonte, im Jahre 2010 und in den Folgejahren bis 2017 sei keine myeloproliferative Erkrankung gesichert worden. Sie ging aktuell ebenfalls vom Vorliegen einer SM mit assoziierter hämatologischer Neoplasie (hier: CMML) aus und legte weiter dar, dass die Mastozytose eine besondere Form der myeloischen Neoplasien darstelle. Es handle sich um eine sehr seltene Erkrankung (5-10 Erkrankte auf 1 Million Einwohner). Genaue Daten über Inzidenz und Prävalenz lägen nicht vor. Nahezu alle Patienten mit einer Mastozytose wiesen eine spezifische Mutation in den Tumorzellen auf (Kit D816V Mutation). Die Ursache dieser Mutation sei unklar. Bei der Erkrankung wie hier vorliegend zeigten sich typische Kennzeichen einer zusätzlichen hämatologischen Neoplasie. Meist handele es sich um myeloische Erkrankungen wie MDS, MPN, myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien (MD/MPN) oder auch akute Leukämien. Am

häufigsten trete - wie auch vorliegend - eine CMML auf. Bei der assoziierten hämatologischen Neoplasie handele es sich nach heutigem Verständnis nicht um eine unabhängig auftretende Erkrankung, sondern sie werde als Teil des Krankheitsbildes der Mastrozytose verstanden. Dies werde dadurch gestützt, dass die Mutation nicht nur in den Mastzellen, sondern auch in den Zellen der assoziierten hämatologischen Neoplasie nachweisbar sei.

Theoretisch könne Benzol jede Form einer Mutation und damit auch die vorliegende Mutation verursachen. Eine solche Möglichkeit genüge jedoch nicht für die Bejahung einer Wahrscheinlichkeit. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begründung zur BK 1318 würde die Mastrozytose aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften (keine myeloproliferative Erkrankung) nicht genannt. Nur für einige Krankheitsbilder sei der Kausalzusammenhang ableitbar. Dazu zähle die AML, die akute lymphatische Leukämie, die MDS sowie die chronische lymphatische Leukämie (CLL). Die vorliegende SM entspreche daher nicht dem möglichen Krankheitsbild einer BK 1318. Eine aktuelle Datenbankrecherche ergebe insoweit auch keinen Treffer, dass Mastrozytosen durch Umwelteinflüsse beziehungsweise eine berufliche Exposition z.B. mit Benzol verursacht werden könnten. Die Tatsache, dass Mastrozytosen in jedem Alter und insbesondere auch im Kindesalter aufträten, spreche dafür, dass die nachweisbaren Mutationen spontan und unabhängig von der Einwirkung spezifischer Einflüsse wie z.B. Benzol aufträten. Dementsprechend sei ein Zusammenhang zwischen den Erkrankungen des Versicherten und einer beruflichen Benzolexposition nicht zu bejahen.

Mit Bescheid vom 26. Juli 2018 lehnte die Beklagte, gestützt auf dieses Gutachten, die Anerkennung der BK 1318 ab. Hiergegen legte der Versicherte Widerspruch ein und begründete dies mit einer Stellungnahme von Dr. J. Diese führte aus, bei dem Versicherten liege eine SM-CMML vor. Die Erkrankung von Kindern und Erwachsenen sei unterschiedlich, weshalb die Argumentation mit dem Auftreten der Erkrankung auch im Kindesalter nicht überzeugend sei.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 führte Dr. H. aus, dass ein Zusammenhang zwar möglich, aber nicht hinreichend wahrscheinlich sei. In der gesamten Literatur liege kein einziger Bericht einer durch Benzol verursachten Mastrozytose vor. In den Studien sei das Auftreten dieser hämatologischen Neoplasie bei Benzol exponierten ebenfalls nicht beobachtet worden. Die bei dem Versicherten vorliegende CMML sei nicht unabhängig von der SM zu sehen. Die Klassifikation als SM-AHN (SM mit assoziierter hämatologischer Neoplasie) verdeutliche, dass es sich hierbei nicht um voneinander unabhängige Erkrankungen handele. Daher sei auch ein Zusammenhang nicht hinreichend wahrscheinlich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. November 2018 wies die Beklagte gestützt auf diese Stellungnahme den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Versicherte am 10. Dezember 2018 Klage erhoben und zusätzlich einen Verstoß gegen § 200 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) durch die Einholung des Gutachtens von Dr. H. gerügt. Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass der Kläger sich telefonisch mit der Erstellung des Gutachtens durch Dr. H. einverstanden erklärt habe. Aufgrund der lebensgefährlichen Erkrankung habe man sich zur Verfahrensbeschleunigung zu diesem Weg entschieden.

Nach einer Knochenmarkuntersuchung am 2. Oktober 2019 hat sich die Diagnose SM und CMML mit sekundärer AML bestätigt.

Das Gericht hat Beweis erhoben gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. S. vom 9. Dezember 2019. Dieser hat darauf hingewiesen, dass in der wissenschaftlichen Begründung der BK 1318 die SM nicht aufgeführt sei. Die CMML sei als Folge der SM aufzufassen und nicht als eigenständiges Krankheitsbild. Demnach sei die Frage zu beantworten, ob die SM durch Benzol verursacht werden könne. Ausreichende Hinweise zur Anerkennung der SM als Folge der BK 1318 habe er nicht gefunden. Für die SM sei keine Ursache feststellbar. Insoweit hat sich der Sachverständige ausdrücklich dem Gutachten von Dr. H. angeschlossen.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 28. Februar 2020 hat Prof. Dr. S. an seiner Auffassung festgehalten und diese gegen die Kritik des Versicherten verteidigt.

Am 5. März 2020 ist der Versicherte verstorben. Seine Ehefrau und Alleinerbin hat den Rechtsstreit fortgeführt. Sie hat behauptet, es sei kein einziger Fall in der Wissenschaftsliteratur beschrieben, in dem eine Mastrozytose in eine Leukämie übergegangen sei. Beschrieben werde lediglich eine Assoziation, das heißt eine zeitgleiche Erkrankung ohne Feststellung einer Kausalitätsbeziehung. Der Versicherte sei an einer Leukämie und nicht an einer Mastrozytose gestorben. Die CMML sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch Benzol verursacht worden.

In dem Obduktionsbericht vom 13. März 2020 werden als Todesursache u.a. eine SM mit chronischer myelomonozytärer Leukämie und sekundärer AML angegeben. Angesichts der Aussage im Merkblatt zur BK 1318, dass grundsätzlich alle nachgewiesenen Erkrankungen des Blutes durch eine berufliche Benzolbelastung hervorgerufen werden könnten, gehe man von einem Zusammenhang aus. Auch wenn die SM mit CMML nicht speziell genannt werde, sei ein Ursachenzusammenhang wahrscheinlich. Zudem werde auch für die SM mit CMML in der Literatur eine mögliche Assoziation mit einer Benzolexposition diskutiert. Bewiesen werden könne dies jedoch nicht.

In einem vom Gericht eingeholten Befundbericht vom 28. September 2020 hat Prof. Dr. P. ausgeführt, der Versicherte habe als Komplikation zur hämatologischen Grunderkrankung (Mastrozytose und sekundärer AML) an diversen Beschwerden gelitten. Er hat eine SM assoziiert mit akuter hämatologischer Neoplasie (SM-AHN) diagnostiziert. Die SM sei progredient verlaufen und sei in eine akute Leukämie übergegangen. Insoweit hat Prof. Dr. P. auf Arztbriefe seines Klinikums verwiesen.

Am 20. Oktober 2020 hat Prof. Dr. S. als Vertreter von Prof. Dr. P. den Befundbericht unaufgefordert erweitert und ausgeführt, die SM sei nicht als Vorerkrankung einer AML aufzufassen. Hierfür existiere keine empirisch oder statistisch ausreichende Publikationslage. Publiziert sei lediglich eine sehr seltene Assoziation von SM und AML. Diese Assoziation sei keinesfalls im Sinne einer Auslösung zu verstehen. Die aktuellen Publikationen mit zwangsläufig niedriger Fallzahl sprächen für eine Genese der SM aus der AML heraus und keinesfalls umgekehrt. Der SM gehe keinesfalls immer eine AML voraus. Angesichts der Benzolexposition sei es hoch wahrscheinlich, dass diese zu einer Mutation und damit zu der AML und außerdem zu einer SM geführt habe. Die Frage, warum die SM dann nicht als Berufskrankheit anerkannt sei, sei schnell und einfach zu beantworten. Sie sei so selten, dass ein statistisch sicherer Zusammenhang niemals gezeigt werden könne. Alle durch Benzolexposition erzeugten und anerkannten Berufskrankheiten seien statistisch-empirisch begründbar.

In einer mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht hat Prof. Dr. S. eine vom ihm erstellte ärztliche Stellungnahme vorgelegt. Er hat

ausgeführt, der Versicherte habe an drei Erkrankungen des Blutes gelitten: der SM, der CMML sowie der AML. Die AML habe sich erwartbar aus der CMML entwickelt. Der Übergang der CMML in eine AML sei häufig und quasi vorbestimmt. Bei der CMML sowie der daraus resultierenden AML handle es sich um Berufserkrankungen.

Das Sozialgericht hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. Dr. B. vom 13. Dezember 2021. Dieser hat die Diagnosen

SM, assoziiert mit CMML bzw. SM-AHNMD sowie

AML, am ehesten sekundär transformiert aus CMML

gestellt. Die wissenschaftliche Literatur gebe das Vorkommen bezüglich der Häufigkeit der AML bei SM bei rund 4 % als selten an. Dem gegenüber komme eine leukämische Transformation bei der CMML in bis zu 30 % der Fälle häufig vor. Somit müsse man das Leukämierisiko auch bei einer Schwankungsbreite von 15 bis 30 % im Rahmen einer CMML als hoch einschätzen. Die AML sei als Erkrankung im Rahmen einer BK 1318 anerkannt. Dies beruhe auf Studien, die insgesamt eine Risikoerhöhung einer Leukämiebildung unter Benzolexposition um weniger als das Zweifache im Vergleich zur Spontanentwicklung festgehalten habe. Insgesamt handle es sich bei der AML (auch bei Übergang aus einer SM) um etwa 14 Fälle auf 100.000 Einwohner und damit um eine sehr seltene Erkrankung. Dies bedeute: Selbst wenn sich das Risiko im vorliegenden Fall verdoppelt haben sollte, handle es sich immer noch um eine sehr geringe Risikoerhöhung. Das Risiko einer Transformation aus der CMML, assoziiert mit der SM, sei deutlich höher (30 bis über 50 %). Insoweit sei die Wahrscheinlichkeit einer Transformation der SM in die AML wesentlich höher und hinreichend wahrscheinlicher als die Ausbildung der AML als Folge einer Benzolexposition. Die Anerkennung der AML und/oder der CMML im Rahmen der BK 1318 könne daher nicht empfohlen werden.

Die Klägerin hat erneut eine Stellungnahme von Prof. Dr. P./Prof. Dr. S. vom 11. Januar 2022 vorgelegt. Sie haben dargelegt, die langjährige Benzolexposition habe bei dem Versicherten das Risiko an einer Erkrankung an CMML signifikant erhöht. Diese Erkrankung sei als Berufskrankheit anerkannt. Die Verdopplung des Erkrankungsrisikos bedeute eine Erhöhung um annähernd 100 %. Damit überrage diese Wahrscheinlichkeit alle anderen und insbesondere aber die 4 % Wahrscheinlichkeit der Transformation der AML aus der SM.

Mit Urteil vom 5. Mai 2022 hat das Sozialgericht Halle die Klage abgewiesen und sich zur Begründung auf die eingeholten Sachverständigengutachten sowie das Gutachten von Dr. H. gestützt.

Gegen das ihr im Juli 2022 zugestellte Urteil hat die Klägerin noch im selben Monat Berufung eingelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 5. Mai 2022 und den Bescheid der Beklagten vom 26. März 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. November 2018 aufzuheben und festzustellen, dass

die Erkrankung des Versicherten R. H. an einer CMML von Dezember 2017 an und die Erkrankung an einer AML von Oktober 2019 an Berufskrankheiten nach der Nr. 1318 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung sind und

sein Tod am 5. März 2020 Folge einer Berufskrankheit nach der Nr. 1318 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat eine Leitlinie aus Onkopedia zur SM beigezogen und den Beteiligten zur Kenntnis gegeben. Darin wird ausgeführt, dass die Begleitneoplasie in mehr als 95 Prozent der Patienten myeloischen Ursprungs sei. Am häufigsten trete die CMML und seltener die SM-AML auf. Im Verlauf einer SM mit assoziierter hämatologischer Neoplasie entwickelten viele Patienten eine sekundäre AML.

Im Rahmen eines Erörterungstermins hat sich die Klägerin mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Auch die Beklagte hat sich am 6. Dezember 2023 mit einer solchen Verfahrensweise einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakten der Beklagten ergänzend verwiesen. Diese sind Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte und zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Über sie konnte der Senat ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis mit einem derartigen Verfahren erklärt haben ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Klage ist zwar zulässig. Das Rechtsschutzbedürfnis ist vorliegend durch den Tod des Versicherten nicht entfallen, da die Feststellung der Berufskrankheit Voraussetzung für die Geltendmachung verschiedener Leistungen wie Krankenbehandlung, Verletztengeld, Rente u.ä. ist (vgl. BSG, 30. März 2017 - [B 2 U 6/15 R](#) - juris Rn. 11). Dies kann die Klägerin als Rechtsnachfolgerin geltend machen.

Der Bescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ist aber rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Anerkennung der bei dem Versicherten diagnostizierten AML und CMML als BK 1318; sein Tod ist dementsprechend auch nicht Folge einer Berufskrankheit.

Berufskrankheiten sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung oder mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte in Folge einer den Versicherungsschutz nach [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung Krankheiten als Berufskrankheiten zu

bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 9 Abs. 1 Satz 2 1. Halbsatz SGB VII](#)).

Aufgrund dieser Ermächtigung hat die Bundesregierung die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 31. Oktober 1997 ([BGBl. I, S. 2623](#)) erlassen, in der die derzeit als Berufskrankheiten anerkannten Krankheiten aufgeführt sind. In der Anlage 1 zur BKV sind „Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol“ als Nummer 1318 enthalten. Voraussetzung für die Anerkennung ist, dass die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben muss (Einwirkungskausalität), und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Die Tatbestandsmerkmale „versicherte Tätigkeit“, „Verrichtung“, „Einwirkungen“ und „Krankheit“ müssen im Sinne des Vollbeweises erwiesen sein, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen (st. Rechtsprechung, vgl. u.a. BSG, 23. April 2015 - [B 2 U 20/14 R](#) - juris Rn. 10). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt jeweils das Bestehen einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße - nicht auszuschließende - Möglichkeit. Danach muss bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen (vgl. BSG, 2. November 1999 - [B 2 U 47/98 R](#) - juris; BSG, 2. Mai 2001 - [B 2 U 16/00 R](#) - juris). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - juris).

Ausgehend von diesen Maßstäben ist die naturwissenschaftliche Verursachung der AML und der CMML durch die berufliche Tätigkeit des Versicherten nicht hinreichend wahrscheinlich im genannten Sinne.

Zwar sind beide Erkrankungen grundsätzlich als BK 1318 anerkennungsfähig (vgl. Wissenschaftliche Begründung zur Berufskrankheit Nummer 1318 u.a. S. 55; Merkblatt zur Berufskrankheit Nummer 1318 des Ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“, Bekanntmachung des BMAS vom 30.12.2009 [GMBl 5/6/2010, S. 94 ff.], S. 7; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017 S. 981). Im vorliegenden Fall spricht jedoch eine überwiegende Wahrscheinlichkeit statistisch-medizinisch gegen einen Zusammenhang dieser Erkrankungen mit der beruflichen Tätigkeit des Versicherten.

Soweit die Klägerin zur Berufungsbegründung vorträgt, die SM sei nicht zwingend eine Vorläufererkrankung der CMML, so trifft dies zu. In der beigezogenen Leitlinie zur SM wird ausgeführt, am häufigsten trete bei einer SM die CMML und seltener auch SM-AML auf. Im Verlauf einer SM mit assoziierter hämatologischer Neoplasie entwickelten viele Patienten eine sekundäre AML. Damit verbleiben einige Fälle ungeklärter Ursache. Zutreffend ist daher auch die Darlegung der Klägerin, ein Zusammenhang könne nicht ausgeschlossen werden. Dies alles ist nicht notwendig. Es genügt, dass (hier sogar erheblich) mehr gegen einen Zusammenhang zwischen Erkrankung und Benzol-Exposition spricht als dafür.

Nichts Anderes ergibt sich aus den Ausführungen in dem Pathologiebericht vom 13. März 2020. Dieser stützt sich allein auf das Merkblatt zur BK 1318. Dies ist als alleiniges Entscheidungskriterium unzureichend, zumal die Pathologen selbst einräumen, dass die Erkrankung des Versicherten (myelodysplastisches Syndrom) selbst nicht aufgeführt ist. Ausdrücklich geht man aber auch dort davon aus, dass ein Zusammenhang zwischen der SM und einer Benzolexposition nicht bewiesen werden kann.

Der Senat schließt sich nach Prüfung den übereinstimmenden Gutachten von Dr. H., Prof. Dr. S. und Prof. Dr. B. an. Bedenken gegen die Verwertung des Gutachtens von Dr. H. bestehen nicht, da sich der Versicherte ausdrücklich mit der Einholung einverstanden erklärt hatte (vgl. BSG, 7. Mai 2019 - [B 2 U 25/17 R](#) - juris Rn. 23).

Es handelt sich bei dem Gutachten von Dr. H. nicht um ein Parteigutachten der Beklagten, sondern um ein Verwaltungsgutachten bzw. sachverständige Ausführungen, die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden können (vgl. BSG, 8. Dezember 1988 - [2/9 b RU 66/87](#) - juris). Diesen kommt zwar ein anderer, aber nicht von vornherein ein geringerer Beweiswert als einem gerichtlichen Sachverständigengutachten zu. Das Gericht ist nicht gehindert, einem Verwaltungsgutachten sogar als alleiniger Entscheidungsgrundlage zu folgen (BSG, 26. Mai 2000 - [B 2 U 90/00 B](#); BSG, 7. Mai 2019 - [B 2 U 25/17 R](#) - jeweils juris), was hier angesichts der beiden zustimmenden Sachverständigengutachten nicht notwendig ist. Das Gutachten von Dr. H. ist nachvollziehbar und überzeugend und mit dem Stand der Wissenschaft übereinstimmt (vgl. dazu: BSG, 17. Dezember 2015 - [B 2 U 11/14 R](#) - SozR 4-2700 § 9 Nr. 26, Rn. 18; BSG, 30. März 2017 - [B 2 U 181/16 B](#) - juris; BSG, 6. Oktober 2020 - [B 2 U 94/20 B](#) - juris Rn. 11).

Es entspricht in Form und Inhalt den (Mindest-)Anforderungen (vgl. dazu exemplarisch BVerfG, 14. Januar 2005 - [2 BvR 983/04](#) - juris Rn. 16), die an ein wissenschaftlich begründetes Sachverständigengutachten zu stellen sind (BSG, 1. März 1984 - [9a RV 45/82](#) - juris Rn. 12; siehe insbesondere auch BSG, 6. Oktober 2020 - [B 2 U 94/20 B](#) - juris Rn. 10). Der Senat berücksichtigt im Übrigen auch die Ausführungen von Prof. Dr. S. und Prof. Dr. P., da sie diesen Kriterien nicht entsprechen, als sachverständigen Vortrag. Ein von vornherein geringerer Beweiswert kommt ihnen deshalb aber nicht zu.

Bei Dr. H. handelt es sich um eine für die hier zu beantwortende Frage um eine besonders erfahrene Sachverständige, die ausweislich der Literaturnachweise des Sachverständigen Prof. Dr. S. mehrfach veröffentlicht hat. Ihre überzeugenden Ausführungen werden widerspruchsfrei abgerundet durch die beiden Gerichtsgutachten eines weiteren sachverständigen Arbeitsmediziners und eines Facharztes für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, so dass beide Sichtweisen auf die Problematik erfasst wurde.

Die AML und CMML sind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge der SM.

Diese Ansicht hat auch Prof. Dr. P. ursprünglich so vertreten. So hat er in seinem Befundbericht für das Sozialgericht vom 28. September 2020 auf Seite 2 wiederholt darauf hingewiesen, dass die SM in eine akute Leukämie übergegangen sei. In seinem Bericht vom 15. Oktober 2019 heißt es weiter, aktuell sei die CMML in eine sAML übergegangen (ähnlich der Bericht vom 14. November 2019).

Warum Prof. Dr. P./Prof. S. später hiervon abgegangen sind und ohne Auftrag und Entlohnung durch das Gericht eine andere Auffassung vertreten haben, ist den Akten nicht zu entnehmen. Eine Begründung dafür geben weder sie noch die Klägerin. Zumindest sind ihre

Ausführungen nicht schlüssig. Dies zeigt selbst bei einer Zugrundelegung der für die Klägerin günstigsten Angaben eine exemplarische Berechnung. Die von Prof. Dr. P./Prof. S. hervorgehobene Risikoverdoppelung bedeutet bei einer Inzidenz von 14 Fällen auf 100.000 Einwohnern das Auftreten von 28 Fällen auf 100.000 Personen. Die von ihnen genannte Wahrscheinlichkeit von 4 % für eine Transformation der AML aus der SM bedeutet demgegenüber das Auftreten von 4.000 Fällen auf 100.000 an einer SM erkrankten Personen. Damit stehen 4.000 berufsunabhängige Erkrankungen gegen 28 anererkennungsfähige (bei denen nur 14 tatsächlich auf die Benzolexposition zurückzuführen wären; siehe S. 6 des Gutachtens von Prof. Dr. B.). Die Ausführungen von Prof. Dr. P./Prof. S. sind damit nicht schlüssig. Die unterschiedliche Basis der relativen Risikoerhöhungen darf nicht außer Acht gelassen werden, so dass die Schlussfolgerung der Sachverständigen überzeugend ist, wonach keine Berufskrankheit vorliegt.

Soweit Prof. Dr. P. betont, es gebe keinen wissenschaftlichen Beweis, dass diese auffällige Häufung einer AML nach Erkrankung an einer SM eine kausale Beziehung anzeigt, so liefert Prof. Dr. S. mit seinem Schreiben vom 20. Oktober 2020 die Erklärung: Die SM sei so selten, dass ein statistisch sicherer Zusammenhang niemals gezeigt werden könne. Dies ist zutreffend. Die Mastrozytose ist auch nach den Ausführungen aller Gutachter und der Literatur eine seltene Erkrankung. Die Prävalenz wird auf ca. 1:10.000 geschätzt bei einer jährlichen Inzidenz von ca. 1:100.000 Personen (Jäger/Kinaciyan <https://link.springer.com/article/10.1007/s12326-022-00517-2#Sec1>). Das Fehlen von validen Daten - die der Senat allerdings ausdrücklich nicht sieht - ginge zudem nicht zu Gunsten der beweisbelasteten Klägerin.

Noch deutlicher ist das Bild, wenn man die Häufigkeit des Auftretens einer Transformation einer AML und CMML aus einer SM für entscheidend hält. Prof. Dr. P./Prof. Dr. S. verkennen das zeitliche Auftreten der drei Krankheiten. Nach der SM hat sich zunächst eine CMML entwickelt. Ausdrücklich heißt es beispielsweise in dem Bericht des Universitätsklinikums L. vom 24. März 2020, 2017 sei erstmals die Diagnose aggressive SM gestellt worden. 2010 habe noch keine hämatologische Diagnose gestellt werden können.

Nach dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. B. entwickelt sich in bis zu 30 % der Fälle aus einer SM eine CMML. Dem haben Prof. Dr. P./Prof. Dr. S. und auch sonst niemand widersprochen. Diese Entwicklung ist damit häufig.

Prof. Dr. S. legt in seiner für die mündliche Verhandlung vor dem Sozialgericht gefertigten Stellungnahme weiter dar, der Übergang der CMML in eine AML sei „häufig und quasi vorbestimmt“. Der Zusammenhang der drei Erkrankungen des Versicherten ist damit um ein vielfaches höher als die Wahrscheinlichkeit einer Berufskrankheit.

Diesen Zusammenhang der verschiedenen Erkrankungen des Klägers legt auch die Klassifikation als SM-AHN (systemische Mastrozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie) nahe (so die Diagnose im Befundbericht Prof. Dr. P. vom 28. September 2020; vgl. insoweit Stellungnahme von Dr. H. vom 29. Oktober 2018). Auch in dem Bericht des Klinikums S. M. vom 31. Januar 2018 wurde eine myeloproliferative Neoplasie festgestellt, die als SM mit assoziierter hämatologischer Neoplasie Nichtmastzellkrankheit (SM-AHNMD) bei CMML zu diagnostizieren sei. Schließlich heißt es in dem Bericht der Knochenmarkbiopsie vom 14. Februar 2020, dass das Bild gut vereinbar mit einer „sekundären“ AML bei vorbekannter Mastrozytose sei. Sekundär bedeutet hier, dass sie in zweiter Reihe - infolge - der Mastrozytose (d.h. der systemischen Mastrozytose - SM) eingetreten ist.

Auch Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einer SM einerseits und einer CMML oder AML andererseits bei Exposition mit Benzol konnte Prof. Dr. S. in einer Literaturrecherche nicht finden. Etwas Anderes hat auch im Übrigen kein Arzt oder gar ein Gutachter angegeben.

Soweit die Klägerin auf einen Aufsatz von Goede von Februar 2017 verweist, so widersprechen die dortigen Ausführungen nicht den Feststellungen der Sachverständigen. Dass danach die Mastrozytose nicht Teil der myeloproliferativen Neoplasien ist, spricht für eine eigenständige Ursache dieser Erkrankung und rechtfertigt wissenschaftlich-theoretisch den Ausschluss dieser Erkrankung aus den möglichen Folgen einer Exposition mit Benzol. Genau dies hat Dr. H. in ihrem Gutachten dargelegt, wonach die Mastrozytose aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften (keine myeloproliferative Erkrankung) nicht genannt werde. Sie und die beiden gerichtlichen Sachverständigen haben auch in Literaturrecherchen keine Hinweise auf das Auftreten einer SM als Folge der BK 1318 gefunden. Im Übrigen steht die berufsunabhängige Ursache der SM durch den ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 26. Juli 2018 fest ([§ 77 SGG](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 154 Abs. 2, 159](#) der Verwaltungsgerichtsordnung. Gehört in einem Rechtszug weder der Kläger noch der Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen, werden Kosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben. Dies ist hier der Fall. Die Klägerin (und auch die Beklagte) sind nicht gemäß [§ 183 SGG](#) privilegiert. Nach [§ 183 Satz 1 SGG](#) ist das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für Versicherte, Leistungsempfänger einschließlich Hinterbliebenenleistungsempfängern, behinderte Menschen oder deren Sonderrechtsnachfolger nach [§ 56](#) des Ersten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB I) kostenfrei, soweit sie in dieser jeweiligen Eigenschaft als Kläger oder Beklagte beteiligt sind. Die Klägerin ist nicht in ihrer Eigenschaft als Leistungsempfängerin am Rechtsstreit beteiligt. Sie macht in dem Rechtsstreit keinen Anspruch als Leistungsempfängerinnen oder Hinterbliebenenleistungsempfängerinnen, sondern als Rechtsnachfolgerinnen des potentiellen Leistungsempfängers (des Versicherten) geltend, ohne dass ein Fall der Sonderrechtsnachfolge ([§ 56 SGB I](#)) vorliegt. Eine Kostenprivilegierung als Sonderrechtsnachfolger gemäß [§ 183 Satz 1 SGG](#) setzt nach dem Wortlaut des ausdrücklich in Bezug genommenen [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#) voraus, dass Streitgegenstand fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen sind. Dem genügt das von der Klägerin geltend gemachte Begehren auf Feststellung einer Berufskrankheit selbst dann nicht, wenn damit die eigenen Ansprüche als Hinterbliebene vorbereitet würden. Denn die Vorbereitung möglicher Ansprüche durch mögliche Sonderrechtsnachfolger kann nicht der tatsächlichen Leistung auf der Grundlage eines fälligen Anspruchs gleichgesetzt werden. Die Sonderrechtsnachfolge beschränkt sich auf die Rechtsnachfolge in spezielle Einzelansprüche. Das Rechtsinstitut soll im Sinne einer Gewährleistung der mittelbaren unterhaltsrechtlichen Funktion des Sozialleistungsanspruchs die Lebensverhältnisse sicherstellen, die bestanden hätten, wenn die entsprechende Leistung rechtzeitig erbracht worden wäre. Mithin fehlt es an einer Rechtfertigung für eine kostenrechtliche Privilegierung, wenn - wie hier - lediglich die Feststellung eines Versicherungsfalls begehrt wird (vgl. BSG, 27. Oktober 2016 - [B 2 U 45/16](#) - juris).

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Die Festsetzung des Streitwerts auf 5.000,00 € beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m.

[§ 47 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3, § 52 Abs. 1](#) und 2 i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1 des GKG](#). Nach [§ 52 Abs. 1 GKG](#) ist in Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach der sich aus dem Antrag der Kläger für sie ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Nach [§ 52 Abs. 1 GKG](#) ist in Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit,

soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach der sich aus dem Antrag der Klägerin für sie ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Streitgegenstand ist die Anerkennung einer Erkrankung des verstorbenen Ehemanns der Klägerin als BK. Bei Anerkennung sind verschiedene Leistungen an die Klägerin denkbar, deren Höhe derzeit nicht bezifferbar ist. Bietet der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwerts - wie hier - keine genügenden Anhaltspunkte, ist daher der Auffangstreitwert i. H. v. 5.000,00 € gemäß [§ 52 Abs. 2 GKG](#) festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-03-22