

L 5 U 101/09

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung

5
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 12 U 33/05

Datum
22.10.2008
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 U 101/09

Datum
03.03.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Leitsätze

1. Der Umstand, dass die Berufsgenossenschaft im angefochtenen Bescheid nur über die Anerkennung von Leberbeschwerden als Berufskrankheit Nr 1102 entschieden hat, hindert den Kläger nicht, im Klageverfahren weitere Gesundheitsstörungen als Berufskrankheit Nr 1102 geltend zu machen.
2. Zum Ursachenzusammenhang zwischen beruflichen Amalgameinwirkungen bei einem Zahnarzt und der Entstehung von Gesundheitsstörungen
1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 22.10.2008 wird zurückgewiesen.
2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten sind ein Anspruch auf Feststellung einer Berufskrankheit (BK) Nr 1102 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) Einwirkungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen sowie ein Anspruch auf eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Der 1957 geborene Kläger war seit dem 1.2.1984 bis zum 31.12.2007 als Zahnarzt tätig gegenwärtig arbeitet er seinen Angaben zufolge noch zehn Stunden wöchentlich kieferorthopädisch und als solcher bei der Beklagten unfallversichert. Im März 1990 machte er bei der Beklagten das Vorliegen einer BK Nr 1102 als Folge beruflicher Amalgameinwirkungen geltend. Der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten nahm im August 1991 und Mai 1992 (unter Berücksichtigung einer Praxisbegehung im April 1992) zum Umfang der beruflichen Quecksilbereinwirkungen Stellung.

Die Beklagte veranlasste ein toxikologisches Gutachten des PD Dr A (Institut für Toxikologie der Universität K) vom November 1994. Dieser führte aus: Typische Symptome einer Quecksilbervergiftung in Form von Störungen des Zentralnervensystems seien beim Kläger nicht zu erkennen. Für eine isolierte Schädigung der Leber durch Quecksilber reichten die Belastungen im Beruf des Zahnarztes in der Regel nicht aus. Hinsichtlich einer Bandscheibenerkrankung durch eine erhöhte Quecksilberbelastung lägen toxikologisch und arbeitsmedizinisch keine ausreichenden wissenschaftlichen Erkenntnisse vor.

Im weiteren Verlauf des Verwaltungsverfahrens zog die Beklagte die Ergebnisse der Testungen des Klägers auf Quecksilber, Zink und Kupfer im Urin bzw Blut vom 18.2.1995 bei. Durch Bescheid vom 16.3.1995 lehnte sie die Anerkennung der Leberbeschwerden des Klägers als BK Nr 1102 ab. Zur Begründung führte sie aus: Voraussetzung für die Anerkennung der Leberbeschwerden des Klägers als BK sei, dass diese mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Tätigkeit als Zahnarzt zurückzuführen seien. Nach dem Gutachten des PD Dr A sei der Kläger als Zahnarzt einer erhöhten Belastung durch Quecksilber ausgesetzt gewesen. Grundsätzlich stünden jedoch bei einer solchen Störungen von Seiten des Zentralnervensystems im Vordergrund, die jedoch beim Kläger nicht vorlägen. Für die Entstehung einer isolierten Hepatopathie reichten die Quecksilberbelastungen bei der beruflichen Tätigkeit des Klägers nicht aus. Die Voraussetzungen für Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung seien daher nicht erfüllt.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren legte der Kläger Ergebnisse einer Untersuchung des Instituts für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin der Universität M vom September 1995 auf die Quecksilberkonzentration der Haare und des Gewebes vor. Die

Beklagte veranlasste eine Begutachtung nach Aktenlage durch Prof Dr E /Prof Dr D (Institut für Rechtsmedizin der Universität M) vom Mai 1997. Diese führten aus: Beim Kläger sei von einer berufsbedingt erhöhten Quecksilberbelastung auszugehen. Die von ihm vorgetragene Beschwerden seien aber nicht so charakteristisch, dass ein kausaler Zusammenhang mit den beruflichen Quecksilbereinwirkungen wahrscheinlich sei.

Durch Widerspruchsbescheid vom 26.6.1997 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 16.3.1995 zurück. Zur Begründung hieß es: Die beim Kläger vorliegende Erkrankung der Lendenwirbelsäule (LWS) und die chronische Hepatopathie seien nicht auf eine berufliche Quecksilberbelastung zurückzuführen. Bei den Quecksilbereinlagerungen in dem beim Kläger entnommenen Bandscheibengewebe handele es sich nicht um die Folge einer chronischen Quecksilbervergiftung, weil nach Auffassung von Prof Dr E /Prof Dr D die Höhe der Quecksilberkonzentration im Bandscheibengewebe nur durch eine nachträgliche Verunreinigung mit Quecksilber im Rahmen der Aufbereitung zur histologischen Untersuchung zu erklären sei.

Am 8.7.1997 hat der Kläger Klage erhoben. Die Beklagte hat eine Stellungnahme ihres TAD vom April 1998 zur Quecksilberbelastung von Zahnärzten vorgelegt. Das Sozialgericht (SG) hat von Amts wegen ein Gutachten nach Aktenlage des Arbeitsmediziners Prof Dr N vom Januar 1999 mit ergänzender Stellungnahme vom November 1999 eingeholt, der dargelegt hat: Beim Kläger habe zwar eine berufliche Quecksilberbelastung vorgelegen, aus der jedoch eine wesentlich erhöhte Gesundheitsgefährdung nicht ableitbar sei. Die Leber werde in toxikologischen Publikationen nicht als Zielorgan von Giftwirkungen des Quecksilbers genannt. Die Ursache der vorübergehenden Aktivitätserhöhungen der Leberenzyme beim Kläger bleibe unklar. Von einem Mikromercuralismus könne in Anbetracht einer Quecksilberausscheidung von maximal 20 µg/m³ Blut nicht ausgegangen werden.

Der vom SG auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gehörte Dermatologe, Venerologe und Umweltmediziner Dr M hat in seinem Gutachten vom Juli 2001 eine BK Nr 1102 bejaht und ausgeführt: Die Festlegung eines Grenzwerts als Voraussetzung eines wahrscheinlichen Ursachenzusammenhangs zwischen einer beruflichen Quecksilbereinwirkung und der Entstehung von Erkrankungen trage den Gefahren des Quecksilbers nicht ausreichend Rechnung. Die Leber stelle sehr wohl ein Zielorgan für die Aufnahme von Quecksilber dar, wie ua tierexperimentelle Untersuchungen gezeigt hätten. Als BK Nr 1102 lägen beim Kläger vor: bandscheibenbedingte Erkrankung, toxische Enzephalopathie, Polyneuropathie und autonome Neuropathie, toxische Hepatopathie. Die BK-bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 60 vH.

Diesem Gutachten ist die Beklagte mit einer Stellungnahme des Arbeitsmediziners Prof Dr K vom September 2001 entgegengetreten, der ausgeführt hat, die haftungsbegründende Kausalität sei gegeben. Umschriebene Krankheitsbilder der toxischen Enzephalopathie und Polyneuropathie seien dagegen beim Kläger nicht gesichert. Gleiches gelte für eine Hepatopathie und eine Erkrankung des Immunsystems. Er empfehle die Einholung weiterer Gutachten.

Das SG hat daraufhin von Amts wegen eine Begutachtung durch den Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Umweltmedizin Dr S (Fachklinik N) vom Februar 2005 (mit neuropsychologischem Zusatzgutachten von Dipl-Psych S vom April 2004) veranlasst. Dr S ist zu dem Ergebnis gelangt, die Voraussetzungen der BK Nr 1102 seien in Bezug auf eine Enzephalopathie, eine Polyneuropathie, eine Sensibilisierung gegenüber anorganischem Quecksilber und multiple Chemikalienintoleranzen erfüllt. Die hierdurch bedingte MdE betrage 40 vH.

In seiner Stellungnahme für die Beklagte vom April 2005 hat Prof Dr K ausgeführt: Eine pathogene Exposition von Quecksilber halte er beim Kläger aufgrund fehlender Messdaten zwar nicht für vollständig bewiesen, aber für wahrscheinlich. Eine Enzephalopathie und eine Polyneuropathie seien beim Kläger gesichert. Der Zusammenhang zwischen der Quecksilberbelastung und diesen Erkrankungen sei wahrscheinlich. An anderer Stelle dieser Stellungnahme hat Prof Dr K ausgeführt, eine toxische Polyneuropathie sei "nicht auszuschließen".

Die Beklagte hat dem SG ferner eine Stellungnahme ihres Bereichs Gefahrstoffe vom Juni 2005 vorgelegt, worin es ua heißt: Bei Messungen in verschiedenen Zahnarztpraxen sei der Wert von 10 µg/m³ nicht überschritten gewesen. Lege man den gültigen Arbeitsplatzgrenzwert für Quecksilber von 100 µg/m³ zugrunde, könne mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass eine schädigende Einwirkung von Quecksilber im Sinne des Erreichens oder gar Überschreitens des Arbeitsplatzgrenzwertes nicht vorgelegen habe. Der Arbeitsmediziner Dr R hat in seiner für die Beklagte verfassten Stellungnahme vom August 2005 dargelegt, es sei nicht anzunehmen, dass beim Kläger die geltenden Quecksilberbelastungsgrenzwerte erreicht oder sogar überschritten worden seien; im Übrigen fehlten bei ihm objektivierbare Befunde für eine Polyneuropathie oder Enzephalopathie.

In seinem nach Aktenlage verfassten Gutachten vom Februar 2007 hat Prof Dr E (Leiter des H G und M ; mit Dr K) dargelegt: Bei keiner der Quecksilberbestimmungen aus Urin des Klägers ohne vorherige Gabe von DMPS seien Werte oberhalb des HBM-I-Wertes (Kontrollwert) gemessen worden. Quecksilberbestimmungen aus Blut, Gewebe und Haaren ließen keine Rückschlüsse auf eine Exposition von anorganischem Quecksilber, wie es in Zahnfüllstoffen verwendet werde, zu. Ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Quecksilberexposition des Klägers und dessen neurologischen Krankheitssymptomen sei aufgrund des fehlenden Nachweises erhöhter Konzentrationen anorganischen Quecksilbers im Urin nicht herstellbar. Auch lasse sich beim Kläger kein Anhalt für eine durch Quecksilber verursachte toxische Leberschädigung finden. Bei kurzfristig geringfügig erhöhten Leberwerten sei die Diagnose einer Hepatopathie in Frage zu stellen.

Der Kläger hat gerügt, dass ihn Prof Dr E entgegen dem Beweisbeschluss des SG nicht persönlich untersucht habe. Im weiteren Verlauf des Klageverfahrens hat der Kläger vorgetragen, nach Feststellungen der für ihn zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) habe er überdurchschnittlich viele amalgamgeschädigte Patienten behandelt; deshalb habe er gegenüber der KZÄV 155 vH der Durchschnittswerte der Zahnärzte abgerechnet. Der Mundschutz, den er lange Zeit getragen habe und den auch die Beklagte empfehle, sei ungeeignet, um das Einatmen von Quecksilberdämpfen zu vermeiden. Bei ihm liege zudem eine genetische Auffälligkeit vor, die dazu führe, dass er in den Körper aufgenommene Stoffe, wie etwa auch Quecksilber, nicht in üblichem Umfang ausscheiden könne. Dies ergebe sich aus in H durchgeführten genetischen Untersuchungen auf Polymorphismen im MDR-1-Gen.

Zuletzt hat der Kläger dem SG ausführliche Atteste seines behandelnden Arztes Dr W vom Dezember 2007 und Juli 2008 sowie ein Attest der Humangenetikerin Dr S vom September 2008 vorgelegt.

Erstinstanzlich hat der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des angefochtenen Bescheides zu verurteilen, eine BK nach Nr 1102 der Anlage zur BKV anzuerkennen und ihm eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 vH zu gewähren. Durch Urteil vom 22.10.2008 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung und Entschädigung einer BK Nr 1102. Alle Erkrankungen des Klägers seien nicht mit Wahrscheinlichkeit durch berufliche Quecksilberbelastungen verursacht worden. Die vom Kläger angegebenen Leberbeschwerden und der bei ihm bestehende Bandscheibenvorfall entsprächen nicht einem quecksilberinduzierten Krankheitsbild. Hinsichtlich der übrigen Erkrankungen, soweit sie dem Zentralnervensystem zuzurechnen seien, sei der typische Verlauf einer chronischen Quecksilberintoxikation zweifelhaft. Entgegen früheren Annahmen seien zwar die Grenzwerte für Quecksilberintoxikationen bei Zahnärzten "deutlich höher" anzusetzen. Die Kammer habe auch berücksichtigt, dass der Kläger aufgrund seines Tätigkeitsschwerpunktes überproportional Sanierungen von Amalgamfüllungen durchgeführt habe. Selbst bei einer 155- oder 200%igen Überschreitung des Gesamtfallwertes komme man jedoch im Sinne einer "Worst-case-Betrachtung" nicht auf die für die Bejahung eines Ursachenzusammenhangs mit den Gesundheitsstörungen des Klägers erforderliche Belastung von 100 µg Hg/m³ Raumluft. Der vom Kläger vorgetragene Gendefekt führe zu keinem anderen Ergebnis.

Gegen dieses ihm am 18.3.2009 zugestellte Urteil richtet sich die am 26.3.2009 eingelegte Berufung des Klägers. Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG ein Gutachten von Prof Dr B vom März 2010 (mit Zusatzgutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr K vom Januar 2010, dem ua eine psychologische Zusatzuntersuchung von Dipl-Psych N zugrunde lag) eingeholt. Dr K hat ausgeführt: Die Vielzahl der vom Kläger geklagten Beschwerden finde eine Entsprechung in einer leichten kognitiven Störung und einer Störung des Geruchssinns sowie Teilstörung des Geschmackssinns. Ein eindeutiger Beleg für eine hirnorganisch bedingte Konzentrationsstörung finde sich nicht. Die Ursache der Geruchs- bzw Geschmacksstörung lasse sich ohne eine gezielte sensorische Diagnostik in einer HNO-Spezialambulanz bzw ohne craniale Bildgebung nicht festlegen. Denkbar seien eine postentzündliche oder eine toxische Störung des Riechepithels bzw eine Störung der neuronalen Signalverarbeitung im Riechhirn. Eine toxisch bedingte Geruchs- bzw Geschmacksstörung könne durch eine Vielzahl von Substanzen (auch Medikamente, zB bei der Entgiftung benutzte Chelatbildner) hervorgerufen werden; eine isolierte Schädigung des Geschmacks /Geruchssinnes als Folge einer Quecksilbervergiftung sei unwahrscheinlich. Die vorliegende symmetrische Polyneuropathie der unteren Extremitäten könne Folge einer metabolischen Störung (Vitaminmangel, Diabetes), einer medikamentös-toxischen Einwirkung oder einer idiopathischen (meist genetischen) Störung sein. Die leichte kognitive Störung des Klägers sei ätiologisch unspezifisch. Eine strukturelle Hirnläsion sei unwahrscheinlich, könne aber nur durch eine bildgebende Untersuchung ausgeschlossen werden; die kognitive Störung könne allein durch psychologische Faktoren (im Sinne einer Neurasthenie angesichts des jahrelangen Krankheitsverlaufs) erklärt werden.

Prof Dr B hat in seinem Gutachten dargelegt: Beim Kläger lägen folgende Gesundheitsstörungen vor: 1. periphere Polyneuropathie an den Füßen vom axonalen Typ, 2. leichte kognitive Störung, 3. Geruchsstörung, 4. Geschmacksstörung, 5. Bandscheibenvorfall L5/S1 mit Zustand nach Bandscheibenoperation am 8.1.1992. Der Zusammenhang zwischen den beruflichen Quecksilberwirkungen und diesen Gesundheitsstörungen sei nicht wahrscheinlich. Studien, die eine kausale Verbindung zwischen einer beruflichen Quecksilberexposition bei Zahnärzten und der Entwicklung einer Polyneuropathie, einer kognitiven Störung und einer Geruchs- bzw Geschmacksstörung belegen könnten, lägen nicht vor. Die Quecksilberkonzentration im Harn des Klägers habe den Grenzwert der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für die Quecksilberkonzentration im Harn deutlich unterschritten, sodass die beruflichen Voraussetzungen für die Entwicklung einer BK Nr 1102 zu verneinen seien.

Im Anschluss daran hat der Kläger ein für ihn erstattetes Privatgutachten des Arztes Dr M es handelt sich um denselben Arzt, der vom SG nach § 109 SGG gehört worden war vom August 2010 vorgelegt, der zu dem Ergebnis gelangt ist, die Aussagen in seinem Gutachten vom Juli 2001 hätten nichts an Gültigkeit verloren. Prof Dr B hat im November 2010 ergänzend Stellung genommen: Zuletzt hat der Kläger dem Senat einen Aufsatz der kalifornischen Behörde für Umweltrisiken aus dem Jahre 2008 und eine erneute Stellungnahme von Dr M vom Januar 2011 zugeleitet. Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Senat Prof Dr B auf Antrag des Klägers zur Ausübung dessen Fragerechts gehört. Wegen der Aussagen des Sachverständigen wird auf die Sitzungsniederschrift vom 3.3.2011 verwiesen.

Der Kläger trägt vor: Entgegen der Auffassung des SG komme dem von der DFG festgesetzten Grenzwert weder in wissenschaftlicher noch in rechtlicher Hinsicht eine entscheidende Bedeutung zu. Der Grenzwert der DFG diene nur präventiven Zwecken. Nach einem WHO-Papier seien bereits bei Arbeitsbedingungen von 30 µg/m³ "objective tremor" und von 10-30 µg/m³ "nonspecific syndroms" beobachtet worden. Solche Symptome lägen auch bei ihm vor. In der Schweiz und in Russland bestehe ein Grenzwert von 10 µg/m³. In der früheren DDR sei man von einem noch niedrigeren Grenzwert von 5 µg/m³ ausgegangen. Wie er in einer Internetrecherche festgestellt habe, habe die DFG den MAK Grenzwert für Quecksilber insoweit geändert, als dieser nur noch 20 µg/m³ betrage. Er habe in einem weitaus größeren Umfang Amalgamsanierungen bei Kassenpatienten gegenüber der KZÄV abgerechnet, als letztlich bei der Honorierung berücksichtigt worden sei, und zudem viele Privatpatienten und Kassenpatienten außerhalb der Abrechnung durch die KZÄV mit Amalgamsanierungen behandelt. Bei ihm liege zudem eine besondere genetische Prädisposition (sog Suszeptibilität) vor, die dazu führe, dass sein Körper aufgenommenes Quecksilber nicht oder allenfalls sehr schwer abbauen könne. Dies führe dazu, dass auch bei einer Unterschreitung des von der DFG festgesetzten Grenzwerts eine toxisch bedingte Erkrankung wahrscheinlich sein könne. In seiner Überzeugung, dass bei ihm eine BK vorliege, sehe er sich nicht nur durch die Gutachten von Dr M und Dr S, sondern auch durch die Äußerungen von Prof Dr K bestätigt. Es werde beanstandet, dass Dr K entgegen der Weisung von Prof Dr B eine eigenständige Zusammenhangsbeurteilung verfasst habe. Zudem sei die Kausalitätsbeurteilung des Dr K unzutreffend. Dieser hätte Zusatzuntersuchungen veranlassen müssen. Die kalifornische Behörde für Umweltrisiken habe bereits 2008 gefordert, den "Mercury 8-Hour REL" auf 0,06 µg Hg/m³ abzusenken. Dieser Grenzwert liege um den Faktor 1600 unter dem deutschen Grenzwert von 100 µg Hg/m³. Die kalifornische Behörde habe darüber hinaus den Grenzwert für permanente Expositionen noch einmal halbiert. Diese Vorgehensweise der kalifornischen Behörde beruhe auf einer im Dezember 2008 veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeit. Dies belege zweierlei: Zum einen entspreche die Annahme, Expositionswerte unterhalb von 100 µg Hg/m³ Luft seien nicht erkrankungsrelevant, nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Zum anderen belegten die in dem kalifornischen Dokument ausgewerteten Studien, dass auch Expositionswerte weit unterhalb des deutschen MAK-Wertes zu Erkrankungen führten. Ferner gehe die Arbeit der kalifornischen Umweltbehörde auf zwei weitere Gesichtspunkte ein: Es werde beschrieben, dass genetisch suszeptible Individuen besonders von Quecksilber betroffen seien. Zudem würden in dieser Arbeit die bei ihm, dem Kläger, festgestellten neurotoxischen Symptome speziell für Zahnärzte beschrieben.

Bei einer Untersuchung durch Prof Dr L (mit Ärztin Dr K) im Januar 2011 sei eine starke Reduzierung der Handkraft und eine deutlich von der Norm abweichende Zielgenauigkeit und Präzision der Handbewegung, Handgeschicklichkeit und Fingerfertigkeit, insbesondere der

rechten Hand, festgestellt worden. Ferner sei eine erhöhte Vibrationswahrnehmungsschwelle des vierten und fünften Fingers der rechten Hand auffällig gewesen. Prof Dr L habe eine neurologische Abklärung der Progredienteneinschränkung der manuellen Fähigkeiten für erforderlich gehalten. Aufgrund der Empfehlung von Prof Dr L habe ihn die Bezirksärztekammer vom Notdienst befreit. Der Kläger hat dem Senat ua das Schreiben von Prof Dr L vom Februar 2011 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des SG Mainz vom 22.10.2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 16.3.1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.6.1997 aufzuheben, festzustellen, dass bei ihm eine BK nach Nr 1102 der Anlage zur BKV vorliegt, und ihm eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 vH zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§§ 143 f, 151](#) Sozialgerichtsgesetz SGG zulässige Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Die Klage auf Feststellung einer BK Nr 1102 ist als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage ([§§ 54 Abs 1, 55 SGG](#)) zulässig. Eine Klage auf Feststellung einer bestimmten BK ist grundsätzlich zulässig (Bundessozialgericht BSG 2.4.2009 [B 2 U 30/07 R](#), juris Rn 11), sofern eine vorherige Verwaltungsentscheidung des Unfallversicherungsträgers hierüber vorliegt (BSG 21.9.2010, [B 2 U 25/09 R](#), juris). Die vorliegend erhobene kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage auf Feststellung einer BK Nr 1102 ist, obwohl die Beklagte im Bescheid vom 16.3.2005 nur über die Anerkennung von Leberbeschwerden als BK entschieden hat, auch hinsichtlich der übrigen als BK Nr 1102 in Betracht kommenden und vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen zulässig. Denn die Geltendmachung weiterer Gesundheitsstörungen als BK Nr 1102 durch den Kläger im Klageverfahren erweitert den Streitgegenstand des Verwaltungsverfahrens Feststellung der BK Nr 1102 nicht. Ist eine in der BK-Liste bezeichnete BK nicht auf bestimmte Gesundheitsstörungen beschränkt, handelt es sich bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen als Folge der in der BK-Nr aufgeführten schädigenden Einwirkungen um einen einheitlichen Versicherungsfall (vgl Römer in Hauck/Noftz, SGB VII, K § 9 Rn 44g). Selbst wenn aber in einem solchen Fall bei Geltendmachung weiterer Gesundheitsstörungen durch den Kläger eine Erweiterung des Klageantrags in der Hauptsache vorläge, wäre diese zulässig, da es sich um einen einheitlichen Klagegrund (eine einzige BK) und nicht um eine Klageänderung handelt ([§ 99 Abs 3 Nr 2 SGG](#); vgl zur Geltendmachung weiterer Gesundheitsstörungen als Unfall- oder Schädigungsfolgen Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 99 Rn 4a); eines vorherigen Verwaltungs- und Widerspruchsverfahrens über das erweiterte Begehren bedürfte es insoweit nicht (BSG 6.10.1977 [9 RV 66/76](#), [SozR 1500 § 99 Nr 2](#)).

Die Klage auf Feststellung einer BK Nr 1102 und damit auch auf eine Verletztenrente ist nicht begründet, weil die Voraussetzungen dieser BK nicht erfüllt sind. Denn der Kläger leidet nicht an Gesundheitsstörungen, die wahrscheinlich Folgen einer beruflichen Einwirkung von Quecksilber oder dessen Verbindungen sind. Der Senat stützt sich in dieser Überzeugung vornehmlich auf das von ihm eingeholte Gutachten des Prof Dr Dr B.

Beim Kläger liegen, wie sich aus dem Gutachten von Prof Dr Dr B ergibt, folgende Gesundheitsstörungen vor: 1. periphere Polyneuropathie, 2. leichte kognitive Störung, 3. Geruchs- und Geschmacksstörung, 4. Bandscheibenvorfall L 5/S1 mit Zustand nach Bandscheibenoperation im Januar 1992. Keine dieser Gesundheitsstörungen ist mit Wahrscheinlichkeit Folge beruflicher Quecksilbereinwirkungen, wobei es bereits an einem wahrscheinlichen Zusammenhang im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne fehlt, weshalb sich die Frage einer wesentlichen Mitursache nicht stellt. Dabei ist vor allem von Bedeutung, dass sich in der einschlägigen medizinischen Literatur keine aussagekräftigen Belege über ein gehäuftes Auftreten solcher Erkrankungen bei Zahnärzten finden, wie Prof Dr Dr B im Einzelnen dargelegt hat. Zwar berichtet eine Studie von Ngim et al (1992) über schlechtere Ergebnisse quecksilberbelasteter Zahnärzte bei verschiedenen psychometrischen Testverfahren. Dem stehen aber die Ergebnisse einer Studie von Ritchie et al (2001) entgegen, bei denen sich solche Auffälligkeiten nicht fanden. Der Studie von Ritchie et al ist Prof Dr Dr B zufolge der Vorzug gegenüber derjenigen von Ngim et al zu geben, ua weil sie einen wesentlich höheren Stichprobenumfang hat.

Ferner kann von einem wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beruflichen Quecksilbereinwirkungen des Klägers und dessen Gesundheitsstörungen nach Prof Dr Dr B nicht ausgegangen werden, weil bei ihm am 12.10.1990 eine Quecksilberkonzentration im Harn von lediglich 20 µg/m³ festgestellt wurde, welche den biologischen Arbeitsstoff-Toleranzwert unterschritt. Dieser und nicht der MAK-Wert ist für die vorliegende Zusammenhangsbeurteilung maßgebend, wie sich aus der ergänzenden Stellungnahme von Prof Dr Dr B vom November 2010 und dessen Angaben im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat ergibt. Die Herabsetzung des MAK-Wertes durch die DFG auf 20 µg/m³ ändert daher an dem Ausgang des Rechtsstreits nichts.

Der Vortrag des Klägers, er sei größeren Quecksilbereinwirkungen ausgesetzt gewesen als der Durchschnitt der Zahnärzte, weil er mehr Behandlungen mit Amalgam als diese durchgeführt habe, rechtfertigt, wie aus den Darlegungen des Prof Dr Dr B hervorgeht, keine andere Zusammenhangsbeurteilung. Auch darauf, in welchem Umfang der Kläger bei seiner Arbeit Mundschutz getragen hat, kommt es nicht entscheidend an.

Der beim Kläger gemessenen erhöhten Quecksilberkonzentration im Kopfhair kann keine wesentliche Bedeutung beigemessen werden, weil nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nur die Messung in Urin und Blut aussagekräftige Ergebnisse hervorbringt (Prof Dr Dr B). Aus der vom Kläger vorgelegten Abhandlung der kalifornischen Umweltbehörde ergeben sich ebenfalls keine wesentlichen zusätzlichen Erkenntnisse, wie Prof Dr Dr B im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat klargestellt hat. Dass primär präventiven Zwecken

dienende Grenzwerte in verschiedenen Ländern unterschiedlich hoch festgesetzt werden, entspricht den üblichen Gegebenheiten, ohne dass aus niedrigeren Grenzwerten in anderen Ländern ohne Weiteres der Schluss auf einen wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang im Einzelfall zulässig wäre.

Von einem wahrscheinlichen Ursachenzusammenhang zwischen beruflichen Quecksilbereinwirkungen und den kognitiven Störungen des Klägers kann im Übrigen auch wegen des bei diesem vorliegenden Krankheitsbildes nicht ausgegangen werden. Eine chronische Quecksilbervergiftung kann zwar zu einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in Form eines sog. Erethismus mercurialis führen. Ein solches Krankheitsbild besteht indes beim Kläger nicht. Auch findet sich bei diesem kein Hinweis auf einen feinschlägigen oder grobschlägigen Tremor, der als Folge einer Quecksilbereinwirkung bekannt ist. Durchblutungsstörungen des Gehirns, welche Dr. M aufgrund einer durchgeführten SPECT-Untersuchung annimmt, gehören, wie Prof. Dr. Dr. B. aufgezeigt hat, nicht zu den nachgewiesenen Quecksilberwirkungen.

Ein Zusammenhang zwischen beruflichen Quecksilbereinwirkungen und der beim Kläger diagnostizierten Geruchs- und Geschmacksstörung besteht ebenfalls bereits deshalb nicht, weil diese Erkrankungen nicht zum Krankheitsbild quecksilberbedingter Erkrankungen gehören (Prof. Dr. Dr. B.).

Dem Nachweis besonderer genetischer Gegebenheiten beim Kläger (homozygoter Polymorphismus des MDR-1-Gens; homozygoter Polymorphismus bezüglich des MTHFR-Gens; heterozygoter Polymorphismus bezüglich des BDNF-Gens) kommt keine Bedeutung für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits zu, weil Prof. Dr. Dr. B. zufolge keine gesicherten Erkenntnisse über ein erhöhtes Risiko der Entwicklung einer quecksilberbedingten Erkrankung unter solchen Voraussetzungen vorliegen. Dr. Müller hat seine gegenteilige Beurteilung nicht hinreichend mit konkreten wissenschaftlichen Erkenntnissen belegt.

Ein quecksilberbedingtes Leberleiden liegt beim Kläger ebenfalls nicht vor. Wie aus den von Prof. Dr. Dr. B. aufgelisteten Krankheitsdiagnosen hervorgeht, fehlt es bereits an dem Krankheitsbild eines Leberleidens. Hinweise für die 1990 diagnostizierte chronische Hepatopathie sind jetzt nicht mehr ersichtlich; die Leberwerte sind unauffällig. Unabhängig davon könnte auch hinsichtlich eines etwaigen Leberleidens nicht von einem ursächlichen Zusammenhang mit beruflichen Quecksilbereinwirkungen ausgegangen werden, wie u.a. Prof. Dr. N. eingehend dargelegt hat.

Das Gutachten des Prof. Dr. Dr. B. steht auch in Übereinstimmung mit den Beurteilungen von PD Dr. A., Prof. Dr. N., Prof. Dr. E./Prof. Dr. D. und Prof. Dr. E. Dem Gutachten des Dr. M. vom Juli 2001 vermag sich der Senat aus den dargestellten Gründen ebensowenig anzuschließen wie dessen während des Berufungsverfahrens vorgelegten Privatgutachten vom August 2010 und Januar 2001, dem Gutachten von Dr. S. und der Beurteilung von Prof. Dr. K.

Eine quecksilberbedingte Enzephalopathie liegt entgegen Dr. M., Dr. S. und Prof. Dr. K. beim Kläger nicht vor. Dass dieser nicht unter einer Enzephalopathie leidet, geht aus dem Gutachten des Dr. K. hervor; im Verhältnis zu diesem fehlt Dr. M. und Prof. Dr. K. eine vergleichbare Fachkompetenz auf neurologischem Gebiet. Selbst wenn aber beim Kläger, wovon Dr. S. ausgeht, eine Enzephalopathie bestünde, würde dies zu keinem anderen Ausgang des Rechtsstreits führen, weil es Prof. Dr. Dr. B. zufolge an genügenden wissenschaftlichen Erkenntnissen für ein erhöhtes quecksilberbedingtes Enzephalopathierisiko bei Zahnärzten fehlt. Die gegenteilige Beurteilung des Dr. M. leidet an der nicht ausreichenden kritischen Bewertung der vorhandenen Studien. Auch die Diagnose einer quecksilberbedingten "autonomen Neuropathie" durch Dr. M. ist nicht auf hinreichende Fakten gestützt.

Dr. M. ist unzutreffend von einer quecksilberbedingten Sensibilisierung der Haut ausgegangen. Beim Kläger liegt der für eine Quecksilbersensibilisierung der Haut typische Hautbefund (Ekzem im Bereich der Finger und Hände) nicht vor, sondern eine fleckig weißgefärbte Haut (Prof. Dr. Dr. B.). In der toxikologischen und arbeitsmedizinischen Literatur finden sich im Übrigen keine Hinweise für die Annahme von Dr. M., Quecksilber führe zu einer Typ IV-Sensibilisierung, die Bluthochdruck, Herzinfarkt und Apoplex zur Folge habe. Nach Prof. Dr. Dr. B. gibt es in der toxikologischen Literatur auch keine Hinweise dafür, dass Quecksilber Antikörper gegen HSP 60 und Serotonin hervorruft, wie Dr. M. behauptet hat.

Die Verwertbarkeit des Gutachtens von Dr. K. wird nicht dadurch eingeschränkt, dass dieser entgegen der Weisung von Prof. Dr. Dr. B. Ausführungen zur Zusammenhangsbeurteilung gemacht hat. Den von Dr. K. vorgeschlagenen Zusatzuntersuchungen bedarf es für die Entscheidung des Rechtsstreits nicht, weil es auf diese nach der Zusammenhangsbeurteilung von Prof. Dr. Dr. B. nicht entscheidend ankommt.

Die von Prof. Dr. L. erhobenen Befunde führen in Bezug auf die vorliegend maßgebende Kausalitätsfrage nicht weiter. Zum einen sind Prof. Dr. L. (und dessen Mitarbeiterin Dr. K.) im Verhältnis zu Dr. K. nicht gleichermaßen kompetent, da sie keine Neurologen sind. Entscheidend ist aber, wie Prof. Dr. Dr. B. im Termin zur mündlichen Verhandlung betont hat, das Fehlen einer ausreichenden Exposition.

Der Senat stellt klar, dass dieser die nach dem Termin zur mündlichen Verhandlung eingegangene nachträgliche Stellungnahme des Prof. Dr. Dr. B. vom 3.3.2011 nicht berücksichtigt hat.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Login
RPF
Saved
2011-03-25