
S 8 U 67/12

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Hessisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Berufskrankheit nach Nr. 1307 der Anlage 1 zur BKV offener Berufskrankheiten-Tatbestand Flugbegleiterin Vollbeweis der Exposition Beweisnotstand aerotoxisches Syndrom
Leitsätze	1. Bei der beruflichen Tätigkeit einer Flugbegleiterin fehlt es am Vollbeweis einer Exposition gegenüber Organophosphatverbindungen im Sinne der Nr. 1307 der Anlage 1 zur BKV, wenn bei ihren Flügen keine sog. Fume Events bzw. Rauchgasentwicklungen dokumentiert sind. 2. Bei dem sog. aerotoxischen Syndrom handelt es sich nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht um ein definiertes eigenständiges Krankheitsbild oder eine spezielle Diagnose, welches die Voraussetzungen eines generell geeigneten Krankheitsbildes im Sinne des offenen Berufskrankheiten-Tatbestandes der Nr. 1307 der Anlage 1 zur BKV erfüllt.
Normenkette	SGB VII § 9 Abs. 1 Nr. 1307 der Anlage 1 zur BKV
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 8 U 67/12
Datum	03.11.2015
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 3 U 246/15
Datum	30.11.2021

3. Instanz

Datum -

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 3. November 2015 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander auch im Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin Anspruch auf Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung ihrer Atemwegserkrankung als Berufskrankheit (BK) nach BK Nr. 1307 (Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen) der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) hat.

Mit Schreiben vom 22. April 2009 zeigte die 1962 geborene Klägerin der Beklagten an, dass sie während ihrer beruflichen, bei der Beklagten in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Tätigkeit bei der C. am 19. Januar 2008 auf dem Rückflug von Dallas nach C-Stadt erhebliche Atemnot, Herzrasen, ein Kribbeln in den Beinen, eine Nasenschleimhautschwellung über mehrere Wochen ohne Erkältung und Kopfhautjucken verspürte und sich körperlich extrem schlecht gefühlt habe. Diese Beschwerden hätten sich im letzten Jahr wiederholt. Ferner leide sie an laufenden Nasennebenhöhlenentzündungen, Schmerzen im Halswirbelbereich, Augenreizungen, Herpes, extremen Kopfschmerzen nach Fliegen, teilweise Wortfindungsstörungen, Reizdarm, Erschöpfungssymptomen, Schmerzen im Gesicht, ständigem Harndrang, Gliederschmerzen, an Problemen, Hände und Arme zu bewegen sowie an Rückenproblemen. Sie habe den Verdacht auf eine Erkrankung durch organische Phosphatverbindungen, ausgelöst durch Trikresylphosphat (TCP), Ozon und Pestizide in der Kabinenluft. Im Folgenden legte die Klägerin der Beklagten zahlreiche Laborbefunde vor.

Die Klägerin war in der Zeit von 1982 bis 1997 überwiegend als Sekretärin und im Büro beschäftigt (Angaben im Fragebogen der Beklagten vom 13. Mai 2009). Ausweislich der Stellungnahme des Geschäftsbereichs Prävention der Beklagten vom 16. April 2010 war sie ab Juni 1998 Flugbegleiterin bzw. Purser bei der C., Standort C-Stadt. Eigenen Angaben zufolge flog sie Lang-, Mittel- und Kurzstrecke. Sie flog mit dem D. xx1, xx2, xx3, xx4, xx5 und der E. xx7 und xx8. Langstrecken absolvierte sie überwiegend mit dem D. xx4, xx5-xx6 und der E. xx7-xx9. Nach einer Vollzeitätigkeit von 1998 bis 2004 reduzierte sie ihre Arbeitszeit ab 2005 auf 91,67% und ab 2007 auf 72,05%. Seit Januar 2008 war sie arbeitsunfähig erkrankt und seit 2009 fluguntauglich. Ausweislich der Stellungnahme des Geschäftsbereichs Prävention vom 16. April 2010 gab die Klägerin bei der Befragung an, dass ab Januar 2003 bei den Fliegen besondere

Geruchswahrnehmungen aufgetreten seien, die weder von Flugzeugtypen noch bestimmten Ereignissen abhängig gewesen seien. Auf dem Flug am 19. Januar 2008 habe es keinen nennenswerten Vorfall (Incident) gegeben.Â

Die Beklagte forderte Befundberichte bei den behandelnden Ärzten, Vorerkrankungsverzeichnisse sowie die Akten des Rentenversicherungsträgers an. Der Internist und Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. F. teilte der Beklagten mit Befundbericht vom 4. Juni 2009 mit, dass bei der Klägerin normale statische und dynamische Lungenvolumina und keine Störung der Atemmechanik vorliege. Nach einem Provokationstest diagnostizierte er ein hyperreagibles Bronchialsystem bzw. Bronchialasthma (ICD-10 J45.9). Der Facharzt für Allgemeinmedizin, Umweltmedizin Dr. G. führte im Befundbericht vom 18. Dezember 2009 aus, dass die Klägerin an einer stark ausgeprägten Umwelt assoziierten Erkrankung mit der Ausprägungsform eines chronischen Erschöpfungssyndroms, einer stark ausgeprägten Schleimhautschädigung besonders der Atemwege und des Verdauungstraktes durch Exposition gegenüber allergenen und schleimhautschädigenden/schleimhautirritierenden Umweltsubstanzen, einer pathologischen Immunreaktion im Sinne von überschießenden unkontrollierten Immunreaktionen bei uneingeschränkter immunologischer Leistungsfähigkeit mit Reaktionen in Bezug auf Intoleranzreaktionen vom Typ I und Typ IV, systemischen Entzündungsreaktionen durch weiße Blutkörperchen und der pathologischen Bildung von Autoantikörpern leide. Zusätzlich sei eine ausgeprägte allergische Diathese, die nur zum geringen Teil mit der saisonalen Pollenflugsituation im Frühjahr zusammenhänge, sondern durch die ganzjährige Exposition zu Innenraumschimmelpilzen permanent unterhalten werde, sowie eine Laktoseintoleranz homozygoter Form gegeben. Des Weiteren müsse von einer Verstärkung der Diagnosen durch die Exposition gegenüber zum Teil hochgiftigen Mykotoxinen in den privaten Innenräumen der Klägerin gerechnet werden. Anamnestisch sei anzunehmen, dass die Exposition der Klägerin gegenüber Schmierölen in typischen Flugzeugen, in dem Falle TCP, eine wesentliche Vorbereitung und Vorprägung der schweren Erkrankung darstelle.Â

Der Geschäftsbereich Prävention der Beklagten teilte mit Stellungnahmen vom 16. November 2010 und 1. Januar 2012 mit, dass eine Gefährdung im Sinne der BK Nr. 1307 nicht wahrscheinlich sei, nach neueren Studien insbesondere auch nicht durch TCP (Additiv von Turbinen- und Hydraulikölen) oder anderer Phosphorsäureester, wenngleich es sich bei TCP um Listenstoffe im Sinne der BK Nr. 1307 handle. Â

Mit Bescheid vom 24. Februar 2012 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Feststellung einer BK nach BK Nr. 1307 und Entschädigungsleistungen wegen fehlender arbeitstechnischer Voraussetzungen ab, weil die Klägerin im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bei der C. keinen Einwirkungen von organischen Phosphorverbindungen ausgesetzt gewesen sei, die geeignet seien, die bei ihr festgestellten Diagnosen/Symptome zu verursachen. Den am 1. März 2012 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13. April 2012 als unbegründet zurück.

Hiergegen hat die KlÄgerin am 21. April 2012 Klage (Az. [S 8 U 67/12](#)) bei dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Sozialgericht) erhoben. Die Beklagte hat im Klageverfahren u. a. Stellungnahmen ihres GeschÄftsbereichs PrÄvention vom 14. Januar 2014 und 30. Dezember 2014 zu den Akten gereicht.

Mit weiterem Bescheid vom 24. Februar 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Juni 2012 lehnte die Beklagte den Antrag der KlÄgerin auf Feststellung einer BK nach BK Nr. 4302 und EntschÄdigungsleistungen wegen fehlender medizinischer Voraussetzungen ab. Hiergegen hat die KlÄgerin am 28. Juni 2012 Klage erhoben (Az. [S 8 U 107/12](#)).

Mit Urteil vom 3. November 2015 (Az. [S 8 U 67/12](#)) hat das Sozialgericht die Klage auf Feststellung einer BK nach BK Nr. 1307 und EntschÄdigung abgewiesen. In den EntscheidungsgrÄnden hat es im Wesentlichen ausgefÄhrt, dass der auf EntschÄdigung gerichtete Klageantrag bereits unzulÄssig sei, da mit dem angefochtenen Bescheid keine Ablehnung einer konkreten Leistung der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt sei. Der auf Anerkennung einer Berufskrankheit nach BK Nr. 1307 gerichtete zulÄssige Klageantrag sei unbegrÄndet. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen der Beklagten stehe nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit fest, dass die KlÄgerin wÄhrend ihrer BerufstÄtigkeit als Flugbegleiterin bzw. als Purser in einem die Gesundheit gefÄhrenden AusmaÃ organischen Phosphorverbindungen ausgesetzt gewesen sei. Zwar kÄnne es nach den Feststellungen des GeschÄftsbereichs PrÄvention der Beklagten durch ÃberfÄllungen von Ãl, fehlerhaften DichtungsvorgÄngen, Fehlbedienungen und wahrscheinlich auch konstruktiven Fehlern an bestimmten Triebwerken im Einzelfall zum Eindringen von ÃldÄmpfen, Ãlaerosolen oder Bestandteilen thermisch zersetzter Ãle in Kabine und Cockpit kommen. Allein die MÄglichkeit, dass z. B. TCP durch einen dazu geeigneten Defekt an dem Frischluftsystem des Flugzeuges habe eindringen kÄnnen, reiche fÄr den Nachweis einer Exposition gegenÃber organischen Phosphorverbindungen jedoch nicht aus. Nach den Feststellungen des GeschÄftsbereichs PrÄvention sei die KlÄgerin als Flugbegleiterin keinem berufsspezifisch erhÄhten Risiko im Hinblick auf organische Phosphorverbindungen ausgesetzt gewesen. Sie habe zwar eigenen Angaben zufolge wÄhrend mehrerer FlÄge extreme GerÄche wahrgenommen. Diese Geruchswahrnehmung lasse jedoch nicht ohne weiteres auf das Eindringen von organischen Phosphorverbindungen in die Fluggastkabine schließen, zumal der KlÄgerin eine konkrete Beschreibung der bemerkten GerÄche nicht gelungen sei. Meldungen eines Verdachts auf ein Fume-Event seien fÄr FlÄge der KlÄgerin nicht bekannt geworden. Nach den AusfÄhrungen des PrÄventionsdienstes hÄnge dies zum einen damit zusammen, dass TCP sehr schwerflÄchtige Verbindungen darstellten, bei denen unter Umgebungsbedingungen in Kabine und Cockpit, aber auch an kalten OberflÄchen in der LuftzufÄhrung sofort mit Kondensation zu rechnen sei. Dampf- oder trÄpfchenfÄrmige sowie staubgetragene TCP wÄrden daher an den Filtern ausgeschieden. Soweit die KlÄgerin die Filterwirkung in Abrede gestellt hatte, habe der PrÄventionsdienst darauf hingewiesen, dass ein Teil der Kabinenluft rezirkuliert und dabei mit HEPA-Filtern (High Efficiency Particulate Airfiltern) gereinigt werde. Diese seien Hochleistungsfilter primÄr fÄr Partikelaerosole wie StÄube und

Mikroorganismen. Es sei aber davon auszugehen, dass schwerflüchtige organische Verbindungen (semi-volatile organic compounds – SVOC) ebenfalls auf HEPA-Filtern abgeschieden würden, auch wenn jene für diesen Einsatzzweck kein definiertes Abscheideverhalten aufwiesen. Außerdem würden Vorfälle, bei denen ein öliger Geruch in der Kabine wahrgenommen werde, nur selten berichtet (mit Ausnahme der Maschinen H. xx10 und xx11, die aber von der Klägerin nicht geflogen worden seien). Auch die von dem Präventionsdienst ausgewerteten Untersuchungen und Veröffentlichungen belegten kein berufsspezifisches Risiko von Flugpersonal hinsichtlich der Exposition gegenüber organischen Phosphorverbindungen. Danach gebe es keine Untersuchung, die Hinweise auf eine gesundheitsschädigende Belastung von Kabinenpersonal durch TCP ergeben habe. Ferner habe der Präventionsdienst zahlreiche Veröffentlichungen, die Messwerte zu einer etwaigen TCP-Konzentration im Flugzeug enthielten, ausgewertet. In diesen Veröffentlichungen habe die Hintergrundbelastung entweder nicht oder in einem derart geringfügigen Umfang nachgewiesen werden können, dass die bekannten Wirkschwellen nicht ansatzweise erreicht würden. Der Hinweis der Klägerin, es handle sich bei den Erkrankungen um typische Folgen einer TCP-Vergiftung, gebiete keine andere Sicht der Dinge.

Mit weiterem Urteil vom 3. November 2015 (Az. [S 8 U 107/12](#)) hat das Sozialgericht die Klage auf Feststellung einer BK nach BK Nr. 4302 und Entschädigung abgewiesen.

Gegen das ihr am 10. November 2015 zugestellte Urteil (Az. [S 8 U 67/12](#)) hat die Klägerin am 19. November 2015 Berufung zu dem Hessischen Landessozialgericht eingelegt (Az. [L 3 U 246/15](#)), ebenso gegen das Urteil im Parallelverfahren (Az. [S 8 U 107/12](#) – [L 3 U 247/15](#)). Zur Berufungsbegründung im vorliegenden Verfahren hat die Klägerin u. a. ausgeführt, dass bei ihr eine Exposition gegenüber organischen Phosphorverbindungen vorliege. Das Sozialgericht sei fehlerhaft davon ausgegangen, dass wissenschaftliche Untersuchungen angeblich kein erhöhtes Erkrankungsrisiko des fliegenden Personals belegten. In den letzten Jahren sei eine Vielzahl von Schädigungsfällen eingetreten und darüber auch berichtet worden. Der vom Sozialgericht zugrunde gelegte wissenschaftliche Erkenntnisstand beziehe sich in sehr einseitiger Weise nur auf Untersuchungsergebnisse, in denen die streitgegenständliche Problematik verharmlost dargestellt werde. Gleiches gelte für die vom Präventionsdienst vorgelegten Mess- und Untersuchungsergebnisse. Wie inzwischen verschiedene Untersuchungen gezeigt hätten, sei die direkt von den Turbinen der Flugzeuge angesaugte Frischluft sei oft durch Verbrennungsrückstände (insbesondere Öl u. Ä.) und deren durch Erhitzung entstehenden Folgeprodukte bzw. Schadstoffe erheblich belastet (z. B. Beryllium oder Trikresylphosphat – TCP). Sie sei bei den behandelnden Ärzten mittels LTT-Test untersucht worden, wobei eine extreme Belastung auf TCP festgestellt worden sei. Während der 5 bis 6 Jahre, während sie als Purserin mit dem xx2, xx3 mitgeflogen sei, sei mehrfach Rauch in der Kabine aufgetreten. Die Rauchgasbelastungen seien aber nicht dokumentiert. Besonders auf dem Flug nach Dallas am 17. Januar 2008 mit dem xx5/l. und dem Rückflug am 19. Januar 2008 sei es ihr sehr schlecht gegangen. Dort habe sie unter extremer Atemnot im Sinne einer Obstruktion gelitten. Sie habe regelmäßig bei Flügen

nach Südafrika bzw. nach Indien sog. Desinfektionen mit einem Langzeit-Pyrethroid durchzuführen lassen. Bei ihr seien verschiedene Metaboliten bzw. Abbauprodukte von Permethrin und ähnlichen Substanzen, welche Bestandteile bzw. Folgeprodukte der verwendeten Pyrethroide seien, nachgewiesen worden. Sie führte u. a. aktuelle Stellungnahmen/Veröffentlichungen der Vereinigung Cockpit e.V. sowie einen dpa-Bericht über die Ergebnisse einer Studie des Universitätsklinikums Göttingen bei, in der schädliche Stoffgemische aus der Zapfluft aus Triebwerken in der Kabine in ihren gesundheitlichen Auswirkungen untersucht worden seien. Bei ihr liege eine Erkrankung durch organische Phosphorverbindungen im Sinne der BK Nr. 1307 vor. Zum medizinischen Krankheitsbild gehörten u. a. Nervenschädigungen, Herz-Kreislauf-Versagen, und/oder Atemlähmung, zentralnervöse Symptomatik, Leibschmerzen, Kopfschmerzen, Verwirrheitszustände, Ängste, Parästhesien, Muskelsteife, besonders im Nacken und im Gesicht etc. Hierzu hat sie eine Schilderung ihres Krankheitsverlaufs während der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit von 1998 bis 2008 überreicht, welcher genau diese Krankheitssymptome umfasse. Selbst 8 Jahre nach Expositionsstopp habe mittels LTT noch eine extreme Reaktion auf TCP nachgewiesen werden können. Es sei ein medizinisches Sachverständigengutachten einzuholen. Nach ihrer Auffassung liege hinsichtlich der tatsächlichen Aufklärung von Schadstoffbelastungen im Cockpit und der Kabine sowie notwendiger medizinischer Untersuchungen ein rechtliches Systemversagen vor, da entsprechende systematische Messungen bislang nicht durchgeführt worden seien. Dass der Arbeitgeber bzw. die Beklagte nicht unmittelbar nach dem Flug im Januar 2008 die Klägerin zum Vorliegen einer Obstruktion untersucht habe, könne ihr rechtlich nicht zugerechnet werden. Ein retrospektiver Nachweis entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand müsse rechtlich möglich bleiben. Die Klägerin hat ein MDK-Gutachten vom 21. Oktober 2008 und zwei Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der C. über Untersuchungen am 20. und 25. März 2018, ärztliche Berichte des Cardiologischen Centrums Bethanien, das Ergebnis einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET) des ZNS der Kreiskliniken Esslingen, Radiologe Dr. J. vom 22. Dezember 2009 sowie verschiedene Kurzveröffentlichungen u. a. über die Studie der Universitätsklinik Göttingen zu den Akten gereicht.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 3. November 2015 und den Bescheid der Beklagten vom 24. Februar 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. April 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, bei ihr eine Berufskrankheit nach BK Nr. 1307 der Anlage 1 zur BKV festzustellen und zu entschädigen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat auf Antrag der Klägerin ein Sachverständigengutachten der Prof. Dr. K., Ärztin für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin und Allergologie, Direktorin des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin des Universitätsklinikums Jena, vom 17. Februar 2019 (auf der Grundlage einer

ambulanten Untersuchung der KlÄxgerin am 7. Juni 2018) nebst Zusatzgutachten des Internisten/Pneumologen Dr. L. vom Oktober 2018 (auf der Grundlage einer ambulanten Untersuchung der KlÄxgerin am 5. September 2018) eingeholt.Ä

Prof. Dr. K. hat bei der KlÄxgerin u. a. folgende GesundheitsstÄ¶rungen festgestellt:Ä

â¶Ä Ä Ä Eine obstruktive Atemwegserkrankung symptomatisch seit etwa 2003, im Verlauf gebessert, lungenfunktionsanalytisch objektiviert (Obstruktion 2009, Nachweis einer unspezifischen bronchialen HyperreagibilitÄ¶t 2009 und 2018 â¶¶ ICD 10 J45),

â¶Ä Ä Ä eine SauerstoffaufnahmestÄ¶rung am ehesten im Sinne einer relativen kapillÄ¶ren Minderperfusion der Lunge (anamnestische Hinweise etwa seit 2003, erstmals objektiviert 2018 â¶¶ ICD 10 J68.9),Ä

â¶Ä Ä Ä rezidivierende Infekte der oberen Atemwege bei chronischer Sinusitis (seit 1997 aktenkundig â¶¶ ICD 10 J32),

â¶Ä Ä Ä eine periphere Polyneuropathie (anamnestisch seit 2003, im Verlauf gebessert, erstmals beschrieben 2009 in Form handschuh- und sockenfÄ¶rmiger HypÄ¶sthesien und Hyperpathien, motorisch in Form eines erheblichen Abfalls der Muskelkraft â¶¶ ICD 10 G62.2),

â¶Ä Ä Ä eine Enzephalopathie in Form punktueller kognitiver EinschrÄ¶nkungen (anamnestisch seit etwa 2003, auffÄ¶llige Minderung der absoluten Glukose-Aufnahme in verschiedenen Hirnregionen im PET-CT, Ä¶rztlich beschrieben seit 2009, erstmals objektiviert mittels standardisierter Tests 2018 â¶¶ ICD 10 G92),

â¶Ä Ä Ä St. n. paroxysmalen Tachykardien (anamnestisch seit 2008, kardiologisch gesichert 2009 â¶¶ ICD 10 I47),

â¶Ä Ä Ä St. n. hÄ¶modynamisch nicht bedeutsamem Perikarderguss unklarer Genese (kardiologisch gesichert 2009 â¶¶ ICD 10 I31,

â¶Ä Ä Ä Rezidivierende Infekte der oberen Atemwege bei chronischer Sinusitis (seit 1997 aktenkundig).

Die medizinischen Voraussetzungen fÄ¶r das Vorliegen einer Berufskrankheit nach BK Nr. 1307 seien in Form kognitiver EinschrÄ¶nkungen (in plausibler Ä¶bereinstimmung mit den Ergebnissen des PET-CT) sowie in Form einer Polyneuropathie, welche sich nach anamnestischen Angaben in den letzten 10 Jahren gebessert habe, gegeben. DiesbezÄ¶gliche Erkrankungen seien bei symptomatischen Patientinnen und Patienten nach Kabinenluftzwischenfall wissenschaftlich beschrieben. Hinweise auf chronische ubiquitÄ¶re AusÄ¶ser wie BandscheibenstÄ¶rungen, Borreliose, chronische Diabetesfolgen, chronische Folgen eines Ä¶bermÄ¶ssigen Alkoholkonsums bzw. auf eine hirnorganische Erkrankung anderen Ursprungs etc. fÄ¶nden sich nicht. Somit bestehe kein vernÄ¶ftiger Anhalt, dass die bestehende Erkrankung des Nervensystems (Enzephalopathie in Form kognitiver EinschrÄ¶nkungen) nicht toxisch durch Kabinenluftkontaminationen der gesundheitlich auffÄ¶lligen FlÄ¶ge ausgelÄ¶st worden sei. Ob sich noch Residuen der 2008 beschriebenen Polyneuropathie fÄ¶nden, sei nicht aktenkundig. Die Beurteilung der GefÄ¶hrdung durch die Beklagte sei unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahre sowie unter Einbeziehung der BG-gemeldeten ErkrankungsfÄ¶lle zu aktualisieren und entsprechende KenntnislÄ¶cken zur mÄ¶glichen chronischen Exposition durch geeignete

prospektive kontrollierte Studien zu schließen. Bei Zweifeln an den arbeitstechnischen Voraussetzungen sollten die Ergebnisse einer Nachrecherche durch die Beklagte abgewartet werden, bevor abschließend entschieden werde. Nicht auf berufliche Belastungen zurückzuführen seien u. a. der St. n. paroxysmalen Tachykardien, der St. n. hämodynamisch nicht bedeutsamem Perikarderguss unklarer Genese und die rezidivierenden Infekte der oberen Atemwege bei chronischer Sinusitis.

Der Senat hat von Amts wegen ein Gutachten bei Prof. Dr. M., Facharzt für Arbeitsmedizin, Internist/Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Umweltmedizin vom 31. August 2020, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, auf der Grundlage einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 30. Juni 2020 eingeholt. Der Sachverständige hat bei der Klägerin als Gesundheitsstörungen eine chronische Sinusitis, rezidivierende Nasennebenhöhlenentzündungen, eine polyvalente Sensibilisierung gegenüber Gräserpollen und Schimmelpilzen ohne eindeutige Klinik im Sinne einer allergischen Rhinitis oder eines allergischen Asthma bronchiale, einen Verdacht auf ein beginnendes Intrinsic Asthma bronchiale, aktuell durch die Lungenfunktion nicht bestätigt, sowie eine multiple Chemikaliensensibilität (MCS) festgestellt. Er ist zum Ergebnis gelangt, dass bei der Klägerin aus medizinischer Sicht keine Berufskrankheit nach BK Nr. 1307 vorliege. Nach derzeitiger Erkenntnislage seien Flugbegleiter und Piloten zwar im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einer leicht erhöhten inneren Belastung mit gewissen Organophosphatverbindungen ausgesetzt. Ausreichend hohe Expositionen mit organischen Phosphatverbindungen, um ein Krankheitsbild entsprechend einer BK Nr. 1307 auszulösen, kämen bei Flugbegleitern nach heutigem Wissenstand nicht vor. Soweit sich Prof. Dr. K. wiederholt auf von ihr behandelte symptomatische Patientinnen und Patienten nach Kabinenluftzwischenfällen bezogen habe, die im zeitlichen Zusammenhang mit einem auffälligen Flug innere Belastungen mit humantoxischen Stoffen oder Stoffgruppen zeigten, könne nicht auf den aktuellen Begutachtungsfall rückgeschlossen werden. Bei der Klägerin seien entgegen den Feststellungen der Prof. Dr. K. weder eine Encephalopathie noch Polyneuropathie noch Small-Fiber-Neuropathie gesichert. Ä

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat mit Schriftsatz vom 8. Oktober 2020 Einwände gegen das Gutachten erhoben (unter Beifügung einer ausführlichen persönlichen Stellungnahme der Klägerin vom 28. September 2020). Ä

Der Senat hat auf Antrag der Klägerin eine ergänzende Stellungnahme der Prof. Dr. K. vom 2. April 2021 eingeholt. Diese hat ihre Auffassung aufrechterhalten, dass bei der Klägerin zumindest 2008 eine Neuropathie in Form handschuh- und sockenförmiger Hypästhesien und Hyperpathien, motorisch in Form eines erheblichen Abfalls der Muskelkraft vorgelegen habe. Es sei eine Encephalopathie in Form psychometrisch mittels standardisierter alterskorrelierter Verfahren gesicherter, punktueller kognitiver Einschränkungen gegeben.

Dem ist Prof Dr. M. mit ergänzender Stellungnahme vom 4. August 2021

entgegengetreten. Eine Small Fiber Polyneuropathie und eine Enzephalopathie seien bis dato nicht gesichert und dürften aktuell aufgrund der Besserung des klinischen Bilds schwerlich nachweisbar sein. Eine neurologische Begutachtung hat Prof. Dr. M. nicht für erforderlich gehalten.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch den Senat einverstanden erklärt (Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 22. September 2021; Schreiben der Beklagten vom 1. Oktober 2021).

Wegen weiterer Einzelheiten sowie des Vortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten sowie der Gerichts- und Verwaltungsakten des Parallelverfahrens [L 3 U 247/15](#) Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Im Einverständnis der Beteiligten hatte der Senat über die Berufung der Klägerin ohne mündliche Verhandlung gemäß [Â§ 153 Abs. 1](#) i. V. m. [Â§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu entscheiden.

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Soweit die Klägerin allgemein eine „Entschädigung“ der von ihr geltend gemachten Berufskrankheit nach BK Nr. 1307 begehrt, ist der Antrag bereits unzulässig, wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat. Denn zum einen ist der Antrag insoweit weder auf konkrete Leistungen gerichtet noch hat die Beklagte in ihren Bescheiden über entsprechende konkrete Leistungen entschieden. Im Entscheidungszeitpunkt stand somit nicht fest, welche der in Frage kommenden Leistungen (Verletztengeld, Rente u.a.) im konkreten Fall tatsächlich beansprucht werden können und für welchen Zeitraum sie ggf. zu erbringen sind. Über diese Leistungen kann durch das Gericht auch nicht durch Grundurteil ([Â§ 130 Abs. 1 SGG](#)) entschieden werden. Denn die in [Â§ 130](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) vorgesehene Möglichkeit zum Erlass eines Grundurteils ist auf Fälle beschränkt, in denen der Kläger eine oder mehrere ihrer Art nach feststehende Geldleistungen begehrt, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Nicht die Leistung als solche, sondern nur ihre Höhe kann in diesem Fall vom Gericht offengelassen und der Berechnung durch den Sozialleistungsträger überlassen werden. Schließlich hat die Verurteilung zur Gewährung einer „Entschädigung“ keinen vollstreckbaren Inhalt (vgl. BSG, Urteile vom 7. September 2004 – [B 2 U 35/03 R](#) – und vom 30. Januar 2007 – [B 2 U 6/06](#) – jeweils juris; Urteile des erkennenden Senats vom 28. April 2015 – [L 3 U 9/12](#), 11. September 2020 – [L 3 U 150/18](#) – und 4. Mai 2021 – [L 3 U 70/19](#) – jeweils juris).

Der zulässige Antrag auf Antrag auf Feststellung einer BK nach BK Nr. 1307 ist unbegründet.

Das Urteil des Sozialgerichts vom 3. November 2015 sowie der Bescheid der

Beklagten vom 24. Februar 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. April 2012 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung einer Berufskrankheit nach BK Nr. 1307 der Anlage 1 zur BKV.

Rechtsgrundlage für die Feststellung einer BK ist § 9 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII in Verbindung mit BK Nr. 1307. Gemäß [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats als Berufskrankheiten bezeichnet (sog. Listen-BK) und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden (Satz 1). Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist für die Feststellung einer Listen-BK erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung für die Feststellung einer Listen-BK. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Verrichtung, die Einwirkungen und die Krankheit im Sinne des Vollbeweises also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 15. September 2011 – [B 2 U 25/10 R](#) – juris Rn. 14; Urteil vom 2. April 2009 – [B 2 U 30/07 R](#) = [BSGE 103, 45](#); [BSGE 103, 59](#)).

Der Ordnungsgeber hat die BK Nr. 1307 wie folgt bezeichnet: Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen.

Für die Feststellung ihres Krankheitsbildes als BK nach BK Nr. 1307 muss die Klägerin aufgrund ihrer versicherten Tätigkeit organischen Phosphorverbindungen ausgesetzt gewesen sein. Hierunter fallen Ester, Amide oder Schwefelderivate der Phosphor- und Phosphorsäure – Organophosphate, die über die Haut, die Atemwege oder den Magen-Darm-Trakt aufgenommen werden (vgl. Merkblatt für die ärztliche Untersuchung, Bek. des BMA v. 10. Juli 1979, BArbBl. 7/8/1979; Schönbberger/Mehrtens Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, Kap. 21.5 (7) S. 1315). Das Krankheitsbild muss durch die versicherten Einwirkungen verursacht worden sein.

Bei der BK Nr. 1307 handelt es sich um einen sog. offenen BK-Tatbestand, der das Krankheitsbild offen lässt (vgl. hierzu Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), Stand: 04/2021, E [§ 9 SGB VII](#), S. 24). Dies führt jedoch nicht dazu, dass bereits die ggf. auch nur sehr geringfügige Aufnahme der in den Berufskrankheiten angegebenen Stoffe Krankheitswert hat. Vielmehr sollen auch die offenen Berufskrankheiten bestimmte Krankheitsbilder erfassen, für die die medizinische Wissenschaft die Voraussetzungen für die

Berufskrankheitenreife $\hat{=}$ generelle Geeignetheit und Gruppentypik im Sinne des [Â§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) $\hat{=}$ herausgearbeitet hat. Die Krankheitsbilder sind zwar nicht in den offenen BK-Tatbeständen, aber in den hierzu erlassenen amtlichen Merkblättern und bei neueren BK-Tatbeständen zusätzlich in den wissenschaftlichen Begründungen aufgeführt (Mehrstens/Brandenburg, BKV a.a.O.). Die Merkblätter enthalten zwar keine verbindlichen Konkretisierungen der Tatbestandsvoraussetzungen noch sind sie antizipierte Sachverständigengutachten oder eine Dokumentation des Standes der einschlägigen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft. Sie sind jedoch als Interpretationshilfe und zur Ermittlung des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstands heranzuziehen (BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 $\hat{=}$ [B 2 U 17/15 R](#) $\hat{=}$ juris; Urteil des erkennenden Senats vom L [3 U 115/15](#)).

Phosphorsäureester $\hat{=}$ vor allem als Insektizide verwendete Cholinesterasehemmstoffe $\hat{=}$ sind von arbeitsmedizinisch-toxikologischer Bedeutung. Vergiftungen durch letztere verlaufen unter dem Bild einer endogenen Acetylcholinvergiftung. Auch Polyneuropathien und chronische zentralnervöse Störungen sind beschrieben. Zielorgane der Einwirkung organischer Phosphorsäureester wie z. B. Triorthokresylphosphat sind vor allem das periphere und zentrale Nervensystem (vgl. Merkblatt für die ärztliche Untersuchung, Bek. des BMA v. 10. Juli 1979, BArbBl. 7/8/1979; Schünberger/Mehrstens Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, Kap. 5.10 S. 263, Kap. 21.5 (7) S. 1315). Damit in Übereinstimmung hat der Sachverständige Prof. Dr. M. in seinem Gutachten vom 31. August 2020 nebst ergänzender Stellungnahme vom 4. August 2021 für den Senat überzeugend ausgeführt, dass die schädlichen gesundheitlichen Auswirkungen von Organophosphaten nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnisstand eine Vielzahl von langfristigen neurologischen und psychiatrischen Störungen einschließlich Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und anderer Bereiche der Wahrnehmung umfassen. Nach Prof. Dr. M. können organische Phosphate zusätzlich zur akuten Acetylcholinesterasehemmung eine Reihe zusätzlicher Ziele beeinflussen, die zu oxidativem Stress, axonalen Transportdefiziten, Neuroinflammation und Autoimmunität führen. Einige Organophosphate z. B. Triorthokresylphosphat verursachen nach einer Latenz von 1-2 Wochen Lähmungen durch irreversible Demyelinisierung motorischer Nerven und den zugehörigen Rückenmarksbahnen (entsprechend auch Gutachten der Prof. Dr. K. vom 17. Februar 2019, S. 31).

Zur Überzeugung des Senats steht aufgrund der Ermittlungen des Geschäftsbereichs Prävention der Beklagten (Stellungnahmen vom 16. April 2020, 16. November 2010, 1. Januar 2012, 14. Januar 2014 und 30. Dezember 2014) sowie insbesondere aufgrund des Sachverständigengutachtens des Prof. Dr. M. vom 31. August 2020 nebst ergänzender Stellungnahme vom 4. August 2021 und der von ihm ausgewerteten Vielzahl einschlägiger Studien jedoch fest, dass es bei der Klägerin schon am Vollbeweis einer Exposition im Sinne der BK Nr. 1307 fehlt. Nach derzeitigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand sind zwar Flugbegleiter und Piloten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einer leicht erhöhten inneren Belastung mit gewissen Organophosphatverbindungen ausgesetzt. Prof. Dr. K. hat

sich zur Begründung einer Exposition in ihrem Gutachten wiederholt auf von ihr behandelte Patientinnen und Patienten nach Kabinenluftzwischenfällen bezogen, die im zeitlichen Zusammenhang mit einem auffälligen Flug innere Belastungen mit humantoxischen Stoffen oder Stoffgruppen zeigten, die im weiteren zeitlichen Verlauf nicht mehr in gleicher Weise und zeitlicher Ausprägung nachweisbar waren. Im konkreten Fall der Klägerin ist jedoch der Vollbeweis einer Exposition im Sinne der BK Nr. 1307 nicht erbracht. Weder hinsichtlich des von der Klägerin angegebenen Flugs vom 19. Januar 2008, bei dem sie starke gesundheitliche Beeinträchtigungen geltend machte, noch hinsichtlich anderer Flüge, für die sie Geruchswahrnehmungen angegeben hatte, sind sog. Fume Events oder Rauchgasentwicklungen dokumentiert. Die Klägerin hatte diesbezüglich auch selbst keine entsprechenden Meldungen vorgenommen. Von einem Vollbeweis gesundheitsschädlicher Einwirkungen im Sinne der BK Nr. 1307 kann vor diesem Hintergrund nicht ausgegangen werden, ebenso nicht von einem durch die Beklagte verschuldeten Beweisnotstand. Bei Unaufklärbarkeit eines Umstands fallen die Folgen der objektiven Beweislosigkeit dem, der eine ihm günstige Rechtsfolge geltend macht, zur Last, wobei es keinen Unterschied begründet, ob die Unmöglichkeit des Nachweises in den besonderen Umständen des Einzelfalles oder in der generellen Eigenart des Leidens oder etwa der gefährlichen Stoffe wurzelt; in beiden Fällen muss der Beweisfällige eine Ablehnung seines Begehrens hinnehmen, obwohl nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass der geltend gemachte Anspruch in Wahrheit begründet ist (vgl. BSG, Urteil vom 7. September 2004 – [B 2 U 25/03 R](#) – juris; BSG SozR 2200 Â§ 551 Nr. 1 m. w. N.). Da die Klägerin sich auf das Vorliegen der für den von ihr geltend gemachten Anspruch erforderlichen berufsbedingten körperperschädigenden Einwirkungen durch Organophosphate beruft, muss sie die Folgen der objektiven Beweislosigkeit tragen. Selbst ein von der Beklagten verschuldeter Beweisnotstand würde allenfalls Beweiserleichterungen im Rahmen der Beweiswürdigung zur Folge haben, jedoch nicht bewirken, dass der jeweils maßgebende Beweismaßstab reduziert wird (vgl. BSG [SozR 3-1500 Â§ 128 Nr. 11](#); ständige Rechtsprechung des Senats, Urteile vom 15. Dezember 2015 – [L 3 U 28/12](#), vom 21. Februar 2012 – [L 3 U 268/05](#) – und vom 31. August 2010 – [L 3 U 162/05](#) – juris). Â

Darüber hinaus fehlt es auch am Vollbeweis eines generell geeigneten Krankheitsbilds im Sinne des offenen BK-Tatbestands der BK Nr. 1307. Insbesondere liegt weder eine Enzephalopathie noch Polyneuropathie im Vollbeweis vor.Â

Als Enzephalopathie bezeichnet man nichtentzündliche Erkrankungen oder Schädigungen des Gehirns unterschiedlicher Genese. Es handelt sich streng genommen nicht um eine Diagnose, sondern um einen Oberbegriff für Strukturschädigungen und Funktionsstörungen des Gehirns. Unter einer toxischen Enzephalopathie versteht man ein Krankheitsbild, das Folge einer direkten oder indirekten Schädigung des Gehirns oder von Teilen des Gehirns durch exogen aufgenommene oder im Stoffwechsel entstandene neurotoxisch wirkende Stoffe ist. Das Krankheitsbild unterscheidet sich in den wesentlichen Symptomen nicht von anderen Enzephalopathieformen. Kernsymptome sind: verminderte Konzentrationsfähigkeit, Merkschwäche, Schwierigkeit beim

Erfassen und Behalten von Informationen, Antriebs- und Affektstörungen mit Nachlassen von Initiativen, mit erhöhter Reizbarkeit, Verstimmungszuständen und Veränderungen der Persönlichkeit sowie eine außergewöhnliche Ermüdbarkeit oder rasche Erschöpfbarkeit. Da psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung häufig vorkommen und organische Störungen in der Regel eine multifaktorielle Ätiologie aufweisen, ist eine adäquate Differentialdiagnose von besonderer Bedeutung. Hierbei ist eine Abgrenzung zu anderen Erkrankungen vor allem auf neuropsychiatrischem und internistischem Fachgebiet erforderlich. Anzuführen sind hier u. a. affektive Störungen (früher: endogene Depressionen), Angststörungen und phobische Störungen, Reaktionen und Belastungsstörungen und somatoforme Störungen (BK-Report 1/2018 BK-Report 1/2018 S. 82). Zu den Diagnosekriterien der Enzephalopathie gehören als objektive Symptome und Befunde der Nachweis typischer Kernsymptome, die nicht auf andere Ursachen zurückgeführt werden können, typische kognitive Leistungsdefizite, typische Zeichen von organisch bedingten affektiven Störungen und der Nachweis von Tremor, Ataxie und Koordinationsstörungen. An bildgebenden Verfahren für einen Nachweis kommen eine kraniale Computertomographie (CCT) oder eine MRT in Betracht (BK-Report 1/2018, S. 84 f.).

Der Senat vermag der Sachverständigen Prof. Dr. K., die eine Enzephalopathie in Form punktueller kognitiver Einschränkungen (anamnestisch seit etwa 2003, auffällige Minderung der absoluten Glukose-Aufnahme in verschiedenen Hirnregionen im PET-CT, ärztlich beschrieben seit 2009, erstmals objektiviert mittels standardisierter Tests 2018 (ICD 10 G92) beschrieben hat, nicht zu folgen. Gegen den Vollbeweis einer Enzephalopathie sprechen nach den zutreffenden und den Senat überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. M. in seinem Gutachten vom 31. August 2020 und der ergänzenden Stellungnahme vom 4. August 2021 die Untersuchungsergebnisse der am 25. Januar 2010 im Auftrag des Dr. N. durchgeführten testpsychologischen Untersuchung des Diplom-Psychologen O. für die von Dr. N. im Befundbericht vom 2. Mai 2010 beschriebenen Veränderungen u. a. einer beginnenden Störung der Hirnleistung fand sich in den testpsychologischen Untersuchungen, die noch in engem zeitlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit durchgeführt worden waren, kein Korrelat. Danach zeigte sich im MWT-B-Test ein überdurchschnittliches Intelligenzniveau. Im Kurztest für allgemeine Basisgrößen der Informationsverarbeitung erreichte die Klägerin ein durchschnittliches Ergebnis. Im Zahlenverbindungstest war eine durchschnittliche visuelle kognitive Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit ermittelt worden. Im Benton-Test zur Überprüfung einer erworbenen zerebralen Schädigung zeigte sich kein Hinweis auf eine Störung im Bereich der kurzfristigen visuellen Merkfähigkeit. Im Aufmerksamkeitsbelastungstest (d2-Test) fanden sich eine altersentsprechende, gut durchschnittliche Aufmerksamkeitsbelastung und Konzentrationsfähigkeit. Auch im Leistungsprüfungssystem (LPS) zeigten sich keine Auffälligkeiten. Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten der Dr. P. vom 12. August 2009 für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) wurde lediglich eine Somatisierungsstörung und depressive Einwicklung diagnostiziert, jedoch keine Enzephalopathie. Dort

wurde ein unauffälliger Neurostatus beschrieben. Auch bei der aktuellen Untersuchung des Prof. Dr. M. wurden nochmals umfassende testpsychologische Untersuchungen durchgeführt. Hierbei zeigten sich auffällige Werte in den Testsystemen zur Beurteilung der Reaktionsfähigkeit, Belastbarkeit und Aufmerksamkeit, wobei die Ergebnisse eingeschränkt zu beurteilen sind aufgrund eines deutlich verringerten Arbeitstempos, das die Klägerin mit einer erheblichen Erschöpfung und Konzentrationsstörung am Ende des Untersuchungstages begründet hat. Uneingeschränkte Werte hatten sich in Bezug auf die Konzentrationsleistung sowie auf die Orientierungsleistung gefunden. Von klinischer Seite zeigten sich keine Hinweise auf relevante kognitive Leistungsdefizite. Auch wenn von Prof. Dr. K. im Unterschied zu Prof. Dr. M. Testverfahren verwendet hat, die auch leichtere kognitive Einschränkungen erkennen lassen, überzeugt ihre Diagnosestellung aus den o. g. Gründen nicht. Insbesondere ist ihre Argumentation nicht überzeugend, dass die von ihr gefundenen kognitiven Einschränkungen in Übereinstimmung mit einer im PET-CT 2010 beschriebenen auffälligen Minderung der absoluten Glukoseaufnahme in verschiedenen Hirnregionen stünden, denn die testpsychologischen Untersuchungen im Jahr 2010 lieferten keine Hinweise auf entsprechende kognitive Einschränkungen, ebenso wenig das neurologisch-psychiatrischen Gutachten der Dr. P. vom 12. August 2009. Auch waren bei dieser Sachlage keine weiteren Ermittlungen auf neurologischem Fachgebiet veranlasst.

Nach den schlüssigen Ausführungen des Prof. Dr. M. fehlt es ferner am Vollbeweis einer Polyneuropathie, auch einer Small Fiber Neuropathie.

Polyneuropathien sind (generalisierte) Erkrankungen des peripheren Nervensystems (PNS). Beim PNS handelt es sich um alle außerhalb des Zentralnervensystems liegenden Teile der motorischen, sensiblen und autonomen Nerven mit ihren Schwanzzellen und ganglionären Satellitenzellen, ihren bindegeweblichen Hüllstrukturen sowie den sie versorgenden Blut- und Lymphgefäßen. Polyneuropathien betreffen gleichmäßig oder unterschiedlich diese motorischen, sensiblen und vegetativen Fasern, wobei sich die klinische Manifestation je nach symmetrischem oder asymmetrischem Verteilungstyp unterscheidet (BK-Report 1/2018 S. 81; Leitlinie Diagnostik bei Polyneuropathien, AMWF-Registernummer 030/067, Stand März 2019, S. 8 (Leitlinie 030/067)). Die klinische Diagnose einer Polyneuropathie beruht auf der Anamnese und Beschwerdeschilderung des Patienten sowie dem klinischen Befund (Leitlinie 030/067, S. 9). Die neurophysiologische Untersuchung dient in Ergänzung der klinischen Untersuchung dazu, das Vorhandensein einer generalisierten Schädigung des PNS nachzuweisen, den Verteilungstyp zu bestimmen und eine subklinische Mitbeteiligung des sensiblen Systems bei motorischer Neuropathie zu erkennen (Leitlinie 030/067, S. 17). Eine sog. Small Fiber Neuropathie, die nach dem Sachverständigen Gutachten des Prof. Dr. M. bei Patienten mit sog. Fume Events zur Diskussion steht, kann durch verschiedene internistische Erkrankungen (Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen, Vitaminmangel, etc.) verursacht werden, aber auch das Fibromyalgie-Syndrom geht in einem hohen Prozentsatz mit einer derartigen Neuropathie einher. Die Diagnostik besteht im Wesentlichen aus einer Hautbiopsie, bei der die Haut-Nervenfasern quantifiziert werden (vgl.

Sachverständigen Gutachten des Prof. Dr. M. vom 31. August 2020).

Der Annahme einer peripheren Polyneuropathie durch Prof. Dr. K. (anamnestisch seit 2003, im Verlauf gebessert, erstmals beschrieben 2009 in Form handschuh- und sockenförmiger Hypästhesien und Hyperpathien, motorisch in Form eines erheblichen Abfalls der Muskelkraft (ICD 10 G62.2) überzeugt den Senat nicht. Prof. Dr. K. stützt sich hinsichtlich der von ihr gestellten Diagnose einer Polyneuropathie u. a. auf einen Befundbericht des Dr. N. vom 2. Mai 2010. Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten der Dr. P. vom 12. August 2009 finden sich jedoch keinerlei Hinweise auf eine Polyneuropathie, insbesondere wird der Neurostatus als unauffällig beschrieben und keine Einschränkung der Muskelkraft festgestellt, so dass hier nicht vom Vollbeweis dieser Erkrankung ausgegangen werden kann. Schließlich hat Prof. Dr. K. im Rahmen ihrer Begutachtung selbst von einer weiterführenden Diagnostik in Bezug auf Residuen einer Polyneuropathie abgesehen, da bei gebessertem Befund 10 Jahre nach Beendigung der zur Diskussion stehenden Exposition eine neuropathologische Diagnostik Untersuchung der Nervenfaserdichte der Haut mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr zur Klärung beitragen könnte. Auch Prof. Dr. M. hat keine neurologische Begutachtung für angezeigt erachtet. Aktuell vermochte er weder neurologische Ausfälle noch ein sensomotorisches Defizit festzustellen. Nach alledem waren keine weiteren Ermittlungen auf neurologischem Fachgebiet veranlasst.

Auf der Grundlage der Gutachten der von Prof. Dr. K. und des Prof. Dr. M. kann hinsichtlich der bei der Klägerin als weitere Gesundheitsstörungen festgestellten chronischen Sinusitis mit rezidivierenden Infekten der oberen Atemwege bzw. rezidivierenden Nasennebenhöhlenentzündungen und der Multiple Chemical Sensitivity (MCS) nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um Symptome oder einwirkungstypische pathologische Veränderungen als Wirkungsreaktion auf die Aufnahme von Organophosphaten handelt. Entsprechendes gilt für den von Prof. Dr. K. angenommenen St. n. paroxysmalen Tachykardien und St. n. hämodynamisch nicht bedeutsamem Perikarderguss unklarer Genese.

Mit der offenen Formulierung von BK-Tatbeständen besteht zwar grundsätzlich die Möglichkeit, weitere Krankheitsbilder in die Anerkennungspraxis einzubeziehen, wenn entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse nach Inkrafttreten des BK-Tatbestandes gewonnen werden. Auch bei diesen später hinzukommenden Krankheitsbildern muss es sich dabei jedoch um solche handeln, die über die bloße Inkorporation der Noxe hinausgehen. Es bedarf neben der Einwirkung eines in einem BK-Tatbestand beschriebenen schädigenden Stoffes zusätzlich der Feststellung von Symptomen oder einwirkungstypischen biophysikalischen oder pathologischen Veränderungen, die nach den Umständen des Einzelfalls mit Wahrscheinlichkeit eine Wirkungsreaktion auf die Expositionsaufnahme darstellen (vgl. Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), E [§ 9 SGB VII](#), S. 24). Bezüglich der Klägerin beschriebenen chronischen Sinusitis mit rezidivierenden Infekten der oberen Atemwege bzw. rezidivierenden Nasennebenhöhlenentzündungen und der MCS sind derartige Erkenntnisse nicht ersichtlich (vgl. S. 31, 41, 42 des Gutachtens der Prof. Dr. K. vom 17. Februar 2019; S. 60, 61 des Gutachtens des

Prof. Dr. M. vom 31. August 2020).

Eine andere Bewertung ist deshalb auch nicht hinsichtlich der von der Klägerin geschilderten über die o. g. Krankheitsbilder hinausgehenden Beschwerden möglich. Soweit im Zusammenhang mit sog. Fume Events in Studien ein sog. "Aerotoxisches Syndrom" mit sehr heterogenem Beschwerdebild wie Reizungen der Atemwege, gastrointestinale Effekte, ZNS-Probleme verschiedener Arten (Zittern, Orientierungslosigkeit, Gedächtnisverlust und kognitive Dysfunktion), Kopfschmerzen, Gleichgewichtsverlust, Taubheit und neurologischen Verhaltensstörungen wie emotionale Instabilität, Depression, Hals-Nasen-Ohrenreizungen, Hauterkrankungen, Übelkeit, Atemprobleme, Schwäche und Müdigkeit sowie multichemische Empfindlichkeit beschrieben wird, handelt es sich nach den überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. M. im Gutachten vom 31. August 2020, S. 65 bereits nicht um ein definiertes eigenständiges Krankheitsbild oder eine spezielle Diagnose.

Soweit die Klägerin über ihren Prozessbevollmächtigten mit Schriftsatz vom 23. August 2021 beantragt hat, Prof. Dr. K. ein weiteres Mal gemäß [Â§ 109 SGG](#) zu hören, war dem nicht nachzukommen. Eine wiederholte Anrufung eines Arztes nach [Â§ 109 SGG](#) bedarf eines besonderen Grundes, z. B. wenn sich der Sachverständige zu bestimmten entscheidungserheblichen Fragen nicht oder unvollständig geäußert hatte oder sich zusätzliche streiterhebliche Tatsachen ergeben haben. Ein solcher Grund ist weder seitens des Prozessbevollmächtigten der Klägerin dargelegt worden noch ist er aus den Akten ersichtlich, worauf der Prozessbevollmächtigte mit gerichtlichem Schreiben vom 25. August 2021 hingewiesen worden ist. Überdies hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin den Antrag nach [Â§ 109 SGG](#) im Schriftsatz vom 22. September 2021, mit dem einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt worden ist, nicht aufrechterhalten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#), die Entscheidung über die Nichtzulassung der Revision auf [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Erstellt am: 06.01.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024