S 6 U 1663/95
SG Stuttgart

Verkündet
am 24.01.2002
Kächele
Urkundsbeamter/in
der Geschäftsstelle

Abdruck

313

LANDESSOZIALGERICHT BADEN-WÜRTTEMBERG

Im Namen des Volkes
Urteil
in dem Rechtsstreit

[redacted]

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Proz.-Bev.: Rechtsanwalt [redacted]

gegen

Berufsgenossenschaft [redacted]

- Beklagte und Berufungsklägerin -

Der 7. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart
hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 24.01.2002

durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht [redacted]
die Richter am Landessozialgericht [redacted] und [redacted]
sowie durch die ehrenamtlichen Richter [redacted] und [redacted]

für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. Juni 2000 aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

3

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin Anspruch auf Feststellung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 1102 (Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen) der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKVO) hat.

Die am [redacted] geborene Klägerin absolvierte eine Lehre als Zahnarzthelferin vom 01.08.1988 bis 17.06.1991 und war danach bis zum 10.02.1992 in diesem Beruf in der ausbildenden Zahnarztpraxis von Dr. [redacted] in [redacted] tätig. Danach bestand Arbeitsunfähigkeit auf Dauer. Sie nahm eine vom Arbeitsamt [redacted] bewilligte Umschulung vom 01.09.1993 bis 30.08.1995 auf. Danach arbeitete sie als Erzieherin in einem Kindergarten als geringfügig Beschäftigte.

Unter dem 27.02.1992 zeigte die [redacted] Krankenkasse [redacted] der Beklagten eine BK der Klägerin wegen einer chronischen gewerblichen Quecksilber-Intoxikation mit Niereninsuffizienz, Ödemen und toxischer Enzephalitis an. Die Beklagte zog ein Vorerkrankungsverzeichnis der [redacted] (Schreiben vom 07.04.1992) bei und veranlasste Angaben der Klägerin (Vordruck vom 04.05.1992) und von Dr. [redacted] (Vordruck vom 06.05.1992), der auch seine BK-Anzeige vom 06.05.1992 vorlegte. Dr. [redacted] teilte darüber hinaus im Juni 1993 mit, seine Praxis bestehe seit 1986 mit einer arbeitsrelevanten Fläche von ca. 80 m² bei einer Raumhöhe von 2,60 m. Außerdem gab er die Legierungszusammensetzung des verwendeten Amalgams an (69,5 % Silber, 11,8 % Kupfer, 17,7 % Zinn, 1 % Zink). Pro Tag würden ca. 20 Amalgamfüllungen in der Praxis eingesetzt und ca. 10 Amalgamfüllungen entfernt.

Außerdem holte die Beklagte eine Auskunft von Dr. [redacted], Allgemeinmediziner in [redacted] vom 27.05.1992 ein, der weitere Arztbriefe beigefügt waren. Dr. [redacted] gab an, die Klägerin erstmals am 26.07.1988 wegen der von ihr geklagten Gewichtszunahme und Obstipation untersucht zu haben. Auf der Grundlage der von ihm veranlassten Untersuchungen auf mehreren fachärztlichen Gebieten sei die Diagnose: idiopathische Ödeme gestellt worden. Zuletzt habe er die Klägerin am 05.02.1992 behandelt.

Im Juni 1992 erstattete Dr. [redacted], Internist in [redacted], eine BK-Anzeige wegen einer Amalgamvergiftung und bestätigte eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin seit 08.02.1992. Die Beklagte holte Auskünfte von Dr. [redacted], Internist in [redacted] (Aus-

kunft vom 23.06.1992), von Dr. [redacted] Orthopäde in [redacted] (Auskunft vom 08.07.1992), von Dr. [redacted], Kardiologe in [redacted] (Auskunft vom 16.07.1992), von Dr. [redacted], Nervenarzt in [redacted] (Auskunft vom 07.07.1992) und von Dr. [redacted] Internistin in [redacted] (Auskunft vom 22.07.1992) ein. Dr. [redacted] teilte mit, keinen krankhaften Befund erhoben zu haben, es handle sich bei der Klägerin um eine psychosomatische Erkrankung. Auch die anderen Ärzte teilten keine relevanten Befunde bis auf eine diagnostizierte Doppelniere links (Entlassungsbericht des [redacted] Krankenhauses in [redacted] vom 03.12.1991 über die stationäre Behandlung vom 14.11. bis 22.11.1991) mit. Dagegen gab Dr. [redacted] in seiner Auskunft vom 31.08.1992 an, bei der Klägerin bei seiner Erstuntersuchung am 10.02.1992 eine chronische Amalgamintoxikation mit toxischer Enzephalitis und Niereninsuffizienz diagnostiziert zu haben. Eine diskrete Besserung sei nach Expositionsende eingetreten. Er habe die Klägerin mit Dimercaptopropansulfonat (DMPS) behandelt.

Die Beklagte holte einen Bericht ihres Technischen Aufsichtsdienstes (TAD) vom 30.06.1993 ein. Darin kam Technischner Aufsichtsbeamter (TAB) Dr.- Ing. [redacted] zu dem Ergebnis, die Klägerin sei während ihrer Tätigkeit in der Praxis von Dr. [redacted] keiner erhöhten Belastung mit Quecksilber ausgesetzt gewesen. Die beschriebenen Arbeitsmethoden in der Praxis von Dr. [redacted] seien emissionsarm und hätten den Arbeitsbedingungen entsprochen, die bei den von ihnen vorgenommenen Messungen in vergleichbaren Zahnarztpraxen keine auffälligen Werte ergeben hätten. Danach habe die Belastung der Atemluft weit unterhalb des gültigen maximalen Arbeitsplatzkonzentrations(MAK)-Wertes von Quecksilber (100 µg/m³) gelegen. Schließlich holte die Beklagte von Prof. Dr. [redacted] Leiter des Instituts für [redacted] der Universität [redacted] das Gutachten vom 02.05.1994 ein. Bei dessen Untersuchung gab die Klägerin an, die Praxis von Dr. [redacted] habe aus vier Räumen bestanden. Darin seien fünf Helferinnen und zwei Ärzte beschäftigt gewesen. Im Winter 1989 sei ein Glas mit Quecksilber zersprungen, weshalb sie ca. einen Fingerhut voll Quecksilber mit einer Röntgenfolie aufgefangen und entsorgt habe. In den ersten Monaten ihrer Beschäftigung sei Amalgam ohne Wasserzusatz poliert worden. Prof. Dr. [redacted] führte unter Berücksichtigung seiner Untersuchung und der Aktenlage aus, eine erhöhte Quecksilberemission sei in der Praxis von Dr. [redacted] nicht anzunehmen. Ein nennenswerter Hautkontakt der Klägerin mit Quecksilber habe nicht vorgelegen. Selbst wenn durch den von der Klägerin geschilderten Vorfall, bei dem Quecksilber ausgelaufen sei, ein Quecksilberdepot über Tage oder Wochen in der Praxis bestanden haben sollte, könne

31

nicht mit einer nennenswerten, d.h. krank machenden Exposition gerechnet werden. Ein eindeutiges, auf eine Quecksilberintoxikation zurückzuführendes Krankheitsbild liege bei der Klägerin außerdem nicht vor. Objektive pathologische Untersuchungsbefunde seien bei der mehrjährigen, sehr eingehenden Untersuchung der Klägerin nicht nachgewiesen worden. Im gewerbeärztlichen Gutachten des Staatlichen Gewerbearztes Dr. [redacted] vom 21.06.1994 wurde daraufhin eine Anerkennung der BK Nr. 1102 nicht vorgeschlagen.

Die Klägerin machte hierzu geltend, ihre Tätigkeit in einem kleinen, unbelüfteten Sterilisierungsraum, bei der mit Amalgam kontaminierte Bestecke in einem Heißluftsterilisator bei einer Temperatur von ca. 100°C gereinigt worden seien, habe der Gutachter Prof. Dr. [redacted] nicht berücksichtigt. Dieser Sterilisierungsraum wie auch der Sterilisator habe über keine Zwangsablüftung ins Freie verfügt. Auch sei das Polieren ohne Absaugen vorgenommen worden. Entgegen der Einschätzung von Prof. Dr. [redacted] habe sie unter typischen Beschwerden für eine Quecksilbervergiftung gelitten, wie sich aus dem von ihr vorgelegten ärztlichen Attest von Prof. Dr. [redacted] Frauenarzt und Umweltmediziner am [redacted] Krankenhaus in [redacted], vom 17.02.1993 ergebe. Außerdem verwies die Klägerin auf die Analyse einer Hausstaubprobe aus der Praxis von Dr. [redacted], die eine hohe Belastung mit Quecksilber ergeben habe. Sie legte hierzu auszugsweise den Laborbericht von Dres. [redacted] und Kollegen, Ärzte für Laboratoriumsmedizin in [redacted], vom 28.02./20.03.1992 vor. Darin war u.a. für eine Probe „Quecksilber in Feststoffen" ein Wert von 1.650.000 µg/kg angegeben. Weiter verwies die Klägerin auf schon während der Lehrzeit beginnende chronische Nierenschmerzen und Wassereinlagerungen. Mit Bescheid vom 20.12.1994 lehnte die Beklagte es ab, eine Quecksilbervergiftung als BK nach der Nr. 1102 der Anlage 1 zur BKVO anzuerkennen.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.1995 zurück.

Am 26.04.1995 erhob die Klägerin beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage und verwies zur Begründung u.a. auf die Empfehlungen des Bundesinstituts der Arzneimittel und Medizinprodukte, die eine Einschränkung in der Anwendung von Amalgamfüllungen angeordnet habe. Das SG hörte schriftlich als sachverständigen Zeugen Dr. [redacted], praktischer Arzt in [redacted] der die Klägerin vom 07.02.1992 bis 10.05.1993

behandelt hatte. Dieser teilte unter dem 18.07.1995 mit, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seien von Dr. [redacted] von dem er keine Befunde erhalten habe, ausgestellt worden. Eine Aussage zur Quecksilberintoxikation sei ihm nicht möglich. Außerdem zog das SG das in einem Strafverfahren gegen Mitarbeiter eines Amalgamherstellers von der Staatsanwaltschaft [redacted] veranlasste Gutachten von Prof. Dr. [redacted], Institut für Toxikologie der Universität [redacted] (unter Mitarbeit von Priv.-Doz. Dr. [redacted] vom November 1995 sowie die Abschlussverfügung der Staatsanwaltschaft Frankfurt vom 31.05.1996, mit der das Strafverfahren gegen die Beschuldigten gemäß § 153a Strafprozessordnung eingestellt wurde, bei. Außerdem gaben Prof. Dr. [redacted] Universitäts-Zahnklinik [redacted] und Prof. Dr. [redacted] ehemals Universitäts-Zahnklinik [redacted] die ihnen erteilten Gutachtensaufträge des SG zurück, da mangels ausreichender Fachkompetenz bezüglich der arbeitsmedizinischen Fragestellung (Prof. Dr. [redacted]) bzw. wegen nicht mehr vorhandener Untersuchungsmöglichkeiten (Prof. Dr. [redacted]) ihnen eine Gutachtenserstattung nicht möglich sei. Die jeweils von der Klägerin gegen die zum Sachverständigen bestimmten Ärzte gestellten Befangenheitsanträge fanden hierdurch ihre Erledigung. Schließlich beauftragte das SG auf Anregung der Klägerin Prof. Dr. [redacted] Abteilung Pharmakologie und Toxikologie der Universität [redacted] mit der Erstattung eines Gutachtens. In seinem Gutachten vom 19.12.1998 bejahte der Sachverständige eine BK nach Nr. 1102. Die Klägerin sei in erhöhtem Maße gegenüber Quecksilber exponiert gewesen. Sie habe Amalgam zunächst ohne Wasser, dann mit Wasser poliert. Hierbei sei sie der Gefahr ausgesetzt gewesen, Quecksilberdampf einzuatmen. Hiergegen habe die getragene Maske nicht geschützt, denn diese verhindere nur das Einatmen von Amalgam-Staubpartikeln. Da es auch zu dem Verschütten von Quecksilber gekommen sei, sei davon auszugehen, dass nur gut sichtbare Quecksilber-Kügelchen aufgenommen worden seien. Erfahrungsgemäß blieben in solchen Fällen jedoch kleinere und kleinste Quecksilberpartikel auf dem Boden liegen, die in der Folgezeit von Tagen bis Wochen verdampften und zu einer erhöhten Konzentration in der Raumluft beitrügen. Eine ebenso hohe Verdampfungstendenz sei bei dem Sterilisieren von mit Quecksilber kontaminierten Bestecken anzunehmen. Quecksilber habe eine für Schwermetall extrem niedrige Siedetemperatur, weshalb Luft unter Sättigungsbedingungen bei 100°C bereits mehr als 250 mg Quecksilber/m³ enthalte. Hieraus sei zu folgern, dass beim Öffnen des Sterilisators Luft mit einem potentiell sehr hohen Quecksilbergehalt – je nach Quecksilberbelastung der Bestecke - freigesetzt worden sei. Aus der Hausstaubuntersuchung aus der Praxis Dr. [redacted] habe sich ein sehr hoher Wert für Quecksilberbelastung ergeben. Dieser stehe im krassen Gegensatz zu den Feststellun-

gen des TAD der Beklagten, die aufgrund ihrer eigenen Messungen davon ausgehe, es habe sich bei der Praxis Dr. [redacted] um eine durchschnittliche zahnärztliche Praxis gehandelt. Auch das Krankheitsbild der Klägerin spreche für eine Quecksilberintoxikation. Typische Krankheitsbilder seien Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, der Nieren, des Nervensystems oder eine Schädigung des Immunsystems mit Neigung zu verschiedenen Infektionskrankheiten. Bei der Klägerin sei im November 1989 eine Folgeerscheinung eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule behandelt worden, eine mögliche Beeinträchtigung der Nervenfunktion durch eine Quecksilberbelastung sei dagegen nicht geprüft worden. Die im Gutachten von Prof. Dr. [redacted] angeführten Symptome einer allgemeinen Leistungsschwäche, Konzentrations- und Merkschwäche, Ermüdung und Kopfschmerzen stünden sehr wohl in Einklang mit einer Quecksilbervergiftung, auch wenn diese Symptome nicht sehr spezifisch für eine derartige Vergiftung seien. Auch sei von den Ärzten eine Nierenerkrankung ausgeschlossen worden, doch beruhe dies auf nicht zureichenden Untersuchungsmethoden. Eine Glomerulonephritis sei nur auf der Basis sonographischer Untersuchungen ausgeschlossen worden. Bei allen nephrologischen Untersuchungen sei aber eine Proteinbestimmung im Urin unterblieben, die Hinweise auf eine Nierenerkrankung hätte ergeben können. Außerdem sei zur Frage des Vorliegens einer Tubulopathie keine Abklärung erfolgt. Zudem ergebe sich aus dem ärztlichen Attest von Prof. Dr. [redacted], dass die Klägerin jahrelang an chronisch rezidivierenden Vaginal- und Darmmykosen und einer therapieresistenten Herpes-Simplex-Infektion der Lippen gelitten habe. Dies sei Folge einer gestörten Immunabwehr wie auch die diagnostizierten Ödeme eine Schadwirkung des Quecksilbers im Sinn der Verursachung einer Überempfindlichkeit darstelle.

Hierzu legte die Beklagte die von ihr eingeholte beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. [redacted], [redacted] des Instituts und Poliklinik für Arbeit, Sozial- und Umweltmedizin der Universität [redacted], vom 28.06.1999 vor. Dieser verneinte die haftungsbegründende Kausalität, die nicht sicher festzustellen sei. Die Höhe der Quecksilberbelastung sei retrospektiv nicht ermittelbar. Eine Staubbelastung dürfe nicht mit der inneren Belastung eines Quecksilberexponierten gleichgesetzt werden. Ebenso seien keine Hinweise auf eine quecksilberspezifische Erkrankung der Klägerin vorhanden. Eine neurologische Auffälligkeit sei nicht diagnostiziert worden. Prof. Dr. [redacted] habe 1992/1993 eine solche ohne belegende Befunde attestiert. Ein typisches quecksilberbedingtes Krankheitsbild wie Tremor, Erethismus bzw. periphere neurologische Störungen, sei nicht erhoben worden. Eine nephrotoxische Wirkung sei mit der erhöhten

Eiweißausscheidung im Urin verbunden. Bei den Untersuchungen im Mai 1991 und im Oktober 1991 sei jeweils ein unauffälliger Urinstatus erhoben worden. Prof. Dr. [redacted] habe die Eiweißausscheidung im Urin mit dem Combur-Teststreifen erfasst und keine auffälligen Befund erhoben. In seiner hierzu eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 01.11.1999 widersprach Prof. Dr. [redacted] den Ausführungen von Prof. Dr. [redacted]. Auf seine Nachfrage bei den Ärzten Dr. [redacted] und Dr. [redacted], die den Test im Mai und im Oktober 1991 durchgeführt hätten, habe sich ergeben, dass diese auch den Teststreifen Combur verwendet hätten. Dieser sei aber nicht ausreichend, um eine Proteinurie auszuschließen. Der Teststreifen habe nach einer Publikation von Boege von 1998 eine so geringe Nachweisempfindlichkeit, dass erst eine fortgeschrittene glomeruläre Proteinurie zu einem signifikant positiven Ergebnis führe. Bei der Untersuchung der Klägerin an der Universitätsklinik [redacted] sei ausweislich der schriftlichen Auskunft von Prof. Dr. [redacted] vom 14.10.1999 keine Proteinbestimmung durchgeführt worden. Es sei eine quantitative Harnproteinbestimmung erforderlich gewesen. Heute nach Expositionsende und der von Dr. [redacted] durchgeführten DMPS-Therapie zur Quecksilberausschleusung seien die Chancen nur noch gering, eine Aussage über eine Nierenerkrankung zum Zeitpunkt der Exposition zu machen. Das SG holte daraufhin von Prof. Dr. [redacted], Leiter der Sektion für Nephrologie der Universitätsklinik [redacted] das Gutachten vom 13.03.2000 ein. Dieser führte aus, zu keinem Zeitpunkt habe ein akutes Nierenversagen der Klägerin vorgelegen. Die membranöse Glomerulonephritis sei durch eine vermehrte Albumin-Ausscheidung mit dem Combur-Teststreifen nachweisbar. Unter dessen Nachweisgrenze von 150 mg/l liegende Werte seien normal. Es sei zutreffend, dass eine tubulointerstitielle Nephritis mit dem Teststreifen nicht nachweisbar sei. Eine tubuläre Proteinurie könne nur durch eine Laborbestimmung mit Perchlorsäure diagnostiziert werden. Hierfür habe aber keine typische Klinik vorgelegen. Flüssigkeitseinlagerungen seien nicht typisch für eine tubuläre Proteinurie.

Hierzu legte die Klägerin zuletzt noch Laborbefunde der Dres. [redacted] und Kollegen in [redacted], die im Auftrag von Dr. [redacted] erhoben wurden, vom 28.02./20.03.1992, 15.04./23.04.1992, 24.03./13.04.1992 und 28.02./17.03.1992 vor, die u.a. Bestimmungen der Quecksilberkonzentration im Harn nach Gabe von DMPS enthielten.

Mit Urteil vom 14.06.2000 verurteilte das SG die Beklagte, bei der Klägerin eine BK nach Nr. 1102 der Anlage 1 zur BKVO anzuerkennen. In den Entscheidungsgründen, auf die im Übrigen Bezug genommen wird, stützte es sich auf das Gutachten von Prof.

310

Dr. [redacted] das durch das nephrologische Zusatzgutachten von Prof. Dr. [redacted] bestätigt worden sei. Danach habe die Klägerin während der aktuellen Quecksilberexposition berufsbedingte Nierenbeschwerden gehabt. Unter dem Gesichtspunkt der „reinen Lehre" könne hier nicht der letzte Beweis wissenschaftlich exakt erbracht werden, wolle man diesen jedoch unbedingt erfordern, führe dies im Ergebnis zum Leerlauf der einschlägigen Berufskrankheitenverordnungen. Man könne von dem Arbeitnehmer, der sich im Randbereich potentieller Schadstoffexpositionen bewege, nicht von vornherein verlangen, sich einem ganz breiten diagnostischen Spektrum durch Spezialuntersuchungen zu stellen, was weltfremd wäre.

Gegen das ihr am 13.07.2000 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 21.07.2000 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt mit der Begründung, eine beruflich relevante Quecksilberexposition sei nicht erwiesen. Sie verweist hierzu auf die von ihr vorgelegte Stellungnahme von TAB Dr. Ing. [redacted] vom 15.11.2000. Darin wird ausgeführt, die entstehenden Kurzzeitwerte für Quecksilberdämpfe beim Polieren von Amalgamfüllungen spielten keine Rolle für die Gesamtbelastung. Auch das Verschütten von Quecksilber in einer Zahnarztpraxis sei keine Seltenheit. Die vom TAD vorgenommenen Messungen in vergleichbaren Arztpraxen erfassten somit die hierdurch verursachte Grundbelastung. Eine erhöhte Belastung der Atemluft habe sich hierdurch aber nicht ergeben. Die Sterilisation von Bestecken, die gewöhnlich vor diesem Arbeitsvorgang von Verunreinigungen gereinigt würden, führe nicht zu bedeutsamen Belastungen. Die Analyse von Hausstaub sei im Übrigen keine geeignete Methode zur Feststellung einer individuellen Belastung mit Quecksilber. Die Probeentnahme von Hausstaub sei nicht standardisiert. Vorliegend sei Art und Alter des Hausstaubes sowie die Position der Probeentnahme, die erfahrungsgemäß die Analyse der entsprechenden Stäube beeinflusse, nicht bekannt. Bei kleinsten Massen für eine Analyse könne auch der kleinste Amalgamrest, z.B. aus der Entfernung oder dem Polieren von Amalgamfüllungen, den Gesamtgehalt der Probe beeinflussen. Darüber hinaus stelle eine Quecksilberkonzentration von 1,6 g/kg Staub keine sonderliche Belastung der Atemluft der Beschäftigten dar, weshalb bei einer unterstellten Konzentration in diesem Umfang die Atemluft nicht oberhalb des MAK-Wertes belastet gewesen sei. Außerdem verweist die Beklagte auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. [redacted] Arzt für Arbeitsmedizin in der Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation der Beklagten, vom 18.01.2001. Dr. [redacted] führt aus, die Klägerin habe bereits vor der Exposition in der Praxis von Dr. [redacted] über Gewichtszunahme und Abdominalbeschwerden geklagt, wie

sich aus der Stellungnahme von Dr. [redacted] und dessen beigefügten Arztunterlagen ergebe. Die einmal diagnostizierte Mikrohämaturie habe gerade bei Frauen keinerlei pathologische Bedeutung, zumal die kulturelle Untersuchung des Urins einen Harnwegsinfekt ergeben habe. Ein Zusammenhang mit einer Nierenerkrankung könne daher nicht hergestellt werden. Ein nephrotisches Syndrom, in dessen Verlauf es zu ausgeprägten Ödembildungen komme, setze eine ausgeprägte Eiweißausscheidung voraus. Diese wäre durch die Comburstreifen auf jeden Fall erfasst worden. Außerdem sei ein Ödem bei keinem der klinischen Untersuchungen diagnostiziert worden. Eine chronische tubulointerstitielle Nephritis habe der Sachverständige Prof. Dr. [redacted] weder ausschließen noch bestätigen können. Eine typische Klinik für eine tubulointerstitielle Nephritis habe aber nach seiner Auffassung nicht bestanden. Die Flüssigkeitseinlagerung sei für dieses Krankheitsbild nicht typisch. Neurologisch auffällige Befunde seien bei der Untersuchung durch den Nervenarzt Dr. [redacted] 1989 nicht erhoben worden. Der Gynäkologe Prof. Dr. [redacted] habe in seinem Attest vom 17.02.1993 keine verwertbaren Untersuchungsbefunde für die von ihm beschriebenen Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit und depressive Verstimmung mit Knochen- und Gelenkschmerzen dargelegt. Ergänzend hat Dr. [redacted] (Stellungnahme vom 21.12.2001) ausgeführt, die Quecksilberkonzentration sei nach Gabe von DMPS um das Fünf- bis Zwanzigfache gegenüber einer Nativ-Harnprobe erhöht, auf solche bezögen sich aber alle Referenzwerte in der Arbeitsmedizin. Die im Labor Dr. [redacted] ermittelten Urinwerte für Quecksilber ließen daher keine sichere Aussage zur Belastung der Klägerin zu. Sie lägen im übrigen auch noch unter den Arbeitsplatztoleranzwerten für beruflich exponierte Personen, die die Senatskommission des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) auf 100 µg/l festgelegt habe.

Die Beklagte beantragt,

> das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14.06.2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

Die Klägerin beantragt,

> die Berufung zurückzuweisen.
> hilfsweise von Amts wegen ein Gutachten von Prof. Dr. [redacted] zur ergänzenden Stellungnahme von Dr. [redacted] vom

21.12.2001 zu der Frage einzuholen, ob nach DMPS-Ausschwemmung ermittelte Quecksilberwerte um das Fünf- bis Zwanzigfache erhöht sind, ferner ein weiteres Gutachten von Dr. [redacted], Leitender Arzt des Fachkrankenhauses [redacted], einzuholen zu der Frage, welche Gesundheitsstörungen bei der Klägerin vorliegen und ob diese auf eine Quecksilberintoxikation zurückzuführen sind,
höchst hilfsweise, diese beiden Gutachten nach § 109 SGG einzuholen.

Sie wiederholt im Wesentlichen ihr bisheriges Vorbringen und macht weiter geltend, die von der Beklagten vorgelegten Parteigutachten von Dr. [redacted] und Dr. [redacted] missachteten den Verstoß gegen geltende Vorschriften zum Schutz von Arbeitnehmern in der Praxis von Dr. [redacted] beim Umgang mit Amalgam. Dies belegten die Staubproben, die exorbitant hohe Quecksilberbelastungen auswiesen. Die Quecksilberkonzentration im Urin sei nach einer DMPS-Behandlung nicht erhöht. Auch bei Unterschreiten der Grenzwerte könnten noch toxisch bedingte Krankheiten auftreten.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat von Prof. Dr. [redacted] die ergänzende Stellungnahme vom 12.11.2001 eingeholt. Darin widerspricht Prof. Dr. [redacted] den Ausführungen von Dr. [redacted] denn er habe nicht von einem Beweis für eine Nierenerkrankung gesprochen, sondern habe für den Fall einer nachfolgenden Nierenuntersuchung und der dabei diagnostizierten Nierenfunktionsstörung einen hohen Grad an Wahrscheinlichkeit für einen berufsbedingten Zusammenhang bejaht. Eine 1989 ausgeschlossene neurologische Erkrankung könne bei fortgesetzter Quecksilberexposition durchaus zu einer zweieinviertel Jahre später neurologisch relevanten Erkrankung geführt haben. Unter Hinweis auf die entsprechende Literatur von 1998 müsse davon ausgegangen werden, dass der Teststreifen eine klinisch signifikante Proteinurie nicht sicher ausschließe. Eine Verallgemeinerung der Praxisverhältnisse, die den eigenen Messungen des TAD zugrunde lagen, sei nicht zulässig. Die Quecksilberbelastung der erhobenen Hausstaubprobe treffe eine Aussage über den Reinheitszustand der konkreten Zahnarztpraxis. Raumluftmessungen seien unterblieben. Auch seien keine Blutwertbestimmungen vorgenommen worden. Er sehe keinen Anlass, das Ergebnis seines Gutachtens abzuändern.

Der Senat hat die Akten der Beklagten und des SG beigezogen. Auf diese und die angefallenen Akten beim Senat wird Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe stehen nicht entgegen (§ 144 SGG).

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig, weshalb das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen war. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung einer BK nach Nr. 1102 der Anlage 1 zur BKVO.

Das SG hat im angefochtenen Urteil zutreffend die Vorschriften und die Grundsätze zur Feststellung einer BK dargelegt. Insoweit verweist der Senat auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil (§ 153 Abs. 2 SGG; S. 5 und 6 des Urteils).

Entgegen der Auffassung des SG liegen zur Überzeugung des Senats die Voraussetzungen für die Feststellung einer BK nach Nr. 1102 der Anlage 1 zur BKVO nicht vor, denn weder ist das Ausmaß der schädigenden Einwirkungen noch die hierdurch verursachte Erkrankung mit dem erforderlichen Maß einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

Nach den überzeugenden Ausführungen des TAB Dr. Ing. [redacted] ist zwar bei der Klägerin von einer Quecksilberexposition auszugehen, jedoch nach den eigenen Messungen des TAD der Beklagten und im Vergleich zu den dargelegten Erhebungen in der Literatur lag keine belastungsrelevante Quecksilberkonzentration der Raumluft vor. Die beim Polieren von Amalgamfüllungen entstehenden Quecksilberdämpfe führen zu kurzen Expositionsspitzen von mehreren 100 µg Quecksilber/m³ in der Nähe des Patientenmundes, doch spielten diese bei der Gesamtbelastung der Beschäftigten im Ergebnis keine Rolle, denn der nach epidemiologischen Studien festgelegte Kurzzeitwert von 400 µg/m³ als Mittelwert über 15 Minuten wurde hierbei eingehalten. Einer nachhaltigeren Exposition war die Klägerin bei dieser Tätigkeit nach der den Senat überzeugenden

Einschätzung von Prof. Dr. [redacted], Prof. Dr. [redacted] und Dr. [redacted] nicht ausgesetzt. In der Praxis von Dr. [redacted] wurden nur in den ersten Monaten der Lehrzeit der Klägerin Amalgamfüllungen ohne Wasserzusatz poliert. Dies hat die Klägerin entgegen ihrer späteren, daher auch wenig glaubhaften Einlassung in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat zeitnah noch bei ihrer Untersuchung durch Prof. Dr. [redacted] angegeben. Eine relevante Exposition ist auch nicht durch die in der mündlichen Verhandlung geschilderte Verwendung eines Töpfchens zur Amalgamverarbeitung anstatt der heute üblichen Kapsellösung erkennbar geworden. Messungen des TAD in vergleichbaren Zahnarztpraxen ergaben Raumluftbelastungen, die weit unterhalb des heute gültigen Luftgrenzwertes von 100 µg/m³ lagen. Hierbei ist davon auszugehen, dass eine Grundbelastung mit Quecksilber durch gelegentliches Verschütten von Quecksilber oder Entweichen von Quecksilberdämpfen bei der Sterilisation von Behandlungsbestecken usw., wie es in jeder Zahnarztpraxis vorkommt, von den Messungen erfasst wurde. Insoweit sind die von der Klägerin geschilderten Arbeitsmethoden und Vorkommnisse keine Ereignisse, die eine Vergleichbarkeit mit den untersuchten Zahnarztpraxen ausschließen. Dass bei der Sterilisation von Behandlungsbestecken entgegen den Arbeitsschutzbestimmungen mit Amalgam verunreinigte Bestecke in den Sterilisator gegeben wurden, hat die Klägerin nicht behauptet. Vielmehr hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat eingeräumt, dass die Behandlungsbestecke im Sterilisationsraum vorher gespült wurden. Nach den überzeugenden Darlegungen von Dr.-Ing. [redacted] ist daher eine relevante Raumluftbelastung durch Entweichen quecksilberhaltigen Dampfes beim Öffnen des Sterilisators nicht nachvollziehbar. Auch ist nicht ersichtlich, dass ein gelegentlicher diesbezüglicher Verstoß gegen die übliche Praxis der Reinigung von kontaminierten Bestecken vor der Sterilisation zu einer messbaren, erhöhten Raumluftbelastung auf Dauer führen könnte. Die vorgelegte Hausstaubanalyse aus der Praxis von Dr. [redacted] ist nicht geeignet, eine erhöhte Exposition der Klägerin zu begründen. Nachvollziehbar führt Dr. [redacted] aus, dass die näheren Umstände der Probeentnahme und die Größe der Staubprobe nicht bekannt sind. Es ist daher nicht nachvollziehbar, ob die Staubprobe von einem Ort entnommen wurde, an dem sich über mehrere Tage hinweg Staub mit Quecksilberanteilen angesammelt hat oder Staub nach einer akuten Quecksilberemission, z.B. beim Polieren, entnommen wurde. Zutreffend weist auch Dr. [redacted] darauf hin, dass der Staubanalyse aus dem Labor von Dr. [redacted] nicht zu entnehmen ist, um welche Art Quecksilber es sich handelt. Es ist deshalb nicht zu differenzieren zwischen metallischem Quecksilber, das durch seinen relativ hohen Dampfdruck in die Atemluft geraten kann, und zwischen Amalgamparti-

keln, die beim Schleifen oder Polieren anfallen, aber nicht ohne Weiteres in die Raumluft ausdünsten. Gegenüber Dr. [redacted] hatte das Labor bestätigt, dass sie eine wie auch immer geartet eingegangene Probe analysieren und diese auf ein Kilogramm Staub beziehen. Im Hinblick darauf, dass die Praxis von Dr. [redacted] erst 1986 eingerichtet wurde und mit Kunststoffböden versehen war, ist die Schlussfolgerung von Dr. [redacted] überzeugend, dass „Altlasten", die sich bei älteren Zahnarztpraxen mit nachlässigerem Umgang mit Amalgam in den Ritzen ungeeigneter Bodenbeläge, z.B. Holzdielen etc., aufgebaut haben, für die Praxis von Dr. [redacted] nicht anzunehmen sind. Außerdem ist eine leichte Reinigung bei diesem Bodenbelag auch naheliegend. Hierfür sprechen auch die von Dr. [redacted] an das Labor von Dr. [redacted] gegebenen Urinproben, in denen selbst nach der zur Ausschwemmung aufgenommenen DMPS-Behandlung nur in dem Befund vom 28.02./17.03.1992 eine geringfügige, den in diesem Laborbefund mitangegeben Normalwert übersteigende Quecksilberkonzentration gemessen wurde (34,8 µg/l entsprechend 69,6 µg/g Kreatinin gegenüber dem angegebenen Normalwert von „< 50,0"). Spätere Messungen am 24.03./13.04.1992 und 15.04./23.04.1992 ergaben Normalwerte in diesem Sinne (20,9 bzw. 20 µg/g Kreatinin). Außerdem sind diese Werte nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. [redacted] nicht aussagekräftig, da sie alle nach der die Quecksilberausscheidung erhöhenden DMPS-Behandlung erhoben wurden. Dadurch ist eine Vergleichbarkeit mit den aus Nativ-Urin gewonnenen Referenzwerten, die üblicherweise auch aus 24-Stunden-Sammelurin zum Ausgleich von Schwankungen spontaner Ausscheidungen erhoben sind, nicht gegeben. Darüber hinaus liegen selbst diese therapiebedingt erhöhten Werte noch unter den Toleranzwerten der Gutachterkommission des BMA (100µg/l), was auch gegen eine relevante Belastung spricht.

Der Senat konnte deshalb auch offen lassen, ob die unter Beweis gestellte Behauptung der Klägerin zutrifft, dass es nach einer DMPS-Behandlung zu keiner um das Fünf- bis Zwanzigfache erhöhten Quecksilberkonzentration im Urin kommt. An der Beurteilung der gemessenen Quecksilberkonzentration in den von Dr. [redacted] erhobenen Harnproben ändert sich hierdurch nichts. Auch dann liegen die Werte noch unter den genannten Arbeitsplatztoleranzwerten. Auf die unter Beweis gestellte Frage kam es daher nicht an, weshalb eine Beweisaufnahme sowohl von Amts wegen als auch entsprechend dem Antrag gemäß § 109 SGG (weitere Anhörung von Prof. Dr. [redacted] unterbleiben konnte. Darüber hinaus war die Frage auch deshalb nicht entscheidungserheblich, weil zudem die Voraussetzungen der haftungsausfüllenden Kausalität nicht vorlagen.

Der Beklagten ist auch kein fehlerhaftes Verhalten bei der Sachverhaltsermittlung vorzuwerfen. Zum Zeitpunkt der BK-Anzeige durch die TKK (27.02.1992) war die DMPS-Behandlung bei Dr. [redacted] schon aufgenommen worden (Probeerhebung am 28.02.1992 laut Laborbefund Dr. [redacted]), so dass keine Urin- oder Blutwerte vor einer therapeutischen Ausschwemmung auf Veranlassung der Beklagten mehr erhoben werden konnten.

Aber auch eine Erkrankung, die auf die schädigende Einwirkung während der Berufstätigkeit zurückgeführt werden könnte, ist nicht nachgewiesen. Die Voraussetzungen der haftungsausfüllenden Kausalität sind nicht erfüllt.

Dies gilt zunächst für die behauptete Nierenerkrankung. Selbst Prof. Dr. [redacted] legt dar, dass eine Nierenerkrankung der Klägerin aus den durchgeführten Untersuchungen der sie während des Expositionszeitraums behandelnden Ärzte nicht ableitbar ist. Lediglich im Hinblick darauf, dass die aus seiner Sicht erforderliche Diagnostik zum sicheren Ausschluss einer Proteinurie bzw. einer tubulointerstitiellen Nephritis nicht durchgeführt wurde, hält er eine Nierenerkrankung - auch nur - für möglich. Demgegenüber hat Prof. Dr. [redacted] überzeugend dargelegt, dass zum einen Symptome eines akuten Nierenversagens den Arztunterlagen nicht zu entnehmen sind. Zum anderen war eine membranöse Glomerulonephritis zum Zeitpunkt der Untersuchung der Klägerin mit dem verwendeten Streifentest beim damaligen Stand der Wissenschaft hinreichend sicher auszuschließen, da die Nachweisgrenze für Albumin bei 150 mg/l liegt und darunter liegende Werte auch zu diesem Zeitpunkt als Normalwerte angesehen wurden. Prof. Dr. [redacted] bezieht sich hierzu auf medizinische Literatur von 1989. Die von Dr. [redacted] und Dr. [redacted] auch gegenüber Prof. Dr. [redacted] bestätigten Untersuchungen mit dem Teststreifen hatten aus damaliger Sicht daher keinen Anlass für weitere Untersuchungen zur Abklärung einer Nierenerkrankung ergeben. Prof. Dr. [redacted] stützt seine Auffassung, die Teststreifen seien insoweit keine hinreichend sichere diagnostische Ausschlusshilfen, auf die neuere Literatur von 1998. Ein Behandlungsfehler, unabhängig von der Frage, ob dieser der Beklagten anzurechnen oder eine Beweiserleichterung für die Klägerin hieraus zu folgern wäre, ist somit nicht erkennbar. Eine Glomerulonephritis ist aber weder für einen früheren Zeitpunkt noch bei der aktuellen Untersuchung durch Prof. Dr. [redacted] nachgewiesen. Dieser Sachverständige, der als Nephrologe insoweit über die größere Sachkunde als der Pharmakologe/Toxikologe Prof. Dr. [redacted] verfügt, hat über-

zeugend dargelegt, dass Albumin-Werte unter 150 mg/l normal sind. Bei einer membranösen Glomerulonephritis wären Werte im Bereich mehrerer Gramm pro Liter zu erwarten gewesen. Solche Werte wurden bei der Klägerin nicht erhoben. Zwar ist aus der Sicht von Prof. Dr. [redacted] die dritte Möglichkeit einer Nierenschädigung bei Quecksilberexposition in einer chronischen tubulointerstitiellen Nephritis zu sehen, die mit dem Teststreifen nicht zu diagnostizieren ist. Hierfür ist der Nachweis durch Fällung mit Perchlorsäure in einem medizinischen Labor erforderlich. Ob eine solche Untersuchung durchgeführt wurde, lässt sich nach Prof. Dr. [redacted] und nach Prof. Dr. [redacted] den Akten nicht entnehmen. Doch lag eine typische Klinik für eine tubulointerstitielle Nephritis bei der Klägerin zum damaligen Zeitpunkt nicht vor, wie Prof. Dr. [redacted] überzeugend darlegt. Flüssigkeitseinlagerungen sind bei einer solchen Nierenschädigung ungewöhnlich. Hierbei besteht eher die Neigung zum Flüssigkeitsverlust. Hinweise auf das Vorliegen einer Nierenfunktionsstörung allgemein ergaben sich bei den verschiedenen Untersuchungen der Klägerin nicht. Die Kreatinin- und Harnstoffwerte waren normal. Im Urinsediment zeigten sich bis auf Bakterien keine Auffälligkeiten. Bis auf die diagnostizierte Doppelniere links fanden sich auch bei den weiteren Untersuchungen unauffällige Nierenstrukturen. Damals ergab sich kein Hinweis auf eine Nierenschädigung und Prof. Dr. [redacted] schloss eine solche aufgrund seiner aktuellen Untersuchung auch für den gegenwärtigen Zeitpunkt aus. Eine relevante Gesundheitsstörung der Nierenfunktion ist daher nicht nachgewiesen.

Eine neurologisch zu beurteilende Erkrankung ist ebenso wenig nachgewiesen. Zutreffend weist Dr. [redacted] darauf hin, dass ein neurologischer Befund nicht erhoben wurde. Zwar hatte die Klägerin bereits Anfang 1989 unter allgemeiner Leistungs-, Konzentrations- und Merkschwäche, Ermüdung und Kopfschmerzen geklagt. Dr. [redacted] hatte jedoch im November 1989 mit Ausnahme diffuser Kopfschmerzen im Sinne einer Spannungscephalgie einen unauffälligen neurologischen Befund erhoben. Auch Prof. Dr. [redacted] hatte bei der Untersuchung der Klägerin im März 1994 bei der groben orientierenden Prüfung des neurologischen Status keine auffälligen Befunde erhoben, insbesondere fand er keine Hirnnervenstörungen bei regelrechten und zeitgleichen Reflexen sowie keine Sensibilitäts- oder Koordinationsstörungen. Im ärztlichen Attest von Prof. Dr. [redacted] vom 17.02.1993 wurden im Wesentlichen die geklagten Beschwerden der Klägerin wiedergegeben, ohne dass deutlich wird, ob damit eine eigene - fachfremde - Diagnose gestellt oder anamnestisches Beschwerdevorbringen der Klägerin wiederge-

geben wird. Eine neurologisch zu beurteilende konkrete Erkrankung ist dem ärztlichen Attest von Prof. Dr. [redacted] nicht zu entnehmen.

Entgegen der Auffassung von Prof. Dr. [redacted] sind auch im Zusammenhang mit einer Quecksilberintoxikation stehende Ödeme nicht nachgewiesen. Weder Dr. [redacted] bei dem die Klägerin ab Juli 1988 in Behandlung stand, noch die von Dr. [redacted] konsiliarisch herangezogene Internistin in [redacted], Dr. [redacted], haben eine Ödematisierung bei der Klägerin feststellen können. Auch im Entlassungsbericht des [redacted] Krankenhauses vom 03.12.1991 wird nur von anamnestisch angegebenen Wassereinlagerungen berichtet, die während des stationären Aufenthaltes nicht beobachtet werden konnten. Insbesondere Dr. [redacted] hat bei negativen Hautfaltenzeichen über den Zehen- und Fingerrücken und bei fehlenden Zeichen einer chronischen Lymphostase eine Ödematisierung nicht diagnostizieren können (Arztbrief vom 25.02.1992). Sie ging aufgrund der anamnestischen Angaben der Klägerin von zyklisch-idiopathischen Ödemen aus.

Ein beruflicher Zusammenhang der geklagten Beschwerden, wie eine Gewichtszunahme bzw. Obstipation (beziehbar auf Ödeme, vgl. Dr. [redacted] a.a.O.) und abdominelle Beschwerden (nicht spezifisch für Ödeme, vgl. Dr. [redacted] a.a.O.), mit der behaupteten relevanten Quecksilber-Exposition ist auch nicht wahrscheinlich, denn diese Beschwerden waren von der Klägerin bereits im Juli 1988 bei Dr. [redacted] (vgl. dessen Auskunft vom 27.05.1992) für einen davor liegenden Zeitraume geltend gemacht worden, somit vor Aufnahme der Lehre bei Dr. [redacted] ab 01.08.1988 und damit vor der behaupteten Quecksilberexposition.

Soweit im Attest von Prof. Dr. [redacted] eine seit Jahren bestehende chronisch rezidivierende Vaginal- und Darmmykose und eine Herpes-Simplex-Infektion der Lippen beschrieben wird, ist keinem der anderen Facharztbefunde eine anhaltende Infektionserkrankung zu entnehmen. Bei der gynäkologischen Untersuchung im [redacted] Krankenhaus im Dezember 1991 wurde eine Aminkolpitis nachgewiesen, die mit Vaginaltabletten über fünf Tage behandelt wurde. Weitergehende Erkrankungen, die auf einen Immundefekt schließen lassen, sind nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. [redacted] den beigezogenen Arztunterlagen ebenfalls nicht zu entnehmen. Die von Prof. Dr. [redacted] für wahrscheinlich erachtete Beeinträchtigung der Immunabwehr durch eine mögliche Quecksilberintoxikation ist nach den überzeugenden Darlegungen von

Dr. [redacted] aus der Zusammenschau der herangezogenen Untersuchungsbefunde der verschiedenen Arztbriefe nicht erkennbar.

Der Senat sah keine Veranlassung, zur Frage der haftungsausfüllenden Kausalität weitere Gutachten von Amts wegen einzuholen. Der Sachverhalt ist durch die überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. [redacted] und Prof. Dr. [redacted] sowie die ärztlichen Äußerungen von Prof. Dr. [redacted] und Dr. [redacted] umfassend geklärt.

Dem Antrag nach § 109 SGG auf Einholung eines Gutachtens von Dr. [redacted] zur haftungsausfüllenden Kausalität war nicht stattzugeben. Nach § 109 Abs. 2 SGG kann das Gericht nämlich den Antrag auf gutachtliche Anhörung eines bestimmten Arztes ablehnen, wenn dadurch die Erledigung des Rechtsstreit verzögert wird und der Antrag nach Überzeugung des Gerichts aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht wurde. Einen solchen Antrag hat die Klägerin erst in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat und damit nicht in angemessener Frist gestellt. Der Klägerin ist mit gerichtlicher Verfügung vom 19.11.2001 zugleich mit der Übersendung des Gutachtens von Prof. Dr. [redacted] mitgeteilt worden, dass keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen beabsichtigt sind. Die auf telefonische Anfrage des Berichterstatters erteilte Auskunft von Dr. [redacted] vom 21.12.2001 hat insoweit nicht zu einer geänderten Prozesslage geführt, da diese Stellungnahme allein zur haftungsbegründenden Kausalität ergangen ist. Der mehr als 9 Wochen nach dem richterlichen Hinweis gestellte Antrag nach § 109 SGG zur haftungsausfüllenden Kausalität ist daher verspätet, denn eine Überlegungsfrist von 4-6 Wochen ist in der Regel angemessen. Umstände, die ausnahmsweise eine längere Überlegungsfrist begründen könnten, sind nicht ersichtlich.
Nach Ansicht des Senats ist dieser Antrag auch aus grober Nachlässigkeit nicht rechtzeitig gestellt worden. Eine grobe Nachlässigkeit ist anzunehmen, wenn die für eine ordnungsgemäße Prozessführung erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen wurde und nicht getan wird, was jedem einleuchten muss (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 6. Auflage, § 109 Anm. 11). Der Klägerbevollmächtigte ist unter dem 19.11.2001 darauf hingewiesen worden, dass keine Beweisaufnahme mehr beabsichtigt ist. Spätestens mit der Terminsladung am 12.12.2001 hätte sich dies noch einmal mit aller Deutlichkeit aufdrängen müssen. Ein Tätigwerden ohne weiteres Zögern musste jedem von da an einleuchten. Es hätte der erforderlichen Sorgfaltspflicht einer ordnungsgemäßen Prozessführung entsprochen, wenn spätestens zu diesem Zeitpunkt ohne längeres Zuwarten

der Antrag nach § 109 SGG gestellt worden wäre. Die Fristüberschreitung beruht daher nach der Überzeugung des Senats auf grober Nachlässigkeit. Die Einholung des Gutachtens von Dr. [redacted] hätte außerdem den Rechtsstreit verzögert. Die Voraussetzungen des § 109 Abs. 2 SGG lagen somit vor.

Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten das angefochtene Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.