LSG München, Urteil v. 27.07.2023 – L 17 U 79/20

Titel:

Unfallversicherung: Anerkennung der BK Ziffer 3102 (von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten)

Normenketten:

SGB VII § 9 Abs. 3
BKV An. 1 Nr. 3102

Leitsätze:

1. Die für die BK 3101 geltenden Grundsätze sind auch bei der BK 3102 anwendbar, d.h., es genügt die abstrakte Gefahr der Einwirkung (vgl. BSG, Urteil vom 30.03.2023 - B 2 U 2/21 R - zur Lyme-Borreliose; zweifelnd, aber im Ergebnis offen gelassen BSG, Urteil vom 27.06.2017 - B 2 U 17/15 R). (Rn. 24)
2. Bei der sog. "offenen BK-Bezeichnung" der BK 3102 wird die erforderliche Erkrankung nicht präzise umschrieben, sondern es wird nur eine Krankheitsgruppe, nämlich "von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten" genannt. Anerkennungsfähig sind alle Krankheiten dieser Gruppe, die durch die betreffende Einwirkung potentiell verursacht werden können. (Rn. 25)
3. Die Rechtsbegriffe "durch Infektionserreger verursachte Krankheiten" und "von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten" werden durch einen fachmedizinischen Diagnosebegriff ausgefüllt, dem der Bedeutungs- bzw. Sinngehalt zukommt, den ihm der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand beimisst. (Rn. 26)
4. Die Diagnose einer Erkrankung (hier u.a. Q-Fieber) erfordert sowohl den (indirekten) Erregernachweis mittels Laboruntersuchung als auch den Nachweis einer typischen klinischen Symptomatik im Vollbeweis. (Rn. 28)
5. Bei der Vorschrift des § 9 Abs. 3 SGB VII handelt es sich um einen gesetzlich normierten Anscheinsbeweis (vgl. BayLSG, Urteil vom 11.09.2018 - L 3 U 477/15), nicht um eine Umkehr der Beweislast und auch nicht um eine Ursachenfiktion. Voraussetzung für § 9 Abs. 3 SGB VII ist der Nachweis, dass der Versicherte bei seiner Berufstätigkeit einer besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen ist; dabei muss eine bestimmte Infektionsquelle nicht nachgewiesen sein (vgl. Baden-Württemberg, Urteil vom 26.09.2014 - L 10 U 1507/12). (Rn. 46)
6. Nur dann, wenn besondere Umstände es ausschließen, dass die Infektion während oder aufgrund der versicherten Tätigkeit eingetreten ist oder wenn die Erkrankung durch eine Infektion im unversicherten Lebensbereich verursacht worden ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der Versicherte die bei ihm aufgetretene Krankheit durch seine besondere berufliche Exposition zugezogen hat. Die tatsächlichen Voraussetzungen für das Vorliegen solcher außerberuflicher Umstände müssen im Vollbeweis nachgewiesen sein. (Rn. 47)

Schlagworte:

Unfallversicherung, Berufskrankheit, Amtstierärztin, Q-Fieber-Erkrankung, versicherte Tätigkeit, Vollbeweis, abstrakte Gefahr, offene BK-Bezeichnung, aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisstand, Anscheinsbeweis, besondere Ansteckungsgefahr

Vorinstanz:

SG Nürnberg, Urteil vom 10.12.2019 – S 12 U 37/18

Tenor

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 10. Dezember 2019 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

1
Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob bei der Klägerin eine Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) (nachfolgend BK 3102) – von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten – anzuerkennen ist.

2
Die 1962 geborene Klägerin war nach verschiedenen Tätigkeiten als Amtstierärztin ab 2001 in A und ab September 2001 bis zu ihrem Ausscheiden Ende 2014 in R tätig. Mit von ihr selbst erstellter Anzeige der Regierung von Mittelfranken vom 07.03.2016 wurde der Verdacht auf eine berufsbezogene Zoonose oder eine durch den Beruf erworbene Infektion kundgetan. Nach vielen Untersuchungen würde feststehen, dass eine Infektion der Auslöser der Gesundheitsprobleme der Klägerin sei. Sie sei in der Kontrolle von Tierhaltungen aller Art tätig gewesen. Zudem würde sie Proben bei lebenden Tieren (Blut, Urin, Kot) entnehmen, tote Tiere (z. B. Geflügel, Füchse) zur Untersuchung auf Tierseuchen einsammeln, verpacken und versenden und Biogasanlagen und andere Einrichtungen nach dem Nebenprodukterecht kontrollieren.

3
Nach einem Bericht des Universitätsklinikums E vom 07.04.2016 seien die unklaren abdominalen Beschwerden der Klägerin am ehesten im Rahmen von Adhäsionen bei Zustand nach rezidivierenden Laparotomien zu sehen. Diagnostiziert worden seien zudem Bluthochdruck, Zustand nach Sigmaresektion 2007, Cholezystolithiasis, Steatosis hepatis und Hypothyreose. Im Ergebnis seien die von der Klägerin geschilderten Beschwerden mit den erhobenen Befunden nicht zu erklären. Das Universitätsklinikum G und M (Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen) äußerte in seinem Bericht vom 29.04.2016 nach Vorstellung der Klägerin am 17.03.2016, dass das bestehende Fieber der Klägerin unklarer Genese sei (Besserung durch Antibiose). Der Verdacht liege auf einem bakteriellen Fokus, gegebenenfalls im Gastrointestinaltrakt, bei Zustand nach komplikationsreicher Sigmaresektion bei Divertikulitis 2007. Es bestehe ein unklares polysymptomatisches Beschwerdebild. In der Stellungnahme des Gewerbeaufsichtsamts vom 28.04.2017 wurde ausgeführt, dass trotz intensivster Diagnostik und seit Jahren bestehender Symptomatik bislang noch keine Diagnose habe gestellt werden können.

4
Daraufhin lehnte die Beklagte die Anerkennung der BK 3102 mit Bescheid vom 24.08.2017 (Widerspruchsbescheid vom 09.02.2018) ab und stellte fest, dass Ansprüche auf Leistungen nicht bestünden. Hinsichtlich des seit Jahren bestehenden polysymptomatischen Beschwerdebildes sei von den behandelnden Ärzten trotz intensivster Diagnostik keine gesicherte Diagnose erhoben worden. Dies sei jedoch unabdingbare Voraussetzung für die Anerkennung einer BK. Die bloße Möglichkeit bzw. Verdachtsdiagnosen von Infektionen seien nicht ausreichend, um einen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit der Klägerin annehmen zu können.

5
Gegen den Widerspruchsbescheid vom 09.02.2018 hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin am 21.02.2018 unter Vorlage ärztlicher Unterlagen Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben und zur Begründung insbesondere vorgetragen, dass sich die Klägerin auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 02.04.2009 (B 2 U 30/07 R) berufe. Bei ihr seien Q-Fieber sowie Yersiniose, Streptokokken und Toxoplasma gondi nachgewiesen worden. Es liege ein eindeutiges spezifisches medizinisches Bild vor, das auf eine berufliche Einwirkung bzw. Gefährdung am Arbeitsplatz zurückzuführen sei. Ob nur einer dieser Erreger oder alle für die Erkrankung der Klägerin verantwortlich seien, sei für die Anerkennung der BK 3102 unwichtig.

6
Nach Vorlage weiterer Atteste hat der Arbeitsmediziner D im Auftrag des SG gemäß § 106 Sozialgerichtsgesetz (SGG) nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 07.01.2019 ein Gutachten erstellt, in dem er zur Beurteilung gelangt ist, dass sich im Rahmen der Begutachtung im Vergleich zu den Vorbefunden von 2012 und 2014, die vom Mikrobiologischen Institut des Universitätsklinikums E erhoben worden seien, keine signifikante Titerveränderung ergeben habe. Der vorliegende serologische Befund könne auf eine zurückliegende – stattgehabte – Infektion mit Coxiella burnetii hinweisen. Eine chronische Infektion mit Coxiella burnetii als Erreger des Q-Fiebers und in den Unterlagen als Ursache für die Beschwerdesymptomatik benannt, habe jedoch nicht gesichert werden können. So fehle der Nachweis für eine chronische oder länger anhaltende Infektion im Sinne eines serologischen Nachweises von sog. Phase

I-Antigenen. Die Genese der Beschwerdesymptomatik sei bis heute nicht abschließend geklärt. Es liege ein polysymptomatisches Beschwerdebild vor. Eine mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verursachte Erkrankung im Sinne der BK 3102 im Rahmen der beruflichen Tätigkeit der Klägerin könne nicht bewiesen werden.

7
Auf Antrag der Klägerin vom 14.02.2019 hat anschließend K nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 03.09.2019 ein Gutachten nach § 109 SGG erstellt, in dem er zur Beurteilung gelangt ist, dass eine chronische Q-Fieber-Infektion bei der Klägerin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht vorliege, da es ansonsten zu einem Titeranstieg im Vergleich zu den zuvor berichteten Werten hätte kommen müssen. Darüber hinaus sei das gesamte Krankheitsbild so vielschichtig aufgebaut und durch zahlreiche Begleitumstände kompliziert, dass es heute nicht im Vollbeweis gesichert sei, dass die seinerzeit aufgetretenen Gelenkbeschwerden und Fieberschübe, die auch noch 2017 und 2018 berichtet worden seien, auf diese Infektion zurückgeführt werden könnten. Im Ergebnis sei nicht im Sinne des Vollbeweises zu erkennen, dass bei der Klägerin eine BK 3102 vorliege.

8
Mit Schreiben vom 20.11.2019 hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin die Rechnung der Internistin D vom 31.10.2019 (Diagnose u.a. „Q-Fieber“) und mit Schreiben vom 06.12.2019 die Arztbriefe des Klinikums N vom 04.10.2019 und vom 16.04.2019 (Vordiagnosen jeweils u.a.: Q-Fieber) übersandt.

9
Erstinstanzlich hat die Klägerin beantragt,

„den Bescheid der Beklagten vom 24.08.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.02.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, für die Klägerin eine BK nach der BK Ziffer 3102 (von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten) der Anlage 1 zu der BKV anzuerkennen.“

10
Mit Urteil vom 10.12.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin falle unstreitig unter die Berufsgruppe, für welche ein berufsgruppenspezifisches Infektionsrisiko für Zoonosen bestehe. Nach den Ausführungen des D und des K habe sich laborchemisch durch die serologischen Befunde der Nachweis einer stattgehabten Infektion, insbesondere mit Coxiella burnetii, gezeigt. Letztlich sei unstreitig, dass eine solche Infektion (ebenso wie eine Toxoplasmoseinfektion, eine Yersinien-Infektion und eine Zystizerkoseinfektion) stattgefunden habe. Bei der Klägerin seien Fieberschübe, wechselnde Gelenkschmerzen, peritonitische Bauchschmerzen, verschwommenes Sehen, Bluthochdruck, Cholezystolithiasis, Steatosis hepatitis, Hypothyreose, ein Zustand nach komplikationsreicher Sigmaresektion bei Divertikulitis 2007, Asthenie und Konzentrationsstörungen dokumentiert. Aus den vorliegenden Unterlagen werde auch deutlich, dass die Kontrolle des Q-Fieber-Keims bei der Klägerin in der Laborchemie sehr häufig durchgeführt worden sei. Die Titer seien allerdings konsequent rückläufig gewesen. Bei der Untersuchung durch D habe sich im Vergleich zu vorherigen Testergebnissen keine signifikante Titerveränderung ergeben. Der erhobene Befund könne nach seinen Angaben auf eine stattgehabte Infektion mit Q-Fieber hindeuten, eine chronische Infektion mit Coxiella burnetii als Erreger des Q-Fiebers sei jedoch nicht zu sichern, da in den serologischen Befunden keine Phase 1 Ag-Titer nachweisbar gewesen seien. Bei der Untersuchung durch K habe ein Wert von Phase 2 IgG Antikörpern 1:32 gemessen werden können, der deutlich niedriger gewesen sei als die zuletzt berichteten Werte. Aus der Phase 1 seien keine Werte dokumentierbar, da sie unterhalb der Nachweisgrenze gelegen hätten. Eine chronische Q-Fieber-Infektion liege mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bei der Klägerin nicht vor, da es ansonsten zu einem Titeranstieg im Vergleich zu den vorher berichteten Werten gekommen wäre. Zudem sei das gesamte Krankheitsbild bei der Klägerin so vielschichtig aufgebaut und durch zahlreiche Begleitumstände kompliziert, dass nicht im Vollbeweis gesichert sei, dass die seinerzeit aufgetretenen Gelenkbeschwerden und Fieberschübe, die auch noch 2017 und 2018 berichtet worden seien, auf diese Infektion zurückgeführt werden könnten, zumal die Klägerin in der Zeit von 2005 bis 2006 dreimal in Indien gewesen sei, einen indischen Lebensgefährten gehabt habe und die Beschwerden, welche die Klägern selbst auf eine Q-Fieber-Infektion zurückführe, 2006 aufgetreten seien. Es könne daher grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, dass die Klägerin die Infektion über ihre Indienaufenthalte oder eventuell über den jetzigen indischen Lebensgefährten erworben habe. Nach den schlüssigen gutachterlichen Ausführungen, denen sich das SG anschließe, bestehe aufgrund der Vielzahl der von der

Klägerin angegebenen Symptome die Problematik der eindeutigen Abgrenzung von anderen Infektionen; die Gelenkbeschwerden seien nach den Angaben von K degenerativer Natur. Im Ergebnis sei die Ursache der Beschwerden unklar. Es liege keine im Vollbeweis gesicherte Erkrankung im Sinne der BK 3102 vor.

11
Die vom Prozessbevollmächtigten der Klägerin in der mündlichen Verhandlung erstmals angesprochene Anwendung des § 9 Abs. 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) könne vorliegend nicht zum Tragen kommen, da Voraussetzung hierfür u. a. ein nachgewiesenes Expositionsverhältnis und ein gesichertes Krankheitsbild sei. Ein gesichertes Krankheitsbild sei vorliegend nicht gegeben, da eine gesicherte Diagnose nicht bestehe. Zudem regele § 9 Abs. 3 SGB VII seinem Wortlaut nach nur Fälle, in denen Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der versicherten Tätigkeit nicht hätten festgestellt werden können, so dass eine Anwendung in Fällen konkurrierender Ursachen nicht möglich sei (vgl. BSG, Urteil vom 30.01.2007 – B 2 U 15/05 R). Konkurrierende Ursachen (Indienaufenthalte) hätten bei der Klägerin jedoch nicht ausgeschlossen werden können.

12
Gegen das dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 12.02.2020 zugestellte Urteil hat dieser Berufung eingelegt (beim SG am 12.03.2020 und beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) am 23.03.2020 eingegangen) und zur Berufungsbegründung unter Vorlage des Arztberichts des Universitätsklinikums E vom 21.01.2020 insbesondere vorgetragen (Schreiben vom 04.08.2020), dass die Klägerin eindeutig nachgewiesen habe, dass sie sich mit Q-Fieber infiziert habe. Es werde beispielsweise auf die von D gestellte Diagnose des Q-Fiebers verwiesen. Auch werde auf den Befundbericht des Klinikums N vom 04.10.2019 verwiesen, wonach eine Q-Fieberinfektion bei der Klägerin vorliege. K komme auf Seite 41 seines Gutachtens ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine entsprechende Infektion stattgefunden habe und sich damals auch habe nachweisen lassen (Bl. 33 des Gutachtens). Ebenso habe der Rheumatologe ein Q-Fieber bei der Klägerin diagnostiziert. Dies sei der Krankenhauseinweisung mit entsprechenden Diagnosen zu entnehmen. Darüber hinaus liege eine entsprechende Q-Fieberinfektion auch nahe, denn die Klägerin habe sich – wie bereits geschildert – täglich im Stall aufhalten müssen, wo eine entsprechende Infektion auch habe stattfinden können und wahrscheinlich stattgefunden habe. Deshalb scheide auch eine andere Ansteckungsmöglichkeit aus. Ein chronisches Q-Fieber im Sinne der BK 3102 müsse nach § 9 Abs. 3 SGB VII gerade nicht vorliegen. Die Erkrankung sei im Vollbeweis gesichert. Es seien auch keine konkurrierenden Ursachen maßgeblich. Nach § 9 Abs. 3 SGB VII müsse kein gesichertes Krankheitsbild vorliegen, sondern lediglich ein Ursachenzusammenhang, weil die Symptome beim Q-Fieber sehr unspezifisch seien. Die Klägerin sei aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit in erhöhtem Maße der Gefahr der Erkrankung an Zoonosen ausgesetzt gewesen (vgl. BSG, Urteil vom 30.03.2023 – B 2 U 2/21 R). Dieses erhöhte Risiko habe sich auch realisiert, was durch die Atteste und Unterlagen nachgewiesen sei. Somit werde vermutet, dass dies in Folge der versicherten Tätigkeit verursacht worden sei. Der Gesetzgeber wolle durch diese Kausalitätsvermutung vermeiden, dass es dem Versicherten wegen der Komplexität und wegen Forschungsdefiziten nicht gelinge, die Ursächlichkeit zu beweisen.

13
Zur Berufungserwiderung hat die Beklagte insbesondere vorgetragen (Schreiben vom 08.09.2020 und vom 22.06.2020), dass sich aus den von der Klägerin mit Schreiben vom 04.08.2020 übersandten Unterlagen keine neuen entscheidungserheblichen Erkenntnisse ergäben. Eine im Vollbeweis gesicherte Erkrankung im Sinne der BK 3102, die unter anderem zwingende Voraussetzung für das Vorliegen dieser BK sei, liege nicht vor. Es werde auf die überzeugende und schlüssige Begründung des Sachverständigen D im Gutachten vom 17.01.2020 (dort Seiten 38, 39) und des Sachverständigen K im Gutachten vom 03.09.2019 (dort Seite 38, 39) verwiesen. § 9 Abs. 3 SGB VII finde keine Anwendung, da einerseits ein gesichertes Krankheitsbild nicht vorliege und andererseits konkurrierende Ursachen (z. B. Indienaufenthalte 2005 und 2006) nicht ausgeschlossen werden könnten.

14
Auf Nachfrage des Senats (Schreiben vom 24.02.2021) hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin den Aufgabenverteilungsplan des Veterinäramtes und die Meldungsliste „Anzeigen“ übermittelt (Schreiben vom 10.03.2021) und vorgetragen, dass die Klägerin in den Jahren 2004, 2005 und 2006 Urlaub in Indien gemacht habe, 2004 drei Wochen in Bangalore, Mysore und in einigen Städten im Süden, 2006 vier Wochen in Rajastan und am Strand in Goa. Während dieser Zeit habe die Klägerin keinerlei Kontakt zu Tieren gehabt.

15
Anschließend hat der Internist, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und Arbeitsmedizin, Allergologe und Umweltmediziner S nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 22.01.2022 ein Gutachten gemäß § 106 SGG einschließlich ergänzender Stellungnahme vom 17.02.2023 erstellt und ist darin abschließend zur Beurteilung gelangt, dass aufgrund der grenzwertigen Befunde bezüglich eines Q-Fiebers davon ausgegangen werden könne, dass bei der Klägerin im Laufe des Lebens eine Infektion mit Coxiella burnetii stattgefunden habe. Bei der Klägerin sei jedoch ein Q-Fieber mit typischer klinischer Symptomatik im Zusammenhang mit einer Infektion mit Coxiella burnetii nicht im Vollbeweis nachweisbar. Die bei der Klägerin vorliegenden Symptome seien nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf eine Infektion mit Coxiella burnetii zurückzuführen. Auch das Krankheitsbild einer Yersiniose sei nicht im Vollbeweis nachweisbar. Denn der klinische Verlauf, die Dauer der Erkrankung sowie der CT-Befund entsprächen nicht dem Krankheitsbild einer Yersiniose. Bezüglich einer Toxoplasmose oder Zystizerkoseinfektion ergebe sich ebenfalls jeweils keine typische klinische Symptomatik im Vollbeweis im Zusammenhang mit einer Infektion.

16
Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 10.12.2019 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 24.08.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.02.2018 zu verurteilen, eine Berufskrankheit Nr. 3102 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung anzuerkennen.

17
Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

18
Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe

19
Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 144, 151 Abs. 1 SGG). Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Im Ergebnis zu Recht hat das SG die Klage auf Anerkennung einer BK 3102 abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten, § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG.

20
Gegenstand des Verfahrens (§ 95 SGG) ist der Bescheid der Beklagten vom 24.08.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.02.2018, mit dem es die Beklagte abgelehnt hat, bei der Klägerin eine BK 3102 (von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten) der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen.

21
Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zulässig (st. Rspr. des BSG, vgl. z. B. Urteile vom 15.05.2012 – B 2 U 8/11 R = BSGE 111, 37 und juris Rn. 13 m.w.N. und vom 31.03.2022 – B 2 U 13/20 R, juris Rn. 11). Die Klägerin hat weder einen Anspruch auf Anerkennung der BK 3102 nach § 9 Abs. 1 SGB VII i.V.m. BK Nr. 3102 (1.) noch nach § 9 Abs. 3 SGB VII (2.).

22
1. Für die Anerkennung der streitgegenständlichen BK 3102 kann sich die Klägerin nicht auf § 9 Abs. 1 SGB VII i.V.m. BK 3102 berufen. Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII sind BKen nur diejenigen Krankheiten, die durch die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats als solche bezeichnet sind (sog. Listen-BK) und die der Versicherte in Folge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleidet. Nach st. Rspr. des BSG ist für die Feststellung einer Listen-BK (Versicherungsfall) erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und diese Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dabei muss 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 indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (st. Rspr. des BSG, beispielhaft Urteile vom 18.01.2011 – B 2 U 5/10 R = SozR 4-2700 § 200 Nr. 3 Rn. 20; vom 27.06.2017 – B 2 U 17/15 R, juris Rn. 13 m.w.N.). Der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit ist erfüllt, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK, wohl aber für eine Leistung (Leistungsfall) (BSG, st. Rspr., beispielhaft Urteile vom 30.03.2023 – B 2 U 2/21 R, juris Rn. 12 m.w.N. und vom 15.05.2012 – B 2 U 31/11 R, juris Rn. 34 m.w.N.).

23
Der Verordnungsgeber hat die BK 3102 unter der Abschnittsüberschrift „durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten“ wie folgt bezeichnet: „Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten“.

24
Zwar war die Klägerin in ihren Tätigkeiten als Amtstierärztin in A ab 2001 und in R ab September 2001 bis zu ihrem Ausscheiden Ende 2014 berufsbedingt einem deutlich erhöhten Infektionsrisiko durch die hier nachgewiesenen Erreger ausgesetzt. In diesem Zusammenhang folgt der Senat den überzeugenden Ausführungen des BSG in seiner Entscheidung vom 30.03.2023 (a.a.O., juris Rn. 24ff., zur Lyme-Borreliose), wonach die für die BK 3101 geltenden Grundsätze auch bei der BK 3102 anwendbar sind, d.h., es genügt die abstrakte Gefahr der Einwirkung. Hingegen hatte das BSG in seiner Entscheidung vom 27.06.2017, a.a.O., juris Orientierungssatz 1 und Rn. 14 noch ausgeführt, dass das bloße Abstellen auf die abstrakte Gefahr des Arbeitens im Wald in einem Gebiet mit regional erhöhtem Zeckenbefall den Anforderungen einer im Vollbeweis festzustellenden Einwirkung kaum mehr genügen dürfte.

25
Die Voraussetzungen des Tatbestandes der BK 3102 i.V.m. § 9 Abs. 1 SGB VII sind jedoch nicht erfüllt, weil die Klägerin nicht an einer solchen Krankheit leidet. Bei der BK 3102 handelt es sich um eine sog. „offene BK-Bezeichnung“ (vgl. Spellbrink, BPUVZ 2012, 360, 362; ders. SozSich 2013, 4131f; Bieresborn, NZS 2008, 354, 359), bei der die erforderliche Erkrankung nicht präzise umschrieben wird, sondern nur eine Krankheitsgruppe, nämlich „von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten“, genannt wird. Anerkennungsfähig sind mithin hier alle Krankheiten dieser Gruppe, die durch die betreffende Einwirkung potentiell verursacht werden können. Um ein bestimmtes Krankheitsbild aus dem Schutzbereich dieser BK ausschließen zu können, muss demgegenüber feststehen, dass entweder diese Krankheit nach dem Willen des Verordnungsgebers nicht vom Schutzbereich der Norm umfasst sein sollte oder durch die jeweilige Einwirkung nicht verursacht werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2015 – B 2 U 11/14 R = BSGE 120, 230).

26
Der Senat folgt den überzeugenden Ausführungen des BSG in seiner Entscheidung vom 30.03.2023 (a.a.O., juris Rn. 10 zur Lyme-Borreliose, insoweit in Fortführung der Entscheidung des BSG vom 27.06.2017 (a.a.O., Orientierungssatz 2 und Rn. 16, zitiert nach juris)) auch insoweit, als dann, wenn – wie vorliegend – die Rechtsbegriffe „durch Infektionserreger verursachte Krankheiten“ und „von Tieren auf Menschen auf Menschen übertragbare Krankheiten“ durch einen fachmedizinischen Diagnosebegriff (hier „Q-Fieber“ bzw. „Chronisches Q-Fieber“) ausgefüllt werden, diesem Diagnosebegriff der Bedeutungs- bzw. Sinngehalt zukommt, den ihm der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand beimisst: Es müssen die Diagnosekriterien vorliegen, die krankheitsbeweisend sind, also nach den aktuellen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft erfüllt sein müssen, um die Diagnose zu sichern. Das Recht knüpft damit an den medizinischen Diagnosebegriff und die dazu entwickelten Kriterien an, die die überwiegende Mehrheit der Fachmediziner, die auf dem jeweils in Betracht kommenden Gebiet über spezielle Erfahrungen und Kenntnisse verfügen, wissenschaftlich fundiert vertreten (BSG, Urteil vom 27.06.2017, a.a.O., juris Rn. 16 m.w.N.).

27
a. Diese rechtlichen Maßgaben zugrunde gelegt ist allein die Infektion mit Erregern des Q-Fiebers noch kein Nachweis einer „von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheit“ im Sinne der BK 3102. Zur

Überzeugung des Senats steht fest, dass die Klägerin nicht an einem akuten Q-Fieber als einer Erkrankung, die einem bestimmten Zeitraum zuzuordnen wäre, gelitten hat und sie auch nicht an einem chronischen Q-Fieber leidet. Denn die medizinisch-diagnostischen Kriterien hierfür sind nicht erfüllt.

28
Die Diagnose eines Q-Fiebers erfordert sowohl den (indirekten) Erregernachweis mittels Laboruntersuchung (Serodiagnostik, Antikörpernachweis) als auch den Nachweis einer typischen klinischen Symptomatik. Die Feststellung eines Q-Fiebers bzw. eines chronischen Q-Fiebers als BK 3102 setzt somit voraus, dass die Infektion mit den Erregern Coxiella burnetii und die typischen klinischen Symptome dieser Erkrankung im Vollbeweis belegt sind und diese Leitsymptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf der Infektion mit Coxiella burnetii beruhen.

29
Die Gesetz- und Verordnungsgeber haben den im Recht der BKen vorausgesetzten Krankheitsbegriff nicht näher festgelegt und von einer Definition abgesehen, weil der wissenschaftliche Erkenntnisfortschritt ständige Änderungen dessen bewirkt, was als „Krankheit“ anerkannt werden kann (vgl. BSG, Urteile vom 27.06.2017, a.a.O., juris Rn. 21 und vom 30.09.2015 – B 3 KR 14/14 R = SozR 4-2500 § 33 Nr. 48 Rn. 29; Hauck, NJW 2016, 2695, 2700). In der Sozialversicherung – so auch im BK-Recht – umschreiben Rechtsprechung und Literatur (BSG, Urteil vom 27.06.2017, a.a.O., juris Rn. 21 m.w.N.) Krankheit als regelwidrigen Körper- und Geisteszustand. „Regelwidrig“ ist jeder Zustand, der von der Norm abweicht (normativer Krankheitsbegriff), die ihrerseits durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägt ist (BSG, Urteil vom 27.06.2017, a.a.O., juris Rn. 22; BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 28 Rn. 9 und SozR 4-2500 § 33 Nr. 48 Rn. 29). „Gesundheit“ wiederum ist derjenige Zustand, der dem Einzelnen die Ausübung der (aller) körperlichen Funktionen ermöglicht (BSG, Urteil vom 27.06.2017, a.a.O., juris Rn. 22). Folglich kommt nicht jeder körperlichen Regelwidrigkeit Krankheitswert im Rechtssinne zu (BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 28 Rn. 10). Erforderlich ist vielmehr, dass der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird (funktioneller Krankheitsbegriff). Ausgehend von diesem normativ-funktionellen Krankheitsbegriff reicht die bloße Aufnahme schädigender Substanzen (z. B. Infektionserreger, Asbest etc.) in den Körper allein im Regelfall nicht aus. Vielmehr ist es grundsätzlich notwendig, dass diese Einwirkung über zunächst rein innerkörperliche Reaktionen (im Sinne normabweichender physiologischer oder biologischer Prozesse) oder Strukturveränderungen hinaus zu (irgend) einer Funktionsstörung führt (BSG, Urteil vom 27.06.2017 a.a.O., Leitsatz; vgl. auch BSG, Urteil vom 11.01.1989 – 8 RK NU 1/88 = SozR 2200 § 551 Nr. 34). Diese Auffassung wird durch die Gesetzessystematik des BK-Rechts bestätigt (dazu ausführlich Mehrtens/Brandenburg, BKV, § 9 Anm. 6.3). Denn das Gesetz unterscheidet zwischen einer bereits eingetretenen BK, einer individuell drohenden – also noch nicht eingetretenen – BK sowie der generellen Gefahr am Arbeitsplatz.

30
Zum Krankheitsbild einer Q-Fieber-Erkrankung zählen nach der lfd. Nr. 24 des Anhangs zum Merkblatt der BK 3102 (Bekanntmachung des BMGS vom 01.09.2003, BArbBl. 10/2003, 26) „Hohes Fieber“, „Retrobulbärer Kopfschmerz“, „Gewichtsverlust“, „Atypische Pneumonie“, „Endokarditis“, „Kognitation: Granulomatöse Hepatitis“.

31
Die Merkblätter sind zur Ermittlung des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und als Interpretationshilfe heranzuziehen (BSG, Urteile vom 23.04.2015 – B 2 U 20/14 R = BSGE 118/267 = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 8 Rn. 15, vom 12.04.2005 – B 2 U 6/04 R = SozR 4-2700 § 9 Nr. 5 Rn. 8; vom 02.05.2001 – B 2 U 16/00 R = SozR 3-2200 § 551 Nr. 16 S. 85; vom 18.08.2004 – B 8 KN – 1/03 R = BSGE 93, 149 = SozR 4-5670 Anl. 1 Nr. 2402 Nr. 1 Rn. 17 m.w.N. und vom 27.06.2017, a.a.O., juris Rn. 19), auch wenn sie weder verbindliche Konkretisierungen der Tatbestandsvoraussetzungen der BK noch antizipierte Sachverständigengutachten oder eine Dokumentation des Standes der einschlägigen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft sind (BSG, Beschluss vom 11.08.1998 – B 2 U 261/97 B = HVBG-INFO 1999, 1373).

32
Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme und unter Würdigung des gesamten Akteninhalts ist wegen der bei der Klägerin nachweisbaren erhöhten Titer ein Kontakt ihres Immunsystems mit Coxiella burnetii zu einem unbekannten Zeitpunkt und damit eine Infektion mit Coxiella burnetii zu bejahen. Zur Überzeugung

des Senats steht nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter Würdigung des gesamten Akteninhalts einschließlich der ärztlichen Unterlagen jedoch auch fest, dass eine im Vollbeweis gesicherte Erkrankung im Sinne der BK 3102 nicht vorliegt. Denn eine typische klinische Symptomatik eines Q-Fiebers ist vorliegend nicht im Vollbeweis nachweisbar. Zudem spricht auch die Blutserologie gegen die Diagnose eines Q-Fiebers.

33
Sämtliche im Klage- und Berufungsverfahren gehörten ärztlichen Sachverständige verneinen zu Recht das Vorliegen einer im Vollbeweis gesicherten Erkrankung im Sinne der BK 3102.

34
Der vom SG gemäß § 106 SGG gehörte Arbeitsmediziner D geht in seinem Gutachten 07.01.2019 zutreffend davon aus, dass die Genese der Beschwerdesymptomatik der Klägerin bis heute nicht abschließend geklärt ist. Es liegt ein polysymptomatisches Beschwerdebild vor. Eine mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verursachte Infektionskrankheit im Rahmen der beruflichen Tätigkeit der Klägerin kann nicht bewiesen werden. Im Ergebnis liegt keine im Vollbeweis gesicherte Erkrankung im Sinne der BK 3102 vor.

35
Auch der vom SG gemäß § 109 SGG gehörte Arbeitsmediziner K gelangt in seinem Gutachten vom 03.09.2019 zu dem Ergebnis, dass eine Erkrankung nicht im Vollbeweis habe gesichert werden können (Seite 42), hält dies aber für die Voraussetzung der „hinreichenden Wahrscheinlichkeit“ nicht für erforderlich und verkennt insoweit die unfallversicherungsrechtlichen Grundsätze. Weiter führt er aus, dass die Frage, ob die Coxiella burnettii-Infektion durch beruflichen Kontakt erworben worden sei, nicht eindeutig beantwortet werden könne. Nach Aktenlage sei nicht ersichtlich, dass entsprechende Infektionen in den Bereichen aufgetreten seien bzw. behandelt worden seien, in denen die Klägerin eingesetzt gewesen sei. Letztlich sei die Vielzahl der Symptome, die von der Klägerin angegeben worden seien, von anderen Infektionen nicht eindeutig abzutrennen.

36
In Übereinstimmung mit der Beurteilung des D ist der im Berufungsverfahren gemäß § 106 SGG gehörte ärztliche Sachverständige S zutreffend zu dem Ergebnis gelangt, dass die Diagnosekriterien für das Q-Fieber anhand des Merkblatts zur BK 3102 sowie anhand einschlägiger Fachliteratur (Standardwerk Tropenmedizin, Infektionskrankheiten, von Christian G. Meyer, 4. Aufl. 2021, Tropenmedizin in Klinik und Praxis, Merkblatt zur Q-Fieberinfektion beim Menschen, herausgegeben vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA aktuell 8) und wissenschaftlicher Studien (wissenschaftliche Studie über den klinischen Verlauf einer Q-Fieber-Epidemie am Niederrhein, 1958, Kukes Renate Maria, Promotionsarbeit; wissenschaftliche Arbeit von Roswitha Irmgard Jakob 1997 „Statische Untersuchungen zur Seroprävalenz des Q-Fiebers) vorliegend nicht erfüllt sind.

37
Zu Recht weist S darauf hin, dass die in den medizinischen Befundberichten und Laborbefunden dokumentierten Symptome nicht die Diagnose eines Q-Fiebers hinsichtlich eines bestimmten Zeitraums belegen.

38
Der älteste vorliegende Laborbefund hinsichtlich eines Q-Fiebers stammt von Juli 2007. Damals ist die Q-Fieber-Komplementbindungsreaktion mit 1:10 grenzwertig positiv gewesen. Subjektiv stellte sich die Klägerin damals am 05.07.2007 zur Abklärung von seit mehreren Monaten bestehender subfebriler Temperaturen und Nachtschweißentwicklung vor. Sie berichtete von Antriebslosigkeit und Abgeschlagenheit und von seit einem Jahr bestehenden Sehstörungen und Kopfschmerzen (Befundbericht der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums E vom 20.07.2007). Anfang Juni 2007 war die Klägerin aufgrund massiver rektaler Blutungen auf dem Boden einer Sigmadivertikulitis im Kreiskrankenhaus R in stationärer Behandlung. Die Therapie war konservativ. In diesem Bericht wurde auch auf eine frühere Sigmadivertikulitis – zuletzt 2003 – verwiesen und auf viermalige Sigmadivertikulitiden innerhalb von zehn Jahren mit stationärer Behandlung in R. Während des Aufenthalts vom 05.07.2007 bis 20.07.2007 in der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums E war es ab 08.07.2007 plötzlich zu stärksten Schmerzen im linken Unterbauch mit dem dringenden Verdacht auf eine erneute Sigmadivertikulitis gekommen. Dieser Verdacht war durch eine CT-Untersuchung bestätigt worden. Die Entzündungsparameter, das C-reaktive

Protein, war von unter 2 mg/l am 06.07.2007 auf maximal 34 mg/dl angestiegen, was einem Wert von 340 mg/l entspricht. Zu diesem Zeitpunkt wurde auch die Q-Fieber-Komplementbindungsreaktion gemessen, die mit 1:10 grenzwertig war. Dieses akute Ereignis im Juli 2007 war in der Zusammenschau von Blutuntersuchungen, CT-Befund und klinischem Befund sowie Verlauf durch eine Sigmadivertikulitis, einer Entzündung im Sigmadarm, erklärt worden. Es handelt sich bei den klinischen Symptomen im Juli nicht um krankheitsbeweisende Diagnosekriterien für die Diagnose eines Q-Fiebers. Auch während späterer Aufenthalte, wie z. B. im März 2016, gelang nicht der Vollbeweis eines Q-Fiebers anhand typischer Symptome. Zu diesem Zeitpunkt wurde von Fieber unklarer Genese berichtet, aber nicht von begleitenden Symptomen im Rahmen des Fiebers. Es wurde darüber hinaus über rezidivierende Arthralgien in den Gelenkbögen seit einem Dreivierteljahr berichtet.

39
Gegen die Diagnose eines Q-Fiebers sprechen auch die dokumentierten Titerverläufe. Aus den im Gutachten des S vom 22.01.2022 zusammengestellten Laborbefunden bezüglich der Q-Fieber-Serologie ergibt sich nach seiner zutreffenden Beurteilung, dass der erste Befund von Juni 2007 im Grenzbereich gelegen hat mit einer Komplementbindungsreaktion von 1:10. Auch die weiteren Befunde haben jeweils im Grenzbereich gelegen oder waren unauffällig. Hingegen ergibt die wissenschaftliche Aufarbeitung, z. B. des klinischen Verlaufs einer Q-Fieberepidemie 1958, dass dort stark erhöhte Titer bei den Erkrankten nachgewiesen worden sind. In dieser wissenschaftlichen Studie wurde eine Epidemie von Q-Fieber aus den Kreisen Kempen-Krefeld, Moers und Klever beschrieben. Fast alle Erkrankten waren beruflich in der Landwirtschaft tätig und hatten als Käufer und Verkäufer die K. Viehversteigerung am 23./24.04.1958 besucht. Nachdem hier der Infektionszeitpunkt festgestanden hat (K. Viehversteigerung am 23./24.04.1958), hat die Inkubationszeit zwischen Exposition und Ausbruch der klinischen Erscheinungen genau berechnet werden können. Diese Inkubationszeit hat in diesem Fall zwischen 8 Tagen und 30 Tagen gelegen, mit einer Häufung um den 17. Tag. Zum klinischen Befund sind 28 Schwersterkrankte als stationäre Fälle angegeben worden sowie 14 mittelschwer Erkrankte stationär, des Weiteren 31 mittelschwer Erkrankte ambulant und 7 leicht Erkrankte ambulant. Bei den stationären Fällen hat das Krankheitsbild nach Prodromalstadium von 1 bis 2 Tagen mit Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Glieder- und Muskelschmerzen sowie Rücken- und Kopfschmerzen begonnen. Unter Frösteln, in einem Viertel der Fälle unter Schüttelfrost, ist das Fieber innerhalb von 1 bis 2 Tagen auf 39 bis 40 Grad angestiegen und etwa 5 bis 7 Tage auf dieser Höhe geblieben. Zu den Beschwerden der Kopfschmerzen wird angegeben, dass diese mit dem Gefühl verbunden waren, als müsse der „Kopf zerspringen“. Regelmäßig hatten die Patienten über Schlaflosigkeit und starkes Schwitzen geklagt, anfangs auch über Beschwerden von Seiten des Verdauungstraktes in Form von Magendruck, Übelkeit und tagelang anhaltender Verstopfung, seltener Erbrechen und Durchfall. Von den 80 erfassten Patienten hatten 48 eine Lungenbeteiligung aufgewiesen. Zum damaligen Zeitpunkt, 1958, sei die Infektion mit Hilfe der Komplementbindungsreaktion nachgewiesen worden. Als spezifisch und beweisend hat ein Titer von 1:20 gegolten. Es wurde beschrieben, dass im Allgemeinen die Titerhöhe parallel zur Schwere des Krankheitsbildes war.

40
Im vorliegenden Fall haben bei der Klägerin stark erhöhte Titer jedoch gerade nicht vorgelegen.

41
Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei der Klägerin ein Q-Fieber mit typischer klinischer Symptomatik und eine Q-Fieber-Serologie nicht im Vollbeweis, d. h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachweisbar sind.

42
b. Der Senat folgt der Beurteilung des S auch insoweit, als dieser ausführt, dass die klinischen Symptome einer Yersiniose bei der Klägerin nicht im Vollbeweis nachweisbar sind. Beim Aufenthalt in der Zentralklinik Bad B 2017 ist auf die Yersinienserologie hingewiesen worden, die den Anhalt auf eine abgelaufene Beteiligung geboten hat, so dass sich die Frage stellt, wann das klinische Bild einer Yersinieninfektion vorgelegen hat. Im Laborbefund vom 23.06.2015 wird zur Yersinienserologie ausgeführt, dass im Westernblot nur IgG-Antikörper als Befund nach zurückliegender Yersinieninfektion nachgewiesen worden sind. Da IgA-Antikörper gefehlt haben, liegt serologisch kein Hinweis auf eine yersinienassoziierte reaktive Arthritis oder andere Folgeerkrankungen vor. Eine Yersinieninfektion müsste also vor 2015 erfolgt sein. Das Krankheitsbild der Erkrankung durch Yersinien ähnelt Symptomen einer Enterokolitis. Typisch sind

Durchfall, Bauchschmerzen und Fieber. Diese Symptome können ein bis drei Wochen anhalten. Lymphknotenentzündung, Schwellung der Lymphknoten und die Entzündung des Dünndarms am Übergang zum Dickdarm können Fieber und Schmerzen verursachen. Zu den Zeichen gehört auch die akute Lymphknotenentzündung am Darmband. Ein Krankenhausaufenthalt, der zunächst an eine akute Yersinieninfektion hat denken lassen, hat im Juli 2007 in der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums E stattgefunden (Arztbericht vom 20.07.2007). Darin ist angegeben worden, dass seit mehreren Monaten subfebrile Temperaturen sowie eine Nachtschweißentwicklung bestanden hätten. Die Klägerin habe über Antriebslosigkeit und Abgeschlagenheit berichtet. Eine Yersinienserologie findet sich im Bericht nicht, aber eine CT-Untersuchung des Bauches. Hier ist in erster Linie ein entzündlich wandverdickter und verengter Sigmadarm beschrieben worden, vereinbar mit einer Divertikulitis. Unter antibiotischer Behandlung ist es innerhalb von sieben Tagen zu einer deutlich rückläufigen Sigmawandverdickung gekommen. Der Befund ist im Verlauf gut mit einer Sigmadivertikulitis vereinbar. In der Anamnese ist auf die Sigmadivertikulitiden 2003 und 2007 hingewiesen worden und letztlich eine elektive Operation der Sigmadivertikulitis in der Chirurgie für August 2007 vereinbart worden. Im Folgebericht vom 01.07.2008 (enthalten in den ärztlichen Unterlagen der Klägerin) sind die Sigmaresektion 2007 bei Divertikeln sowie die Reoperation wegen Nahtinsuffizienz und Abszess beschrieben worden.

43
Zu Recht geht S davon aus, dass die klinischen Untersuchungsbefunde das typische Bild einer rezidivierenden Sigmadivertikulitis zeigen, was auch mit den CT-Befunden übereinstimmt. Die Operation war postoperativ komplikationsreich mit Nahtinsuffizienz, so dass eine erneute Operation durchgeführt und schließlich auch ein Abszess im Bauch operiert werden musste. Der klinische Verlauf, die Dauer der Erkrankung sowie der CT-Befund entsprechen nicht dem Krankheitsbild einer Yersiniose. Auch bezüglich einer Toxoplasmose oder Zystizerkoseinfektion ist jeweils eine typische klinische Symptomatik im Zusammenhang mit einer Infektion im Vollbeweis nicht nachweisbar.

44
Zusammenfassend ist festzustellen, dass typische klinische Symptome einer Infektionskrankheit im Sinne der BK 3102 nicht im Vollbeweis nachgewiesen sind.

45
2. Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin kann sie sich für ihr Begehren auch nicht auf § 9 Abs. 3 SGB VII berufen. Diese Vorschrift hat folgenden Wortlaut:

„Erkranken Versicherte, die infolge der besonderen Bedingungen ihrer versicherten Tätigkeit in erhöhtem Maße der Gefahr der Erkrankung an einer in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 genannten Berufskrankheit ausgesetzt waren, an einer solchen Krankheit und können Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der versicherten Tätigkeit nicht festgestellt werden, wird vermutet, dass diese infolge der versicherten Tätigkeit verursacht worden ist.“

46
Die Vorschrift enthält keine Umkehr der Beweislast und auch keine Ursachenfiktion. Es handelt sich vielmehr um einen gesetzlich normierten Anscheinsbeweis (vgl. Bay. LSG, Urteil vom 11.09.2018 – L 3 U 477/15, juris Rn. 70 m.w.N.). Der Anscheinsbeweis setzt jedoch voraus, dass nachgewiesen ist, dass der Versicherte bei seiner Berufstätigkeit einer besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Ansteckungsgefahr ausgesetzt war; dabei muss eine bestimmte Infektionsquelle nicht nachgewiesen sein (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.09.2014 – L 10 U 1507/12, Leitsatz 2). Liegt eine solche erhöhte Infektionsgefahr vor, kann in der Regel auch davon ausgegangen werden, dass sich der Versicherte die bei ihm aufgetretene Krankheit durch seine besondere berufliche Exposition zuzog. Dies ist nur dann nicht der Fall, wenn besondere Umstände es ausschließen, dass die Infektion während oder aufgrund der versicherten Tätigkeit eintrat (z.B. weil Inkubationszeiten einen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit ausschließen) oder wenn die Erkrankung durch eine Infektion im unversicherten Lebensbereich verursacht worden ist.

47
Zwar kann die Anwendbarkeit dieser Vorschrift vorliegend nicht schon mit dem Hinweis der Beklagten verneint werden, dass aufgrund der Aufenthalte der Klägerin in Indien Anhaltspunkte dafür bestünden, dass die Erkrankung durch eine Infektion im unversicherten Lebensbereich verursacht worden sei. Denn die tatsächlichen Voraussetzungen für das Vorliegen solcher außerberuflicher Umstände, die im Vollbeweis

nachgewiesen sein müssen (BSG, Urteil vom 30.03.2023 – B 2 U 2/21 R, juris Rn. 27) und für die die Beklagte als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die objektive Beweislast trägt (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009 – B 2 U 7/08 R = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr.3101 Nr. 3 Rn. 18), sind vorliegend nicht nachgewiesen, von der Beklagten nicht einmal konkret benannt. Der bloße Hinweis der Beklagten auf Aufenthalte der Klägerin in Indien bzw. auf den indischen Lebensgefährten entspricht diesen Anforderungen in keiner Weise.

48
Die Klägerin kann sich jedoch deshalb nicht auf § 9 Abs. 3 SGB VII mit Erfolg berufen, weil diese Vorschrift die allgemeinen Grundsätze des Unfallversicherungsrechts nicht infrage stellt (vgl. Bay. LSG, Urteil vom 11.09.2018 – L 3 U 477/15, juris Rn. 70). § 9 Abs. 3 SGB VII verpflichtet zu einer Prüfung im Rahmen der Beweiswürdigung dahingehend, ob im Einzelfall schon allein aufgrund eines nachgewiesenen Expositionsverhältnisse sowie eines im Vollbeweis gesicherten Krankheitsbilds davon auszugehen ist, dass ein Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung wahrscheinlich ist (Brandenburg in Schlegel/Voelzke, 3. Aufl. 2022, Stand 19.01.2022, Rn. 156). Somit setzt diese Vorschrift u.a. voraus – worauf das SG zutreffend hinweist –, dass eine Erkrankung im Sinne der BK 3102 im Vollbeweis nachgewiesen ist. Dies ist vorliegend – wie bereits dargelegt – nicht der Fall, weil eine gesicherte Diagnose einer Erkrankung im Sinne der BK 3102 bei der Klägerin nicht nachweisbar ist.

49
Abschließend bleibt festzustellen, dass eine „Krankheit“ im Sinne der BK 3102 nicht im Vollbeweis, d. h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachweisbar ist, so dass bei der Klägerin eine BK 3102 nicht anzuerkennen ist. Der vielfach geäußerte Krankheitsverdacht, der sich rückblickend nicht bestätigt hat, kann nicht zur Anerkennung einer BK 3102 führen.

50
Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 183, 193 SGG.

51
Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht ersichtlich (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG).