

**L 1 U 6120/06**

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 U 1656/02  
Datum  
07.11.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 1 U 6120/06  
Datum  
18.06.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 7. November 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob eine Atemwegserkrankung des Klägers als Berufskrankheit anzuerkennen ist.

Der 1945 geborene Kläger war seit 1963 in der Bundesrepublik Deutschland bei verschiedenen Arbeitgebern als Maurer, Bauhelfer, Lackierer und zuletzt ab 1970 in einer Eisengießerei bis 31.12.2000 beschäftigt. Ab 23.6.2000 war der Kläger arbeitsunfähig erkrankt. Vom 15.8. bis 1.9.2000 befand er sich zur stationären Behandlung im Fachkrankenhaus St. B. unter der Diagnose einer chronischen Bronchitis und lungenfunktionell einer Restriktion. Das Ergebnis der Lungenfunktionsuntersuchung wurde mit leichtgradiger, reversibler obstruktiver Ventilationsstörung und restriktiver Ventilationsstörung beurteilt, röntgenologisch fand sich ein Zwerchfellhochstand und in allen Lungenfeldern eine vermehrte streifige, teils retikuläre, teils auch klein noduläre Zeichnungsvermehrung, lokalisiert im linken Mittelfeld eine streifige Verschattung und im Bereich des rechten Zwerchfells streifige Verdichtungen mit eierschaliger Verkalkung ohne histologischen Nachweis von Silikaten. Der Kläger wurde mit dem Hinweis auf das röntgenologische Bild einer Silikose mit der Empfehlung der Anzeige als Berufskrankheit entlassen (Entlassungsbericht von Dr. D. vom 15.9.2000).

Die Beklagte leitete ein Feststellungsverfahren ein. Sie holte Befundberichte der behandelnden Ärzte mit weiteren Arztunterlagen und das Vorerkrankungsverzeichnis der BKK Hegau-Bodensee ein. Dr. St. teilte unter dem 24.10.2000 mit, den Kläger wegen chronischer Sinubronchitis bei Nikotinkonsum mit 10 Zigaretten täglich behandelt zu haben, derzeit bestehe keine Obstruktion. Es bestehe der dringende Verdacht auf schlafbezogene Atemstörungen sowie auf einen interstitiellen (im Zwischengewebe liegend) Prozess bei noch unklarer Genese. Im Arztbrief von Dr. St. vom 14.8.2000 sind die Angaben der Tochter des Klägers, der Vater habe offiziell das Rauchen aufgegeben, und des Vaters, noch ein bis zwei Zigaretten täglich zu rauchen vermerkt. Festgehalten ist im Labor-Befund vom gleichen Tag, dass der CO-Gehalt der Atemluft für eine mutmaßliche Nikotinexposition von 15 bis 20 Zigaretten täglich spreche.

Im Bericht des Technischen Aufsichtsdienstes (TAD) vom 19.02.2001 wurde eine Belastung mit Asbest oder Quarzstaub für die Tätigkeiten bis 1970 verneint. Während der Beschäftigung in der Eisengießerei ab 1970 seien asbesthaltige Materialien bis etwa 1986 eingesetzt gewesen, eine Quarzstaubbelastung habe in unterschiedlicher Intensität bestanden. Eine Belastung durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe sei in diesem Tätigkeitszeitraum nicht oder allenfalls in Minimalkonzentrationen gegeben gewesen.

Die Beklagte veranlasste ein internistisch-pneumologisch-allergologisches Gutachten, das Dr. H. unter dem 6.12.2001 erstattete. Er diagnostizierte beim Kläger eine restriktive Ventilationsstörung in Folge eines rechts betonten beidseitigen Zwerchfellhochstands bei Adipositas mit respiratorischer Partialinsuffizienz und einer bronchialen Hyperreagibilität unter antiobstruktiver Dauertherapie in Folge eines langjährigen Nikotinabusus. Eine belastungsindizierte Atemwegsobstruktion bestehe nicht. Ebenso wenig habe sich eine bedeutsame Atemwegsallergie ergeben. Die bildgebende Diagnostik zeige bei tiefer Inspiration eine deutliche Verbesserung der basalen Zeichnungsvermehrung, sodass die basalen, überwiegend dylektatischen (ungenügend belüfteter Lungenabschnitt durch partielle Verlegung eines Bronchus) Veränderungen am ehesten einer Minderbelüftung bei Zwerchfellhochstand entsprechen und sich bei tiefer Inspiration auflösen oder verbessern. Silikosetypische Veränderungen im Sinne eines interstitiellen Prozesses oder mit verkalkten Hiluslymphomen lägen nicht vor. Die röntgenologischen Veränderungen im Bereich der beiden Lungenunterfelder seien eher vereinbar mit peribronchitischen Veränderungen bei langjährigem Nikotinabusus. Dies decke sich auch mit dem histologischen Befund. Eine Silikose im

Sinne einer Berufskrankheit bestehe nicht. Die röntgenologischen Veränderungen seien durch die Adipositas und den Zwerchfellhochstand mitbedingt, was bei mehrfachen bronchitischen Infekten die Dystelektasenbildung und postentzündliche Narbenbildung beidseits basal und pleural bedingt habe. Sämtliche Befunde seien nicht beruflich bedingt, sondern auf den Zwerchfellhochstand und den langjährigen Nikotinabusus zurückzuführen.

Mit Bescheid vom 25.2.2002 lehnte die Beklagte die Gewährung von Leistungen ab, denn ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Erkrankung und der früheren beruflichen Tätigkeit habe nicht wahrscheinlich gemacht werden können. Eine Berufskrankheit nach Nrn. 4101 (Quarzstaublungenenerkrankung- Silikose), 4301 (durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen) oder einer anderen Nummer der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) liege nicht vor wie auch die Anerkennung der Erkrankung wie eine Berufskrankheit nach [§ 9 Abs. 2](#) des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - SGB VII - nicht möglich sei.

Der Kläger hat hiergegen Widerspruch eingelegt. Vom Fachkrankenhaus St. B. wurde die ärztliche Anzeige vom 2.3.2002 vorgelegt, mit Hinweis auf eine irritativ-toxische Schädigung durch Rauchgasinhalation sowie fibrotischen Umbau des Lungenparenchyms. Beigefügt war der pathologische Befund der Ärztegemeinschaft Prof. Dr. K. und Kollegen vom 21.12.2001, wonach Silikosegranulome nicht nachweisbar gewesen seien, jedoch bei zusätzlicher Eisenstaubbelastung man an eine Schweißlunge denken könne. Beigefügt war außerdem der Arztbrief der Röntgenologin Dr. Sch. vom 29.11.2001 zum Befund einer Computertomografie, in dem ein fibrotischer Umbau insbesondere im linken Lungenunterlappen beschrieben wurde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.8.2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 4101 und 4301 der Anlage zur BKV lägen nicht vor. Die Auswertung der CT-Aufnahme ergebe, dass keine Lungengerüstveränderungen in annähernd ausreichender Art und Weise für eine Silikose vorlägen. Auch eine manifeste Atemwegsobstruktion, selbst nach Belastung, liege nicht vor. Eine Quasi-Berufskrankheit nach [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) scheide aus, da der geforderte Zusammenhang fehle.

Der Kläger hat am 29.8.2002 beim Sozialgericht Konstanz Klage erhoben. Dies hat die sachverständige Zeugenaussage von Lungenfacharzt M. vom 4.12.2002 eingeholt, der seine Arztbriefe vom 29.1., 16.3., 8.4.2002 sowie den Entlassungsbericht des Fachkrankenhauses St. B. vom 5.3.2002 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 5.12. bis 31.12.2001 (Diagnosen einer irritativ-toxischen Schädigung durch berufsbedingte Rauchgas-Inhalation mit deformierender Bronchitis und Bronchiolitis, fibrotischem Umbau des Lungenparenchyms und Ausbildung eines zentro-azinärem Emphysems sowie schwere respiratorische Globalinsuffizienz) beigefügt hat. Außerdem ist der Entlassungsbericht der Reha-Klinik St. B. vom 22.4.2003 über die stationäre Behandlung vom 24.9. bis 22.10.2002 beigezogen worden.

Das Sozialgericht hat von Amts wegen das Gutachten vom 15.8.2003 eingeholt, in dem Dr. N. eine sich seit 1992 entwickelnde Atemwegsobstruktion diagnostiziert hat. Die Lungenfunktionsuntersuchung habe keinen Hinweis auf eine Obstruktion ergeben. Der Befund der Computertomografie vom 17.5.2000 ergebe keinen Hinweis auf eine interstitielle Verdichtung bzw. Granulome oder verkalkte Pleuraplaques, vergleichbare Befunde ergäben sich ebenso aus den Computertomografie vom November 2001 und dem jetzt gefertigten CT, sodass ein Hinweis auf eine Asbestose oder eine Lungenfibrose nicht bestehe. Dieses Ergebnis werde unterstützt durch die offene Lungenbiopsie aus dem Befund von Prof. Dr. K. und Kollegen vom 31.12.2001.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat Dr. D. das Gutachten vom 18.4.2005 erstattet. Danach sei aus der Zusammenschau der konventionellen Thoraxaufnahmen von März 1994 bis einschließlich März 2004 eine Progredienz des beidseitigen Zwerchfellhochstandes sowie aber auch eine Zunahme der streifigen Verdichtungen beidseits zu erkennen, die sich nicht allein als Kompressionseffekt erklären lasse. Eine Zunahme der obstruktiven Ventilationsstörung seit 2002 sei dokumentiert. Die Genese der Erkrankung sei multifaktoriell. Das histologische Bild spreche für eine Schädigung durch Rauchgase. Ein Fortschreiten der Veränderungen sei nach Nikotinkarenz nicht plausibel. Selbstverständlich komme dem Nikotinkonsum bei zirka 40 packyears als konkurrierendem Faktor eine herausragende Bedeutung zu. Der Krankheitsverlauf spreche für die Mitverursachung durch anorganische Substanzen in Rauchgas mit toxischer Wirkung auf das Tracheobronchialsystem. Unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde überwiege beim Krankheitsbild des Klägers die berufsbedingte Schädigung, eine quantitative Angabe des Anteils sei jedoch nicht möglich. Eine Silikose liege nicht vor. Relevante Allergien seien nicht nachgewiesen. Dagegen liege die Berufskrankheit Nr. 4302 vor, da irritativ-toxische Dämpfe zur Atemwegserkrankung des Klägers - vergleichbar einer Schweißlunge - geführt hätten. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 60 v.H. seit Juni 2000.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17.10.2005 hat Dr. N. der Einschätzung von Dr. D. widersprochen. Den erhobenen Lungenfunktionswerten sei eine obstruktive Atemwegserkrankung nicht zu entnehmen. Die bestehende globale respiratorische Insuffizienz sei nicht Ausdruck einer organischen Lungenerkrankung, sondern einer zentralen Regelstörung.

Dr. D. hat hierzu darauf verwiesen, dass sich zwar keine Hinweise für eine zentrale Atemwegsobstruktion fänden, jedoch zur vollständigen Beurteilung einer Obstruktion auch die Analyse des Endteils der Fluss-Volumen-Kurve gehöre. Die verminderten Flussraten seien Ausdruck einer peripheren obstruktiven Ventilationsstörung (Stellungnahme vom 6.2.2006).

In dem weiteren von Amts wegen eingeholten Gutachten vom 18.7.2006 hat Prof. Dr. M.-Q. eine mittelgradige bis schwere restriktive Ventilationsstörung und eine leichtgradige obstruktive Ventilationsstörung im Sinne einer "small airways disease" als Diagnosen angegeben. Die small airways disease erfülle nicht die Kriterien einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung. Dr. D. selbst habe als behandelnder Arzt im September 2000 nur eine Restriktion diagnostiziert. Computertomografisch fände sich kein Nachweis einer Asbestose oder einer Silikose. Durch einen Nikotinabusus fänden sich kleine zystische Veränderungen subpleural betont. Eine relevante Lungengerüsterkrankung im Sinne einer Lungenfibrose lasse sich bildmorphologisch nicht nachweisen. Darüber hinaus seien keine nennenswerten emphysematösen Umbauten oder sonstige Veränderungen der Lunge nachgewiesen, die einen makroskopischen Beweis für das Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung liefern könnten. Die Beurteilung von Dr. D. sei nicht nachvollziehbar, da die von ihm als Beweis einer Obstruktion herangezogene reduzierte Flussvolumenkurve hinreichend durch die diagnostizierte Restriktion zu erklären sei und zudem ein hochnormaler Tiffeneau-Index belege, dass keine Obstruktion vorliege. Die obstruktive Komponente der Ventilationsstörung im Sinne einer small airways disease sei durch den dokumentierten Nikotinabusus hinreichend zu erklären. Auch aus dem pathologischen Befund ergebe sich keine Schlussfolgerung auf eine Obstruktion. Siderofibrosen seien interstitielle Lungenerkrankungen, bedingt durch langjährige Schweißrauchwirkung, die aber keine obstruktive Ventilationsstörung verursachten. Die obstruktive Störung sei durch den

langjährigen Nikotinabus in Gänze zu erklären. Keine der diagnostizierten Gesundheitsstörungen sei durch berufliche Einflüsse verursacht worden.

Mit Gerichtsbescheid vom 7.11.2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen.

Gegen den ihm am 13.11.2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 8.12.2006 Berufung eingelegt und zur Begründung auf die gutachtlichen Ausführungen von Dr. D. verwiesen. Die Gutachten von Dr. N. und Prof. Dr. M.-Q. enthielten keinerlei Ausführungen zu dem aktuellen Erkenntnisstand der Schweißlunge und hinsichtlich der Berufskrankheit Nr. 4302. Das Sozialgericht habe auch unterlassen, die arbeitsplatzspezifische Exposition aufzuklären. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 11.1.2007 verwiesen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 7.11.2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 25.2.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 14.8.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, seine Lungenerkrankung als Berufskrankheit anzuerkennen und zu entschädigen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich zur Begründung auf die Ausführung im angefochtenen Gerichtsbescheid. Außerdem seien die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Anerkennung der geltend gemachten Berufskrankheit nicht gegeben, denn diese seien im Sinne des so genannten Vollbeweises zu sichern.

Mit richterlicher Verfügung vom 31.1.2007 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass der Ärztliche Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Aufnahme einer neuen Berufskrankheit, die mit "Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen" umschrieben wird, in die Anlage zur BKV empfohlen hat (Bundesarbeitsblatt 2006, Nr. 10, S. 35 ff). Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage am 17.4.2007 hat der Kläger eine Stellungnahme von Lungenfacharzt M. zur Frage der obstruktiven Atemwegserkrankungen bzw. Lungenfibrose sowie den Entlassungsbericht über eine ab 23.4.2007 beginnende Reha-Maßnahme in Bad-D. angekündigt. Mit Schriftsatz vom 11. Juni 2007 hat der Kläger weitere, teilweise bereits aktenkundige, ärztliche Unterlagen und Berichte übersandt.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akte des Sozialgerichts beigezogen. Auf diese Unterlagen und die beim Senat angefallene Akte im Berufungsverfahren wird im Übrigen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerechte und auch nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gem. [§ 153 Abs. 1](#), [124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung hat entscheiden können, ist zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 25.2.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.8.2002 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Feststellung seiner Atemwegserkrankung als Berufskrankheit.

Nach [§ 26 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Nach [§ 7 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Versicherungsfälle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aufgrund dieser Ermächtigung in [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) hat die Bundesregierung die BKV vom 31. Oktober 1997 ([BGBl. I, S. 2623](#)) erlassen. In den Nrn. 4301, 4302 und 4101 sind folgende Berufskrankheiten bezeichnet: Nr. 4301 Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Nr. 4302 Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Nr. 4101 Quarzstaublungenerkrankungen (Silikose)

Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht. Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, und ernstliche Zweifel an einer anderen Verursachung ausscheiden ([BSGE 45, 285, 286](#)). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Nach der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung sind als Ursache und Mitursache im Rechtssinne unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur die Bedingungen anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Das heißt, dass nicht jeder Gesundheitsschaden, der durch ein Ereignis naturwissenschaftlich verursacht wird, im Sozialrecht als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit anerkannt wird, sondern nur derjenige, der "wesentlich" durch das Ereignis verursacht wurde. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Haben mehrere Bedingungen zu einem Erfolg beigetragen, so sind nur solche Bedingungen wesentlich, die gegenüber anderen von überragender Bedeutung sind. (ständige Rechtsprechung, vgl. zum Ganzen: z.B. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 22/03 R](#) -; Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#) - m.w.N.).

Diese Voraussetzungen für die Feststellung einer Berufskrankheit nach den Nrn. 4301, 4302 und 4101 sind nicht gegeben.

Die Berufskrankheit Nr. 4101 liegt bereits deshalb nicht vor, weil das medizinische Bild einer Silikose nach einhelliger Auffassung der Ärzte beim Kläger nicht zu diagnostizieren ist, was unter den Beteiligten auch nicht streitig ist. Die Computertomografie-Befunde wie auch die pathologischen Befunde der Lungenbiopsie haben keine Hinweise auf Silikosegranulome oder sonstige silikostypischer Veränderungen des Lungengewebes ergeben.

Die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 4301 scheitert daran, dass beim Kläger in keiner der von den begutachtenden Ärzten durchgeführten Untersuchung eine relevante Atemwegsallergie hat diagnostiziert werden können. Auch in den zum Verlauf der ärztlichen Behandlung beigezogenen Arztbriefen ist keine Diagnose einer Atemwegsallergie enthalten.

Zur Überzeugung des Senats liegt auch keine Berufskrankheit nach Nr. 4302 vor, denn diese Berufskrankheit setzt, wie auch die Berufskrankheit nach Nr. 4301, das Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung voraus. Eine solche liegt beim Kläger aber nicht vor. Die Atemwegserkrankung des Klägers ist nach den überzeugenden Gutachten von Dr. H., Dr. N. und Prof. Dr. M.-Q. durch eine restriktive Ventilationsstörung gekennzeichnet, eine obstruktive Ventilationsstörung besteht nicht oder nicht im krankheitswertigem Umfang. Die genannten Ärzte stützen ihre Beurteilung auf die Ergebnisse der verschiedenen Lungenfunktionsuntersuchungen, die beim Kläger seit dem Jahr 2000 vorgenommen worden sind, und auf ihre damit übereinstimmenden Befunde der selbst durchgeführten Lungenfunktionsprüfungen. Die Blutgasanalyse hat nach Einschätzung von Prof. Dr. M.-Q. die von allen Ärzten zuletzt diagnostizierte globale respiratorische Insuffizienz mit einer schon länger bestehenden Atempumpenschwäche belegt, was mit dem von Dr. N. wie auch von Dr. D. ebenfalls angenommenen Adipositas-Hypoventilationssyndrom vereinbar ist, jedoch keine obstruktive Komponente der Atemwegserkrankung darstellt.

Die gegenteilige Auffassung von Dr. D. überzeugt den Senat dagegen nicht. Auch Dr. D. geht davon aus, dass der Kläger an einer restriktiven Ventilationsstörung, die durch die Adipositas und den Zwerchfellhochstand bedingt ist, leidet, die nach seiner Einschätzung eine deutliche Verschlechterung mit Zunahme der Restriktion und die Entwicklung einer respiratorischen Globalinsuffizienz seit 2000 erkennen lässt. Dr. D. entnimmt die obstruktive Ventilationsstörung der Lungenfunktionsprüfung und der Blutgasanalyse. Dem haben aber Dr. N. und Prof. Dr. M.-Q. überzeugend widersprochen. Die von Dr. D. als Zeichen der Obstruktion postulierte Reversibilität bei antiobstruktiver Therapie ergibt sich nach Prof. Dr. M.-Q. gerade nicht aus der Spirometrie der Lungenfunktionsuntersuchungen. Nach Einnahme des Medikaments Formoterol zeigte sich allenfalls eine partielle Reversibilität, da die Atemwegswiderstände sich nur minimal reduzierten und die expiratorischen Flüsse nur geringfügig erhöhten. Dr. N. verneinte unter Hinweis auf die Lungenfunktionswerte jede obstruktive Komponente, Prof. Dr. M.-Q. beschreibt den genannten Effekt als obstruktive Komponente im Sinne eines small airways disease, die die Kriterien einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung nach den Kriterien der GOLD (Global Initiative for Chronic Lung Disease) nicht erfüllt. Die von Dr. D. herangezogene Interpretation der "Endstrecke" der Fluss-Volumen-Kurve wird weder von Dr. N. noch von Prof. Dr. M.-Q. geteilt. Denn die reduzierte Kurve FEV1 ist nach den überzeugenden Ausführungen beider Ärzte durch die Restriktion hinreichend zu erklären, zumal der von beiden Ärzten als Beleg einer Restriktion herangezogene Tiffeneau-Index einer Bewertung wie durch Dr. D. getroffen entgegensteht. Es kann daher auch dahinstehen, ob die von Dr. D. unterstellte Exposition des Klägers gegenüber Rauchgasen, die vergleichbar mit den beim Schweißen entstehenden Luftgemischen ist, vorgelegen hat. Die von Dr. D. angenommene irritativ-toxische Wirkung der Dämpfe, aufgrund derer er die Berufskrankheit nach Nr. 4302 bejaht, hat zu keiner obstruktiven Atemwegserkrankung geführt - nach Prof. Dr. M.-Q. ist die obstruktive Komponente nicht krankheitswertig, nach Dr. N., Dr. H. liegt bereits keine Obstruktion vor -.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung der somit von einer Listenerkrankung nicht erfassten Atemwegserkrankung wie eine Berufskrankheit nach [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#). Auch hierüber hat der Senat zu entscheiden.

Im angefochtenen Bescheid der Beklagten ist im Entscheidungssatz ganz allgemein die Gewährung von Leistungen abgelehnt worden. Zur Konkretisierung des der Bestandskraft unterfallenden Regelungsgehalts ist daher auf die tragende Begründung abzustellen. Danach ist aber für die geltend gemachte Atemwegserkrankung auch entschieden worden, dass die Voraussetzungen einer Feststellung einer Quasi-Berufskrankheit nach [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) nicht vorliegen. Diese Regelung ist daher ebenfalls Streitgegenstand des sozialgerichtlichen Verfahrens, denn der Kläger hat den Bescheid insgesamt angefochten, ohne sich auf eine konkret festzustellende Berufskrankheit zu beschränken.

Nach [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) sollen die Unfallversicherungsträger eine Krankheit, auch wenn sie nicht in der Berufskrankheiten-Liste enthalten ist, wie eine BK entschädigen, sofern nach neuen Erkenntnissen die Voraussetzungen des [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) erfüllt sind. Hierzu gehören der ursächliche Zusammenhang der Krankheit mit der versicherten Tätigkeit und die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer bestimmten Personengruppe, die durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt ist, die nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft Krankheiten der betreffenden Art verursachen. Mit dieser Regelung soll nicht in der Art einer "Generalklausel" erreicht werden, dass jede Krankheit, deren ursächlicher Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit im Einzelfall zumindest hinreichend wahrscheinlich ist, wie eine BK zu entschädigen ist. Vielmehr sollen dadurch Krankheiten zur Entschädigung gelangen, die nur deshalb nicht in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen wurden, weil die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft über die besondere Gefährdung bestimmter Personengruppen durch ihre Arbeit bei der letzten Fassung der Anlage zur BKV noch nicht vorhanden waren oder trotz Nachprüfung noch nicht ausreichten (BSG, Urt. vom 04.06.2002 - [B 2 U 16/01 R](#) - m. w. N.). Nicht ausreichend ist, dass überhaupt neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, sondern es muss sich hinsichtlich der neuen Erkenntnisse eine

herrschende Meinung im einschlägigen medizinischen Fachgebiet bereits gebildet haben (BSG a. a. O.). Neu in diesem Sinne sind die Erkenntnisse, wenn sie in der letzten Änderung der BKV noch nicht berücksichtigt sind. Das ist der Fall, wenn die Erkenntnisse erst nach dem Erlass der letzten Änderung der BKV gewonnen wurden oder zu diesem Zeitpunkt im Ansatz vorhanden waren, sich aber erst danach zur Berufskrankheiten-Reife verdichtet haben bzw. wenn die Erkenntnisse dem Verordnungsgeber entgangen sind und er deshalb eine Änderung der BKV überhaupt nicht erwogen hat. Hat der Verordnungsgeber auf der Grundlage medizinischer Erkenntnisse bereits eine Berufskrankheit in die Liste aufgenommen oder die Bezeichnung einer Erkrankung richtiggestellt oder erweitert oder gar ausdrücklich die Erweiterung des listenmäßigen Versicherungsschutzes abgelehnt, sind diese Erkenntnisse nicht mehr neu i. S. der Vorschrift (BSG, Urt. vom 21.1.1997 2 - RU 7/96 - = SGB 1997, 111).

Neue Erkenntnisse liegen insoweit vor, als der Ärztliche Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Aufnahme der neuen Berufskrankheit "Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen" in die Anlage zur BKV empfohlen hat. Der Senat geht davon aus, dass die Empfehlung auf dem vom Sachverständigenbeirat geprüften derzeitigen Stand der Wissenschaft beruht, wie er sich nach der überwiegend vertretenen Lehrmeinung in den einschlägigen medizinischen Fachbereichen ergibt.

Die Voraussetzungen dieser Quasi-Berufskrankheit liegen aber nicht vor. Der Senat lässt es dahinstehen, ob die haftungsbegründende Kausalität gegeben ist. Eine arbeitsplatzanalytische Untersuchung zu den Fragen, in welcher Intensität und in welcher Zusammensetzung Rauchgase in welchem Zeitraum aufgetreten sind, ist daher nicht geboten.

Die nach der neuen Berufskrankheit erforderliche Gesundheitsstörung einer Lungenfibrose ist nicht nachgewiesen. Sowohl Dr. N. wie auch Prof. Dr. M.-Q. haben eine Lungenfibrose anhand der CT-Befunde verneint. Dr. N. hat aus der Röntgendiagnostik keinen Hinweis auf eine Fibrose, auf Pleuraplaques wie überhaupt auf eine interstitielle Verdichtung entnommen. Er sieht den Bildbefund durch den pathologischen Befund, wie er im Befundbericht von Prof. Dr. K. und Kollegen vom 21.12.2001 mitgeteilt wurde, bestätigt. Dort wird keine Fibrose beschrieben, allenfalls ist eine "beginnende interstitielle Fibrose" im Bereich der "Atektasezone" (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch: unbelüfteter Lungenabschnitt, in dem Wände der kollabierten Alveolen aneinanderliegen) bzw. sind in einem zweiten Exsistat fokal interstitielle Fibrosen mikroskopisch zu sichern, ansonsten fanden sich benachbart nur eher kompensatorisch überblähte und mit zentroazinärem Emphysem versehene Parenchymbereiche (Prof. Dr. K., a.a.O.). Auch Dr. H. stuft den vergleichbaren, im August 2000 erhobenen Biopsiebefund als Ausdruck einer geringen chronischen Bronchitis mit diskreter perivaskulärer Fibrose und Anthraxeose ein, die in Übereinstimmung zu den Röntgenbefunden mit peribronchitischen Veränderungen bei langjährigem Nikotinabusus zu vereinbaren ist. Prof. Dr. M.-Q. hat daher in Übereinstimmung mit Dr. N. und Dr. H. für den Senat ebenso überzeugend eine relevante Lungengerüstveränderung im Sinne einer Lungenfibrose anhand der bildgebenden Diagnostik verneint. Dr. D. stützt seine Beurteilung einer maßgeblichen Beteiligung von Rauchgasen als Ursache der Atemwegserkrankung auf das medizinische Bild von Lungenveränderungen durch mehrere Ursachen, weshalb er den Wechsel von Atektasen und kompensatorischer Überblähung neben fokal interstitiellen Fibrosen im histologischen Befund insgesamt als durch Rauchgase und Nikotinabusus verursacht ansieht. Eine umschriebene Lungenfibrose hat er jedoch nicht diagnostiziert, sie ist in seiner Antwort auf die Beweisfrage, welche Gesundheitsstörungen liegen vor, auch nicht aufgeführt.

Darüber hinaus liegen auch die Voraussetzungen der haftungsausfüllenden Kausalität nicht vor. Die computertomographisch-morphologisch nachgewiesenen kleinzystischen Veränderungen des Gewebes der unteren Lungenlappens sind nach der überzeugenden Einschätzung von Prof. Dr. M.-Q. durch den langjährigen Nikotinkonsum des Klägers induziert. Es sind keine nennenswerten Lungengewebeumbauten nachgewiesen, die einen makroskopischen Beweis für das Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung erbringen könnten. Auch Dr. D. räumt ein, dass die histologisch beschriebenen Veränderungen ebenso bei der Raucherpneumopathie vorkommen können und dem Nikotinkonsum mit 40 packyears als konkurrierende Ursache eine herausragende Bedeutung zukommt. Nicht nachvollziehbar ist seine Schlussfolgerung, dass das Fortschreiten der Erkrankung nach Nikotinkarenz ab 1999 auf die Inhalation von Rauchgasen zurückzuführen ist. Einerseits war der Kläger ab Juni 2000 arbeitsunfähig erkrankt und ab Januar 2001 überhaupt nicht mehr berufstätig. Eine für die Progredienz, soweit überhaupt vorliegend, verantwortliche Exposition hätte daher weder gegenüber Nikotin/Zigarettenrauch noch beruflichen Rauchgasen bestanden. Andererseits spricht einiges dafür, dass der Kläger das Rauchen erst zu einem viel späteren Zeitpunkt als angegeben eingestellt hat. Trotz angeblicher Nikotinkarenz ergab der von Dr. St. im August 2000 erhobene Laborbefund noch den Hinweis auf einen Konsum von mindestens 15 bis 20 Zigaretten täglich (Arztbrief Dr. St. vom 14.8.2000). Eine fibrosierende, interstitielle Lungenerkrankung, wie sie nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen von Rauchgasen verursacht wird, kann nach Prof. Dr. M.-Q. eine obstruktive Ventilationsstörung nicht verursachen. Die Schlussfolgerungen von Dr. D., der in diesem Zusammenhang die eine Obstruktion voraussetzende Berufskrankheit nach Nr. 4302 bejaht, sind auch aus diesem Grund nicht überzeugend. Die restriktive Atemwegserkrankung ist dagegen durch die von allen Ärzten genannten Ursachen des Zwerchfellhochstandes und der Adipositas hinreichend erklärt.

Der Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 11.06.2007 gab keinen Anlass für eine andere Beurteilung. Die dem Schriftsatz als Anlage beigefügten Arztbriefe der radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Sch. und Kollegen und der pathologischen Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. K. und Kollegen waren bereits aktenkundig, wurden von den Sachverständigen gewürdigt und sind vom Senat in die Prüfung einbezogen worden. Aus dem ebenfalls vorgelegten Entlassungsbericht der E.-Klinik vom 24.05.2007 und dem Schlaflaborbefund vom 23.04.2007 ergeben sich keine darüber hinausgehenden Erkenntnisse. Insbesondere enthält der Entlassungsbericht keine Diagnose zu einer Lungenfibrose (ICD - 10: J. 84.1 ff bzw. 63.1 ff), sondern die Diagnose eines Lungenemphysems mit leichter Ruheobstruktion und keiner Obstruktion bei forcierter Expiration, was sich mit den Ausführungen von Prof. Dr. M.-Q. zur "small airways disease" vereinbaren lässt.

Der Senat hat bei dieser Ausgangslage keine Veranlassung zu weiteren Ermittlungen gesehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-07-02