

L 9 U 5652/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 2275/05
Datum
31.08.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 5652/06
Datum
21.07.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31. August 2006 abgeändert. Der Bescheid der Beklagten vom 11. November 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juni 2005 wird insoweit aufgehoben, als die Beklagte darin die Rechtswidrigkeit der Bescheide vom 12. Juli 1993, 27. Oktober 1993 und 10. Februar 1994 festgestellt und ferner entschieden hat, die bewilligte Verletztenrente werde eingefroren und von künftigen Rentenanpassungen ausgespart.

Im übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger seine notwendigen außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zur Hälfte zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Entscheidung der Beklagten, mit welcher diese die Erhöhung einer gewährten Verletztenrente ablehnte und die Rechtswidrigkeit ihrer Entscheidungen vom 12. Juli und 27. Oktober 1993 sowie 10. Februar 1994 (Anerkennung einer Berufskrankheit [BK] nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung in der bis 30. November 1997 geltenden Fassung [BeKV]) feststellte sowie weiter entschied, dass die bisher gezahlte Verletztenrente eingefroren und von künftigen Rentenanpassungen ausgespart werde.

Der 1957 geborene Kläger war ab 6. Juni 1988 bei der L. GmbH, Mannheim, als Anlagenfahrer beschäftigt. Zunächst war er in der Liquid-Herstellung und ab 1989 in der Sulfonierungsanlage tätig. Am 13. April 1992 gab der Kläger die bis dahin ausgeübte Tätigkeit auf und wechselte in eine andere Abteilung des Unternehmens, in die Abteilung "Dove", in der keine Exposition mehr gegenüber SO₂ (Gas) und SO₃(Nebel) bestand. Unter dem 1. August 1991 meldete die Arbeitgeberin der Beklagten ihren Verdacht auf Vorliegen einer BK nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV. Während einer Versuchsphase in den Jahren 1989/1990 sei es - so die Arbeitgeberin - zu kurzfristigen LE.agen gekommen, bei denen der Kläger Einwirkungen durch SO₂ und SO₃ ausgesetzt gewesen sei. Beim Kläger bestehe eine chronisch-spastische Bronchitis. Bis Januar 1991 habe er täglich eine Packung Zigaretten geraucht. Vom 9. Januar bis 10. Februar 1991 sei die Arbeit für eine Kur unterbrochen worden.

Der Kläger führte seine Beschwerden auf die zeitweisen LE.agen mit Freisetzung von SO₂, Hantieren mit Sulfonsäure, Oleum und anderem, das Befahren von Behältern und deren Reinigung ohne Fremdbeatmung sowie die Versprühung von Alkylbenzol zurück. Eine bestehende Absauganlage sei nach Defekt ein halbes Jahr nicht repariert worden.

Die betreuende Werksärztin Dr. W. bestätigte mit Schreiben vom 8. November 1991 eine SO₂-Gefährdung in der Sulfonierungsanlage bei einer LE.agesuche (auch ohne Maske) am 21. Mai 1991, nach der es beim Kläger zu Husten und zähem Schleim gekommen sei.

Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse (Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Bronchitis und Lumboischialgie vom 9. bis 19. Mai 1989, Tracheobronchitis vom 20. bis 24. Februar sowie 22. Mai bis 16. Juni 1990, spastischer Bronchitis vom 25. bis 29. September 1990, fieberhaftem Infekt des Respirationstrakts und spastischer Bronchitis vom 9. bis 18. September 1991) bei und holte einen Bericht des Hausarztes und Allgemeinmediziners Dr. S. vom 8. Mai 1992 ein, der u. a. Berichte der Ärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. G.-S. vom 29. Mai und 9. Oktober 1990 (unauffällige Lungenfunktionswerte, nach Inhalation von Acetylcholin minimaler Anstieg des Atemwegswiderstandes, jedoch nicht in für ein hyperreagibles Bronchialsystem beweisende Bereiche; Verdacht auf Exacerbation einer ob- struktiven Bronchitis im Rahmen eines Infektes) sowie einen Heilverfahren-Entlassungsbericht vom 11. April 1991 beigefügte. Dr. S. teilte die ab Oktober 1988 gestellten Diagnosen mit (beim Erstkontakt hätten sich über der Lunge trockene

Rasselgeräusche mit verlängertem Expirium und eine unauffällige Lungenfunktion gezeigt; es sollte versucht werden, den Zigarettenkonsum einzuschränken; weitere Diagnosen die Atemwege betreffend: Februar 1990 Tracheobronchitis, Mai 1990 spastische Bronchitis, Lungenfunktion unauffällig, Juni 1990 weiterhin Auswurf, spastische Bronchitis, September 1990 spastische Bronchitis, Lungenfunktion unauffällig, Oktober 1990 spastische Bronchitis, Mai 1991 Bronchitis, Lungenfunktion unauffällig, September 1991 spastische Bronchitis, fieberhafter Infekt des oberen Respirationstraumes, Januar 1992 Tracheobronchitis, Lungenfunktion unauffällig, März 1992 Bronchopneumonie). Es bestehe eine chronische Bronchitis bei gleichzeitigem Nikotinabusus, wobei der Kläger berichtet habe, dass es vor Exazerbationen der Bronchitis meist zu intensiverem beruflich bedingtem Gaskontakt gekommen sei. Nach der Genussmittelanamnese im Heilverfahren-Entlassungsbericht vom 11. April 1991 war der Kläger seit dem 16. Lebensjahr Raucher, derzeit eine Schachtel täglich. Es sei aber vor Beginn der Maßnahme eine Abstinenz erreicht worden.

Die Beklagte veranlasste ein Gutachten des Lungenarztes Dr. T. vom 24. September 1992. Der Kläger gab am 7. September 1992 an, bis Januar 1991 eine Packung Zigaretten am Tag geraucht zu haben und seither noch 10 Zigaretten am Tag. Dr. T. stellte einen chronischen Nikotinabusus "mit einer hierdurch anzunehmenden chronischen Raucherbronchitis" fest. Auf Grund der wiederholten Exposition gegenüber Dämpfen von SO₂ und SO₃ in der Zeit von 1989/90 sei es zu glaubhaften Atembeschwerden und Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen. Obwohl eine spastische Bronchitis und auch spastische Rasselgeräusche erwähnt seien, sei damals keine manifeste Atemwegsobstruktion feststellbar gewesen, allerdings ein beginnendes unspezifisches hyperreagibles Bronchialsystem. Auch im Heilverfahren im Januar/ Februar 1991 hätten sich bei medikamentöser Therapie ein klinisch regelrechter Befund und eine regelrechte Lungenfunktion ergeben. Auch bei der Begutachtung habe die Ganzkörperplethysmographie hochnormale Werte ohne Hinweis auf eine Atemwegsobstruktion ergeben und habe sich kein Anhalt für eine ventilatorische oder respiratorische Störung gezeigt und seien anamnestisch nach einer innerbetrieblichen Umsetzung ein halbes Jahr vor der Untersuchung (7. September 1992) keine Atemwegsprobleme aufgetreten. Nachweisbar sei allerdings eine ausgeprägte provozierbare Atemwegsobstruktion durch Carbachol 1%, was mit Wahrscheinlichkeit noch Folge der wiederholten Exposition gegenüber Dämpfen von SO₂ und SO₃ sei. Unabhängig davon bestünden u.a. eine chronische Raucherbronchitis, ein Bluthochdruck, eine Adipositas und Herzbeschwerden. Als Folge der früheren Tätigkeit lasse sich jetzt noch ein signifikant unspezifisches hyperreagibles Bronchialsystem nachweisen ohne daraus resultierende Beschwerden im alltäglichen Leben und am neuen Arbeitsplatz. Er schätze die hierdurch bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf unter 20 v.H. Die seit einem halben Jahr (gemeint 14. April 1992) ausgeübte Tätigkeit könne mit Wahrscheinlichkeit fortgesetzt werden, da nach Angaben des Klägers jetzt (in der Abteilung "Dove") keine Atemwegsprobleme am Arbeitsplatz mehr bestünden.

Im gewerbeärztlichen Gutachten vom 12. Januar 1993 schlug Dr. E. die Anerkennung einer BK nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV vor und schätzte die MdE im Hinblick auf die ausgeprägte Hyperreagibilität und den Krankheitsverlauf im Zeitpunkt der Aufgabe der schädigenden Tätigkeit auf 20 v.H. In einer fachärztlichen Stellungnahme vom 3. Mai 1993 bewertete der Internist und Arbeitsmediziner Dr. St. die MdE im Hinblick auf eine ausgeprägte bronchiale Hyperreagibilität ("derzeit") mit 20 v.H.

Mit Bescheid vom 12. Juli 1993 erkannte die Beklagte eine "durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankung" als BK nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV sowie als deren Folgen ein hyperreagibles Bronchialsystem und eine medizinisch provozierbare obstruktive Lungenfunktionsstörung an. Nicht Folgen der BK seien eine chronische Raucherbronchitis, ein Übergewicht, eine Störung des Cholesterinstoffwechsels, Herzbeschwerden und eine Degeneration der Brustwirbelsäule. Außerdem gewährte sie dem Kläger ab 14. April 1993 und dann (nach berichtigender Bestätigung eines Wechsel des Arbeitsplatzes zum 13. April 1992) mit änderndem Bescheid vom 27. Oktober 1993 bereits ab 14. April 1992 eine vorläufige Rente nach einer MdE um 20 v. H. Nach Eingang und Auswertung eines Berichtes von Dr. G.-S. vom 30. August 1993 (mäßige restriktive Ventilationsstörungen mit angedeutetem Emphysem, deutliche Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber 1992, wobei die Restriktion im Vordergrund stehe, keine Zunahme der Obstruktion gegenüber früher) und Einholung eines weiteren Gutachtens des Dr. B. vom 3. Januar 1994 (keine wesentliche Änderung, die zugesprochene MdE sollte beibehalten werden) gewährte die Beklagte mit Bescheid vom 10. Februar 1994 unter unveränderter Bezeichnung der Folgen der BK anstelle der vorläufigen Rente eine Dauerrente nach einer MdE um 20 v.H.

Vom 8. Juni bis 6. Juli 1994 gewährte die Beklagte dem Kläger ein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren in der Reha-Klinik St. B. (Bericht Dr. T. vom 7. Juli 1994; Rauchanamnese: zehn Zigaretten pro Tag, Normalbefund bei der Ganzkörperplethysmographie). In einem weiteren Gutachten vom 2. Januar 1995 fand der Lungenarzt und Allergologe Dr. B. (Zigarettenkonsum noch 3 bis 4 am Tag, Befund: geringfügig erhöhter Atemwegswiderstand und normales Residualvolumen, keine Einschränkung der dynamischen Parameter, in Ruhe keine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung; nach Inhalation einer 0,5-prozentigen Carbachol-Lösung klinisch und messtechnische Veränderungen im Sinne einer obstruktiven Ventilationsstörung, bronchiale Hyperreagibilität) keine wesentliche Änderung gegenüber der Vorbegutachtung vom 24. September 1992. Gemäß einem Bericht vom 31. Oktober 1995 diagnostizierte Dr. B. eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung bei bronchialer Hyperreagibilität. Die Rauchgewohnheiten seien ungünstig (zehn Zigaretten pro Tag).

Der Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. G. fand gemäß seinem Bericht vom 4. Februar 1997 röntgenologisch unauffällige Zwerchfelle, bei der Spirometrie normale Volumina und expiratorische Flusswerte sowie bodyplethysmographisch eine leichte Erhöhung der Atemwegswiderstände ohne nennenswerte Änderung nach Broncholyse. Es fand sich kein Emphysem sowie in Ruhe kein Nachweis einer respiratorischen Insuffizienz. Eine regelmäßige medikamentöse Behandlung der bekannten chronischen obstruktiven Atemwegserkrankung sei sinnvoll. Gemäß einem weiteren Gutachten von Dr. T. vom 5. April 1997 ergab die Ganzkörperplethysmographie eine leichtgradige Erhöhung des Atemwegswiderstandes und ansonsten einen Normalbefund sowie die Blutgasanalyse normale Blutgase in Ruhe mit physiologischem Verhalten nach Belastung. Anamnestisch, klinisch und funktionsanalytisch sei eine wesentliche Änderung nicht eingetreten. Dr. G. berichtete am 13. Mai 1998 über eine weitere Untersuchung mit spirometrisch normalen Volumina und bodyplethysmographisch normalen Atemwegswiderständen sowie ohne Zeichen einer Lungenüberblähung. Eine entscheidende Änderung sei wohl nicht eingetreten. Dr. G., Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, dem gegenüber der Kläger angab, er sei Raucher, habe aber stark reduziert, berichtete am 7. September 1999 über eine infektbedingte Verschlimmerung der bronchialen Beschwerden. Dr. S. diagnostizierte am 8. November 2000 eine chronische Bronchitis, am 28. Juni 2002 eine spastische Bronchitis, am 5. Dezember 2002 eine chronische Bronchitis und am 23. Januar 2003 wiederum eine spastische Bronchitis.

Auf einen Antrag des Klägers vom 22. September 2003, mit welchem dieser wegen einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands eine Überprüfung begehrte, zog die Beklagte u. a. Berichte des Dr. B. vom 25. Januar 2002 (kein Anhalt für eine Verschlechterung der Atemfunktion, eine chronische Obstruktion oder ein Emphysem habe sich nicht nachweisen lassen; trotz Angabe von Beschwerden sei auch

der unspezifische bronchiale Hyperreagibilitätstest völlig negativ verlaufen), des Dr. W. vom 29. August 2003 (Untersuchung des Klägers - in Vertretung - in der Praxis Dr. R. am 28. August 2003; seit dem 17. Lebensjahr erheblicher Nikotinabusus von mittlerweile 28 packyears, was über 204.000 "Lebenszigaretten" entspreche; gemende Nebengeräusche hätten sich in der Lungenfunktion nicht in der vermuteten Obstruktion nachweisen lassen, sämtliche gemessenen Werte lägen noch oberhalb des altersentsprechenden Normbereiches) und der Dr. G.-S. vom 26. September 2003 (protrahierte Bronchitis bei exzessivem Nikotinabusus; Blutgasanalyse in Ruhe normwertig, leichte Hyperventilation, Bodyplethysmographie und Flussvolumenkurve ohne Nachweis einer aktuellen relevanten Lungenfunktionsstörung) bei.

Außerdem holte sie ein Gutachten des Prof. Dr. D. vom 10. Dezember 2003 und dessen ergänzende Stellungnahme vom 16. Januar 2004 ein. Er kam im Wesentlichen zum Ergebnis, der Kläger, der aktuell zehn Zigaretten pro Tag rauche und bei dem kumulativ ca. 33 Packungsjahre vorlägen, weise keinen Anhalt für eine Obstruktion oder Restriktion sowie eine Überblähung bei der Spirometrie und Bodyplethysmographie in Ruhe auf. Unter Methacholinprovokation gebe es Hinweise auf ein hyperreagibles Bronchialsystem, das auf Spasmyse voll reversibel sei. Von der Bildgebung her (CT-Thorax) sei ein nennenswertes Emphysem auszuschließen. Lungenfunktionelle Ausfälle in Ruhe oder morphologische Veränderungen seien nicht nachweisbar. Die Hyperreagibilität, auf die sich die ehemalige MdE-Einschätzung gründe, bestehe geringgradig weiter, werde aber auch von dem persistierenden Nikotinabusus unterhalten. Berufliche Ursachen und nicht berufliche Ursachen seien kaum zu trennen. Die geklagte Belastungsatemnot bei Ozonexposition sei Folge der Hyperreagibilität. Die geklagten klinischen Beschwerden wie Husten und Auswurf seien nicht als Folge der Hyperreagibilität, sondern als Folge des Nikotinabusus anzusehen. Die MdE betrage 10 vH. Eine wesentliche Änderung sei nicht eingetreten, nachdem bei der maßgeblichen Begutachtung von 1992 eine MdE von unter 20 vH angenommen worden sei und außer der Hyperreagibilität keine anderen Funktionseinschränkungen zu finden gewesen seien.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 16. Januar 2004 führte Prof. Dr. D. u. a. aus, es gebe gute Gründe, an der Berechtigung der Anerkennung der Hyperreagibilität als BK nach Nr. 4302 Anlage 1 zur BeKV zu zweifeln. Nach dem Verlauf sei ein Jahr nach beruflicher Exposition gegenüber SO₂ keine bronchiale Hyperreagibilität vorhanden gewesen. Diese habe erst später begonnen. Nach seiner Erfahrung und den in der Literatur berichteten Daten sei dies nicht typisch. Normalerweise trete eine bronchiale Hyperreagibilität nach Reizgasinhalation binnen sechs bis zwölf Wochen nach der Exposition auf und komme es nach Expositionsbeendigung in der Regel zu einer Rückbildung der Befunde. Es könne aber auch - seltener - zu einer berufsbedingten obstruktiven Atemwegserkrankung kommen. Nach der Literatur sei eine obstruktive Atemwegserkrankung nach akuter Reizgasinhalation gegenüber den sonstigen Ursachen berufsbedingter chronischer obstruktiver Atemwegserkrankungen eher selten. Zur Entwicklung eines "Reactive Airway Dysfunction Syndrome" (RADS) sei eine hohe akute Exposition gegenüber Reizgasen notwendig. Die klinischen Beschwerden des Klägers nach Inhalation von SO₂ seien durchaus vereinbar mit einer Triggerung einer vorbestehenden nikotininduzierten Dysfunktion. Ob chronisch niedrig dosierte Reizgasinhalationen überhaupt eine obstruktive Atemwegserkrankung auslösen könnten, sei umstritten. Am ehesten werde ein Emphysem durch bestimmte Arbeitsstoffe ausgelöst. Diese Annahme beziehe sich auf Tiermodelle. Reizgase seien nicht als Auslöser eines Emphysems genannt. Außerdem habe der Kläger CT-morphologisch gesichert kein Emphysem. Wenn man weiter vom Vorliegen einer BK nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV ausgehe, liege die MdE unter 20 v.H. Insofern sei seit 1992 und auch 1994 keine lungenfunktionelle Verschlechterung eingetreten.

Nach Anhörung lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 11. November 2004 und Widerspruchsbescheid vom 6. Juni 2005 eine Erhöhung der Verletztenrente ab und stellte fest, bei dem Bescheid vom 12. Juli 1993 in Verbindung mit dem Verwaltungsakt vom 27. Oktober 1993 und dem Bescheid vom 10. Februar 1994 handle es sich um rechtswidrige begünstigende Verwaltungsakte, die aber nicht zurückgenommen bzw. aufgehoben werden könnten. Die bislang gezahlte Verletztenrente werde aber eingefroren und damit von künftigen Rentenanpassungen ausgespart. Die Voraussetzungen einer BK nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV hätten nicht vorgelegen.

Deswegen hat der Kläger am 15. Juni 2005 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und die Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 30 v.H. begehrt. Er hat geltend gemacht, seine Atemwegserkrankung sei berufsbedingt. Außerdem sei eine Verschlimmerung seit 1994/1995 eingetreten. Alle seine Beschwerden seien ausschließlich auf die beruflich bedingte Erkrankung zurückzuführen und nicht auf seine Rauchgewohnheiten. Den Verschlimmerungsantrag habe er gestellt, nachdem ihn seinen Hausarzt auf Grund einer bedrohlichen akuten Bronchitis an die Praxis Dr. R. überwiesen habe. Dort habe ihn Dr. W. untersucht und dabei erklärt, es liege eine deutliche Zwerchfellabsenkung vor, was ein Indiz für ein Lungenemphysem sei. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen sei dieser Verdacht im Arztbrief an den Hausarzt nicht mehr erwähnt worden. Die Voraussetzungen für das Ausnehmen der Rente von einer weiteren Erhöhung seien gleichfalls nicht erfüllt, da der Vollbeweis, dass die Erkrankung nicht berufsbedingt sei, nicht erbracht sei.

Mit Urteil vom 31. August 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine wesentliche Verschlimmerung der anerkannten Folgen der BK sei nicht eingetreten. Außerdem lägen die Voraussetzungen für ein "Einfrieren" der Rente nach [§ 48 Abs. 3](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) vor. Wegen der Einzelheiten wird auf das Urteil verwiesen.

Gegen das am 12. Oktober 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 11. November 2006 Berufung eingelegt.

Der Senat hat eine sachverständige Zeugenaussage des Dr. W. angefordert. Er hat angegeben, er habe den Kläger am 28. August 2003 behandelt. Dieser habe über eine akute Bronchitis geklagt. Es habe ein akuter Infekt bzw. eine Bronchitis vorgelegen. Das Vorliegen einer BK nach Nr. 4302 sei möglich, es liege aber keine relevante Einschränkung vor. Eventuell bestehe ein RADS. Hierzu hat er den bereits bekannten Bericht über die Untersuchung vom 29. August 2003 mit dem Ergebnis der Röntgenuntersuchung und der Bodyplethysmographie vorgelegt.

Der Kläger macht geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit 1994/95 erheblich verschlechtert. Er bezieht sich auf die von ihm bereits im Verfahren vor dem SG behaupteten Äußerungen des Dr. W. anlässlich der Untersuchung vom 28. August 2003. Die Beklagte sei auch nicht zum Einfrieren der Rente berechtigt gewesen. Das Sachverständigengutachten des Prof. Dr. D. belege nicht, dass die damalige Diagnose von Dr. T. fehlerhaft gewesen sei. In dem Gutachten und der Stellungnahme von Prof. Dr. D. werde das Vorhandensein einer obstruktiven Lungenerkrankung in Form der Hyperreagibilität nicht in Frage gestellt. Prof. Dr. D. äußere lediglich die Vermutung, die frühere Diagnose von Dr. T. sei unzutreffend gewesen und dass die Lungenerkrankung auch auf einen Nikotinabusus zurückgeführt werden könne. Der Sachverständige habe auch nur ausgeführt, es gebe gute Gründe, an einer Verursachung zu zweifeln.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31. August 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 11. November 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Juni 2005 zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach dem Protokoll des Dr. W. über die Lungenfunktionsprüfung aus dem Jahr 2003 liege eine obstruktive Lungenfunktionsstörung nicht vor. Die früheren Bescheide seien rechtswidrig. Voraussetzung für die Anerkennung einer BK nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV sei das Vorliegen einer manifesten obstruktiven Lungenfunktionsstörung. Ein unspezifisches hyperreagibles Bronchialsystem könne zwar die Vorstufe einer Obstruktion sein und zu seiner Feststellung würden pharmakodynamische Substanzen eingesetzt, doch könne aus einer bei einem solchen Provokationstest gemessenen Obstruktion nicht auf das Bestehen einer manifesten obstruktiven Atemwegserkrankungen geschlossen werden. Eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität habe von Anfang an (nach Ende der Exposition) nicht vorgelegen. Sie könne nicht auf die versicherte Tätigkeit zurückgeführt werden, da die Exposition gegenüber SO₂ und SO₃ kurzfristig bestanden habe. Dr. G.-S. habe am 9. Oktober 1990 keine Hyperreagibilität gemessenen. Diese habe Dr. T. erst 1992 festgestellt. Es fehle am zeitlichen Zusammenhang zwischen Exposition und Krankheitsbeginn. Hierzu hat sie u. a. das Merkblatt zur BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV und eine Stellungnahme des Arbeitsmediziners Prof. Dr. R., vertraglicher Beratungsarzt, vom 27. November 2008 zu den ihm in anonymisierter Form zur Verfügung gestellten Aktenunterlagen vorgelegt. Er hat u. a. ausgeführt, die fachärztliche Beurteilung durch Dr. T. vom 24. September 1992 sei aus sozialmedizinischer Sicht nicht unrichtig. Unter Berücksichtigung der Expositionbedingungen, der bestehenden Atembeschwerden und dem Nachweis einer leichtgradigen unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität am 7. September 1992 habe mit Wahrscheinlichkeit begründet werden können, dass die damals nachgewiesene bronchiale Hyperreagibilität im Sinne einer wesentlichen Teilsächlichkeit beruflich mit verursacht worden sei. Eine wesentliche Änderung der bereits anerkannten BK-Folgen im Sinne einer Verbesserung oder Verschlimmerung sei nicht eingetreten.

Der Kläger macht noch geltend, die gutachterliche Stellungnahme des Prof. Dr. R. sei bezüglich der Einschätzung der MdE nicht verwertbar, weil ihm die Beklagte für die Einholung dieser Stellungnahme keine drei Gutachter zur Wahl gestellt habe.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist nach den [§§ 143, 144](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig, aber nur teilweise begründet.

Soweit die Beklagte die Rechtswidrigkeit der Bescheide vom 12. Juli 1993, 27. Oktober 1993 und 10. Februar 1994 festgestellt und entschieden hat, die bewilligte Verletztenrente werde eingefroren und von künftigen Rentenanpassungen ausgespart, ist ihre Entscheidung rechtswidrig. Die Ablehnung der Gewährung höherer Verletztenrente ist dagegen nicht zu beanstanden.

Der Bescheid vom 12. Juli 1993, berichtigt mit Bescheid vom 27. Oktober 1993, sowie der Bescheid vom 10. Februar 1994, mit welchen die Beklagte das Vorliegen einer BK nach Nr. 4302 der Anlage zur BeKV anerkannt und die Gewährung von Verletztenrente bewilligt hat, sind bindend gewordene Verwaltungsakte mit Dauerwirkung.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt.

Soweit ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, darf er, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, (nur) unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 dieser Vorschrift ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden ([§ 45 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)). Eine Rücknahme ist nur unter Beachtung der in [§ 45 Abs. 3 SGB X](#) genannten Fristen möglich.

Nach [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) darf unter der Voraussetzung, dass ein rechtswidrig begünstigender Verwaltungsakt nach [§ 45 SGB X](#) nicht zurückgenommen werden kann, und eine Änderung nach [§ 48 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB X](#) zu Gunsten des Betroffenen eingetreten ist, die neu festzustellende Leistung nicht über den Betrag hinausgehen, wie er sich der Höhe nach ohne Berücksichtigung der Bestandskraft ergibt. Die für eine solche Abschmelzung erforderliche Rechtswidrigkeit der bindend gewordenen Verwaltungsentscheidung im Sinne des [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) ist dann anzunehmen, wenn aus damaliger Sicht der die Anerkennung einer BK verfügende und Verletztenrente bewilligende Bescheid so nicht hätte ergehen dürfen. Zur Beurteilung des medizinischen Ursachenzusammenhangs gilt auch bei der Rücknahme eines Verwaltungsaktes gemäß [§ 45 SGB X](#) bzw. einer Entscheidung gemäß [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit, d.h. es muss erwiesen sein, dass nach den Verhältnissen und den Beurteilungsmaßstäben im Zeitpunkt der Rentenbewilligung die für die Kausalität zwischen dem Versicherungsfall und dessen Folgen sprechenden Umstände den Grad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit nicht erreichen. Nicht erforderlich ist - entgegen der Auffassung des Klägers - der Vollbeweis, dass ein solcher Zusammenhang zwischen beruflichen Einwirkungen und Erkrankung nicht vorliegt (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 2. November 1999, [B 2 U 47/98 R](#), in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#) und vom 20. März 2007, [B 2 U 27/06 R](#), in [SozR 4-1300 § 45 Nr. 5](#)).

Ob ein bindend gewordener Bescheid nicht hätte ergehen dürfen, richtet sich nach den im Zeitpunkt seines Erlasses geltenden Bestimmungen und den damaligen allgemeinen medizinischen Erkenntnissen (BSG, Urteil vom 2. November 1999 [a.a.O.](#)).

BKen waren nach [§ 551 Abs. 1 Satz 2](#) Reichsversicherungsordnung (RVO) Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung

mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 genannten Tätigkeiten erlitten hat (entsprechend jetzt [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII] Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung oder mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden). Die Bundesregierung war bzw. ist ermächtigt, Erkrankungen in der Rechtsverordnung als BKen zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind (vgl. § 551 Abs. 1 Satz 3 erster Halbsatz RVO bzw. jetzt [§ 9 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB VII). Hierzu zählten bzw. zählen nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV (jetzt Nr. 4302 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung [BKV]) 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.

Für die Anerkennung einer Erkrankung als BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV mussten also folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Der Versicherte musste auf Grund seiner versicherten Tätigkeit chemisch-irritativ oder toxisch wirkenden Stoffen ausgesetzt gewesen sein, er musste an einer obstruktiven Atemwegserkrankung leiden und diese Erkrankung musste durch die versicherten Einwirkungen verursacht worden sein sowie den Versicherten zum Unterlassen aller gefährdenden Tätigkeiten gezwungen haben.

Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im Berufskrankheitenrecht gilt, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung, die das Bundessozialgericht in der Entscheidung vom 6. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R \(SozR 4-2700 § 8 Nr 17 = BSGE 96, 196-209\)](#) zusammengefasst dargestellt hat. Die Theorie der wesentlichen Bedingung hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der Ursache eines Erfolges jedes Ereignis ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der Bedingungstheorie werden im Sozialrecht als rechtserheblich aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Gesichtspunkte für die Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache sind insbesondere die versicherte Ursache bzw. das Ereignis als solches, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, konkurrierende Ursachen unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens und Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen der erstbehandelnden Ärzte sowie der gesamten Krankengeschichte. Trotz dieser Ausrichtung am individuellen Versicherten ist der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs im Einzelfall der wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Ursachenzusammenhänge zwischen Ereignissen und Gesundheitsschäden zu Grunde zu legen. Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang nach der Theorie der wesentlichen Bedingung positiv festgestellt werden muss und hierfür hinreichende Wahrscheinlichkeit genügt, nicht jedoch die bloße Möglichkeit.

Abweichend von einem Arbeitsunfall als einem zeitlich begrenzten Ereignis, das oftmals relativ eindeutig die allein wesentliche Ursache für einen als Unfallfolge geltend gemachten Gesundheitsschaden ist, ist die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs bei BKen in der Regel schwieriger. Denn angesichts der multifaktoriellen Entstehung vieler Erkrankungen, der Länge der zu berücksichtigenden Zeiträume und des Fehlens eines typischerweise durch berufliche Einwirkungen verursachten Krankheitsbildes bei vielen BKen, stellt sich letztlich oft nur die Frage nach einer wesentlichen Mitverursachung der Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen (BSG Urteil vom 27. Juni 2007 - [B 2 U 7/05 R](#) - UV-Recht Aktuell 2006, 510-515; Juris).

Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wurde gemäß § 581 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 548 RVO in der dem Grad der Erwerbsminderung entsprechenden Höhe gewährt, wenn und solange ein Verletzter infolge des Arbeitsunfalls in seiner Erwerbsfähigkeit um wenigstens ein Fünftel gemindert war und diese Minderung der Erwerbsfähigkeit über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus andauerte (§ 580 Abs. 1 RVO). War die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichten die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, bestand für jeden, auch einen früheren Versicherungsfall Anspruch auf Rente (§ 581 Abs. 3 Satz 1 RVO). Die Folgen eines Arbeitsunfalls waren nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. minderten (§ 581 Abs. 3 Satz 2 RVO). Entsprechende Regelungen finden sich nun in [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#), wobei die Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert sein muss.

Die MdE richtet und richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (so jetzt ausdrücklich [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#), mit dessen Inkrafttreten die früheren Kriterien zur Bemessung der MdE nach der RVO übernommen worden sind, vgl. BSG, Urteil vom 18. März 2003, [B 2 U 31/02 R](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, [B 2 U 14/03 R in SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Nach Maßgabe der vorgenannten rechtlichen Grundlagen waren der Bescheid vom 12. Juli 1993, geändert durch den Bescheid vom 27. Oktober 1993, sowie der Bescheid vom 10. Februar 1994, mit welchen die Beklagte das Vorliegen einer BK bindend anerkannt und die Gewährung von Verletztenrente bewilligt hat, nicht rechtswidrig. Die BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV erforderte nach dem oben

dargelegten u. a. den Nachweis (Vollbeweis) einer obstruktiven Atemwegserkrankung und die Feststellung, dass diese mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf als solche - nach Art und Umfang - nachgewiesene (Vollbeweis) berufliche Einwirkungen zurückzuführen ist.

Die Krankheit "obstruktive Atemwegserkrankung" ist ein Sammelbegriff für verschiedene akute und chronische Krankheiten des bronchopulmonalen Systems, die mit obstruktiven Ventilationsstörungen einhergehen. Fehlt es an der Obstruktion, liegen die Voraussetzungen nicht vor, weil der Verordnungsgeber mit dieser BK nur Erkrankungen mit einem bestimmten Schweregrad erfassen wollte, wie sich aus ihrer ursprünglichen Bezeichnung "Bronchialasthma" (vgl. die Nr. 41 der Sechsten BKVO vom 28. April 1961) und der weiteren Voraussetzung des Unterlassungszwangs ergibt. Die unspezifische bronchiale Hyperirritabilität bzw. Hyperreagibilität, die eine Variante der normalen Eigenschaft der Bronchialschleimhaut sind und eine Übersteigerung der Auslösbarkeit des Bronchialsystems darstellen, können die Lunge ebenfalls beeinträchtigen. Sie sind kein selbstständiges Krankheitsbild und fallen unter die Diagnose obstruktive Atemwegserkrankungen (vgl. BSG, Urteil vom 21. März 2006 - [B 2 U 24/04 R - SozR 4-1300 § 84 Nr 1](#) mwN).

Der Senat stellt anhand der vorliegenden ärztlichen Unterlagen zunächst fest, dass beim Kläger eine obstruktive Atemwegserkrankung im Sinne dieser Definition seit dem Gutachten von Dr. T. vom 24. September 1992 nachgewiesen ist. Die Diagnose einer unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität stützt sich auf Anamnese, Beschwerdebild und den inhalativen Test mit einer bronchokonstriktorisch wirkenden pharmakodynamischen Substanz wie Acetylcholin, Carbachol, Methacholin oder Histamin. Entscheidend ist letztlich das Ergebnis des inhalativen Tests (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 1126). Zwar notierte Dr. G.-S. bei der am 28. Mai 1990 durchgeführten Bodyplethysmographie nach der Inhalation von Acetylcholin nur einen minimalen Anstieg des Atemwegswiderstands, jedoch nicht in für ein hyperreagibles Bronchialsystem beweisende Bereiche. Auch bei der im Oktober 1990 durchgeführten Bodyplethysmographie war keine Obstruktion nachweisbar. Schließlich ergaben auch die Untersuchungen während des Heilverfahrens im Januar/Februar 1991 keine Ventilationsstörung. Aber Dr. T. stellte am 7. September 1992 eine ausgeprägte provozierbare Atemwegsobstruktion durch Carbachol 1% fest, sodass feststeht, dass der Kläger zu diesem Zeitpunkt an einer obstruktiven Atemwegserkrankung gelitten hat.

Des weiteren stellt der Senat anhand der vorhandenen Unterlagen fest, dass der Kläger seit seinem im Jahr 1989 beginnenden Einsatz als Anlagenfahrer in der Sulfonierungsanlage während der Versuchsphase 1989/1990 durch kurzfristige LE.agen, die mit Hilfe von Drägerprüfröhrchen auch ohne Maske gesucht werden mussten, SO₂ in Gasform und SO₃ in Form von Nebeln ausgesetzt war. Hierbei handelt es sich um sogenannte Reizgase. Sowohl gegenüber Dr. S., als auch gegenüber Dr. G.-S. gab der Kläger in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang an, dass es infolge des beruflich bedingten Gaskontakts jeweils zu Verschlechterungen, bzw. Exazerbationen der chronischen Bronchitis gekommen war. Diesen Arbeitsplatz gab der Kläger am 13. April 1992 auf.

Schließlich stellt der Senat anhand der vorliegenden Unterlagen fest, dass der Kläger nach seinen eigenen Angaben seit dem 16. bzw. 17. Lebensjahr Raucher ist. Dr. S., der den Kläger seit Oktober 1988 behandelnde Arzt, hat bereits bei der ersten Konsultation über der Lunge trockene Rasselgeräusche erhoben und dem Kläger nahegelegt, den Zigarettenkonsum einzuschränken. Gegenüber der Lungenärztin Dr. G.-S. gab der Kläger am 28. Mai 1990 an, er rauche eine Schachtel Zigaretten am Tag und leide seit Jahren an einer chronisch-rezidivierenden Bronchitis, die sich nach beruflich bedingter Exposition gegenüber Schwefel- und Oleumdämpfen verschlechtere. Gegenüber Dr. T. hat der Kläger am 7. September 1992 angegeben, dass er bis Januar 1991 täglich eine Packung Zigaretten geraucht hat und seither noch 10 Stück am Tag. Somit konnte die im Januar/Februar 1991 während des Heilverfahrens erreichte Abstinenz nicht aufrecht erhalten werden. Ca. 10 Zigaretten am Tag räumte der Kläger auch während des Reha-Verfahrens in St. B. im Juni/Juli 1994 und nach vorübergehender Reduzierung auf 3 bis 4 Zigaretten im Januar 1995 gegenüber Dr. B. im Oktober 1995 ein. Auch gegenüber Prof. Dr. D. wurde im Dezember 2003 wieder ein täglicher Konsum von 10 Zigaretten angegeben, sodass es schlüssig und überzeugend ist, dass beim Kläger sich kumulativ bis zu diesem Zeitpunkt 33 Packungsjahre angesammelt haben.

Allerdings trifft es auch zu, dass die - von der Beklagten als Folge der BK anerkannte - Hyperreagibilität des Bronchialsystems nach dem aktenkundigen Verlauf der Erkrankung des Klägers nicht in engem zeitlichen Zusammenhang mit den genannten Expositionen aufgetreten ist. Wie bereits dargelegt, notierte Dr. G.-S. noch während der Expositionszeit bei der am 28. Mai 1990 durchgeführten Bodyplethysmographie nach der Inhalation von Acetylcholin einen minimalen Anstieg des Atemwegswiderstands, jedoch nicht in für ein hyperreagibles Bronchialsystem beweisende Bereiche. Auch bei der im Oktober 1990 durchgeführten Bodyplethysmographie war keine Obstruktion nachweisbar. Schließlich ergaben auch die Untersuchungen während des Heilverfahrens im Januar/Februar 1991 keine Ventilationsstörung. Erst Dr. T. stellte am 7. September 1992 eine ausgeprägte provozierbare Atemwegsobstruktion durch Carbachol 1% fest. Somit war die Hyperreagibilität erst mehr als ein Jahr nach der in den Jahren 1989/1990 länger andauernden intensiven Exposition gegenüber SO₂/SO₃ und knapp fünf Monate nach Aufgabe seiner Tätigkeit in der Sulfonierungsanlage am 13. April 1992 nachweisbar.

Nach den von Prof. Dr. D. zitierten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen aus den Jahren 1994, 1997 und 2002 kommen obstruktive Atemwegserkrankungen nach akuter Reizgasinhalation eher selten vor. Verlangt wird auch eine hohe akute Exposition, wobei aber die dadurch hervorgerufene bronchiale Hyperreagibilität bereits innerhalb von 4 bis 6 Wochen nachweisbar ist und sich nach Expositionsbeendigung normalerweise wieder zurückbildet. Diesen Kriterien gehorchen die beim Kläger aufgetretenen Krankheitserscheinungen nicht. Weder war, wie bereits ausgeführt, die bronchiale Hyperreagibilität bereits innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Exposition nachweisbar, noch hat sie sich nach dem Ende der Exposition (welche nach der unbestrittenen Meldung der Arbeitgeberin lediglich in der Versuchsphase der Sulfonierungsanlage in den Jahren 1989 und 1990 stattfand) zurückgebildet. Vielmehr hat sie nach den vorliegenden ärztlichen Äußerungen von Dr. G.-S. (August 1993), Dr. B. (Januar 1994, Januar und Oktober 1995) und Dr. T. (April 1997) zumindest in den 90er Jahren unverändert fortbestanden und war nach den Darlegungen von Dr. G. (Februar 1997) auch behandlungsbedürftig. Erst im Januar 2002 (Dr. B.) und im September 2003 (Dr. G.-S.) ergaben die Untersuchungen keine ausreichenden Hinweise mehr auf eine bronchiale Hyperreagibilität, während sich bei Prof. Dr. D. im Dezember 2003 noch ein geringgradiges Fortbestehen der Hyperreagibilität zeigte, das aber lediglich zu einer Belastungsatemnot bei Ozonexposition und Exposition gegenüber anderen Reizstoffen führte. Die weiteren Beschwerden, wie Husten und Auswurf, sind aber Folge des fortgesetzten Nikotinabusus.

Allerdings waren die von Prof. Dr. D. angeführten wissenschaftlichen Erkenntnisse im Zeitpunkt der Bescheiderteilung noch nicht veröffentlicht. Andererseits hat sich Dr. T. im Gutachten vom 24. September 1992, im Gegensatz zu den Folgegutachten von Dr. B. vom 3. Januar 1994 und vom 2. Januar 1995, auch mit dem Rauchverhalten des Klägers auseinandergesetzt und ausgeführt, dass die ausgeprägte provozierbare Atemwegsobstruktion durch Carbachol 1% nicht als Folge des zwischenzeitlich reduzierten Nikotinabusus angesehen werden

könne. Im Übrigen hat Prof. Dr. D. auch lediglich "Zweifel" an der Berechtigung der Anerkennung der Hyperreagibilität als BK und damit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen ihr und den beruflichen Einwirkungen geäußert.

Schließlich hat aber auch Prof. Dr. R. in der von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme vom 27. November 2008 bestätigt, dass die Beurteilung des Dr. T. vom 24. September 1992, der sich sowohl die Gewerbeärztin Dr. E. am 12. Januar 1993 als auch der beratende Arzt Dr. St. am 3. Mai 1993 angeschlossen hatten, nicht unrichtig war.

Soweit die Beklagte einwendet, dass bereits laut Merkblatt zur BK Nr. 4301 der Anlage 1 zur BeKV aus dem Jahr 1979 der zeitliche Zusammenhang zwischen Exposition und Krankheitsbeginn bedeutsam ist, widerlegt dies die Auffassung von Dr. T. und jetzt Prof. Dr. R. nicht, dass die länger dauernde Einwirkung der Reizgase SO₂ und SO₃ mindestens teilursächlich zu einer unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität geführt hat. Zum einen sind dem vorgelegten Merkblatt keine Zeiträume zu entnehmen, in denen die Erkrankung aufgetreten sein muss, zum anderen ist nicht feststellbar, dass die Beurteilung des Dr. T., dass eine Erkrankung im Sinne der Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV vorlag und mit Wahrscheinlichkeit auf die beruflichen Einwirkungen zurückzuführen war, die zur Anerkennung der BK geführt hat, die zum damaligen Zeitpunkt bekannten wissenschaftlichen Erkenntnisse außer Acht gelassen hat.

Im Übrigen hat der Kläger gemäß dem Gutachten von Dr. T. vom 24. September 1992 und zur Überzeugung des Senats die gefährdende Tätigkeit am 13. April 1992 mit dem Wechsel in die Abteilung "Dove", zu einem Zeitpunkt, zu dem eine durch die BK bedingte MdE um 20 v.H. vorlag (Dr. E. und Dr. St.), endgültig aufgegeben.

Daher kann der Senat nicht feststellen, dass die die BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BeKV anerkennenden Entscheidungen im Zeitpunkt ihres Erlasses rechtswidrig begünstigend waren.

Somit ist die Entscheidung der Beklagten, soweit diese die Rechtswidrigkeit ihrer früheren Entscheidungen festgestellt und das Einfrieren der bewilligten Verletztenrente und deren Aussparung von künftigen Rentenanpassungen verfügt hat, rechtswidrig und aufzuheben.

Soweit der Kläger dagegen die Gewährung höherer Verletztenrente als nach einer MdE um 20 v.H. begehrt, ist dies unbegründet, da jedenfalls eine Verschlimmerung der Folgen der anerkannten BK und eine dadurch bedingte MdE um mehr als 20 v.H. nicht feststellbar ist. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus dem von der Beklagten eingeholten Gutachten des Prof. Dr. D., wonach jedenfalls eine Verschlimmerung der durch berufliche Einwirkungen bedingten und insoweit als BK anerkannten Erkrankungen nicht feststellbar ist. Vielmehr sind die fortbestehenden klinischen Beschwerden wie Husten und Auswurf auf den Nikotinabusus des Klägers zurückzuführen. Die als Folge der BK anerkannte bronchiale Hyperreagibilität führt allenfalls noch zu Atemnot bei Reizexposition. Auch unter Berücksichtigung der vorliegenden Äußerungen der behandelnden Ärzte ist eine entsprechende Verschlimmerung, die die Feststellung einer höheren MdE rechtfertigen könnte, nicht nachgewiesen. Dies ergibt sich ferner aus der als qualifizierten Beteiligtenvortrag verwertbaren gutachterlichen Stellungnahme des Prof. Dr. R. ... Diese ist - entgegen der Ansicht des Klägers - verwertbar, da kein Verstoß gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen vorliegt, nachdem die Unterlagen dem Gutachter in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt worden sind. Ferner liegt kein Verstoß gegen die Bestimmungen, wonach vom Unfallversicherungsträger drei Gutachter zur Wahl gestellt werden müssen, vor, weil es sich bei Prof. Dr. R. nach der mit ihm getroffenen und von der Beklagten vorgelegten Vereinbarung um einen vertraglich an die Beklagte gebundenen Beratungsarzt handelt. Letztlich kann dies jedoch dahinstehen, da - wie dargelegt - bereits auf Grund der weiteren vorliegenden ärztlichen Äußerungen eine Verschlimmerung der Unfallfolgen nicht festgestellt werden kann. Da die Beklagte sonach zu Recht die Gewährung höherer Verletztenrente abgelehnt hat, hat die Berufung insoweit keinen Erfolg.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-08-03