

## L 10 U 5696/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 1 U 3096/04  
Datum  
21.09.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 10 U 5696/06  
Datum  
10.12.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.09.2006 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu er-statten.

Tatbestand:

Streitig ist die Feststellung einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung als Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (- BKV -, im Weiteren: BK 4302).

Berufungsbeklagte ist die Witwe des am 1948 geborenen und am 2007 verstorbenen Ver-sicherten S. S. mit dem sie bis zu dessen Tod in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat. Der aus Jugoslawien stammende Versicherte verrichtete im Heimatland in der Zeit von Juli 1966 bis Feb-ruar 1967 und von März bis August 1969 Schweißarbeiten im Elektrolichtbogenverfahren ohne Absaugung mit einem Anteil von ca. 30% der Arbeitszeit. In Deutschland verrichtete er als Sani-tätsinstallateur von Januar 1974 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 11.01.1999 (zunächst bei der Fa. L. und ab 1986 bei der Fa. F. Haustechnik) Schweißarbeiten (70% im Wolfram-Inertgasschweißverfahren [WIG], 20% im Elektrolichtbogenverfahren und 10% autogen) mit einem Anteil von 60 % der Arbeitszeit, wobei er Kontakt zu Schweißpaste und - im Elektrolicht-bogenverfahren - zu Schweißrauchen hatte. Die ab 1986 zur Verfügung stehende Schutz-aus-rüstung benützte er nach eigenen Angaben nicht, die ab diesem Jahr ebenfalls installierten Absaugrüssel wurden in der praktischen Anwendung nicht konsequent mitgeführt (Stel-lungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes der Beklagten vom 04.04.2003 nach Befragung des Versicherten und des letzten Arbeitgebers). Der Versicherte rauchte ungefähr sei dem 18. Lebensjahr bis ungefähr 1998/99 ca. 20 Zigaretten täglich (nach eigenen Angaben bei der arbeitsmedizinischen Voruntersuchung vom 31.1.1985 sogar 40 Zigaretten täglich) und war auch danach noch Tabakrauch ausgesetzt (Rauchen von Pfeife und Zigarre; Passivrauchen wegen des Zigarettenkonsums seiner Ehefrau und der noch beim Versicherten lebenden zwei Kinder).

Auf die Anzeige des Verdachts u.a. einer BK Nr. 4302 wegen einer obstruktiven Atemwegs-erkrankung durch Schweiß- und Löt-rauche durch den Arzt für Allgemeinmedizin und Arbeits-medizin Dr. Bühler vom 21.10.2002 holte die Beklagte zunächst einen BK-Beratungsarztbericht des Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. V. ein, der nach Befragung und Unter-suchung des Versicherten eine schwere chronisch obstruktive Atemwegserkrankung mit Lungen-emphysem und schwergradiger, noch gering reversibler, obstruktiver Ventilationsstörung be-stätigte, deren Hauptursache der vom Versicherten betriebene inhalative Tabakkonsum (ca. 33 packyears) sei. Da wegen der häufigen beruflichen Exposition gegenüber Schweißrauchen die Möglichkeit einer beruflichen Mitverursachung der Atemwegserkrankung im Sinne einer richtungsweisenden Verschlimmerung nicht absolut von der Hand zu weisen sei, empfahl er weitere Ermittlungen.

In einem für die Beklagte nach Untersuchung des Versicherten am 25.11.2003 erstatteten Gut-achten kam der Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Prof. Dr. D. zu dem Ergebnis, es bestehe eine schicksalhaft erworbene chronisch obstruktive Bronchitis mit schwerer obstruktiver Ventilationsstörung. Eine Berufserkrankung im Sinne der BKV, die zur Unterlas-sung aller Tätigkeiten gezwungen hätte, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich gewesen sei, liege nicht vor. Alle nachzuweisenden klinischen, radiologischen und lungenfunktionellen Veränderungen beim Versicherten seien aus-reichend durch den langjährigen Nikotinkonsum erklärbar.

Mit Bescheid vom 05.02.2004 und Widerspruchsbescheid vom 07.05.2004 lehnte die Beklagte u.a. die Feststellung der Atemwegserkrankung des Versicherten als Berufskrankheit nach der BK 4302 ab.

Im Rahmen der hierauf vom Versicherten am 17.05.2004 beim Sozialgericht Stuttgart erhobenen und u.a. auf Feststellung einer BK 4302 sowie Gewährung einer Verletztenrente gerichteten Klage ist ein lungenärztliches Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch den In-ternisten und Lungenarzt Dr. N. eingeholt worden. Dieser hat nach Untersuchung des Versicherten am 03.02.2005 die Voraussetzungen einer BK 4302 zum 11.01.1999 als erfüllt angesehen. Beim Versicherten bestehe eine schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit respiratorischer Partialinsuffizienz in Folge der ab 1970 ohne Atemschutz und ohne Absaugung ausgeübten Schweißertätigkeit, bei der er verschiedenen Stoffen ausgesetzt gewesen sei, die auf chemisch-irritativem oder toxischem Weg eine obstruktive Atemwegserkrankung auslösen könnten. Unstreitig habe der Versicherte auch geraucht - nach eigenen Angaben ab dem 18. Lebensjahr täglich 20 Zigaretten - und rauche nach wie vor gelegentlich. Der rasante Abfall seiner Lungenfunktionswerte (FEV1-Wert = Forciertes Expiratorisches Volumen in 1 Sekunde) zwischen den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vom 31.01.1985 (Normalwerte) und vom 14.09.1999 (52% des Solls) könne allerdings nicht allein durch inhalatives Zigarettenrauchen und den beim Versicherten ebenfalls bestehenden gastroösophagealen Reflux - weitere konkurrierende Faktoren bestünden nicht - erklärt werden.

Dem hat Prof. Dr. D. in einer von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme widersprochen. Der von Dr. N. angeführte schlechte FEV1-Wert vom 14.09.1999 relativiere sich angesichts der erheblichen Schwankungen der Lungenfunktionswerte nach der Berufsaufgabe im Jahre 1999. Das seit vielen Jahren bestehende chronische Sodbrennen könne nach heutigem Kenntnisstand zur Verschlechterung einer existierenden Lungenerkrankung beitragen und chronischen Husten, möglicherweise sogar asthmatische Beschwerden, auslösen. Weiterer berufsabhängiger Faktor seien die - möglicherweise bereits durch die vom Versicherten angegebene Pneumonie im Kindesalter ausgelösten - Bronchiektasen. Gegen eine berufsbezogene Verursachung der Atembeschwerden sprächen das Fehlen einer deutlich expositionsbezogenen Dynamik sowie die Angaben des Versicherten, weder im Urlaub noch am Wochenende oder nach Aufgabe des Berufes eine Verbesserung der Atembeschwerden gespürt zu haben.

Dr. N. ist in der hierzu vom Sozialgericht eingeholten Stellungnahme dabei geblieben, es spreche mehr dafür als dagegen, dass das inhalative Zigarettenrauchen bzw. der Säurereflux nicht für den Verlust an Lungenfunktion zwischen 1985 und 1999 verantwortlich seien. Die Abnahme des FEV1 zwischen 1999 und 2005 könne auch unter Berücksichtigung der von Prof. Dr. D. herausgearbeiteten Schwankungsbreite problemlos darauf zurückgeführt werden, dass der Versicherte - so der erhöhte cOHB-Wert - auch jetzt noch rauche. Bei Entwicklung einer chronisch obstruktiven Erkrankung sei auch folgerichtig, dass es weder im Urlaub noch am Wochenende oder nach Aufgabe des Berufes zu einer Verbesserung der Atembeschwerden gekommen sei, denn ein Asthma bronchiale mit naturgemäß wechselnden Lungenfunktionswerten liege beim Versicherten nicht vor. Die Bronchiektasen beim Versicherten seien zur Zeit seiner beruflichen Tätigkeit völlig asymptomatisch gewesen und müssten auch nicht zu einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung führen.

Der Präventionsdienst der Beklagten ist in einer weiteren Stellungnahme vom 13.10.2005 nach Auswertung der Angaben des Versicherten und von arbeitsmedizinischer Literatur zu dem Ergebnis gelangt, es sei bis zur Installation von Absaugvorrichtungen am Arbeitsplatz des Versicherten im Jahre 1986 von einer zwölfjährigen gesundheitsgefährdenden Belastung des Versicherten auszugehen, weil die relevanten spezifischen Grenz- bzw. Schichtmittelwerte beim Schweißen ohne Absaugvorrichtung und zudem ohne Atemschutz in der Regel überschritten worden seien.

Hierzu hat die Beklagte eine weitere Stellungnahme von Prof. Dr. D. vorgelegt, der ausgeführt hat, Dr. N. gehe zu Unrecht davon aus, dass ein jährlicher Abfall des FEV1-Wertes allein durch Zigarettenrauchen nicht mehr als 70 ml betragen könne. Hierbei handele es sich nur um einen Mittelwert, von dem im Einzelfall erhebliche Abweichungen auftreten könnten. Angaben über den Abfall der FEV1 infolge von Schweißarbeiten gebe es hingegen nicht. Außerdem berücksichtige Dr. N. nicht, dass der Versicherte zeitgleich mit der Berufsaufgabe das Zigarettenrauchen erheblich eingeschränkt und eine intensive medikamentöse Therapie aufgenommen habe. Beides sei geeignet, zu einer gewissen Abflachung des FEV1-Verlaufs über Jahre hinweg beizutragen. Die Stellungnahme des Präventionsdienstes sei bei einem 70 %-Anteil des kaum mit relevanten Rauchbelastungen verbundenen WIG-Schweißens nicht nachvollziehbar. Eine chronisch obstruktive Bronchitis werde bei Schweißern als überhäufig beschrieben, aber ohne Bezug zu einer bestimmten Schweißart. Ihm seien keine Arbeiten zur Verursachung durch WIG-Schweißen bekannt. Akute toxische Reaktionen auf Schweißrauche seien beim Versicherten nicht aktenkundig. Wegen der relativ geringen inhalativen Belastung von etwa 20% der Arbeitszeit und eines nur mäßigen Zusammenhangs zwischen Schweißen und dem Entstehen einer chronisch obstruktiven Bronchitis einerseits und dem eindeutigen Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und chronisch obstruktiver Bronchitis andererseits sei eine Berufskrankheit im Sinne der Entstehung nicht plausibel. Wenn der Präventionsdienst nunmehr eine regelmäßige relevante inhalative Belastung am Arbeitsplatz annehme, müsse man hinsichtlich der Entstehung (gemeint: Verschlimmerung) der chronisch obstruktiven Bronchitis eine Teilursache auch in der inhalativen Belastung am Arbeitsplatz anerkennen. Vorstellbar sei eine zusätzliche Verschlimmerung von etwa 20% durch die berufliche Belastung.

Mit Urteil vom 21.09.2006 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verurteilt, beim Versicherten eine Atemwegserkrankung als BK 4302 anzuerkennen und ihm eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 v.H. ab 20.08.2002 zu gewähren. In den Gründen hat das Sozialgericht ausgeführt, aufgrund der Feststellungen von Dr. N. und Prof. Dr. D. stelle die berufliche Schweißertätigkeit des Versicherten neben dem jahrelangen Nikotinabusus eine wesentliche Teilursache für seine Lungenerkrankung dar. Aufgrund des stark abgesunkenen FEV1-Wertes, der nicht allein dem starken Zigarettenrauchen angelastet werden könne, sei Dr. N. zur hinreichenden Wahrscheinlichkeit einer Mitverursachung der Lungenerkrankung durch jahrzehntelange Schweißarbeiten des Versicherten gekommen. Wie Prof. Dr. D. halte die Kammer nach eigener Prüfung nur eine MdE von 20 v.H. für berufsbedingt.

Gegen das am 23.10.2006 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 14.11.2006 Berufung eingelegt. Prof. Dr. D. habe zu Recht darauf hingewiesen, dass die Aussage des Präventionsdienstes, die Grenzwerte seien beim Schweißen in der Regel überschritten worden, bei einem Anteil von 70% des kaum zur Raumentwicklung führenden WIG-Schweißens und von 20% des nur mit geringer Raumentwicklung verbundenen Elektrolichtbogenschweißens nicht nachvollziehbar sei. Selbst bei Annahme einer schädigenden Tätigkeit sei ein ursächlicher Zusammenhang der chronisch obstruktiven Bronchitis wegen der konkurrierenden Ursachen (Nikotinabusus, chronisches Sodbrennen, Bronchiektasen) nicht ausreichend wahrscheinlich. Alleine aufgrund des Vorliegens von entsprechenden Einwirkungen sei nicht automatisch ein Ursachenzusammenhang mit obstruktiven Atemwegserkrankungen zu bejahen. Der von Prof. Dr. D. geschätzte Verursachungsanteil von 20% stelle keine rechtlich wesentliche Teilursache dar. Eine eventuelle Rente könne keinesfalls am 20.08.2002 beginnen, da der Versicherte zu diesem Zeitpunkt noch arbeitsunfähig gewesen sei und Krankengeld bezogen habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.09.2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.09.2006 insoweit abzuändern, als die Rente erst nach dem Ende des Krankengeldbezuges beginnt und die Klage hinsichtlich eines Rentenbeginns ab 20.08.2002 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte dürfe sich nicht auf die Unklarheit der Einschätzung der arbeitstechnischen Voraussetzungen ihres eigenen Präventionsdienstes berufen.

Der Präventionsdienst der Beklagten hat in einer weiteren Stellungnahme vom 08.08.2007 unter Hinweis auf beigefügte berufsgenossenschaftliche Abhandlungen über Gesundheitsgefahren von atembaren Schadstoffen in Schweiß- und Schneidrauchen für die Zeit von Januar 1974 bis April 1986 eine in 12% der Arbeitszeit grenzwertüberschreitende und damit als gesundheitsgefährdend einzustufende Schweißstätigkeit des Versicherten für das Lichtbogenschweißen nochmals bestätigt.

Nach Befragung behandelnder Ärzte hat der Senat ein pneumologisches Gutachten nach Aktenlage mit ergänzender Stellungnahme bei Prof. Dr. H. eingeholt. Darin ist der Sachverständige zu dem Ergebnis gekommen, bei dem Versicherten habe wahrscheinlich auf der Basis des jahrelangen inhalativen Nikotinkonsums bereits eine Vorschädigung bestanden, die durch die berufliche Exposition am Arbeitsplatz richtungweisend verschlimmert worden sei. Bei chronischer Bronchitis und Bronchialasthma könne durch Schweißrauchen an schlecht gelüfteten Arbeitsplätzen eine bestehende Bronchialsymptomatik verstärkt werden. Die aus der Aktenlage hervorgehenden beruflichen Belastungen hätten einen ausreichenden Umfang, um als geeignete Ursache für eine obstruktive Lungenerkrankung angesehen zu werden. Die berufliche Verursachung sei mit einem Drittel der Gesamt-MdE anzunehmen, die im Jahre 2002 aufgrund der funktionellen Einschränkungen der Lungenfunktionsparameter und der Einschränkung des Gasaustausches mit 60 v.H. zu bewerten sei. Die von Dr. R. berichtete respiratorische Verschlechterung von 2002 bis 2005 ergebe sich aus den vorliegenden Blutgasanalysen nicht. Im Ergebnis sei dem Urteil des Sozialgerichts beizupflichten, dass als berufliche Verursachung eine MdE von 20 v.H. ab 2002 zuzugestehen sei.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässig.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid vom 05.02.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.05.2004, mit dem die Beklagte (ausschließlich) eine BK ablehnte, und zwar - da der Versicherte im erstinstanzlichen Verfahren seinen Antrag hierauf beschränkt hat - bezogen auf die BK 4302. Da die Beklagte im angefochtenen Bescheid über Entschädigungsleistungen nicht entschieden hat, weil nach ihrer Auffassung bereits keine BK vorliegt, hat der Versicherte (lediglich) eine mit der (Teil)Anfechtung des Bescheides kombinierte Feststellungsklage nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) erheben können (vgl. BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 45/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 2](#)). Dies hat er bei sinnentsprechender Auslegung seines Vorbringens auch getan.

Der Senat lässt offen, ob die Klägerin, die den Rechtsstreit als Sonderrechtsnachfolgerin ([§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -) weiterführt, in dieser Eigenschaft hinsichtlich der Anfechtungs- und Feststellungsklage passiv legitimiert ist. Immerhin bezieht sich [§ 56 SGB I](#) allein auf fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen (einschließlich insoweit anhängiger Verfahren, vgl. BSG, Urteil vom 01.09.1999, [B 13 RJ 49/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 86 Nr. 3](#) und Urteil vom 07.12.2004, [B 1 KR 6/03 R](#) in [SozR 4-2500 § 51 Nr. 1](#)), was für eine kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nicht ohne weiteres zu bejahen sein dürfte. Offen bleiben kann auch, ob die Klägerin eine derartige Befugnis aus dem Umstand herleiten kann, dass neben der Feststellungsklage auch eine Leistungsklage auf Verletztenrente und damit laufende Geldleistungen im Streit stehen. Denn eine derartige Leistungsklage ist - unabhängig von der Frage, ob der Anspruch in erster Instanz von vornherein oder erst später im Wege der Klageerweiterung geltend gemacht worden ist - in Ermanglung einer Verwaltungsentscheidung der Beklagten über einen derartigen Anspruch unzulässig (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 30.10.2007, [B 2 U 4/06 R](#) in [SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5](#)). Sind aber Ansprüche auf Geldleistungen nicht zulässigerweise im Streit und ist das Verwaltungsverfahren bei der Beklagten durch den angefochtenen Bescheid abgeschlossen (vgl. [§ 8](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch), steht ein Erlöschen möglicher Leistungsansprüche des Versicherten nach [§ 59 SGB I](#) im Raum (siehe hierzu allerdings BSG, a.a.O., wo auf die Bestandskraft der - allerdings die Leistung ablehnenden - Verwaltungsentscheidung abgestellt wird). Dies und die Frage, inwieweit ein solches Erlöschen von Leistungsansprüchen wiederum Auswirkungen auf das Feststellungsinteresse der Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin hätte, bedarf hier ebenso wenig einer Klärung wie Fragen nach möglicherweise im Raum stehenden Hinterbliebenenleistungen und einem daraus abzuleitenden Feststellungsinteresse der Klägerin als Hinterbliebene.

Denn die Berufung der Beklagten ist unabhängig von diesen Fragen in vollem Umfang begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht unter Aufhebung des Bescheides vom 05.02.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.05.2004 verurteilt, eine BK 4302 anzuerkennen und mit einer Verletztenrente zu entschädigen. Denn eine solche Berufskrankheit ist nicht festzustellen.

Berufskrankheiten sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung oder mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte in Folge einer den Versicherungsschutz nach den [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung Krankheiten 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 ([§ 9 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB VII). Hierzu zählen nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur 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.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Folge der Berufskrankheit geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Die medizinischen Voraussetzungen einer BK 4302 sind erfüllt. Sowohl Prof. Dr. D. als auch die gerichtlichen Sachverständigen haben eine obstruktive Atemwegserkrankung in Form einer chronischen Bronchitis beim Versicherten bestätigt.

Weiter steht aufgrund der Stellungnahmen des Präventionsdienstes der Beklagten vom 13.10.2005 und 08.08.2007 fest, dass der Versicherte in der Zeit von Januar 1974 bis April 1986 (Installation einer Absauganlage) bei dem mit einem Anteil von 12 % der Arbeitszeit ausgeführten Lichtbogenschweißen Schadstoffen in Folge der Bildung von Schweißrauch ausgesetzt war, die die relevanten spezifischen Grenz- bzw. Schichtmittelwerte in der Regel überschritten haben und damit als gefährdend im Sinne der BK 4302 einzustufen sind. Der Präventionsdienst hat dabei die vom Arbeitgeber ausdrücklich bestätigten Angaben des Versicherten über Art und Umfang der von ihm verrichteten Schweißarbeiten zu Grunde gelegt. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 4302 sind damit ebenfalls erfüllt.

Es ist jedoch nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die Atemwegserkrankung des Versicherten wenigstens im Sinne einer Teilursache durch die Einwirkungen am Arbeitsplatz verursacht oder wesentlich verschlimmert wurde. Die Beklagte hat hierzu vorgetragen, dass es für die Bejahung des ursächlichen Zusammenhangs nicht ausreicht, aus der Exposition auf die Verursachung des Leidens zu schließen, vor allem dann nicht, wenn - wie im vorliegenden Fall - konkurrierende Ursachen vorliegen, und dass die medizinischen Gutachter gerade eine solchen "Automatismus" zugrunde legen. Dem schließt sich der Senat im Wesentlichen an.

Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im Berufskrankheitenrecht gilt, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). 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 entfiel (conditio sine qua non). Als rechtserheblich werden im Sozialrecht 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 aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Ursachenzusammenhänge zwischen Ereignissen und Gesundheitsschäden zugrunde 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 mit seinem 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 27.06.2006, [B 2 U 7/05 R](#)).

Einen ursächlichen Beitrag der Belastung des Versicherten am Arbeitsplatz durch Schweißrauche für seine Atemwegserkrankung vermag der Senat nicht festzustellen. Er schließt sich dabei dem von Prof. Dr. D. erstellten Gutachten vom 08.01.2004 und den ergänzenden Stellungnahmen vom 08.06.2005 und vom 07.02.2006 an, soweit darin ausgeführt wird, dass alle nachzuweisenden klinischen, radiologischen und lungenfunktionellen Veränderungen beim Versicherten ausreichend durch seinen langjährigen Nikotinkonsum erklärbar sind und auch aus dem Verlauf der Erkrankung die Zusammenhangsfrage nicht ausreichend zu klären ist. Damit kann die schädigende Einwirkung durch die Schweißrauche hinweggedacht werden, ohne dass die Atemwegserkrankung des Versicherten entfiel. Dies gilt auch hinsichtlich des Zeitpunkts ihres Eintritts und ihres Umfangs, so dass auch bei Annahme einer berufsabhängigen Entstehung der Bronchitis des Versicherten eine Verschlimmerung durch die Schweißertätigkeit nicht anzunehmen ist.

Zutreffend hat Prof. Dr. D. unter Berücksichtigung der eigenen Angaben des Versicherten zu Grunde gelegt, dass als konkurrierende Ursache für die chronische Bronchitis - neben der schädigenden Einwirkung durch Schweißrauche - in der Zeit von 1966 bis mindestens 1998 ein beträchtlicher Zigarettenkonsum in einem Umfang von wenigstens 20 Zigaretten täglich vorlag, der das Entstehen einer chronisch-obstruktiven Bronchitis begünstigt. Hiervon sind auch Dr. N. und Prof. Dr. H. ausgegangen. Prof. Dr. H. hat zur schädigenden Wirkung des Tabakkonsums ergänzend ausgeführt, dass Hauptursache der chronischen Bronchitis das Rauchen sei und jeder zweite Raucher im Alter über 40 Jahren an einer chronischen Bronchitis leide. Außerdem geht der Senat davon aus, dass ein inhalativer Tabakkonsum beim Versicherten über den vom ihm angegebenen Zeitpunkt hinaus vorgelegen hat. Zum einen sind seine Angaben zum Beendigungszeitpunkt wechselnd. So gab er bei Dr. D. am 25.11.2003 an, er habe - mit Ausnahme gelegentlichen Pfeifenrauchens - bis drei Jahre zuvor das Zigarettenrauchen aufgegeben. In der Begründung seines Widerspruchs zum Bescheid vom 05.02.2004 gab er hingegen als Aufgabzeitpunkt (mit Ausnahme von etwa einer Pfeife pro Tag) das Jahr 1996 an, am 03.02.2005 bei Dr. N. wiederum das Jahr 1998. Dabei erscheint dem Senat als Zeitpunkt der Aufgabe des Zigarettenkonsums am ehesten der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit (Januar 1999) plausibel. Zum anderen war der Versicherte nach eigenen Angaben bis zu seinem Tod Tabakrauch ausgesetzt. So hat er selbst eingeräumt (u.a. gegenüber Dr. V. und Dr. N.), weiterhin Pfeife bzw. Zigarren geraucht zu haben; eine weitere Belastung ergibt sich aus der Tatsache (u.a. Angaben des Versicherten gegenüber Dr. N.), dass seine Ehefrau und seine weiter bei ihm wohnenden Kinder ebenfalls zu Hause geraucht haben, ebenso die weitere Tochter bei Besuchen. Ein derartiges Persistieren der Lungenbelastung durch das Rauchen ist durch die von Dr. D. am 25.11.2003 und von Dr. N. am 03.05.2005 erhobenen cOHb-Werte bestätigt. Damit steht für den Senat fest, dass der Versicherte auch nach Januar 1998 bzw. 1999 noch - sei es als aktiver Raucher, sei es als passiver Raucher durch das Rauchen der Ehefrau und der im Haushalt lebenden Kinder - Tabakrauch ausgesetzt gewesen ist. Auch Dr. N. ist im Gutachten von 21.03.2005 davon ausgegangen, dass der Versicherte zum damaligen Zeitpunkt noch weitergeraucht hat.

Soweit Prof. Dr. D. in seiner letzten Stellungnahme für das Sozialgericht eine BK im Sinne der Entstehung weiterhin wegen des eindeutigen Zusammenhangs zwischen Zigarettenrauchen und der chronisch obstruktiven Bronchitis als nicht plausibel bezeichnet hat, aber abweichend von seinen früheren Darlegungen allein wegen der Bestätigung einer schädigenden Einwirkung von Schweißrauchen bei der versicherten Tätigkeit durch den Präventionsdienst der Beklagten zu der Auffassung gelangt ist, zumindest hinsichtlich der Verschlimmerung sei eine Teilursache auch in der inhalativen Belastung am Arbeitsplatz anzuerkennen, ist dies nicht überzeugend. Eine Begründung hierfür hat er nicht angegeben, insbesondere nicht dargelegt, weshalb die Atemwegs-erkrankung nicht mehr allein durch den Zigarettenkonsum erklärbar ist. Er schließt damit unzulässigerweise vom Bestehen der arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK und dem entsprechenden Krankheitsbild auf die Kausalität. Der Ursachenzusammenhang muss indes nach der Theorie der wesentlichen Bedingung positiv festgestellt werden, ein Automatismus zur Bejahung des Ursachenzusammenhangs alleine aufgrund des Vorliegens entsprechender Einwirkungen und einer obstruktiven Atemwegserkrankung gibt es nicht (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.2006, [B 2 U 7/05 R](#)).

Aus diesem Grund bringen auch das Gutachten und die ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. H. in diesem Zusammenhang keine neuen Erkenntnisse. Zur Begründung seiner Auffassung, die durch jahrelangen inhalativen Nikotinkonsum entstandene Vorschädigung sei durch die berufliche Exposition am Arbeitsplatz richtungsweisend verschlimmert worden, hat er - ausgehend von einer generellen Eignung des inhalativen Zigarettenrauchens im Umfang von 32 packyears, eine bronchiale Obstruktion hervorzurufen - lediglich angeführt, dass Schweißrauche an schlecht belüfteten Arbeitsplätzen eine bestehende Bronchialsymptomatik verstärken könnten und bei längerer Einwirkungsdauer die Möglichkeit einer Verschlimmerung der Grundkrankheit bestehe. Woraus sich im konkreten Fall des Versicherten ergibt, dass sich diese Möglichkeit tatsächlich ausgewirkt hat, hat er hingegen ebenso wenig dargelegt wie eine eigene Abwägung der Ursachenbeiträge vorgenommen. Dies wäre aber erforderlich gewesen, nachdem bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose der Atemwegserkrankung des Versicherten (1990) sowohl die mögliche Ursache des Zigarettenrauchens als auch die angeschuldigten Schweißertätigkeiten als konkurrierende Ursachen bereits lange vorher (seit 1966 bzw. seit 1974) bestanden haben. Damit fehlt es im Gutachten von Prof. Dr. H. an der vom BSG geforderten positiven Begründung eines Ursachenzusammenhangs zwischen schädigender Einwirkung und Atemwegserkrankung.

Entgegen der Ansicht von Dr. N. kann auch nicht aus dem Verlauf der Lungenerkrankung des Versicherten auf eine Mitursächlichkeit der Schweißrauche geschlossen werden. Weder ist der Verlust der Lungenfunktion parallel zur Einwirkung verlaufen noch hat sich die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit erkennbar auf die Lungenfunktion ausgewirkt.

Die Lungenfunktionswerte des Versicherten sind nach Beurteilung von Prof. Dr. D. zum Zeitpunkt der arbeitsmedizinischen Untersuchung vom 13.01.1985 und damit mehr als zehn Jahre nach dem vom Präventionsdienst der Beklagten bescheinigten Beginn der schädigenden Einwirkung (Aufnahme der Schweißertätigkeit bei der Fa. L. im Jahr 1974) noch normal gewesen, ebenso die Spirometrie von 1992. Erst danach ist - bei nach Darstellung des Präventionsdiensts die Grenzwerte nicht mehr nachweisbar überschreitender, geringerer Exposition gegenüber Schweißrauchen ab 1986 wegen Installation der Absauganlage, aber Fortführung des inhalativen Zigarettenkonsums von mindestens 20 Stück täglich - ein progredienter Verlust der Lungenfunktion (FEV1 von 112% des Solls am 31.01.1985, am 17.09.1992 von 93%, am 23.09.1996 bei 77%, am 14.09.1999 bei 52 % der Norm, am 08.10.1999 bei 63,1%, am 20.08.2002 bei 31,1%, am 12.09.2002 bei 32 %, am 20.01.2003 bei 44%, am 10.06.2003 bei 39%, am 25.11.2003 bei 48,7%, am 03.02.2005 bei 46%) eingetreten, der im Februar 2003 - vier Jahre nach Aufgabe der Schweißertätigkeit - zur Verordnung eines tragbaren Sauerstoffgeräts führte. Dabei spricht ein Auftreten der Beschwerden erst nach 17 Jahren Schweißertätigkeit gegen einen ursächlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit, weil dies - so Prof. Dr. D. - ungewöhnlich wäre, zumal andere Auswirkungen der Schweißertätigkeit (Siderose, Fibrose) weder radiologisch noch lungenfunktionell nachweisbar sind.

Soweit Dr. N. aus dem starken Abfall der Lungenfunktionswerte des Versicherten zwischen 1985 und 1999 einerseits und aus der Abflachung des Abfalls der FEV1 nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit andererseits auf eine berufliche Verursachung geschlossen hat, ist dies nicht überzeugend. Denn dabei geht er davon aus, dass die Abnahme des FEV1 um 450 ml zwischen 1985 und 1992 sowie um nochmals 730 ml zwischen 1992 und 1996 nicht allein auf den Zigarettenkonsum zurückgeführt werden könne, weil der Verlust pro Jahr bei Gesunden nur bis zu 30 ml und bei Rauchern nur bis zu 70 ml betrage. Die Möglichkeit eines solchen Rückschlusses hält der Senat durch den Einwand von Prof. Dr. D. für widerlegt, dass dieser von Dr. N. zugrunde gelegte Wert lediglich ein Durchschnitts-, keinesfalls aber der Maximalwert ist.

Prof. Dr. D. hat auch darauf hingewiesen, dass die Lungenfunktionswerte des Versicherten (FEV1 und Vitalkapazität) nach Aufgabe der schädigenden Tätigkeit erheblich schwankten, nämlich zwischen 2,75 l bei der Erstuntersuchung des Versicherten im Januar 2002 in der

Klinik Schillerhöhe und 4,11 l bei der zweiten Begutachtung am 25.11.2003 sowie 1,42 l bzw. 2,89 l bei den von der Fachklinik Wangen durchgeführten Messungen. Die von Dr. N. zur Begründung seiner Auffassung angeführte Abflachung der Abnahme der Vitalkapazität nach Aufgabe der Schweißertätigkeit im Januar 1999 ist damit nicht in ausreichender Weise dokumentiert. Sie kann im Übrigen, so Prof. Dr. D., darauf zurückzuführen sein, dass der Versicherte nach eigenen Angaben ab 1998/1999 das Rauchen eingestellt bzw. erheblich reduziert hatte und ab 1999 die Atemwegserkrankung medikamentös behandelt wurde. So hat der Versicherte gegenüber Dr. N. angegeben, er nehme seit 1999 permanent ein orales Corticoid-Präparat ein. Auch dieses kann zu einer Verbesserung der Lungenfunktion geführt haben.

Außerdem existieren nach Angaben von Prof. Dr. D. keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Abfall der FEV1 im Rahmen von Schweißarbeiten. Eine chronisch obstruktive Bronchitis werde bei Schweißern als überhäufig beschrieben, aber ohne Bezug zu einer bestimmten Schweißart. Ihm seien keine Arbeiten zur Verursachung durch WIG-Schweißen bekannt. Da sowohl eine typische Entwicklung der Lungenfunktion bei Rauchern als auch bei Schweißern nicht bekannt ist, hält der Senat es mit Prof. Dr. D. nicht für möglich, aus dem Verlauf der Lungenerkrankung beim Versicherten auf die Mitursächlichkeit von Schweißrauchen zu schließen.

Zur positiven Begründung eines Kausalzusammenhangs zwischen der schädigenden Einwirkung von Schweißrauchen und der Atemwegserkrankung des Versicherten kann auch nicht herangezogen werden, dass die Lungenerkrankung des Versicherten sich in arbeitsfreien Zeiten (Urlaub, Krankheit) oder nach Aufgabe der Schweißertätigkeit gebessert hätte. Zum einen hat der Versicherte gegenüber Dr. V. und Dr. N. eine solche Besserung auf Nachfrage ausdrücklich verneint. Seine anderslautenden Behauptungen im Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 14.07.2005 sind pauschal und nicht glaubhaft. Zum anderen ist nach eigenen Angaben von Dr. N. bei dem Krankheitsbild einer chronischen Bronchitis, anders als bei einem schwankenden Asthma bronchiale, mit einem fluktuierendem Verlauf auch nicht zu rechnen.

Die Sachverständigen haben auch - trotz intensiver Befragung, so Dr. N. - keine relevanten expositionsbezogenen Beschwerden des Versicherten erheben können. Eine deutliche expositionsbezogene Dynamik ist aber laut Prof. Dr. D. bei irritativ-toxisch verursachten Atembeschwerden im Regelfall zu erwarten. Mit Ausnahme von Zinkrauchfieber, das nach Angabe von Dr. N. keine bleibenden Lungenschäden nach sich zieht, sowie (nach Angabe des Versicherten ca. zweimal im Monat auftretenden) Hustenreiz und kurzfristiger Dyspnoe beim Abbeizen der Edelstahl-Schweißnähte mit einer Paste mit Fluorkohlenwasserstoffe und Salpetersäure - für die Prof. Dr. D. eine Lungenschädlichkeit im Rahmen der BK 4302 verneint hat, weil sie nicht in der Liste der auf die Atemwege irritativ-toxisch wirkenden Stoffe enthalten sind - haben die Sachverständigen keine Angaben des Versicherten zu expositionsbezogenen Beschwerden beim Schweißen erhoben. Im Übrigen sind die akuten Beschwerden auf Grund der Beizpaste nach Bekunden von Prof. Dr. D. wegen des beim Versicherten bestehenden Lungenödems anderweitig erklärbar.

Da eine Auswirkung der Belastung des Versicherten am Arbeitsplatz mit Schweißrauchen für die Entstehung oder Verschlimmerung der chronischen obstruktiven Atemwegserkrankung nicht festgestellt werden kann, ist das Urteil des Sozialgerichts vom 21.09.2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-01-21