

L 9 U 3932/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 14 U 2427/08
Datum
07.10.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 3932/12
Datum
14.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 7. Oktober 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung einer Atemwegserkrankung als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 4301 und Nr. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Der 1961 geborene Kläger war bei den Bäderbetrieben der Stadtwerke H. AG seit dem 01.08.1977 als Schwimmmeister tätig. Seit dem 14.04.2007 ist er arbeitsunfähig erkrankt.

Auf Veranlassung des Klägers zeigte dessen Arbeitgeber mit Schreiben vom 30.05.2007 der Beklagten den Verdacht einer BK an. Mit weiteren Anzeigen vom 08.12.2006 und vom 16.04.2007 meldete der Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde H. der Beklagten den Verdacht einer BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV. Im Frühjahr 2006 habe beim Kläger ein Asthma bronchiale nachgewiesen werden können. Als auslösende Faktoren für die respiratorischen Beschwerden und die derzeitige Berufsunfähigkeit hätten die ausgesprochen unterschiedlichen Umgebungstemperaturen am Arbeitsplatz (Sauna, Schwimmhalle, Kassenbereich), die inhalative Provokation im Sauna-Bereich beim Durchführen von ätherischen Aufgüssen und die inhalative Belastung bei Reinigungsarbeiten (Verdacht auf Entwicklung chlorhaltiger Dämpfe mit Reizung der Atemwege bei nicht ausreichender Frischluftzufuhr) gefunden werden können. Herr H. fügte den Anzeigen Befundberichte vom 07.03.2006, 24.03.2006, 02.06.2006, 15.12.2006 und 03.05.2007 bei, in denen als Diagnose jeweils ein gemischtförmiges Asthma bronchiale angegeben wird. Anhaltspunkte für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung bestanden nicht. Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers sowie die Akten des Landratsamts R.-Kreis, Versorgungsamt, bei, darunter den Entlassungsbericht des Reha-Zentrums T. vom 27.03.2007 über einen dortigen stationären Aufenthalt vom 20.02.2007 bis 20.03.2007 und Berichte des Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. H. vom 23.11.2004, 05.12.2006, 26.01.2007 und 03.05.2007. Der Kläger legte u.a. den Entlassungsbericht des Krankenhauses St. V. vom 21.06.2007 und einen Bericht des St. J. H. vom 15.04.2007 vor. Schließlich zog die Beklagte Befundberichte von der Hausärztin des Klägers Dr. D. bei, darunter Berichte des Universitätsklinikums H. vom 29.04.2003, 15.05.2003, 04.07.2003, 07.08.2003, 16.09.2003 und 21.05.2007.

Auf Veranlassung der Beklagten befand sich der Kläger vom 12.06.2007 bis 03.07.2007 in stationärer Heilbehandlung in der Klinik für Berufskrankheiten Bad R. Dort ergab sich ausweislich des Entlassungsberichts vom 23.07.2007 kein Nachweis für eine obstruktive Atemwegserkrankung und es konnte eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität ausgeschlossen werden. Im Rahmen der durchgeführten Lungenfunktionsanalyse zeigte sich keine Beeinträchtigung der Lungenfunktion, insbesondere konnte zu keinem Zeitpunkt eine Obstruktion nachgewiesen werden, weder in den großen noch in den peripheren Bronchialabschnitten. Während des Klinikaufenthalts veranlasste die Beklagte eine internistisch-arbeitsmedizinische Begutachtung des Klägers durch den dortigen Ltd.-Med. Direktor Dr. R. In seinem Gutachten vom 26.09.2007 gelangte dieser zu der Einschätzung, dass der Kläger an einer massiven gastro-ösophagealen Refluxsymptomatik (sog. Sodbrennen) leide, die zu einer unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität führe. Unter medikamentöser Therapie mit Magensäureblockern sei bereits nach vier Tagen keine eindeutige unspezifische bronchiale Hyperreagibilität mehr nachweisbar gewesen. Eine refluxassoziierte/vagusvermittelte manifeste Bronchialobstruktion habe zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen werden können. BKen nach den Nrn. 4301 und 4302 der Anlage 1 zur BKV seien nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit verifizierbar.

Der Technische Aufsichtsbeamte (TAB) Dr. S. führte in seiner Stellungnahme vom 06.08.2007 nach Aktenlage sowie telefonischen

Befragungen des Klägers und dessen Vorgesetzten, Herrn G., aus, der Kläger habe als Schwimmmeister etwa 60 % seiner Arbeitszeit Aufsicht während des Badebetriebs (Aufsichtsdienst) geführt und die Kasse abgerechnet (Kassenwesen), während er in etwa 20 % seiner Arbeitszeit Reinigungsarbeiten im Schwimmbad und in den Sanitäranlagen verrichtet habe, etwa 20 % der Arbeitszeit seien auf Wasseraufbereitungsarbeiten, den Umgang mit Desinfektions- und Oxidationsmittel (Ozon, Chlor) sowie Flockungsmittel entfallen. Etwa 1 % der Arbeitszeit habe er Reparatur- und Anstricharbeiten verrichtet. Ein Abnahmeprüfbericht des TÜV Süd für die Lüftungsanlage vom 13.04.2005 sowie die Serviceberichte der Lüftungsüberprüfung der Firma T. vom 11.12.2006 und 17.04.2007 und ein Begleitschreiben der Abteilung Bau- und Gebäudetechnik wiesen einen einwandfreien Zustand der Lüftungs- und Klimaanlage aus. In Bezug auf die geltend gemachten BKen sei der Umgang mit Reinigungsarbeiten im Schwimmbad und in den Sanitäranlagen sowie der Umgang mit Chlor, Ozon und Flockungsmittel bei Wasseraufbereitungsarbeiten relevant. Bei Einhaltung aller Schutzmaßnahmen seien keine gesundheitlichen Gefährdungen oder BK-relevanten Belastungen zu erwarten. Aus technischer Sicht seien atemwegsgefährdende Einwirkungen bei dem Tätigkeitsprofil des Klägers nicht wahrscheinlich. In einer weiteren Stellungnahme vom 31.10.2007 führte der TAB Dr. S. aus, der Kläger sei am 28.09.2007 im Hallenbad H. maximal eine Stunde Schimmelpilzen ausgesetzt gewesen. Der Rückschluss zur Entstehung einer möglichen BK lasse sich danach aus technischer Sicht nicht folgern. Ein Bericht des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg über eine am 08.10.2007 im Aufenthaltsraum der Bademeister in einem Schwimmbad in H. durchgeführte Schimmelpilzuntersuchung war der ergänzenden Stellungnahme beigelegt.

Die Staatliche Gewerbeärztin Dr. E. schlug in ihrer Stellungnahme vom 15.01.2008 die BKen Nr. 4301 und 4302 der Anlage 1 zur BKV nicht zur Anerkennung vor.

Mit Bescheid vom 26.02.2008 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK nach Nr. 4301 oder Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV ab. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen liege bei dem Kläger weder eine obstruktive Atemwegserkrankung vor noch sei er während seiner Berufstätigkeit in relevantem Maße allergisierenden Stoffen ausgesetzt gewesen, die geeignet seien, ein entsprechendes Krankheitsbild zu verursachen.

Zur Begründung seines hiergegen am 26.03.2008 eingelegten Widerspruchs trug der Kläger vor, bei ihm liege ein multikomplexes Krankheitsbild vor, das bislang nicht ausreichend gewürdigt worden sei; ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg vom 17.12.2007 und ein Bericht des Internisten Dr. B. vom 28.12.2007 wurden vorgelegt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.06.2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und führte zur Begründung aus, beim Kläger lägen weder die arbeitstechnischen noch die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach den Nrn. 4301 und 4302 der Anlage 1 zur BKV vor.

Hiergegen hat der Kläger am 21.07.2008 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben und vorgetragen, er sei während seiner Arbeit allergisierenden bzw. chemisch-irritativen bzw. toxisch-wirkenden Stoffen ausgesetzt gewesen, wodurch die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Anerkennung der begehrten BKen erfüllt seien. Auch die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen seien bei ihm erfüllt, da es sich keinesfalls um eine unspezifische Überempfindlichkeit oder Auswirkungen eines Refluxmagens handle, sondern um permanente Schadstoffeinträge. Die Feststellungen des TAB, wonach die Arbeiten im Schwimmbad fachgerecht durchgeführt worden seien, seien unzutreffend. Er sei in seinem täglichen Arbeitsablauf mehrfach Schimmelpilzen ausgesetzt gewesen. Diese seien auch über die Lüftungsanlage in die Raumluft gelangt, so dass von einer permanenten Beeinträchtigung auszugehen sei. Dies ergebe sich auch aus dem Gutachten des Regierungspräsidiums. Auch die behandelnden Ärzte seien der Auffassung, dass die bei ihm festgestellten Krankheitsbilder auf den Schimmelpilz zurückzuführen seien. Er leide unter einem Lichen ruber planus, was durch Chloroamine und Trihalometrane verursacht werde und zu Schädigungen an den Atemwegen führen könne. Ferner hat der Kläger mehrere ärztliche Befundberichte (Attest des Zahnarztes Schick vom 29.01.2009, Bericht des Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. H. vom 29.01.2009, Bericht der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. vom 30.09.2008, Bericht des Universitätsklinikums H. vom 14.08.2009, Bericht der Thoraxklinik am Universitätsklinikum H. vom 10.09.2009) und ein Aktenkonvolut vorgelegt, das u.a. mehrere medizinische Befunde, ein Gutachten über "Gesundheitsgefährdende Belastung von Beschäftigten in öffentlichen Bädern" von Prof. Dr. M., Direktor des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität M. (1983), die Inauguraldissertation "Tätigkeitsbedingte Störungen von Gesundheit und Befinden - eine arbeitsökologische Studie zur Berufsbelastung von Schwimm- und Badepersonal" vorgelegt von Frau H. (1989), ein für die Deutsche Rentenversicherung Bund durch den Facharzt für Innere Medizin Dr. D. erstelltes Gutachten vom 22.05.2009, die Broschüre der Beklagten "Arbeitsschutz im Schwimmbad" und ein durch Verdi in Auftrag gegebenes Gutachten des Sachverständigen in Umweltfragen Dr. M. zum Thema "Gesundheitsgefahr für das Personal öffentlicher Bäder durch Desinfektion" enthält.

Im Rahmen der Beweisaufnahme hat das SG eine sachverständige Zeugenauskunft bei der Thoraxklinik am Universitätsklinikum H. eingeholt. Die Assistenzärztin K. hat unter dem 23.09.2009 unter Bezugnahme auf den beigelegten Untersuchungsbericht vom 14.09.2009 mitgeteilt, in der Bodyplethysmographie vom 10.09.2009 sei in den mitarbeitersabhängigen Parametern bei eingeschränkter Mitarbeit formal ein Normalbefund ersichtlich. Bei den mitarbeitersunabhängigen Parametern zeige sich eine angehobene Atemmittellage bei normwertigen Volumina.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 07.10.2009 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach den Nrn. 4301 oder 4302 der Anlage 1 zur BKV lägen nicht vor. Es habe nicht nachgewiesen werden können, dass bei dem Kläger eine obstruktive Atemwegserkrankung im Sinne der geltend gemachten BKen vorliege. Auch sei nicht nachweisbar gewesen, dass der Kläger an einer Rhinopathie leide. Es stehe nicht mit der notwendigen Sicherheit fest, dass der Kläger während seiner Beschäftigung oder nach deren Aufgabe an einer obstruktiven Atemwegserkrankung gelitten habe oder leide. Zwar habe der Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde H. am 24.03.2006 ein gemischtförmiges Asthma bronchiale diagnostiziert und eine Verbindung zur beruflichen Tätigkeit des Klägers im Schwimmbad vermutet. Allerdings habe er im Befundbericht vom 15.12.2006 ausgeführt, es müsse zusammenfassend festgehalten werden, dass die Diagnose Asthma bronchiale allein durch das konsequent geführte Peakflow-Protokoll gesichert worden sei. Bei diesem Protokoll handle es sich jedoch um eine vom Patienten eigenständig geführte Liste der durch ihn selbst erhobenen Peakflow-Werte. Aufgrund der in den Akten dokumentierten Aggravationstendenzen des Klägers und der Tatsache, dass bei ihm ausweislich des Gutachtens des MDK vom 17.12.2007 und des Entlassungsberichts des Krankenhauses St. V. vom 21.06.2007 eine ausgeprägte Hypochondrie festgestellt worden sei, vermöge eine allein auf ein vom Kläger selbst geführtes Peakflow-Protokoll gestützte Diagnose die Kammer nicht zu überzeugen. Vielmehr sprächen alle ärztlich erhobenen Lungenfunktionswerte gegen das Vorliegen einer

obstruktiven Atemwegserkrankung. So habe eine Lungenfunktionsuntersuchung durch Herrn H. am 02.06.2006 keinen Anhalt für obstruktive oder restriktive Ventilationsstörungen ergeben. Eine am 26.11.2006 durchgeführte Lungenfunktionsuntersuchung habe normale Lungenvolumina und keinen Anhalt für obstruktive oder restriktive Ventilationsstörungen ergeben. Die Kammer sei ebenfalls nicht davon überzeugt, dass der Kläger am Arbeitsplatz einen Asthmaanfall erlitten habe. So sei er beispielsweise auch am 16.04.2007 nach einem Kollaps am Arbeitsplatz aufgrund einer Hyperventilation zur Behandlung in das Krankenhaus St. V. in H. verbracht und dort vom 16.04.2007 bis 21.06.2007 stationär aufgenommen worden. Ausweislich des Befundberichts vom 21.06.2007 sei als Ursache der Synkope am ehesten eine Hyperventilation in Betracht gezogen worden. Von einem Asthmaanfall sei nicht die Rede. Die Ausführungen von Herrn H., wonach es am Arbeitsplatz des Klägers zu einem Asthmaanfall gekommen sei, beruhten offenbar lediglich auf den Berichten des Klägers selbst. Es bleibe auch festzuhalten, dass sich in den vielen Befundberichten in den Akten immer wieder die Aussage finde, dass die Beschwerden des Klägers lediglich am Arbeitsplatz auftreten. Bei sämtlichen Arztbesuchen hätten keine pathologischen Lungenfunktionswerte erhoben werden können, die auf eine obstruktive Atemwegserkrankung hindeuten würden. Es seien keine Berichte in den Akten zu finden, aus denen sich herleiten ließe, dass ein Arzt, der den Kläger am Arbeitsplatz behandelt habe, tatsächlich auch die Diagnose Asthma bronchiale vor Ort gestellt habe. Dementsprechend finde sich auch in den Entlassberichten über die stationären Aufenthalte in keinem Fall die Aussage, dass die Aufnahme aufgrund eines Asthmaanfalls erfolgt sei. Das SG sehe sich in seiner Einschätzung in medizinischer Hinsicht insbesondere durch die Ergebnisse des Gutachtens des Ltd.-Med. Direktors der Klinik für Berufskrankheiten Bad R. Dr. R. bestätigt, dessen Ausführungen wiederum durch die aktuellen Befunde, die die Assistenzärztin K. mitgeteilt habe, gestützt werde. Selbst bei unterstelltem Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung sei diese jedenfalls nicht beruflich verursacht. Der TAB sei zu dem Ergebnis gelangt, dass aus technischer Sicht atemwegsgefährdende Einwirkungen bei dem Tätigkeitsprofil des Klägers nicht wahrscheinlich seien. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerden des Klägers durch seine berufliche Tätigkeit hervorgerufen worden seien. Aus medizinischer Sicht sei hierzu zu ergänzen, dass beim Kläger multiple Allergien gegen verschiedenste natürliche Allergene wie Hasel, Erle und Mittelblüher vorlägen, sodass auch vor diesem Hintergrund die Verursachung aufgrund anderer als beruflicher Einflüsse wahrscheinlich sei.

Gegen das am 23.10.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 23.11.2009 Berufung eingelegt und zur Begründung vorgetragen, der Entscheidung des SG, wonach keine obstruktive Atemwegserkrankung im Sinne der Nrn. 4301 oder 4302 der Anlage 1 zur BKV bzw. keine Rhinopathie im Sinne der Nr. 4301 der Anlage 1 zur BKV vorliege, sei zu widersprechen. Es sei zumindest eine chronische Rhinopathie mit Behinderung der Nasenatmung diagnostiziert worden. Dies ergebe sich aus dem (beigefügten) Arztbrief der Dres. H. vom 12.11.2009. Aus einem Arztbrief der Dres. Privatdozent Dr. H. vom 20.11.2009 ergebe sich, dass die Ärzte eine weitere arbeitsmedizinische Abklärung für ratsam hielten, da man eine Verbindung zur langjährigen Tätigkeit als Schwimmmeister sehe. Schließlich könne auch dem Arztbrief der Dres. S. vom 09.12.2009 entnommen werden, dass auf jeden Fall ein berufsmedizinisches oder auch Umfeldgutachten anzustreben wäre. Ergänzend werde darauf hingewiesen, dass in dem Klinikbericht der Thoraxklinik H. vom 02.11.2009 wie auch in dem Arztbrief von Dr. H. vom 12.11.2009 als Diagnose ein Asthma bronchiale erwähnt werde. Es bedürfe einer eingehenden Prüfung, ob eine Rhinopathie und ein Asthma bronchiale im Sinne der BK Nr. 4301 der Anlage 1 zur BKV vorlägen. Diese Erkrankung setze voraus, dass sie durch allergisierende Stoffe verursacht worden sei, wobei insbesondere eine Verursachung durch Schimmelpilze in der Atemluft in Betracht komme. Bezüglich der Asthma bronchiale käme auch eine BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV in Betracht, die durch chemische oder toxisch wirkende Stoffe verursacht sein müsse. Diesbezüglich sei u.a. an das in Schwimmbädern verwendete Chlor zu denken. Ferner sind zahlreiche ärztliche Unterlagen, darunter Arztbriefe von Dr. H. vom 02.02.2016, der Gemeinschaftspraxis Dr. S. vom 15.01.2016, des Facharztes für Urologie Dr. K. vom 01.03.2016, des Facharztes für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde H. vom 11.01.2016 und der Fachärztin für Allgemeinmedizin D. vom 23.02.2016, ein nervenärztliches Attest der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. vom 14.01.2016, ein Bericht des Radiologen Dr. B. vom 10.02.2016, ein Arztbrief des Facharztes für Chirurgie Dr. H. vom 29.01.2016 und der Entlassungsbericht der Spezialklinik N. vom 25.01.2012 über den stationären Aufenthalt vom 26.10.2011 bis 21.11.2011 vorgelegt worden. Wegen der gegen das Gutachten von Prof. Dr. K. vorgebrachten Einwände wird auf den Schriftsatz der Klägervertreterin vom 02.06.2016 (Blatt 222/225 der Senatsakte) Bezug genommen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 7. Oktober 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. Juni 2008 aufzuheben und festzustellen, dass beim Kläger Berufskrankheiten nach den Nrn. 4301 und 4302 der Anlage 1 zur BKV vorliegen, hilfsweise, dass von Amts wegen ein arbeitsmedizinischen Gutachten eingeholt wird.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger leide zwar unter einem vielfältigen Krankheitsbild, das aber nicht auf berufliche Einflüsse zurückzuführen sei. Insbesondere habe im Rahmen des sechswöchigen stationären Aufenthaltes in der Klinik für Berufskrankheiten Bad R. das Vorliegen einer BK nach Nr. 4301 oder Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV ausgeschlossen werden können.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat der Senat nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Internisten, Nephrologen und Umweltmediziner Prof. Dr. H. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Nach Untersuchung des Klägers am 12.04.2012 hat Prof. Dr. H. in seinem Gutachten vom 15.08.2012 ausgeführt, er habe bei dem Kläger eine chronische Entzündungsreaktion im Bereich der nasalen, enoralen und pharyngealen Schleimhaut, eine Typ IV-Sensibilisierung gegen Chlor-Methylisothiazolon, Nickelsulfat, Formaldehyd und einen Duftstoffmix sowie eine leichtgradige obstruktive Lungenfunktionseinschränkung diagnostiziert. Darüber hinaus leide der Kläger unter arterieller Hypertonie, Lichen ruber planus der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches, einer multiplen Chemikalienempfindlichkeit und einer Somatisierungsstörung. Bei dem Kläger liege eine mäßiggradige obstruktive Atemwegserkrankung mit einer Rhinopathie vor. Diese sei mit Wahrscheinlichkeit durch irritativ und toxisch wirkende Stoffe bei beruflicher Tätigkeit mitverursacht worden. Die berufsbedingte Erkrankung des Klägers zwingt ihn zur Unterlassung aller Tätigkeiten, die für die Entstehung und Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Erkrankung ursächlich waren oder sein können. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bewerte er mit 30 v.H.

Ferner ist ein Zusatzgutachten durch die Hals-Nasen-Ohren-Ärzte Prof. Dr. K. und Dr. A. erstellt worden, die unter dem 22.06.2012 ausgeführt haben, die Lungenfunktionsmessung habe eine leichtgradige obstruktive Lungenfunktionseinschränkung gezeigt. Die Gesamtheit der erhobenen Befunde spreche für multiple Sensibilisierungen gegen Pflanzenpollen sowie Typ-IV-Sensibilisierungen gegen einige

Kontaktallergene, u.a. auch Chlorverbindungen. Eine Sensibilisierung gegen Schimmelpilze habe in der Diagnostik nicht eindeutig belegt werden können. Die Organbefunde sprächen für eine chronische Entzündungsreaktion im Bereich der nasalen, enoralen und pharyngealen Schleimhaut, die im Zusammenhang mit der festgestellten Sensibilisierung gesehen werden könne.

Die Beklagte hat hierzu eine Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. med. Dipl.-Chem. P. vom 22.10.2012 vorgelegt, der ausgeführt hat, der Bericht des TAD habe sich nicht ausreichend konkret mit der stattgehabten Exposition gegenüber den in Rede stehenden atemwegsirritativen Stoffen auseinandergesetzt. Der Hinweis, dass während des gesamten Berufslebens lediglich eine Schimmelpilzbelastung von einer Stunde bestanden haben sollte, sei schwer nachvollziehbar. Eine Exposition gegenüber Schimmelpilzen vermöge rhinokonjunktivale Beschwerden wie auch asthmatische Beschwerden bei entsprechender Sensibilisierung auch bei geringster Exposition zu provozieren. Der Ltd.-Med. Direktor Dr. R. habe in seinem Gutachten eine Obstruktion der tiefen Atemwege ausgeschlossen. Somit sei zu bestätigen, dass eine BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV durch chemisch-irritative Einwirkungen unwahrscheinlich sei. Unzureichend sei die Beantwortung der Frage einer BK Nr. 4301 der Anlage 1 zur BKV. Aus den vorliegenden Unterlagen könne nicht entnommen werden, ob Antikörperbestimmungen bzw. Hauttestungen im Hinblick auf Schimmelpilze vorgenommen worden seien. Spezifische inhalative und nasale Provokationstestungen seien unterblieben, obwohl sie zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Ltd.-Med. Direktor Dr. R. wegen der erst kurz zuvor beendeten Tätigkeit als Schwimmmeister notwendig und sinnvoll gewesen wären. Das Vorliegen einer BK Nr. 4301 der Anlage 1 zur BKV könne nicht ausgeschlossen werden. Das Gutachten des Prof. Dr. H. entspreche nicht den Anforderungen der Reichenhaller Empfehlungen. Es sei als Grundlage für eine Berufskrankheitsbeurteilung der BKen Nr. 4301 und Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV nicht geeignet. Die durch Prof. Dr. H. angenommene obstruktive Atemwegserkrankung habe zumindest durch die spirometrische Untersuchung in der HNO-ärztlichen Praxis Prof. Dr. K. nicht nachgewiesen werden können. Die in dieser Praxis durchgeführten allergologischen Untersuchungen belegten keine Sensibilisierung gegenüber Schimmelpilzen. Weder die Pricktestungen bzw. die Intracutantestungen noch die Bestimmung der spezifischen Antikörper ließen den Nachweis einer Sensibilisierung gegenüber feuchtigkeitstypischen Bauschimmelpilzen zu. Insofern sei der Nachweis einer BK Nr. 4301 der Anlage 1 zur BKV trotz nachgewiesener Rhinopathie nicht geführt. Es müsse aber darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Untersuchungen durch den Facharzt Dr. H. am 05.12.2006 eindeutig eine dreifach positive Reaktion auf Schimmelpilzmischungen dokumentiert worden sei, welche sich allerdings später nach Beendigung der in Rede stehenden Tätigkeit nicht mehr habe bestätigen lassen. Der fehlende Nachweis einer Sensibilisierung längere Zeit nach Beendigung der Exposition sei durchaus häufig zu beobachten. Bei Annahme einer BK Nr. 4301 der Anlage 1 zur BKV ergebe sich hieraus eine MdE allenfalls in einer Größenordnung von 10 v.H. ... Eine BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV liege bei mangelnder bronchialer Obstruktion und bronchialer Hyperirritabilität nicht vor.

Ferner hat die Beklagte eine ergänzende Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition des TAB Salvadori vom 11.12.2012 vorgelegt. Dieser hat ausgeführt, dass eine zuverlässige Quantifizierung der Schimmelpilzexposition oder eine genaue Risikoabschätzung nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der objektiven Betrachtung in diesem Fall, in dem die Arbeitsplätze und die räumlichen Gegebenheiten bei der beruflichen Tätigkeit gewechselt hätten, nicht möglich sei. Es sei jedoch davon auszugehen, dass eine Beeinträchtigung zeitweilig, wenn auch nur für wenige Minuten am Tag, oberhalb des ubiquitären Konzentrationswertes vorgelegen habe. Auf Grund einer baden-württembergischen Studie könne davon ausgegangen werden, dass in den vier Monaten des Jahres, in denen der Kläger seinen Dienst im Freibad verrichtet habe, eine durchschnittliche Schimmelpilzbelastung in der Außenluft von ca. 145 koloniebildenden Einheiten pro m³ (Bereich von 15 bis 2900 KBE/m³) vorgelegen hätte. Für die Tätigkeit als Aufsicht des Badebetriebs im Hallenbad, die nach Angaben des Klägers in den restlichen acht Monaten des Jahres ca. 60 % der Arbeitszeit ausgemacht habe, könne eine ähnliche Schimmelpilzbelastung, die nach der Klassifizierung der Kommission der Europäischen Gemeinschaft als niedrig bis mittel einzuschätzen sei, angesetzt werden. Auch die 20 %-ige Reinigungstätigkeit sei im Allgemeinen nicht besonders hervorzuheben. Anders sei, wenn auch nur kurzzeitig am Tag, die Tätigkeit in der Wasseraufbereitung einzuordnen. Sollte Schimmel an Gebäudewänden vorhanden sein, könne davon ausgegangen werden, dass dieser Zustand schon längere Zeit andauere, da der Schimmel im Keller einige Zeit benötige, um sich anzusiedeln. In derartigen Bereichen könnten durchaus sehr hohe Schimmelpilzbelastungen mit über 10.000 koloniebildenden Einheiten pro m³ vorhanden sein. Da die Arbeit des Klägers im Kellergeschoss ca. 20 % der täglichen Rahmenarbeitszeit von 480 Minuten ausgemacht hätten, sei davon auszugehen, dass er ca. ein Drittel dieser Zeit (30 Minuten) einer Schimmelpilzexposition oberhalb des ubiquitären Wertes ausgesetzt gewesen sei. Dieser Wert könne nicht als Absolutwert herangezogen werden, sondern stelle nur einen Orientierungswert dar.

Der Senat hat schließlich Prof. Dr. K., Institut für Medizinische Begutachtung und Prävention K., mit der Erstattung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt. In seinem Gutachten vom 29.03.2016 hat dieser ausgeführt, eine obstruktive Atemwegserkrankung habe bei dem Kläger bislang lungenfunktionsanalytisch nicht nachgewiesen werden können. Es bestehe eine Rhinopathie bei Exposition gegenüber ubiquitär vorkommenden Allergenen. Darüber hinaus liege eine unspezifische Überempfindlichkeit der Nasenschleimhäute vor. Bei entsprechend sensibilisierten Personen treten Rhinitis und Asthmaanfälle innerhalb weniger Minuten nach dem Kontakt mit Schimmelpilzen auf. Eine Sensibilisierung gegenüber Schimmelpilzen habe im vorliegenden Fall nicht durchgehend belegt werden können. Die entsprechenden Hauttestergebnisse seien widersprüchlich. Spezifische IgE-Antikörper gegenüber Schimmelpilzen hätten nicht nachgewiesen werden können. Beide Nachweisverfahren lieferten keinen Allergienachweis, sondern zeigten lediglich eine Sensibilisierung an. Auch die Berufsanamnese spreche gegen eine berufsbedingte Allergie, insbesondere auch gegen Schimmelpilze. Rhinitis bzw. bronchialasthmatische Beschwerden im Zusammenhang mit bestimmten berufseigentümlichen Verrichtungen bzw. Expositionen seien nicht aktenkundig. Gegen die Anerkennung einer BK Nr. 4301 der Anlage 1 zur BKV spreche, dass lungenfunktionsanalytisch keine obstruktive Ventilationsstörung nachgewiesen werden konnte, sich bislang eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität nicht objektivieren ließ, die bei dem Kläger auftretenden rhinitischen Beschwerden infektsbedingt und/oder auf ubiquitär vorkommende Allergene und/oder auf eine unspezifische Hyperreagibilität der Nasenschleimhäute zurückzuführen seien und eine Besserung der subjektiven Beschwerden im Bereich der Atemwege nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit als Schwimmmeister nicht stattgefunden habe. Gegen eine BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV spreche, dass kein Nachweis einer obstruktiven Ventilationsstörung vorliege und keine Exposition gegenüber anerkanntermaßen chemisch-irritativ oder toxisch wirkenden Stoffen nachgewiesen sei. Darüber hinaus bestehe keine epidemiologische Evidenz dahingehend, dass Schwimmmeister einem erhöhten Risiko hinsichtlich der Entwicklung von obstruktiven Atemwegserkrankungen unterlägen. Der Kläger leide an einer multiplen Chemikalienüberempfindlichkeit (MCS) in Zusammenhang mit einer Somatisierungsstörung auf dem Boden einer Angststörung mit hypochondrischen Zügen bei ängstlich-zwanghafter Persönlichkeit und einer Anpassungsstörung. Eine BK Nr. 4301 und/oder Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV könne nicht zur Anerkennung empfohlen werden.

Mit Beschluss vom 16.05.2011 war das Ruhen des Verfahrens (L 9 U 5430/09) angeordnet worden; das Verfahren ist im September 2012 wieder angerufen und unter dem Aktenzeichen [L 9 U 3932/12](#) fortgeführt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Die vorliegende kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage ist zulässig. Mit der Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) begehrt der Kläger die Aufhebung der die Anerkennung der streitigen BKen ablehnenden Verwaltungsentscheidungen; mit der gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) zulässigen Feststellungsklage begehrt er die Feststellung des Kausalzusammenhangs zwischen einer Gesundheitsstörung und der BK. Dies stellt einen gesetzlich zugelassenen Fall einer Elementenfeststellungsklage dar.

Die Klage ist aber nicht begründet. Das Urteil des SG vom 07.10.2009 sowie der Bescheid der Beklagten vom 26.02.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.06.2008 sind nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung von BKen nach den Nrn. 4301 und 4302 der Anlage 1 zur BKV.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)). Berufskrankheiten sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist die Bundesregierung ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind, wobei sie auch bestimmen kann, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheiten ursächlich waren oder sein können. Von dieser Ermächtigung hat der Verordnungsgeber mit Erlass der Anlage 1 zur BKV, die eine Liste der Berufskrankheiten enthält, Gebrauch gemacht.

Wie das BSG in seiner Entscheidung vom 02.04.2009 ([B 2 U 9/09 R](#), Juris) ausgeführt hat, lassen sich aus der gesetzlichen Formulierung bei einer BK, die in der BKV aufgeführt ist (sog. Listen-BK) im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten: Die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität), und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 27.06.2006, [B 2 U 20/04 R](#) und Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), Juris). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden. Ebenso wie die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheits-(erst-)schaden und Unfallfolge beim Arbeitsunfall (vgl. nur BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), Juris) ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen der berufsbedingten Erkrankung und den Berufskrankheitenfolgen, die dann ggf. zu bestimmten Versicherungsansprüchen führen, bei der BK keine Voraussetzung des Versicherungsfalles.

Gemessen hieran hat der Kläger keinen Anspruch auf Anerkennung seiner Atemwegserkrankung als BK. Der Senat schließt sich zunächst nach eigener Prüfung und unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren den zutreffenden Ausführungen des SG an, sieht gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer Darstellung der Entscheidungsgründe zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück. Im Hinblick auf das Vorbringen und die Beweiserhebung im Berufungsverfahren ergibt sich keine andere Beurteilung. Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach den Nrn. 4301 und 4302 der Anlage 1 zur BKV sind nicht erfüllt.

Die BK Nr. 4301 der Anlage 1 zur BKV setzt "durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können", voraus.

Im Falle des Klägers fehlt es an dem im Vollbeweis erforderlichen Nachweis einer obstruktiven Atemwegserkrankung. "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 diesen BKen nur Erkrankungen mit einem bestimmten Schweregrad erfassen wollte, wie sich aus ihrer ursprünglichen Bezeichnung "Bronchialasthma" (vgl. Nr. 41 der Sechsten BKV vom 28.04.1961, [BGBl. I 505](#)) und der weiteren Voraussetzung des Unterlassungszwangs ergibt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 1051 f., m.w.N.). Auch ist es für die nicht obstruktive Form in arbeitsmedizinisch-epidemiologischen Studien bislang nicht ausreichend gelungen, ein Verdoppelungsrisiko zu belegen (BSG, Urteil vom 21.03.2006, [B 2 U 24/04 R](#), Juris).

Eine obstruktive Atemwegserkrankung ist nicht im erforderlichen Vollbeweis nachgewiesen. Wie Prof. Dr. K. in seinem Gutachten vom 29.03.2016 schlüssig und überzeugend darlegt, fehlt es bereits an einem lungenfunktionsanalytischen Nachweis. Nach den Ausführungen des Gutachters geht eine obstruktive Ventilationsstörung generell mit einer Erhöhung der zentralen Atemwegswiderstände einher. Diese werden anhand der ganzkörperplethysmographisch bestimmten totalen Resistance (Rt) gemessen, wobei der Normbereich bis 0,3 kPa x Sek./l. reicht (vgl. auch Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage zur BKV - Reichenhaller Empfehlung - Ziff. 3.2.6.). In den seit März 2006 erhobenen Befunden wurde diese Obergrenze bei dem Kläger jeweils deutlich unterschritten (0,10 kPa x Sek./l am 07.03.2006, 0,12 kPa x Sek./l am 14.12.2006, 0,15 kPa x Sek./l, 0,15 kPa x Sek./l am 09.01.2007, 0,07 kPa x Sek./l am 22.02.2007, 0,12 kPa x Sek./l am 03.05.2007, 0,11 kPa x Sek./l am 13.06.2007, 0,15 kPa x Sek./l am 26.06.2006, 0,13 kPa x Sek./l am 27.07.2007, 0,09 kPa x Sek./l am 06.03.2008, 0,11 kPa x Sek./l am 07.01.2016). Nachdem dieses

Verfahren weitgehend mitarbeitsunabhängig die Bestimmung des Atemwegswiderstands erlaubt (Reichenhaller Empfehlung, a.a.O., Ziff. 3.2.6), kommt diesen Werten bei der Frage, ob eine Obstruktion vorliegt, eine besondere Bedeutung zu. Ein weiterer Parameter zur Ermittlung einer obstruktiven Ventilationsstörung ist die relative Sekundenausatemungskapazität (FEV1/VC); auch dieser Parameter befand sich im gesamten Begutachtungszeitraum seit 2006 im Streubereich der Norm. Ausgehend davon, dass eine leichtgradige Einschränkung bei einem Wert von 70 % bis zum unteren Grenzwert anzunehmen ist (Reichenhaller Empfehlung, a.a.O., Tabelle zu Ziff. 3.2.5), lagen die tatsächlich gemessenen Werte jeweils über 70 %, wobei diese Untersuchung von der Mitarbeit des Probanden abhängt (Reichenhaller Empfehlung, a.a.O., Ziff. 3.2.5). Hinsichtlich der Untersuchungen am 06.03.2007, 08.09.2008 und 10.09.2009 ist eine eingeschränkte Kooperation des Klägers auch dokumentiert. Eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität, die ein relativ häufiges Begleitsymptom einer obstruktiven Ventilationsstörung darstellt, konnte ebenfalls nicht objektiviert werden. Die zur Objektivierung herangezogenen inhalativen Provokationstests mit Methacholin und Carbachol fielen 2007 und 2007 negativ aus. Im lungenfunktionsanalytischen Befundmuster waren zwar reduzierte Werte für die Vitalkapazität (VC) ab 2007 im Sinne einer leichtgradigen restriktiven Ventilationsstörung auffällig. Die Ermittlung der Vitalkapazität ist aber in starkem Maße abhängig von der Kooperation des Probanden. Im Zusammenhang mit den erniedrigten VC-Werten ist eine eingeschränkte Mitarbeit im Rahmen der lungenfunktionsanalytischen Untersuchungen aktenkundig. Die reduzierte Kooperation macht sich u.a. auch in einer geringen Differenz zwischen VC und FEV1 bemerkbar, was bei dem Kläger in den Jahren 2008 und 2009 festzustellen ist. Das Vorliegen einer obstruktiven Ventilationsstörung wird auch in den Berichten des Universitätsklinikums H. vom 29.04.2003 und vom 07.08.2003, den Berichten des Internisten H. vom 02.06.2006, 15.12.2006, 09.01.2007 und 11.01.2006, dem Bericht der Rehaklinik T. vom 20.03.2007, dem Entlassungsbericht der Klinik für Berufskrankheiten Bad R. vom 23.07.2007 und dem Gutachten des Ltd.-Med. Direktors Dr. R. vom 26.09.2007 ausdrücklich verneint. Zu einer anderen Einschätzung führt auch nicht die Beurteilung von Prof. Dr. K. und Dr. A., die in ihrem Gutachten vom 22.06.2012 eine leichtgradige obstruktive Lungenfunktionsstörung angenommen haben. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass eine Bodyplethysmographie nicht durchgeführt wurde und die zur Begutachtung herangezogene Spirometrie mitarbeitsabhängig ist. Die dort gemessenen Werte liegen im unteren Normbereich, die Lungenfunktionsmessung zeigte anhand der ermittelten Spirometrie-Werte keine obstruktive Ventilationsstörung (vgl. Gutachten von Prof. Dr. K., Seite 42).

Der Kläger leidet aber ausweislich des Gutachtens von Prof. Dr. K. und den Angaben der behandelnden Ärzte (u.a. Bericht von Dr. H. vom 12.11.2009) unter einer Rhinopathie. Zur Überzeugung des Senats ist aber nicht hinreichend wahrscheinlich, dass diese Erkrankung im Rahmen einer versicherten Tätigkeit durch allergisierende Stoffe hervorgerufen oder wesentlich beeinflusst worden ist. Es kann daher dahinstehen, ob, worauf die Stellungnahme des TAB Salvadori vom 11.12.2012 hindeutet, eine relevante Schimmelpilzbelastung vorlag, die Exposition gegen allergisierende Stoffe also im Vollbeweis nachgewiesen ist, da eine Verursachung der Rhinopathie durch die Exposition gegenüber Schimmelpilzen jedenfalls nicht hinreichend wahrscheinlich ist.

Die rhinitischen Beschwerden sind nach Einschätzung von Prof. Dr. K. am ehesten auf eine Sensibilisierung der Nasenschleimhäute gegenüber ubiquitär vorkommende Allergene und Infekte der oberen Atemwege zurückzuführen. Hinsichtlich der vorbekannten Sensibilisierung gegenüber diversen Nahrungsmittelallergenen und inhalativ wirksamen Allergenen, insbesondere Pollen, verweist Prof. Dr. K. auf die in der Spezialklinik N. durchgeführten Testungen. Aus dem dortigen Bericht vom 25.01.2012 ergibt sich eine Bestimmung der spezifischen IgE im Radio-Allergo-Sorbent-Test (RAST). Dabei konnten zahlreiche ubiquitär vorhandene IgE-Antikörper der RAST-Klasse 1-3 nachgewiesen werden, was die vorbekannte Sensibilisierung bestätigt. Rast-Klasse 0, d.h. kein Nachweis spezifischer Antikörper, ergab sich hingegen gegenüber Schimmelpilzmischungen. Eine Sensibilisierung gegenüber Schimmelpilzen konnte auch durch Prof. Dr. H. nicht eindeutig belegt werden. Bei der Begutachtung durch Prof. Dr. K. und Dr. A. vom 22.06.2012 war vielmehr ebenfalls die RAST/EAST-Testung auf Schimmelpilze unauffällig, wohingegen eine Sensibilisierung gegen Birke, Erle, Hasel, Buche, Beifuß, Brennnessel, Eiche, Platane, Ragweed/Ambrosie, Weide und Esche nachgewiesen werden konnte. Soweit im Inracutantest eine Reaktion auf Botrytis cinerea und Candida albicans bestand, konnte dies durch kein anderes Testverfahren bestätigt werden und war, wie die Gutachter selbst ausführen, aufgrund der geringen Spezifität der Inracutantestung von geringer Aussagekraft. Auch der Epikutantest zeigte keine Reaktion auf Schimmel. Weder die Prick- bzw. Inracutantestungen noch die Bestimmung der spezifischen Antikörper lassen den Nachweis einer Sensibilisierung gegenüber feuchtigkeitsstypischen Bauschimmelpilzen zu. Die Gesamtheit der Befunde spricht nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. K. und Dr. A. daher für multiple Sensibilisierungen gegen Pflanzenpollen sowie Typ-IV-Sensibilisierungen gegen einige Kontaktallergene, u.a. auch Chlorverbindungen; eine Sensibilisierung gegen Schimmelpilze konnte aber nicht belegt werden. Entgegen der Auffassung des Klägers ergibt sich auch aus den Ausführungen des Dipl.-Chemikers Dr. P. in seiner Stellungnahme vom 22.10.2012 keine hinreichende Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs zwischen Rhinopathie und Schimmelpilzexposition. Soweit Dr. P. auf die in dem Bericht vom 05.12.2006 dokumentierte dreifach positive Reaktion auf Schimmelpilzmischung abstellt, bestehen bereits Zweifel an dem von Dr. H. erhobenen Befund. Bei der Pricktestung durch den Facharzt für Innere Medizin H. im März 2006 war eine Sensibilisierung gegenüber Schimmelpilzen nicht nachweisbar (Bericht vom 15.12.2006). Auch aus dem Bericht des Universitätsklinikums H. vom 21.05.2007 ergibt sich, dass die extern getestete Schimmelpilzallergie nicht bestätigt werden konnte. Allein aus dem Umstand, dass der fehlende Nachweis einer Sensibilisierung längere Zeit nach Beendigung der Exposition laut Dr. P. häufiger zu beobachten ist und eine spezifische Sensibilisierung gegenüber Feuchtigkeitschimmelpilzen nicht von der Hand gewiesen werden kann, führt nicht zur Annahme der hinreichenden Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs. Bereits während der Ausübung der Tätigkeit bis zum Beginn der (dauerhaften) Arbeitsunfähigkeit im April 2007 konnte ein Nachweis durch Herrn H. und das Universitätsklinikum H. nicht geführt werden. Angesichts der nachgewiesenen Sensibilisierung gegenüber ubiquitär vorkommende Allergene, die Dr. P. nicht berücksichtigt, und der nachgewiesenen Infekte der oberen Atemwege hält der Senat im Anschluss an Prof. Dr. K. die Verursachung der rhinitischen Beschwerden durch Schimmelpilze nicht für überwiegend wahrscheinlich. Gegen eine hinreichende Wahrscheinlichkeit der Kausalität spricht auch, dass nach den Angaben von Prof. Dr. K. keine epidemiologische Evidenz dahingehend besteht, dass Schwimmmeister einem erhöhten Risiko hinsichtlich der Entwicklung obstruktiver Atemwegserkrankungen unterliegen. Schließlich lässt sich auch im Hinblick auf das Persistieren der Beschwerden auch nach Aufgabe der belastenden Tätigkeit bei einer Gesamtwürdigung die für die Anerkennung einer BK erforderliche überwiegende Wahrscheinlichkeit einer berufsbedingten Verursachung oder Verschlimmerung der Atemwegserkrankung des Klägers nicht feststellen. Aufgrund der erheblichen Sensibilisierung gegen ubiquitär vorkommende Allergene ist jedenfalls eine andere Ursache für die Rhinopathie nicht nur nicht auszuschließen, sondern überwiegend wahrscheinlich.

Bei dem Kläger liegen auch die Voraussetzung für die Anerkennung der BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV nicht vor. Diese umfasst "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."

Aufgrund des bereits dargelegten fehlenden Nachweises einer obstruktiven Ventilationsstörung sind die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV nicht erfüllt. Obstruktive Atemwegserkrankungen der oberen Luftwege im Sinne einer Rhinopathie durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe werden von der BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV nicht erfasst (BSG, Urteil vom 30.10.2007, [B 2 U 15/06](#), Juris).

Fehlt es mangels obstruktiver Ventilationsstörung somit bereits am Nachweis der medizinischen Voraussetzungen der BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV, kommt es auf die übrigen tatbestandliche Voraussetzungen nicht an. Der Senat hatte insbesondere nicht zu klären, ob der Kläger im Rahmen der versicherten Tätigkeit als Schwimmmeister anerkanntermaßen chemisch-irritativ oder toxisch-wirkenden Stoffen ausgesetzt war. Es kann daher dahinstehen, ob und in welchem Umfang der Kläger, wie er vorträgt, bei der Reinigung der Duschen hochchloriertes Reinigungswasser verwenden musste und dadurch reizenden Dämpfen ausgesetzt war.

Nicht gefolgt werden kann zur Überzeugung des Senats dem Gutachten von Prof. Dr. H. vom 13.09.2012. Der Gutachter bejaht das Vorliegen einer BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV, ohne sich mit den arbeitstechnischen Ermittlungsergebnissen und der klinischen Symptomatik im Zusammenhang mit den Einwirkungen am Arbeitsplatz auseinanderzusetzen. Die von ihm angenommene leichtgradige obstruktive Lungenfunktionsstörung ist, wie bereits ausgeführt, nicht nachgewiesen. Allein der Umstand, dass er eine andere Verursachung der chronischen Entzündungsreaktion und Sensibilisierung im Bereich der nasalen, enoralen und pharyngealen Schleimhaut als eine berufliche Exposition nicht erkennen kann, führt nicht zur Annahme der Voraussetzungen der BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV.

Auch die Voraussetzungen für die Anerkennung der Rhinopathie als Wie-BK ([§ 9 Abs. 2 SGB VII](#)) liegen nicht vor. Mangels neuerer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Verursachung einer Rhinopathie durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Arbeitsstoffe kommt eine Anerkennung wie eine BK nicht in Betracht (Senatsurteil vom 16.04.2013, [L 9 U 868/09](#), Juris).

Der Senat sieht im Rahmen seines Ermessens keinen Anlass, dem auf die Einholung eines weiteren (arbeitsmedizinischen) Gutachtens gerichteten Hilfsantrag des Klägers stattzugeben. Durch die vorliegenden Gutachten, insbesondere das Gutachten von Prof. Dr. K. ist der Sachverhalt umfassend aufgeklärt. Dem Hilfsbeweisanspruch des Klägers war nicht zu folgen.

Die Berufung des Klägers war als daher unbegründet zurückzuweisen.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-06-30