

L 8 U 4991/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 26 U 5827/12
Datum
20.10.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 4991/15
Datum
30.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.10.2015 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch für das Berufungsverfahren zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) Nr. 4201 (exogen-allergische Alveolitis) der Anl. 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) streitig.

Der 1952 geborene Kläger hat den Beruf des Maurers gelernt und war zunächst von 1967 bis Mai 1982 in diesem Beruf tätig. Von Juni 1982 bis April 1993 war er bei einem Müll- und Containerdienst als Kraftfahrer eingesetzt. Ab Mai 1993 war er bei dem Garten- und Landschaftsbauunternehmen des O. K. in D. beschäftigt, wo seine Tätigkeit im Häckseln, Sieben und Abfahren von Kompost bestand. Seit 09.04.2010 war er bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses am 31.01.2012 arbeitsunfähig krank.

Am 24.09.2010 wurde der Beklagten durch die Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde E. der Verdacht auf die Berufskrankheit einer exogen-allergische Alveolitis auf Schimmelpilze angezeigt (Bl. 1 VA). Beigefügt waren Berichte der Fachärztin vom 04.08.2010 und 31.05.2010 (Bl. 2/3 VA), wonach sie unter anderem einen dringenden V.a. eine exogen-allergische Alveolitis (Erstdiagnose 4/2010), eine restriktive Ventilationsstörung und einen Zustand nach Pneumonie beidseits 5/2007 diagnostiziert hatte, sowie ein Bericht der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie des Klinikums E. vom 05.05.2010 (Bl. 4/6 VA), wonach erneute zunehmende wechselnde pulmonale Infiltrate, am ehesten im Rahmen einer exogen-allergische Alveolitis diagnostiziert worden waren.

Auf Anfrage der Beklagten teilte der Kläger unter dem 12.11.2010 (Bl. 14/16 VA) mit, Atemwegsbeschwerden im Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit hätten sich erstmals am 13.01.2007 und am 09.04.2010 mit einer Lungenentzündung bemerkbar gemacht. Er führe die Erkrankung auf das Häckseln von Grünschnitt, das Sieben, Verladen und Abfahren von Kompost zurück.

Die Beklagte zog zusätzlich unter anderem das Ergebnis der Lungenfunktionsprüfung vom 09.04.2010 (Bl. 31 VA), den ärztlichen Entlassungsbericht der Reha-Klinik Ü. vom 08.11.2010 (Bl. 33/43 VA), den ärztlichen Entlassungsbericht der Reha-Klinik H.-K. vom 26.04.2007 (Bl. 45/50 VA), die Berichte der Fachärztin E. vom 09.04.2010, 16.04.2010, 30.04.2010, 31.05.2010, 08.07.2010, 04.08.2010, 15.09.2010 und 04.10.2010 (Bl. 124, 126, 51, 58/62, 65 VA), den Bericht des Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. V. vom 12.10.2007 (Bl. 98 VA) sowie den Bronchoskopiebericht der städtischen Kliniken E. vom 19.04.2010 (Bl. 128 VA) bei.

Des Weiteren beauftragte die Beklagte den Präventionsdienst mit einer Arbeitsplatz-Expositionsanalyse. Dieser sah die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Anerkennung von Erkrankungen nach Nr. 4201 und 4301/4302 BKV als gegeben an (Stellungnahme vom 02.02.2011, Bl. 129/131 VA).

Die Beklagte holte das Gutachten des Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie T.-S. vom 09.10.2011 (Bl. 176/201 VA) ein, der weitere Berichte des Klinikums E. vom 07.03.2007, 04.05.2007 und 15.07.2011 (Bl. 202/225 VA) bezog. Dieser verneinte das Vorliegen einer durch allergisierenden Stoffe verursachten obstruktiven Atemwegserkrankung, da eine obstruktive Lungenerkrankung a priori nicht vorliege. Eine exogen-allergische Alveolitis könne mit der Eindeutigkeit des Vollbeweises nicht festgestellt werden.

Der staatliche Gewerbearzt Dr. S. empfahl nach Auswertung der medizinischen Unterlagen unter dem 21.10.2011 (Bl. 231 VA) die

Ablehnung der Anerkennung einer BK Nr. 4201 der Anl. 1 zur BKV.

Mit Bescheid vom 23.11.2011 (Bl. 232/233 VA) lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK Nr. 4201 der Anl. 1 zur BKV ab, da die beim Kläger festgestellte Erkrankung nicht ursächlich auf seine berufliche Tätigkeit zurückzuführen sei.

Dagegen legte der Kläger am 16.12.2011 Widerspruch ein und bat um Einholung von Auskünften bei seinen behandelnden Ärzten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.09.2012 (Bl. 243/245 VA) wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Am 24.10.2012 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Dass der Gutachter T.-S. bei der Untersuchung des Klägers im Jahr 2011 keinen akuten Befund einer allergischen Alveolitis feststellen konnte, liege daran, dass der Kläger seit April 2010 nicht mehr gearbeitet habe und der Luftbelastung mit Schimmelpilzen nicht mehr ausgesetzt gewesen sei. Nachdem mehrere Ärzte während der Arbeitstätigkeit des Klägers eine exogen-allergische Alveolitis festgestellt hätten und diese nach Beendigung der Arbeitstätigkeit nicht mehr festgestellt worden sei, sei in ausreichendem Maße diese Erkrankung nachgewiesen. Das Zurückgehen der akuten Symptome der Erkrankung nach Beendigung der Allergenexposition spreche gerade für die Ursächlichkeit der beruflichen Schimmelpilzstaub-Exposition. Wenn im Mai 2007 auch ein schwach positiver Allergenbefund auf Taube gefunden worden sei, sei dies unerheblich, da jedenfalls positive Allergenbefunde auf Schimmelpilze vorgelegen hätten.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Kardiologe Dr. B. teilte unter dem 29.04.2013 (Bl. 63/64 SG-Akten) das Bestehen einer koronaren Herzkrankheit und schrittmacherpflichtiger Rhythmusstörungen mit. Die Fachärztin für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie E. berichtete mit Schreiben vom 08.05.2013 (Bl. 65/95 SG-Akten) das Bestehen einer exogen-allergischen Alveolitis, eines chronischen Asthma bronchiale und eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Die Atemwegserkrankung bzw. den V.a. eine exogen-allergische Alveolitis führe sie auf die berufliche Tätigkeit des Klägers zurück. Der Internist und Hausarzt Dr. W. führte ebenfalls eine exogen-allergische Alveolitis auf die berufliche Tätigkeit des Klägers zurück, da es klinisch jedenfalls nach Arbeitsplatzexposition an einer Grünschnittsammelstelle mit Schimmelsporenexposition zu einer pulmonalen Verschlechterung gekommen sei (Schreiben vom 02.05.2013, Bl. 96/235 SG-Akten).

Auf Antrag des Klägers erstattete der Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Umweltmedizin Dr. B. das Gutachten vom 06.05.2014 (Bl. 275/311 SG-Akten). Nach Untersuchung des Klägers am 15.04.2014 stellte er beim Kläger eine Belastungsluftnot bei restriktiver Ventilationsstörung und jahrelanger respiratorischer Insuffizienz, die sich erstmals mit gutachterliche Untersuchung am 15.04.2014 rückgebildet zeige, fest. Die festgestellten Gesundheitsstörungen seien mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Berufstätigkeit des Klägers als Fahrer und Maschinenführer mit Kontakt zu Grünschnitt beim Häckseln und Sieben zu Kompost entstanden. Es sei vom Vorliegen einer BK 4201 der Anl. 1 zur BKV auszugehen. Weitere Gesundheitsstörungen im Bereich der Atemwege lägen nicht vor. Die MdE sei ab der Einweisung zur stationären Abklärung im Januar 2007 bis zum 15.04.2014 auf 40 v.H., danach auf 30 v.H. einzuschätzen.

Nachdem die Beklagte unter Vorlage der Stellungnahme des Beratungsarztes F. vom 29.08.2014 (Bl. 320/328 SG-Akten) Einwendungen gegen das Gutachten erhob, hielt Dr. B. in seiner ergänzenden gutachterlichen Äußerung vom 26.09.2014 (Bl. 331/334 SG-Akten) an seiner Einschätzung fest.

Die Beklagte erhob mit der weiteren Stellungnahme des Beratungsarztes F. vom 10.11.2014 (Bl. 345/351 SG-Akten) weiterhin Einwendungen gegen die Einschätzung des Gutachters.

Das SG beauftragte Prof. Dr. K. mit der Erstattung des internistisch-pneumologischen Gutachtens vom 30.07.2015 (Bl. 376/425 SG-Akten) unter Einholung des röntgenfachärztlichen Zusatzgutachtens vom 07.05.2015 (Bl. 369/371 SG-Akten). Nach Untersuchung des Klägers am 07.05.2015 ging der Gutachter vom Vorliegen einer Berufskrankheit in Form einer subakut-chronischen Verlaufsform einer exogen-allergischen Alveolitis, mit aktuell leichtgradiger restriktiver Ventilationsstörung und mittelgradiger Diffusionsstörung und Nachweis diskreter mikronodulärer zentroazinärer Verdichtungen sowie einer systemischen Steroid-Therapie von 5/2010 bis 4/2014 aus. Die Diagnose einer exogen-allergische Alveolitis sei seit der lungenfachärztlichen Untersuchung am 24.05.2007 zweifelsfrei gesichert.

Mit der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme des Beratungsarztes F. vom 24.09.2015 (Bl. 434/445 SG-Akten) brachte die Beklagte auch Einwendungen gegen das Gutachten des Prof. Dr. K. vor.

Mit Urteil vom 20.10.2015 verurteilte das SG die Beklagte, beim Kläger die Erkrankung der Lunge als Berufskrankheit Nr. 4201 der Anl. 1 zur BKV anzuerkennen. Die Kammer sei davon überzeugt, dass der Kläger unter einer subakut-chronischen Verlaufsform der exogen-allergischen Alveolitis leide, was sie den schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten von Prof. Dr. K. und Dr. B. entnehme. Die Stellungnahmen des Beratungsarztes F. seien nicht überzeugend. Die von den Gutachtern abgearbeiteten Diagnosekriterien entsprächen den in der unfallmedizinischen Literatur für die exogen-allergische Alveolitis angewandten Diagnosekriterien.

Die Beklagte hat gegen das ihrer Prozessbevollmächtigten am 02.11.2015 zugestellte Urteil am 02.12.2015 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Das Gutachten des Prof. Dr. K. lasse die Frage unbeantwortet, warum die allergische Alveolitis erst nach 14 Jahren beruflicher Exposition ausbreche. Gegen eine allergische Reaktion sprächen die Untersuchungsergebnisse des Klinikums E., welche eine entzündliche Erkrankung festgestellt hätten. Der Kläger habe damals auf eine Behandlung mit Antibiotika und Antimykotika positiv reagiert. Auch die Diagnoseergebnisse der BAL sprächen gegen eine allergische Erkrankung. Ebenso habe nach dem Bericht des Lungenfacharztes Dr. V. ein normaler Röntgenbefund der Lunge vorgelegen, welcher zu dem Krankheitsbild einer Lungenentzündung passe, jedoch nicht zu einer allergischen Alveolitis. Bei erneutem Ausbruch der Krankheit im Jahr 2010 sei die Vermutung der allergischen Alveolitis erstmalig aufgetaucht. Allerdings hätten die diagnostischen Werte (BAL) erneut dagegen gesprochen. Der Röntgenbefund von April 2011 habe normale Ergebnisse gezeigt. Im November 2011 seien erneut Beschwerden dokumentiert, welche bis 2013 angehalten hätten. Die zahlreichen lungenfachärztlichen Befundberichte seit 2007, welche eine Asthmasymptomatik beschrieben und dokumentierten, seien vom Gutachter Prof. Dr. K. ignoriert worden. Eine bronchitische und asthmatische Symptomatik sei mit einer exogen allergischen Alveolitis nicht vereinbar. Insbesondere passe das wiederholte Ausheilen der Krankheit nicht in das Krankheitsbild der allergischen Alveolitis. Auch Dr. B. habe sich mit den zahlreichen Indikationen gegen eine

berufsbedingte Erkrankung nicht auseinandergesetzt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.10.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend und sieht seine Auffassung durch seine behandelnden Ärzte E. und Dr. W. bestätigt. Selbst der Beratungsarzt F. habe bekennen müssen, dass bei der beruflich bekannten Belastung durch organische Stäube die Diagnose einer allergischen Alveolitis zunächst naheliegend gewesen sei. Der Beratungsarzt F. habe – als einziger Gutachter – einen Dauerschaden ausgeschlossen. Die Auffassung des Beratungsarztes und Internisten F. sei unzutreffend. Er verfüge nicht über die nötige Ausbildung, Sachkunde und Berufserfahrung eines Facharztes für Lungen- und Bronchialheilkunde. Die in der Berufung angeführten Umstände und Symptome, die auf andere Erkrankungen hinwiesen, schlossen die Diagnose einer exogen-allergischen Alveolitis nicht aus. Es könne möglich sein, dass beim Kläger die Symptome anderer Erkrankungen die Diagnose der Berufskrankheit erschweren. Die behandelnden Ärzte und die vom Gericht bestellten Sachverständigen seien sich jedoch einig, dass beim Kläger die Berufskrankheit vorliege und hätten dies in nachvollziehbarer und überzeugender Weise aufgezeigt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Schreiben des Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 18.08.2016, Schreiben der Prozessbevollmächtigten der Beklagten vom 23.08.2016).

Wegen weiterer Einzelheiten und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung der Beklagten, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheidet, ist zulässig, aber unbegründet.

Das SG hat mit dem angefochtenen Urteil zu Recht den Bescheid vom 23.11.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2012 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, beim Kläger das Vorliegen einer BK Nr. 4201 der Anl. 1 zur BKV anzuerkennen.

Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aufgrund dieser Ermächtigung in [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) hat die Bundesregierung die BKV vom 31. Oktober 1997 ([BGBl. I, S. 2623](#)) erlassen, in der derzeit u.a. folgende als Berufskrankheiten nach Nr. 4201 eine exogen-allergische Alveolitis als Erkrankung durch organische Stäube aufgeführt ist.

Danach muss die Verrichtung einer – grundsätzlich – versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Abweichend von der früheren Verwendung des Begriffs der haftungsbegründenden Kausalität, die allein von der Einwirkungskausalität umschrieben wurde, begründet erst die Verursachung einer Erkrankung oder ihre wesentliche Verschlimmerung durch die der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden Einwirkungen – in nachgewiesener Dauer und Intensität – eine "Haftung" (vgl. BSG Urteil vom 02.04.2009 - [B 2 U 9/08 R](#) -, veröffentlicht in juris). Ebenso wie beim Arbeitsunfall die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheits(erst)schaden und Unfallfolge ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen der berufsbedingten Erkrankung und den Berufskrankheitenfolgen, die dann gegebenenfalls zu bestimmten Versicherungsansprüchen führen, bei der Berufskrankheit keine Voraussetzung des Versicherungsfalles. Die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung", "Einwirkungen" und "Krankheit" müssen im Sinne des Vollbeweis, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen (vgl. BSG Urteil vom 02.04.2009 [a.a.O.](#)). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit.

Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt (vgl. BSGE 45, 286); eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der herrschenden medizinisch wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht ([BSGE 60, 58](#) m.w.N.; vgl. auch Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, E § 9 Rn. 26.2). Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Lässt sich eine Tatsache nicht nachweisen oder ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) zu Lasten dessen, der einen Anspruch aus der nicht erwiesenen Tatsache bzw. dem nicht wahrscheinlich gemachten Kausalzusammenhang für sich herleitet ([BSGE 19, 52, 53; 30, 121, 123; 43, 110, 112](#)).

Die Wahrscheinlichkeit für die haftungsbegründende Kausalität der BK Nr. 4201 der Anl. 1 zur BKV setzt voraus, dass beim Versicherten die sogenannten arbeitstechnischen Voraussetzungen (die Einwirkungskausalität) gegeben sind, d.h. dass er im Rahmen der versicherten Tätigkeit schädigenden Einwirkungen ausgesetzt gewesen ist, die geeignet sind, einen entsprechenden Gesundheitsschaden herbeizuführen. Nicht jede durch eine berufliche Tätigkeit verursachte Erkrankung ist als Berufskrankheit anzuerkennen. Vielmehr muss es sich um (definierte) Tätigkeiten handeln, die eine Intensität erreichen, die generell geeignet sind, ein entsprechendes (definiertes) Krankheitsbild zu verursachen.

Ursächlich für eine exogen-allergische Alveolitis wirken sensibilisierende organische Materialien vor allem aus Sporen von thermophilen Actinomyceten, Aspergillen und anderen Schimmelpilzen, ferner Bestandteile von Vogelfedern und Proteine von Insekten und Schalentieren [Merkblatt zur BK Nr. 4201: Exogen-allergische Alveolitis, Merkblatt für die ärztliche Untersuchung (Bek. des BMA v. 16.08.1989, BABl. 11/1989, S. 63)]. Nach den Feststellungen des Präventionsdienstes der Beklagten sind die arbeitstechnischen Voraussetzungen gegeben. Nach den Ermittlungen am Arbeitsplatz des Klägers durch den Präventionsdienst ist nachvollziehbar, dass der Kläger in großem Umfang organischen Stäuben ausgesetzt war. Durch den Präventionsdienst wurde vom Vorhandensein eines umfangreichen Artenspektrums aerogener Schimmelpilze in den vom Kläger verarbeiteten Komposten und Häckselhaufen ausgegangen und Konzentrationen in Größenordnungen von 10^2 bis 10^6 KBE/m³ angenommen. Damit kann der Senat feststellen, dass der Kläger organischen Materialien ausgesetzt war, so dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt sind. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig.

Zur Überzeugung des Senats ist bei dem Kläger auch das Vorliegen einer exogen-allergischen Alveolitis nachgewiesen. Dies entnimmt der Senat insbesondere dem überzeugenden Gutachten von Dr. B. und Prof. Dr. K. ... Die Gutachter haben übereinstimmend und der unfallmedizinischen Literatur entsprechend (vgl. Schönberger/Merthens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 1043) die Kriterien für die Diagnose einer exogen-allergischen Alveolitis wie folgt dargestellt: - Antigenexposition, - expositions- und/oder zeitabhängige Symptome, - spezifische IgG-Antikörper im Serum, - Sklerosiphonie (Knisterrasseln), - Röntgenzeichen der exogen-allergischen Alveolitis (gegebenenfalls im HR-CT), - Sauerstoffpartialdruck (pO₂) in Ruhe und/oder bei Belastung erniedrigt oder Diffusionskapazität (DLCO) eingeschränkt. Fehlt eines dieser Kriterien, kann eine exogen-allergische Alveolitis dennoch diagnostiziert werden, wenn ein fehlendes Kriterium jeweils ersetzt werden kann durch - Lymphozytose in der bronchoalveolären Lavage, - mit exogen-allergischer Alveolitis zu vereinbarender histopathologischer Befund der Lunge, - positiver Karenztest, - positiver inhalativer Expositions- oder Provokationstest und insgesamt sechs Kriterien erfüllt sind.

Nach den Gutachten von Dr. B. und Prof. Dr. K. sind jedenfalls sieben der genannten Kriterien erfüllt, so dass das Bestehen einer exogen-allergischen Alveolitis nachgewiesen ist.

Dass der Kläger einer massiven Schimmelpilzexposition ausgesetzt war, wurde bereits mit den arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK Nr. 4201 der Anl. 1 zur BKV festgestellt.

Die Gutachter haben auch das Auftreten expositions- bzw. zeitabhängiger Symptome als gegeben erachtet. Symptome einer exogen-allergischen Alveolitis sind nach dem Gutachten des Prof. Dr. K. grippeähnlichen Symptomen mit Fieber, Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen, Atemnot mit unproduktiven Husten, Brustenge und Abgeschlagenheit. Nach dem Bericht des Klinikums E. vom 07.03.2007 (Bl. 202/207 VA) hatte der Kläger über eine vorangegangene Grippe mit Fieber und hartnäckigem Husten berichtet. Nach dem Gutachten des Dr. B. war es nach den Ausführungen des Klägers im Januar (2007) zu einem ständigen Hustenreiz und häufigen grippalen Gefühlen mit Temperaturanstieg unklarer Genese sowie einer Gewichtsabnahme von 16 kg gekommen. Nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach Durchlaufen stationärer Aufenthalte hat sich Husten mit verfärbten Auswurf sofort wieder eingestellt, nachdem der Kläger zum Sieben von Kompost eingeteilt worden ist. Darüber hinaus hat der Kläger anhaltende Atembeschwerden bei körperlicher Belastung angegeben. Nach den Empfehlungen von S. et al. zur Diagnostik der exogen allergischen Alveolitis der Arbeitsgemeinschaft exogen-allergische Alveolitis der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (Pneumologie 2007; 61, S. 53), auf die Sachverständigen Dr. B. und Prof. Dr. K. ausdrücklich verwiesen haben, handelt es sich bei den vom Kläger genannten Symptomen um solche, die im Fall der exogen-allergischen Alveolitis häufig auftreten (Grippe-symptomatik: 91 Prozent, Dyspnoe: 85 Prozent, Husten: 82 Prozent, Fieber: 67 Prozent, Auswurf: 51 Prozent, Gewichtsverlust: 31 Prozent). Daraus haben die Gutachter nachvollziehbar auf das Auftreten zeitabhängiger Symptome geschlossen. Vor diesem Hintergrund sind die Ausführungen des Beratungsarztes F., es seien niemals Symptome im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit angegeben worden, nicht nachvollziehbar. Dass die Erkrankung bzw. Beschwerden beim Kläger erst nach ca. 14-jähriger beruflicher Belastung aufgetreten sind, spricht entgegen der Behauptung des Beratungsarztes F. nicht gegen das Vorliegen einer exogen-allergischen Alveolitis. Vielmehr entwickelt sich die Erkrankung oft erst nach jahrzehntelanger Exposition, worauf schon im Merkblatt zur BK Nr. 4201 a.a.O. hingewiesen wird. Überdies ist es gerade im Fall der von den Gutachtern angenommenen subakuten bzw. chronischen Form der exogen-allergischen Alveolitis typisch, dass die Patienten erst Monate oder Jahre nach Beginn der Beschwerden einen Arzt aufsuchen, da der Exogen oft schleichend und während der Frühphase symptomarm ist (Heppt/Bachert, Praktische Allergologie, 2. Aufl. 2011, S. 50f.), weshalb Dr. B. und Prof. Dr. K. für den Senat überzeugend darauf verwiesen haben, dass sich die Erkrankung nicht immer lehrbuchhaft entwickelt (Dr. B. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26.09.2014) und subakute Verlaufsformen mit unspezifischen Beschwerden über Wochen bis Monate verbunden sind (Prof. Dr. K., S. 50 seines Gutachtens), was der Betroffene nicht auf eine berufliche Einwirkung beziehen muss.

Auch spezifische IgG-Antikörper im Serum waren beim Kläger nachzuweisen. Nach dem Bericht des Klinikums E. vom 24.05.2007 (Bl. 11/13 SG-Akten) war der IgG-Wert auf Taube, Thermoactinomyces, Aspergillus fumigatus sowie Absidia corymbifera schwach positiv, was ausweislich des Laborbefundes des Prof. Dr. S. vom 10.05.2007 (Bl. 13 SG-Akten) aus serologischer Sicht als diskreter Hinweis auf eine exogen-allergische Alveolitis zu werten ist. Nach dem Bericht des Krankenhauses E. vom 05.05.2010 (Bl. 4/6 VA) fand sich der IgG-Wert bezüglich Aureobasidium pullulans fraglich positiv. Die Behauptung des Beratungsarztes F., dass im Jahr 2010 spezifische IgG-Antikörper nicht vorlagen, ist danach nicht zutreffend. Auch folgt zur Überzeugung des Senats daraus, dass IgG-Antikörper bei den übrigen Untersuchungen nicht nachgewiesen wurden, nicht die Unverwertbarkeit des Diagnosekriteriums. Das Kriterium wird nicht als allein beweisend für das Vorliegen einer exogen-allergischen Alveolitis gewertet, sondern im Zusammenhang mit weiteren Diagnosekriterien, so dass der zeitweise Nachweis von spezifischen IgG-Antikörpern nicht außer Betracht gelassen werden kann. Im Übrigen ist bei längerer Antigenkarenz (ab 6 bis 12 Monaten) häufig ein Abfall der Antikörperkonzentration - wie von Dr. B. unter dem 26.09.2014 dargelegt -, nicht selten bis unter die Nachweisgrenze, zu beobachten und in seltenen Fällen kommen auch während Antigenexposition keine Antikörper vor (Empfehlungen zur Diagnostik der exogen-allergischen Alveolitis a.a.O., S. 53; Heppt/Bachert a.a.O, S. 53f.), so dass sich das Fehlen von Antikörpern bei den Untersuchungen ab Oktober 2010 (Laborbefunde vom 08.10.2010 und 23.05.2011, Bl. 66, 221 VA, Gutachten T.-S., Dr. B., Prof. Dr. K.) ohne Weiteres erklärt. Auch der CRP-Anstieg, den der Beratungsarzt F. als Argument gegen das Vorliegen einer exogen-allergischen Alveolitis anführt, ist für eine exogen-allergische Alveolitis typisch (Heppt/Bachert a.a.O, S. 53, Kroegel/Costabel, Klinische Pneumologie, 1. Aufl. 2014, S. 370, Empfehlungen zur Diagnostik der exogen-allergischen Alveolitis, a.a.O., S. 53). So hat Prof. Dr. K. darauf hingewiesen, dass unspezifische Entzündungszeichen im Serum, das heißt erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) bei akuten und subakuten Verläufen einer exogen-allergischen Alveolitis am häufigsten nachzuweisen ist. Danach mag zwar der Anstieg des CRP auch typisch für eine

bakterielle Infektion sein, widerlegt aber nicht das Vorliegen einer allergischen Entzündung. Dr. B. verweist überzeugend darauf, dass bei Lungengewebsentzündungen häufig bakterielle Entzündungen auftreten (ergänzende Stellungnahme vom 26.09.2014) Dies folgt zur Überzeugung des Senats auch nicht daraus, dass die Entzündungszeichen unter antibiotischer und antimykotischer Behandlung nach Behauptung des Beratungsarztes F. rückläufig waren. Denn ein Ansprechen auf die antibiotischer Therapie konnte Prof. Dr. K. angesichts des persistierend erhöhten CRP-Wertes gerade nicht bestätigen. Vielmehr sind die Werte beim Kläger dauerhaft über lange Zeit auch noch im Jahr 2011, insbesondere bei Untersuchung durch den Gutachter T.-S. erhöht gewesen, ohne dass dieser eine bakterielle Erkrankung diagnostiziert hätte. Erst im Gutachten des Prof. Dr. K. ist der CRP- Wert, mithin lange Zeit nach Antigen-Karenz, als normal angegeben. Bezüglich der nach dem Bericht des Klinikums E. vom 07.03.2007 gestellten Diagnose einer Pneumonie beidseits durch multiresistente Keime hat der Gutachter Prof. Dr. K. darauf hingewiesen, dass bakteriologisch keine typischen Erreger einer ambulant erworbenen Pneumonie nachgewiesen wurden und die in der mikrobiologischen Untersuchung nachgewiesenen Corynebakterien species in der Natur weit verbreitet sind und zur Standortflora von Haut und Schleimhäuten gehören, weshalb eine Kontamination nicht ausgeschlossen werden könne. Auch die nachgewiesenen koagulasenegative Staphylokokken hat der Gutachter als einen typischen Erreger einer ambulant erworbenen Pneumonie ausgeschlossen, so dass aus dem Nachweis von Bakterien nicht auf den Ausschluss einer exogen-allergischen Alveolitis geschlossen werden kann.

Auch das Vorliegen von Röntgenzeichen, ggf. auch im HR-CT, einer exogen allergischen Alveolitis ist gegeben. Nach dem Bericht des Klinikums E. vom 07.03.2007 zeigten sich radiologisch in der durchgeführten Computertomografie des Thorax über beiden Oberlappen und im Mittellappen milchglasartige Verschattungen und beidseits basal in den Unterlappen flächige Verdichtungen. Eine CT-Thoraxuntersuchung am 26.04.2007 (Bericht des Klinikums E. vom 24.05.2007, Bl. 11/13 SG-Akten) ergab im Vergleich zu einer Voraufnahme vom 13.02.2007 neu aufgetretene Infiltrate im Mittellappen bei rückläufigem Vorbefund. Nach dem Bericht des Dr. V. vom 12.10.2007 (Bl. 98 VA) waren Infiltrate dann nicht mehr erkennbar. Nach den Ausführungen des Prof. Dr. K. entspricht ein diffus verteiltes sogenanntes Milchglasmuster in den Mittel- und Unterfeldern radiologisch dem Bild einer akuten exogen-allergischen Alveolitis. Auch nach dem Bericht der Fachärztin E. vom 09.04.2010 (Bl. 124 VA) fand sich wieder ein umschriebenes flaues Infiltrat im rechten Lungenunterlappen, welches bei der Folgeuntersuchung progredient war, wobei sich zudem ein beginnendes Infiltrat auch im linken Unterfeld mit einer eindrucksmäßig homogenen Trübung links basal zeigte (Bericht vom 16.04.2010, Bl. 126 VA). In der Folge waren die Infiltrate wieder rückläufig (Berichte der Fachärztin E. vom 30.04.2010 und 31.05.2010, Bl. 51, 3 VA) bis nach dem Bericht vom 15.09.2010 (Bl. 61 VA) keine pulmonale Infiltrate mehr erkennbar waren. Auch im HR-CT vom 18.04.2011 (im Rahmen des Gutachten des Sachverständigen T.-S., Bl. 201 VA) zeigten sich keine für eine exogen-allergische Alveolitis typischen Infiltrate mehr. Im Rahmen des Zusatzgutachtens des Prof. Dr. G., welches im Zusammenhang mit der Begutachtung durch Prof. Dr. K. erfolgte, fanden sich diskret ausgeprägte unspezifische flau Milchglasstrübungen im rechten Unterlappen. Soweit der Beratungsarzt F. auf die nach den Berichten des Klinikums E. 07.03.2007 und 24.05.2007 radiologisch sich zeigenden Lymphknotenvergrößerungen hinweist, welche als Folge eines Infektes, nicht aber einer allergischen Reaktion zu werten seien, sprechen diese entgegen seiner Auffassung nicht gegen das Vorliegen der streitigen BK. Vielmehr können gerade im Rahmen einer exogen-allergischen Alveolitis auch hiläre oder mediastinale Lymphknotenvergrößerungen auftreten (Heppt/Bachert, a.a.O., S. 52), wie sie im Bericht vom 07.03.2007 beschrieben sind (Bl. 204 VA, Beurteilung CT-Thorax vom 23.01.2007: V.a. reaktive Lymphknotenvergrößerungen beidseits hilär und mediastinal). Daher ist die Beurteilung von Dr. B., es handle sich um reaktive Lymphknotenvergrößerungen, für die sich keine Diskussionsmöglichkeit ergebe (Stellungnahme vom 26.09.2014), überzeugend. Dass später wieder normale Röntgen- und CT-Befunde erhoben wurden, macht die Diagnose einer exogen-allergischen Alveolitis nicht unschlüssig, wie der Beratungsarzt F. meint. Vielmehr schließt ein Normalbefund auch im hochauflösenden CT eine exogen-allergische Alveolitis nicht aus (Heppt/Bachert, a.a.O., S. 52). Milchglasartige Trübungen zeigen sich radiologisch im akuten Stadium und bilden sich bei Allergenkarrenz rasch zurück (Kroegel/Costabel, a.a.O., S. 369, Empfehlungen zur Diagnostik der exogen-allergischen Alveolitis, a.a.O., S. 53). Bei der subakuten Verlaufsform sind zentrilobuläre, mikronoduläre, meist unscharf begrenzte Infiltrationen von milchglasartiger Dichte charakteristisch (Empfehlungen zur Diagnostik der exogen-allergischen Alveolitis, a.a.O., S. 54), wie sie im Rahmen der Begutachtung durch Prof. Dr. K. festgestellt worden sind. Dies spricht für den Senat dafür, dass das radiologische Bild im Rahmen der chronischen Verlaufsform eben noch nicht weit fortgeschritten ist, da insbesondere noch keine irreversible Fibrose beschrieben worden ist, sondern sich die für die exogen-allergische Alveolitis typischen Veränderungen noch weitgehend zurückgebildet haben. Zu berücksichtigen ist insoweit auch, dass der Kläger über lange Zeit mit Kortikosteroiden behandelt worden ist.

Ferner lässt sich beim Kläger eine für eine exogen-allergische Alveolitis typische Lungenfunktionseinschränkung feststellen. Solche sind nach den Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. K. eine restriktive Ventilationsstörung und eine erniedrigte Diffusionskapazität beziehungsweise blutgasanalytisch eine Ruhe- oder Belastungshypoxämie sowie spiroergometrisch eine Erhöhung der AaDO₂ und eine eingeschränkte Atemreserve. Dementsprechend hat Prof. Dr. K. bei Untersuchung des Klägers die spiroergometrisch typischen Befunde, eine leichtgradige Restriktion und eine mittelgradige Einschränkung der Diffusionskapazität festgestellt. Ein obstruktive Ventilationsstörung konnte er dagegen nicht feststellen. Entsprechend einer exogen-allergischen Alveolitis fanden sich auch in der Reha-Klinik H.-K. gemäß dem ärztlichen Entlassungsbericht vom 26.04.2007 (Bl. 45/50 VA) eine geringe Restriktion, keine Obstruktion und eine leichte Ruhehypoxämie. Auch nach dem Bericht des Klinikums E. vom 24.05.2007 wurde bei einer Spiroergometrie eine verminderte maximale Sauerstoffaufnahme festgestellt und bestanden in Ruhe eine leichte Hypoxie, unter Belastung ein unzureichender PO₂-Anstieg bei in Ruhe leichter, unter Belastung mittelschwerer respiratorischer Gasaustauschstörung. Im Bericht des Klinikums E. vom 15.07.2011 ist sodann eine mittelgradige Hypoxämie mit fehlendem Anstieg des PO₂-Wertes unter Belastung und eine in Ruhe mittelgradige, unter Belastung schwergradige respiratorische Gasaustauschstörung beschrieben. Entsprechend finden sich auch nach den Berichten der Lungenfachärztin E. jeweils das Vorliegen einer restriktive Ventilationsstörung und einer Diffusionsstörung. So bestand nach den Berichten vom 09.04.2010 und 31.05.2010 (Bl. 124, 3 VA) eine leichtgradige restriktive Ventilationsstörung bzw. eine leichtgradige kombinierte Ventilationsstörung mit leichtgradiger Diffusionsstörung. Unter systemischer Steroidtherapie fand sich lungenfunktionell am 08.07.2010 (Bl. 59 VA = Bl. 131 SG-Akten) weiterhin eine leichtgradige Restriktion und mäßiggradige Diffusionsstörung. Im weiteren Verlauf kam es zu einer Befundbesserung mit leichter Restriktion und leicht reduzierter Diffusionskapazität (Bericht vom 04.08.2010, Bl. 201 VA = Bl. 24 SG-Akten). Auch der Verwaltungsgutachter T.-S. hat eine restriktive und keine wesentliche obstruktive Ventilationsstörung festgestellt. Die von dem Beratungsarzt F. behauptete COPD, die seiner Meinung nach durch die jahrzehntelange Tabakraucheinwirkung verursacht wurde, wurde von dem Gutachter grundsätzlich ausgeschlossen. Ebenso wenig wurde eine COPD durch Dr. B. oder Prof. Dr. K. oder - nach den vorliegenden medizinischen Berichten - durch einen der behandelnden Ärzte des Klägers diagnostiziert. Der Hinweis des Beratungsarztes F., dass in den Berichten der Fachärztin E. immer wieder eine Asthma-Symptomatik beschrieben sei, steht der Feststellung der streitigen BK nicht entgegen, denn eine bronchitisch-obstruktive Komponente der Erkrankung kann die expiratorischen Flüsse vermindern, so dass das Gesamtbild einer kombiniert restriktiv-obstruktiven Ventilationsstörung mit hohem Residualvolumen resultieren kann; auch eine

Fehldiagnose als Asthma ist möglich (Heppt/Bachert, a.a.O., S. 52f.). Dr. B. verweist insoweit nachvollziehbar auf die bekannten Schwierigkeiten der differentialdiagnostischen Abklärung, was in der zitierten medizinischen Literatur bestätigt wird.

Auch die Befunde der bronchoalveolären Lavage (BAL) sprechen zur Überzeugung des Senats für das Vorliegen einer exogen-allergischen Alveolitis. Nach den Ausführungen des Prof. Dr. K. ist eine lymphozytäre Alveolitis der typische Befund der BAL, wobei eine Erhöhung der Lymphozyten ab 15 Prozent der Gesamtzellen definiert wird. Darüber hinaus kommt es zu einer Erniedrigung des CD4/CD8-Quotienten. Entsprechende Befunde ergeben sich aus den Berichten des Krankenhauses E. aus den Jahren 2007 und 2010. Insbesondere waren nach den Berichten vom 24.05.2007 und vom 04.08.2007 der Anteil der Lymphozyten mit 35 Prozent stark erhöht und der CD4/CD8-Quotient mit 0,6 (gegenüber dem Normalwert von 1,3-3,5) stark erniedrigt. Ebenso lag mit einem Anteil der Lymphozyten von 44 Prozent und einem CD4/CD8-Quotienten von -0,4 nach dem Bericht des Klinikums E. vom 05.05.2010 ein für eine exogen-allergische Alveolitis sprechender BAL-Befund vor. Eine Bronchiolitis obliterans mit organisierender Pneumonie (BOOP), für welche derartige BAL-Befunde ebenfalls typisch sind und die der Gutachter T.-S. in Betracht gezogen hat, wurde von Dr. B. und Prof. Dr. K. differenzialdiagnostisch ausgeschlossen. Die Gerichtsgutachter haben daher nachvollziehbar auch dieses Diagnosekriterium bejaht.

Schließlich ist auch der histopathologischen Befund mit einer exogen-allergischen Alveolitis vereinbar. Gemäß dem pathologisch-anatomischen Gutachten des Klinikums E. vom 30.04.2010 (Bl. 217/218 VA) war in der transbronchialen Biopsie eine interstitielle fibrosierende Entzündung und fibrinöse Pneumonie, nicht jedoch eine granulomatöse Entzündung nachweisbar, was Dr. B. und Prof. Dr. K. als Zeichen einer interstitiellen Lungenparenchymfibrosierung und als Hinweis auf eine chronisch exogen-allergische Alveolitis gesehen haben.

Damit sind mehr als die erforderlichen sechs Diagnosekriterien erfüllt, so dass der Senat am Vorliegen einer exogen-allergischen Alveolitis keine Zweifel hat.

Die exogen-allergische Alveolitis ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Tätigkeit des Klägers zurückzuführen, da der Kläger im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit für die Erkrankung ursächlichen Allergenen ausgesetzt war, entsprechende Einwirkungen außerhalb der beruflichen Tätigkeit insbesondere nach der Allergianamnese des Dr. B. nicht feststellbar sind und auch im Übrigen Anhaltspunkte hierfür nicht bestehen.

Die Berufung der Beklagten war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-10-12