

L 2 U 444/09

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 15 U 149/07

Datum

22.09.2009

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 444/09

Datum

07.10.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 299/13 B

Datum

26.02.2014

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zum Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV bei einer langjährigen Apothekertätigkeit.

2. Derzeit fehlt es an ausreichenden wissenschaftlichen Erkenntnissen für die Dosis Wirkungsbezeichnung im Niedrigdosisbereich bei allergisch empfindlichen Personen.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 22. September 2009 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist noch, ob bei der Klägerin als Berufskrankheit eine obstruktive Atemwegserkrankung nach Nr. 4302 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) vorliegt.

Die 1970 geborene Klägerin ist approbierte Apothekerin und arbeitete, nach einem praktischen Jahr 1996/97, von Juli 1997 bis Mai 2004 als angestellte Apothekerin in verschiedenen Apotheken. Am 15. Dezember 2005 stellte sie bei der Beklagten einen Antrag auf Anerkennung einer Berufskrankheit. Ende Mai 2004 habe sie auf Anraten ihres Allergologen und Lungenarztes Dr. L. wegen verstärkender Allergien ihre Tätigkeit in der Apotheke aufgegeben. Dieser bescheinigte am 18. Mai 2004 ein gemischtförmiges Asthma bronchiale, eine Rhinokonjunktivitis allergica bei klinisch relevanter Gräser- und Roggenpollen- sowie Kräuterpollenallergie mit oralem Allergiesyndrom bei Äpfeln und Walnüssen sowie Fisch und eine Sulfid-Unverträglichkeit. Eine Bodyplethysmographie habe keine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung ergeben.

Die Beklagte holte u.a. verschiedene ärztliche Befundberichte sowie eine Bescheinigung der AOK Bayern über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit von 1985 bis 9. Februar 2006 ein und beauftragte die Internistin und Ärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. L. mit der Erstellung eines lungenfachärztlichen Gutachtens (Gutachten vom 19. Juli 2006). Eine Pricktestung, Scratch- oder Epikutantestung gegenüber den fraglichen Berufsstoffen lehnte die Klägerin gegenüber der Gutachterin ab. Das Gesamt-IgE war geringgradig erhöht. Gegenüber den beruflich verwendeten Stoffen Chlor, Ethanol, Toluol, Xylol, Acetylsalicylsäure (ASS) und Isopropanol konnten keine spezifischen Antikörper nachgewiesen werden. Die Sachverständige stellte somit gegenüber beruflich genutzten Stoffen immunologisch keinen Hinweis für eine relevante Sensibilisierung fest. Eine Einschränkung der Lungenfunktion konnte nicht beschrieben werden; es ergab sich ferner kein Hinweis für eine Hyperreaktivität des Bronchialsystems. Der Sachverständige diagnostizierte Sensibilisierungen gegenüber Gräserpollen, Pollen früh- und spätblühender Bäume, gegenüber Kräuterpollen, gegenüber Tierhaaren, verschiedensten Nahrungsmitteln, fraglich gegenüber Spermin und Intoleranz gegenüber Sulfid und gegenüber verschiedenen Schmerzmedikamenten. Es bestehe anamnestisch ein Asthma bronchiale ohne Nachweis einer unspezifischen Hyperreaktivität des Bronchialsystems. Nicht gesichert sei die Diagnose einer obstruktiven Atemwegserkrankung. Die Atemnot und zeitweiligen Hautveränderungen stünden eindeutig nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit als Apothekerin. Ob eine wesentliche Verschlimmerung durch die genannten beruflichen Stoffe ausgelöst wurde, könne aktuell nicht geklärt werden, da eine spezifische Provokation unter ambulanten Bedingungen abgelehnt wurde.

Am 5. Dezember 2006 wurde in der Klinik für Berufskrankheiten B. R. ein Provokationstest unter stationären Bedingungen mit den Stoffen Oleum Lanadulae und Oleum Eucalypti sowie eine Provokationsprüfung mit Talkum durchgeführt. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 11. Januar 2007 führte Dr. L. hierzu aus, dass ein Abfall des Nasenflows nachweisbar gewesen sei, jedoch keine

Lungenfunktionseinschränkungen. Eine asthmaähnliche Symptomatik sei nicht aufgetreten. Der Provokationstest mit Methacholin und die inhalative Provokation mit Talkumpuder seien negativ verlaufen. Zusammenfassend sei festzustellen, dass Sensibilisierungen gegenüber verschiedensten, überall vorkommenden Stoffen nachweisbar waren. Die Diagnose einer obstruktiven Atemwegserkrankung - eines Asthma bronchiale - sei nicht als gesichert zu sehen. Das fragliche Asthma bronchiale werde durch berufliche Einwirkungen nicht verursacht oder richtungsgebend verschlimmert. Die Voraussetzungen einer Berufskrankheit nach Nr. 4301 bzw. 4302 der Anlage zur BKV seien nicht erfüllt.

Die Einschätzung wurde vom Gewerbearzt mit Stellungnahme vom 29. Januar 2007 geteilt.

Mit Bescheid vom 13. Februar 2007 lehnte die Beklagte unter Bezugnahme auf die gutachterlichen Äußerungen der Dr. L. die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 4301 bzw. 4302 der Anlage zur BKV ab. Den Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 19. Juni 2009 zurück.

Dagegen hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Landshut erhoben. Es bestünden eine allergische Rhinopathie, wie der HNO-Arzt Dr. F. bestätigt habe, ferner ein gemischtförmiges Asthma bronchiale, eine Rhinokonjunktivitis allergica sowie eine Sulfit-Unverträglichkeit (gemäß Dr. L.).

Das Sozialgericht hat einen Befundbericht des Allgemeinarztes Dr. R. vom 12. Februar 2008 eingeholt und Dr. P. (Internist, Lungen- und Bronchialheilkunde) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt, der im Ergebnis seines Gutachtens vom 17. September 2008 keine berufsspezifische Ursache für das diagnostizierte überempfindliche Bronchialsystem und die Sensibilisierung gegenüber Pollen bei deutlich positiver RAST-Klasse und erhöhtem Gesamt-IgE feststellen konnte. Die bronchiale Hyperreagibilität habe sich wohl auf dem Boden der bereits seit frühester Kindheit bestehenden Allergien und damals vorliegender Hustensymptomatik sowie Atemnotsymptomatik entwickelt. Arbeitsplatzbezogene Provokationen in der Klinik für Berufskrankheiten B. R. und RAST-Untersuchungen bei der jetzigen Untersuchung bezüglich Natriumhypochloridlösung und ASS zeigten keine berufsbedingten Ursachen der Beschwerden auf.

Zu den klägerischen Einwendungen, dass bei den Testungen, die von Dr. P. veranlasst worden seien, lediglich eine einwöchige Medikamentenkarenz eingehalten worden sei, hat der Sachverständige am 16. Dezember 2008 ergänzend Stellung genommen und ausgeführt, dass auch aufgrund der neu vorgelegten Dokumentationen kein ursächlicher Zusammenhang im Sinne der Entstehung oder richtungsweisenden Verschlimmerung der Atemwegsbeschwerden zu erkennen sei. Er habe bereits nach einwöchiger Medikamentenkarenz ein hyperreagibles Bronchialsystem bei der Klägerin festgestellt. Die Einhaltung einer zweiwöchigen Karenz sei nur erforderlich, wenn es um den Ausschluss eines hyperreagiblen Bronchialsystems ginge. Für ihn sei klar, dass sich bei der Klägerin wegen diverser Allergien auf berufsfremde Stoffe ein hyperreagibles Bronchialsystem entwickelt habe. Es sei lediglich nicht nachweisbar, dass sich dieses hyperreagible Bronchialsystem durch Berufsstoffe verschlimmert habe.

Der gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragte Prof. Dr. W. (Klinikum F.) ist in seinem Gutachten vom 2. Juni 2009 ebenfalls zu dem Ergebnis gelangt, dass ein berufsbedingtes allergisches Asthma im Sinne einer Berufskrankheit nach Nr. 4301 der Anlage zur BKV unwahrscheinlich, ein berufsbedingtes Asthma durch irritativ toxische Einflüsse gemäß der Nr. 4302 der Anlage zur BKV anhand anamnestischer Angaben "durchaus möglich" sei. Letzteres könne jedoch aufgrund der gegenwärtigen Datenlage nicht mit hinreichender hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden; zu dieser Feststellung ist der Sachverständige über eine Bluttestung gelangt. Diese könnte durch sorgfältige Austestung unter stationären Bedingungen (orale Provokationstestung) wahrscheinlicher gemacht werden, zu denen die Klägerin gegenwärtig jedoch nicht bereit sei. Eine allergische Rhinitis - durch berufsfremde Stoffe - müsse anhand des Beschwerdebildes als sicher angenommen werden.

Einen Antrag auf Einholung eines weiteren Gutachtens von Amts wegen zu der Frage, ob die von Prof. Dr. W. bestätigte allergische Rhinopathie ein Auslöser für die Atembeschwerden sei, hat das Sozialgericht abgelehnt. Es gäbe keine Hinweise, dass die Rhinopathie mit Wahrscheinlichkeit berufsbedingt sei.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 22. September 2009 abgewiesen. Nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. W. sei zwar eine allergische Rhinopathie erwiesen. Nach dem Gutachten sei jedoch die Exposition mit Berufsstoffen keine wesentliche Teilursache der Rhinopathie, da von keinem der Gutachter eine Sensibilisierung gegenüber Berufsstoffen habe nachgewiesen werden können. Bei der Bluttestung (sog. RAST) seien keine spezifischen Antikörper (IgE und IgG) gegen die von der Klägerin genannten Berufsstoffe (getestet wurden: Chlor, Ethanol, Xylol, Toluol, ASS, Natriumhypochlorid und Isopropanol) zu finden gewesen. Darüber hinaus liege nach der übereinstimmenden Aussage sämtlicher Gutachter kein Vollbeweis einer chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankung (im Bereich der unteren Luftwege) vor. Schließlich habe in keinem Gutachten eine spezifische Reaktion der unteren Atemwege auf Berufsstoffe festgestellt werden können.

Zur Begründung der Berufung hat die Klägerin die Ansicht vertreten, dass Dr. L. nur einen unspezifischen Test unter laufender Therapie, Dr. S. (Klinik B. R.) den spezifischen Test nach ungenügender Therapiepause und Dr. P. einen spezifischen Provokationstest ohne Einhaltung einer zweiwöchigen Therapiepause gemacht hätten. Auch im Gutachten des Prof. Dr. W. sei der ungenügende Test des Dr. S. mit eingeflossen. Sie sei grundsätzlich zu einer Testung, insbesondere zu einem arbeitsplatzbezogenen Inhalationstest, bereit.

Am 30. Juli bis 1. August 2012 hat eine Provokationstestung auf ASS und Pricktestung unter stationären Bedingungen in der K.Klinik W. a. d. D. stattgefunden. Nach ca. drei Stunden sei eine Reaktion mit massivem Dyspnoeanfall und ausgeprägter, auch nachvollziehbarer Bronchospastik mit notwendiger Notfallbehandlung aufgetreten. Damit sei die Provokationstestung als positiv zu bewerten.

Am 11. bis 12. September 2012 hat eine weitere spezifische Provokationstestung auf mitgebrachte ätherische Öle unter stationären Bedingungen in der K.Klinik W. a. d. D. stattgefunden. Es zeigte sich keine Frühreaktion, jedoch eine Spätreaktion mit massivem Dyspnoeanfall. Damit sei das Asthma bronchiale bestätigt. Ob dieses berufsbedingt sei, müsse in einer erneuten Begutachtung geklärt werden.

Der Senat hat ein arbeitsmedizinisches Gutachten des Prof. Dr. C. (Klinikum der Universität B-Stadt) vom 21. Dezember 2012 nach ambulanter Untersuchung eingeholt.

Als Diagnosen bestünden danach ein Asthma bronchiale, kontrolliert, bei polyvalenter Typ I-Sensibilisierung gegenüber ubiquitären Inhalationsallergenen, eine ASS- und Sulfid-Unverträglichkeit, ein Verdacht auf Long-QT-Syndrom sowie eine Migräne mit Aura. Eine Exposition gegenüber einer eindeutig als Typ I-Allergen definierten beruflichen Noxe konnte nicht eruiert werden. Eine obstruktive Atemwegserkrankung im Sinne einer Berufskrankheit nach Nr. 4301 der Anlage zur BKV könne nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bestätigt werden.

Darüber hinaus liege auch kein irritativ-toxisches Asthma im Sinne einer Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV vor. Die Anamnese mit ausschließlich verzögerter Atemwegsreaktion auf Exposition spreche gegen einen irritativ-toxischen Effekt, der immer zeitnah zur Exposition auftreten müsste. Zusätzlich scheine die berufliche Exposition als Apothekerin gegenüber geringen Mengen von irritativ wirkenden Stoffen nicht geeignet, ein irritativ-toxisches Asthma auszulösen.

Die obstruktive Atemwegserkrankung im Sinne eines bestehenden Asthma bronchiale sei erstmals 1992 diagnostiziert worden und habe damit schon vor Aufnahme der beruflichen Tätigkeit bestanden. Sie sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch die berufliche Exposition mitverursacht oder durch sie richtunggebend verschlimmert worden. Die aktenkundig dokumentierten Lungenfunktionsbefunde belegten Normalbefunde auch unter Exposition.

Einen Antrag der Klägerin, den Sachverständigen Prof. Dr. C. wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen, hat der Senat mit Beschluss vom 4. März 2013 abgelehnt.

Zu den Einwendungen der Klägerin gegen das Gutachten hat der Senat eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. C. vom 10. Juni 2013 eingeholt: Im Ergebnis hat er an seinem Gutachten festgehalten. Ein berufsbedingtes Asthma bronchiale könne nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bestätigt werden.

Im Einzelnen hat der Sachverständige zu den wesentlichen folgenden Fragen ausgeführt:

* Asthmaerkrankung aufgrund Aspirin-Unverträglichkeit:

Eine Aspirin-Intoleranz sei durch die bronchiale Provokationstestung mit Aspirin durch die K.Klinik W. a.d. Donau vom September 2012 nachgewiesen. Nach der Anamnese habe die Aspirin-Unverträglichkeit seit Frühjahr 1995 vorgelegen.

* Asthma bronchiale schon vor Aufnahme der beruflichen Tätigkeit:

Dies ergebe sich aus der Anamnese, wonach im Herbst 1990 nächtliche Atemwegsbeschwerden mit bronchialer Enge und Husten (Grund: Rosshaarmatratze) aufgetreten seien. Ferner läge ein Lungenfunktionsbefund des Dr. R. von 30. März 1992 mit der Diagnose Asthma vor. Außerdem würden in dem Arztbrief des Dr. M. von 21. August 1992 "seit längerer Zeit bestehende Atemnotbeschwerden" beschrieben.

* Behandlung des Asthma bronchiale während der beruflichen Tätigkeit:

Im September 2004 (Dr. L.) habe keine bronchiale Hyperreagibilität belegt werden können. Zu diesem Zeitpunkt sei das Asthma bronchiale leitliniengerecht adäquat therapiert worden. Über den gesamten Zeitraum der beruflichen Tätigkeit sei keine regelmäßige pneumologische Betreuung mit Dokumentation von Lungenfunktionsbefunden und der jeweils eingenommenen Therapie erfolgt. Die von der Klägerin berichtete vermehrte Medikamenteneinnahme könne somit nicht durch entsprechende ärztliche Befunde objektiviert werden.

* Hervorrufen einer klinisch relevanten irritativ-toxischen Wirkung an den Atemwegen:

Eine für das Auslösen eines irritativ-toxischen Asthmas im Sinne der BK Nr. 4302 der Anlage zur BKV notwendige Expositionshöhe sei aufgrund der von der Klägerin beschriebenen Tätigkeit nicht zu erwarten. Eine auch langjährige Exposition gegenüber niedrigen Konzentrationen sei nicht geeignet, ein irritativ-toxisches Asthma zu verursachen.

* Quantifizierung der Salicylat-Exposition am Arbeitsplatz:

Die Frage, ob die inhalative Exposition gegenüber Salicylaten durch die Tätigkeit als Pharmazeutin geeignet ist, bei Menschen mit Analgetika-Asthma-Syndrom eine Asthma-Symptomatik auszulösen, könne wissenschaftlich nicht beantwortet werden.

* Reaktion auf die im beruflichen Umfeld eingesetzten ätherischen Öle und Duftöle:

Relevant sei ausschließlich die berufliche Exposition. Diese sei nicht geeignet, ein irritativ-toxisches Asthma bronchiale zu verursachen.

Grundsätzlich könne bei geeigneter beruflicher Exposition auch bei Vorliegen einer Somatisierungsstörung parallel ein beruflich verursachtes Asthma bronchiale diagnostiziert werden. Die in die Diskussion eingebrachte zusätzliche Diagnose einer Somatisierungsstörung sei damit begründet worden, dass die von der Klägerin beschriebenen Asthmaanfälle nicht auf die Einnahme eines sofort wirksamen Bronchospasmolyticums ansprachen.

* Verordnung einer Kortison-Behandlung erstmals im Mai 1996:

Die Verordnung eines Kortison-Präparats könne nicht die pneumologische Diagnostik eines Asthma bronchiale und eine Verlaufsdocumentation ersetzen. Notwendig für die Anerkennung einer Berufskrankheit seien Brückenbefunde - bei vorbestehendem Asthma bronchiale Lungenfunktionsbefunde, die unter Exposition erhoben worden seien und eine richtungsgebende Verschlimmerung belegen könnten. Entsprechende Lungenfunktionsbefunde seien nicht aktenkundig. Die Lungenfunktionsmessungen während Exposition von 1996, 2001 und 2004 belegten keine richtungsgebende Verschlechterung der Messwerte. An weitergehenden Befunden läge nur einmal ein Bericht aus der Notaufnahme des Krankenhauses auf T. vor.

* Unspezifische bronchiale Provokation 1992:

Eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität sei bei ca. 10 bis 15 % der Bevölkerung zu diagnostizieren. Erst in Zusammenschau mit einer Asthma-typischen Anamnese könne aufgrund einer positiven bronchialen Hyperreagibilität die Diagnose eines Asthma bronchiale gestellt werden. Ferner sei auch bei einem geringgradigem Asthma bronchiale unter Leitlinien gerechter Therapie die Ausübung des Berufs einer Apothekerin möglich.

Zu dem Gutachten von Prof. Dr. W. hat der Sachverständige ausgeführt, dass dieser zwar ein irritativ-toxisches Asthma bronchiale für möglich erachte, jedoch ausdrücklich ausgeführt habe, dass dieses nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bestätigt werden konnte. Ein Widerspruch zum Gutachten des Prof. Dr. W. bestehe insoweit, als nun ein irritativ-toxisches Asthma aufgrund der geringen Expositionshöhe nicht einmal für möglich gehalten werde.

* Exposition gegenüber atemwegsirritativen Stoffen wie Salicylsäure, Chlor, Per-chlorsäure (Dr. L.):

Jedenfalls könne eine Einwirkungskausalität nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bejaht werden, da keine Brückenbefunde vorlägen, die den Arbeitsplatzbezug des Asthma bronchiale im Sinne einer richtungsgebenden Verschlimmerung belegen könnten. Darüber hinaus wäre bei einem irritativ-toxischen Asthma eine sofortige Atemwegsobstruktion mit entsprechenden Symptomen während der Exposition zu erwarten und nicht mit einer mehrstündigen zeitlichen Verzögerung.

Die Klägerin hat hierzu erneut Einwendungen erhoben und ein Privatgutachten des

Dr. M. vom 20. September 2013 vorgelegt. Bei der Klägerin lägen danach keine konkreten psychopathologischen Symptome vor, aus der eine somatoforme Störung oder eine andere psychische resultierten. Die körperlichen Symptome seien auf Atemnotzustände und Rhinitis beschränkt und seien nicht multipler und unterschiedlicher Natur, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden würde. Sie wiesen vielmehr eindeutig auf eine körperliche Erkrankung hin. Die vorhandenen Symptome hätten zu keiner Beeinträchtigung der familiären oder sozialen Funktionen geführt. Es läge auch keine affektive, depressive und ängstliche Störung bzw. hypochondrische oder wahnhafte Störung vor.

Der Sachverständige Prof. Dr. C. hat in einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 26. September 2013 insbesondere auch zur Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV dargelegt, dass keine Typ-I-Sensibilisierung gegenüber einem Berufsalergen belegt worden sei. Die durch bronchiale Provokationstestung mit ASS belegte sog. Aspirin-Unverträglichkeit sei kein Typ-I-allergisches Geschehen, vielmehr liege eine Störung des Arachidonsäuremetabolismus vor, welche zu einer Überproduktion von Entzündungsmediatoren führe. Im Rahmen der Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV müsse eine Exposition gegenüber einer atemwegsirritativ oder -toxisch wirkenden Noxen vorliegen. Notwendig sei eine Dosis-Wirkungsbeziehung. Nach gutacherlicher Einschätzung sei der Expositionsumfang gegenüber potenziell atemwegsirritativen Berufsstoffen bei der Apothekerinnentätigkeit der Klägerin nicht geeignet, ein irritativ-toxisches Asthma bronchiale zu verursachen. Bei Einhaltung der Arbeitsplatzgrenzwerte (AGW) träten keine Reaktionen auf. Bei der Klägerin stelle sich die Frage, ob Irritantien im Niedrigdosisbereich bei besonders empfindlichen Menschen ein irritativ-toxisches Asthma bronchiale auslösen können. Dies sei wissenschaftlich nicht vollständig geklärt. Nachteil weiterer arbeitstechnischer Ermittlungen am konkreten Arbeitsplatz der Klägerin wäre, dass hierdurch im besten Fall grundsätzliche Zusammenhänge geklärt werden könnten; es könnte aber immer noch nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bestätigt werden, ob im Einzelfall bei der Klägerin die Expositionen tatsächlich zum Auslösen einer bronchialen Obstruktion führen.

Das Gutachten und die Stellungnahmen des Prof. Dr. C. sind in der mündlichen Verhandlung vom 7. Oktober 2013 eingehend erörtert worden. Die Klägerin hat ihr Asthma bronchiale auf die Einwirkung von Chlor, ASS sowie Salicylaten zurückgeführt. Die früheren Allergene seien hierfür nicht ursächlich. Den Klageantrag hat sie auf die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV beschränkt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 22. September 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 13. Februar 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juni 2007 aufzuheben und festzustellen, dass eine obstruktive Atemwegserkrankung als Berufskrankheit im Sinne der Nummer 4302 der Anlage zur BKV vorliegt, hilfsweise die Arbeitsbedingungen (u.a. räumliche Gegebenheiten, Lüftung und Stoffkonzentration von irritativ-toxisch wirkenden Noxen), gegebenenfalls mit Hilfe eines Präventionsdienstes am letzten Arbeitsplatz der Klägerin in der X-Apotheke, X-Straße, X-Stadt im Zeitraum vom Juli 2001 bis Mai 2004 zu ermitteln und eine Expositionstestung bei der Klägerin durchzuführen - die Klägerin erklärt sich dazu bereit unter Überwachung eines Arztes.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Übrigen wird gemäß [§ 136 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf den Inhalt der Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufsakts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage zulässig ([§§ 143, 151 SGG](#)), jedoch unbegründet. Auch dem Hilfsantrag war nicht stattzugeben.

Berufskrankheiten sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Versicherungsfälle. Berufskrankheiten sind dabei Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Vorliegend betrifft der Rechtsstreit aufgrund des Antrags in der mündlichen Verhandlung nur noch Nr. 4302 der Anlage 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.

Die Feststellung dieser Berufskrankheit setzt einerseits das Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen im Sinne der haftungsbegründenden Kausalität, andererseits der medizinischen Voraussetzungen im Sinne der haftungsausfüllenden Kausalität voraus.

Im Rahmen der Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV ist das Vorliegen sog. Inhalationsnoxen im Sinne chemisch-irritativ oder toxisch wirkender Arbeitsstoffe notwendig. Die Exposition der Klägerin als Apothekerin bestand im Zeitraum von 1996 bis 2004 vor allem durch das Anmischen von Salicylat-haltigen Salben gegenüber pulverförmigen Salicylaten sowie beim Abfüllen von größeren in kleinere Gebinde gegenüber ätherischen Ölen und chlorhaltigen Chemikalien.

Die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben (sog. Einwirkungskausalität, wie sie vom Bundessozialgericht z.B. im Urteil vom 2. April 2009, Az.: [B 2 U 9/08 R](#) dargelegt wurde), und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung", "Einwirkungen" und "Krankheit" müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit, vorliegen. Für die nach der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge - wie die genannte Einwirkungskausalität - genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit wie im Rahmen des Gutachtens

des Prof. Dr. W. erwähnt (vgl. BSG, Urteile vom 27.06.2006 - [B 2 U 20/04 R](#) - [SozR 4-2700 § 9 Nr. 7](#) und vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach aktueller wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#)).

Über die allgemeine berufliche Gefährdung hinaus muss somit als wahrscheinlich nachgewiesen sein, dass die berufliche Tätigkeit wesentliche (Mit-)Ursache für die Gesundheitsstörung war (vgl. BSG SozR 2200 § 551 Nr. 1 und 18). Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung sind dabei nur solche Ursachen rechtserheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG v. 30.01.2007, Az.: [B 2 U 23/05 R](#); vom 02.04.2009, Az.: [B 2 U 9/08 R](#)).

Neben der grundsätzlichen Exposition der Klägerin gegenüber den o.g. chemisch-irritativ oder toxisch wirkenden Stoffen ist durch das Ergebnis der medizinischen Sachverhaltsaufklärung, insbesondere durch die während des Berufungsverfahrens durchgeführten stationären Provokationstestungen - zum einen auf ASS und Pricktestung, zum anderen auf mitgebrachte ätherische Öle unter stationären Bedingungen in der K.Klinik W. a. d. D. -, auch nachgewiesen, dass bei der Klägerin ein Asthma bronchiale vorliegt. Es bestätigten sich somit als Diagnosen ein Asthma bronchiale bei polyvalenter Typ I-Sensibilisierung gegenüber ubiquitären Inhalationsallergenen sowie eine ASS- und Sulfid-Unverträglichkeit.

Im Ergebnis ist jedoch nicht vom Vorliegen der Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV auszugehen.

Bereits im Merkblatt zur BK Nr. 4302 (Bek. des BMA vom 10.07.1979, Bundesarbeitsblatt 7/8/1979) ist ausgeführt, dass auch mit der Möglichkeit einer individuellen Empfindlichkeitssteigerung zu rechnen ist. Bedeutsam sei der zeitliche Zusammenhang zwischen Exposition und Krankheitsbeginn. Ein Kausalzusammenhang zwischen Erkrankung und Berufstätigkeit ist gegeben, wenn die Allergenexposition auf den Arbeitsplatz beschränkt ist oder der außerberufliche Allergenkontakt größenordnungsmäßig unter der massiven Exposition am Arbeitsplatz liegt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 1055). Schwierigkeiten treten auf, wenn, wie hier, das beruflich einwirkende Allergen sowohl am Arbeitsplatz als auch im natürlichen Lebensraum vorhanden ist, sowie bei unzureichender Qualifizierbarkeit der Allergenexpositionen.

Bei der Klägerin sind nach dem vom Senat eingeholten Gutachten des Prof. Dr. C. klinisch relevante Typ I-Sensibilisierungen insbesondere gegenüber diversen Tierallergenen, aber auch Hausstaubmilben-Allergenen, bereits ab dem dritten Lebensjahr bekannt und Behandlungen dokumentiert. Bereits seit 1992 ist nach überzeugender Auswertung des Prof. Dr. C. das Asthma bronchiale nachgewiesen. Dies ergibt sich für den Senat nachvollziehbar einerseits aus einem Lungenfunktionsbefund des Dr. R. von 1992 mit der Diagnose Asthma bronchiale, andererseits aus einem Arztbrief des Dr. M. von 1992, in dem seit längerer Zeit erheblich bestehende Atemnotbeschwerden beschrieben werden. Es wurde die Verdachtsdiagnose Asthma bronchiale gestellt. Prof. Dr. C. beurteilte deshalb das Asthma bronchiale als "am ehesten allergisch". Eine berufliche Erstverursachung scheidet somit aus, so dass es allenfalls noch zu einer Verschlimmerung der Asthma-Erkrankung gekommen sein kann.

Notwendig für die Anerkennung einer Berufskrankheit sind dann Brückenbefunde - bei vorbestehendem Asthma bronchiale Lungenfunktionsbefunde, die unter Exposition erhoben worden sind und eine richtungsgebende Verschlimmerung belegen. Entsprechende Lungenfunktionsbefunde sind jedoch, wie Prof. Dr. C. darlegt, nicht aktenkundig. Die Lungenfunktionsmessungen während Exposition von 1996, 2001 und 2004 belegen keine richtungsgebende Verschlechterung der Messwerte. An weitergehenden Befunden liegt nur einmal ein Bericht aus der Notaufnahme des Krankenhauses auf T., also gerade nicht bezogen auf den Arbeitsplatz, vor.

Nachgewiesen ist auch eine Analgetika-Intoleranz. Die 1995 erstmals aufgetretene Aspirin-Unverträglichkeit stellt nach Darlegung des Sachverständigen kein allergisches Phänomen dar. Das Krankheitsbild wird nicht über spezifische IgE-Antikörper, sondern über eine genetisch bedingte Störung des Arachidonsäuremetabolismus vermittelt.

Wissenschaftlich nicht geklärt ist derzeit, ob eine berufliche inhalative Exposition gegenüber Salicylaten bei Menschen mit Analgetika-Asthma-Syndrom eine Asthmasymptomatik auslösen kann. Dies bedingt als Therapie jedoch lediglich das Tragen einer Staubmaske; eine zwingend notwendige Aufgabe der beruflichen Tätigkeit ist hieraus nach Einschätzung des Arbeitsmediziners "auf keinen Fall" abzuleiten.

Allergisch reagiert die Klägerin nachweislich auch auf ätherische Öle und Duftöle. Für Duftstoffe bzw. Noxen ist bislang die Verursachung einer Typ IV-Sensibilisierung mit Ausbildung von allergischen Kontaktekzemen der Haut bekannt. Da die Inhaltsstoffe jedoch sehr heterogen sind, kann nach Einschätzung des Sachverständigen nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Inhaltsstoffe in einzelnen Zubereitungen eine allergene Potenz haben. Die Haut-Prick-Testung mit den zur inhalativen Provokation eingesetzten ätherischen Ölen hatte bei der Klägerin keine Typ I-Sensibilisierung gezeigt. Die inhalative Provokationstestung im Sommer 2012 führe zu einer isolierten Spätreaktion, deren Ursache jedoch nicht hinreichend klar ist. Spezifische Allergene konnten nicht identifiziert werden.

In Frage kommt, zumal eine Atemwegssymptomatik auf jegliche ätherische Öle sowie Duftöle auch allein bei geruchlicher Wahrnehmung und auch bei Wahrnehmung von Chlor, das kein Allergen ist, beschrieben ist, eine Somatisierungsstörung. Hierfür spricht auch, dass die von der Klägerin beschriebenen Asthmaanfälle nicht auf die Einnahme eines sofort wirksamen Bronchospasmolyticums ansprechen. Dem Vorliegen einer Somatisierungsstörung wird in der Einschätzung durch Dr. M. in dem vorgelegten Privatgutachten widersprochen; der Senat kann im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Berufskrankheit offen lassen, ob als weitere Konkurrenzursache neben der allgemeinen allergischen Empfindlichkeit eine Somatisierungsstörung anzunehmen ist. Im Rahmen der Anerkennung einer Berufskrankheit ist nicht die tatsächliche, von mehreren mögliche Konkurrenzursache zu belegen, sondern vielmehr obliegt die Beweislast für das Vorliegen einer berufsbedingten Erkrankung dem Versicherten.

Im Hinblick auf die Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV hat der Sachverständige ausgeführt, dass die Expositionshöhe nicht hinreichend dafür ist, eine klinisch relevante irritativ-toxische Wirkung an den Atemwegen hervorzurufen. Grundsätzlich sind Expositionshöhen zu fordern, die parallel auch akute irritative Effekte an den oberen Atemwegen in Form von Reizerscheinungen an Nase und Rachen verursachen würden. Bei einem irritativ-toxischen Asthma ist keine alleinige Spätreaktion zu erwarten. Auch eine langjährige Exposition gegenüber niedrigen Konzentrationen ist nicht geeignet, ein irritativ-toxisches Asthma zu verursachen. Die Anamnese mit ausschließlich verzögerter Atemwegsreaktion auf Exposition spricht somit ebenfalls, wie die dokumentierte Vorerkrankung, gegen einen

Saved
2014-03-12