# L 2 U 430/12

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 9 U 7/10
Datum
14.09.2012
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 430/12
Datum
04.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 45/15 B
Datum
26.05.2015
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Zur Frage des Vorliegens der BK 4302 durch Ozonbelastung und TCP Belastung, der Flugpersonal bei Flügen ausgesetzt ist.
2. Die Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV erfasst nicht ohne Weiteres ein eventuelles aerotoxisches Syndrom, sondern setzt das Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung voraus.
3. Der Senat lässt offen, ob Symptome, die im Rahmen eines aerotoxischen Syndroms in der Wissenschaft diskutiert werden, von einer anderen Berufskrankheit erfasst werden können.
I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 14. September 2012 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin wegen ihrer Tätigkeit als Flugbegleiterin Anspruch auf Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) hat.

Die Berufskrankheit (BK) Nr. 4302 lautet: 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 1971 in der ehemaligen DDR geborene Klägerin war zunächst nach Ausbildung und Maschinenbaustudium (1990/1991) vom 15.05.1991 bis 18.02.1996 als Versicherungsvertreterin und Einrichtungsberaterin tätig und ab 19.02.1996 bei der C. Flugdienst GmbH als Flugbegleiterin, bis 2000 als Vollzeitkraft, ab 2001/2002 in Teilzeit von 75% und ab 2003 in Teilzeit von 50%, nämlich 6 Monate im Jahr.

Daneben arbeitete sie von 2000 bis 2003 als Fitnesstrainerin in Fitnesscentern in H-Stadt, absolvierte von Oktober 2002 bis April 2008 ein Studium der Bewegungswissenschaft an der Universität H-Stadt mit Abschluss als Diplom-Sportwissenschaftlerin und Bewegungstherapeutin und arbeitete vom 01.09.2006 bis 01.09.2007 als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Honorarkraft der Universität H-Stadt. Ab 10.05.2008 war sie als Flugbegleiterin arbeitsunfähig und wurde mit Wirkung zum 15.10.2008 für dauerhaft flugdienstuntauglich erklärt. Von September bis November 2009 arbeitete sie als Angestellte eines Fitness-Centers und war etwa ab 01.05.2010 selbstständig tätig als Sportwissenschaftlerin und Bewegungstherapeutin sowie zusätzlich freiberuflich in Fitnesscentern.

Am 27.06.2008 ging bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden ebenfalls bezeichnet als Beklagte) eine ärztliche Anzeige des Betriebsmediziners Dr. G. auf Verdacht einer Berufskrankheit ein unter Hinweis auf eine BK Nr. 1307. Die Klägerin leide unter Atemnot, bronchialer Reizung, Kopfschmerzen und Herzrasen, wobei erstmals Beschwerden im Februar 2007 aufgetreten seien.

Der Präventionsdienst sah zunächst keinen begründeten Verdacht für eine BK Nr. 1307, leitete aber Ermittlungen wegen einer Atemwegserkrankung ein. Auf die von der DAK Krankenkasse mitgeteilten Arbeitsunfähigkeitszeiten und Eintragungen im Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung der DDR wird Bezug genommen.

Ferner wird auf die Angaben der Klägerin zu ihren Tätigkeiten und Beschwerden verwiesen. Die Klägerin schilderte insbesondere Atemnot in

Ruhe und Belastung, oberflächliches Atmen, Kurzatmigkeit, Stechen im Brustbereich, Beklemmung und Engegefühl. Sie habe nie geraucht. Bei der Arbeit als Flugbegleiterin hätten Öle, Kerosin, Dämpfe, Enteisungsmittel, Gase, Verbrennnungsrückstände, Ozon und Kohlenmonoxid auf sie eingewirkt, insbesondere in der Kabinenluft. Auf die Frage, wann Atembeschwerden verstärkt aufträten, kreuzte sie an "am Tage, während der Arbeit", "nach der Arbeit, auch nachts", "zu unterschiedlichen Zeiten" sowie "auch in arbeitsfreier Zeit (Wochenende, Urlaub)".

Der Internist und Lungenfacharzt Dr. T. berichtete mit Schreiben vom 22.09.2008 und 19.11.2008, dass die Klägerin parallel zu ihrem Sportstudium als Flugbegleiterin tätig sei und unter Luftnotattacken unklarer Genese leide. Erstmals im Mai 2008 sei bei der Arbeit plötzliche Luftnot mit thorakalem Engegefühl aufgetreten und am Tag danach ein Luftnotgefühl beim Joggen. Einen eindeutig pathologischen Befund habe er nicht feststellen können, insbesondere keine Erhöhung des zentralen Atemwegswiderstands, keine Überblähung und kein Nachweis für eine bronchiale Hyperreagibilität im Methacholintest. Die Volumina waren normal mobilisierbar, die Ergospirometrie ergab eine altersentsprechend normale Belastbarkeit ohne Hinweis auf atemmechanische Leistungslimitierung oder pulmonale Diffusionsstörung. Bei einem unter Peak-Flow-Protokollierung durchgeführtem Flug seien erneut die beschriebenen Beschwerden aufgetreten, ohne eindeutige Zeichen einer Obstruktion.

Auf die Bodyplethysmographie vom 17.07.2008, die CT-Aufnahmen der Nasennebenhöhlen vom 04.09.2007 bzw. des Thorax und Oberbauchs vom 24.06.2008 ohne pathologischen Befund der Lunge sowie die Berichte der Kolleginnen der Klägerin über die durchgeführten Flüge unter Peak-Flow-Protokollierung am 02.08.2008 (Hin- und Rückflug H-Stadt - P., Dauer knapp 2,5 h) wird Bezug genommen. Danach beklagte die Klägerin bei dem Flug eine Stunde nach dem Start Herzrasen, Kopfschmerzen, später Schmerzen im Brustkorb ("Lungenschmerzen") bei schneller und oberflächlicher Atmung, Kribbeln in den Fingern, Augenflimmern und eine beginnende Migräneattacke.

Der Betriebsarzt Dr. G. berichtete mit Schreiben vom 23.09.2008, dass sich die Klägerin erstmals im August 2007 vorgestellt habe, weil seit einiger Zeit migräneartige Kopfschmerzen regelmäßig während und nach Flugeinsätzen bestünden. Im Mai 2008 habe sie über zwei Ereignisse an Bord berichtet, mit Atemnot, Thoraxbeklemmung und substernalem Druckgefühl sowie späteren heftigen Kopfschmerzen, wobei der bereitgestellte Notsauerstoff die Beschwerden gelindert habe. Die Klägerin habe berichtet, dass in den Boeing 757-Flugzeugen, auf denen sie ausschließlich eingesetzt werde, häufig der Geruch nach verbrannten Öl auftrete wegen Verbrennungsrückständen von Motorölen mit Trikresylphosphat (TCP). Nach ihren Recherchen würden Verunreinigungen der Kabinenluft sowohl neurologische Beschwerden (Kopfschmerzen) als auch pulmologische Beschwerden (Asthma etc.) verursachen. Das vom Lungenfacharzt verordnete Asthmaspray habe ihr bei weiteren Flugeinsätzen nur wenig bis gar nicht geholfen. Dr. G. führte aus, dass die vorgelegten peak-flow-Protokolle nach seiner Einschätzung keine signifikanten Veränderungen während der Flüge zeigen würden.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 25.03.2009 ein. Danach war die Versicherte zu Beginn ihrer Tätigkeit auf DC 10 (McDonnell Douglas) und Boeing 757-200, dann weit überwiegend auf B 757-300 eingesetzt, in Teilzeit (6 Monate im Jahr), wobei Langstreckenflüge nur etwa 2-5 mal pro Jahr erfolgt seien. Auf die beigefügte Flugstundenübersicht aus dem Jahr 2007 wurde verwiesen, die laut Klägerin für vorangegangene Jahre vergleichbar sei. Die Klägerin sei weitgehend in Flugzeugen ohne Ozonkonvertern eingesetzt und damit Ozonwerten in der Größenordnung des ehemaligen Grenzwertes (0,1 ppm bzw. 0,2 mg/m3 ) ausgesetzt gewesen, was als oxidatives Reizgas schon in niedrigen Konzentrationen auf Augen, Nase, Rachenraum und Lunge schädigend einwirke mit Wirkungsschwelle für Reizeffekte bei 0,1 ppm und signifikanten Veränderungen in der Lungenfunktion im Fall längere Expositionen (z.B. 6,6 Std.) bei 0,08 ppm. Eine Gefährdung im Sinne der BK Nr. 4302 liege wegen der Ozon-Einwirkung vor, mit jeweils kurzzeitigen, aber häufigen Grenzwertüberschreitungen. Ferner sei die Klägerin gelegentlich Gerüchen von thermisch belasteten oder pyrolisierten Ölen, Enteisungsmitteln (in der Regel Glykole) und Kerosin ausgesetzt gewesen.

Nach Beteiligung des Gewerbearztes lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 07.05.2009 die Anerkennung der Berufskrankheit Nr. 4302 und Leistungsansprüche ab. Die im Rahmen eines Fluges durchgeführte Peak-Flow-Messung habe kein eindeutiges Zeichen einer Obstruktion ergeben und es habe keine Erhöhung des zentralen Atemwegswiderstandes, keine Überblähung und kein eindeutiger Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität festgestellt werden können. Damit lägen die medizinischen Voraussetzungen der BK Nr. 4302 nicht vor. Hinsichtlich der BK Nr. 1307 ergehe gesonderter Bescheid.

Den Widerspruch des Klägerbevollmächtigten vom 22.05.2009, der nicht begründet wurde, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11.12.2009 zurück.

Zur Begründung der am 05.01.2010 beim Sozialgericht München (SG) erhobenen Klage hat der Klägerbevollmächtigte am 22.03.2011 auf Untersuchungen über Triaryl- und Trialkylphoshaten in filterdeponiertem Kabinenluftstaub eines Verkehrsflugzeugs sowie des sogenannten "Aerotoxischen Syndroms" hingewiesen und ausgeführt, dass die Belastung der Kabinenluft mit Verbrennungsprodukten der im Triebwerk verwandten Hydrauliköle chemisch-irritativ und toxisch wirkten. Außerdem entstünden durch den Phosphorsäureester TCP beim unbeabsichtigten Austreten der Hydrauliköle und der Oxidation auf heißen Turbinenteilen stark toxische Stoffe, die generell Noxen der BK 4302 seien. Die Folge sei die bei der Klägerin vorliegende Atemwegsobstruktion, wahrscheinlich verbunden mit einer Lungenüberblähung.

Die Beklagte teilte mit Schreiben vom 05.04.2011 mit, dass die Ermittlungen bezüglich Trikresylphosphat (TCP) bereits in einem gesonderten Verfahren zur BK Nr. 1307 geführt würden und kein Anlass für eine Entscheidung über eine Wie-BK nach § 9 Abs. 2 SGB VII bestünde.

Das SG hat Befundberichte und Unterlagen der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt, insbesondere von Dr. T., des Internisten Dr. M. von der Universitätsklinik E., des Betriebsarztes Dr. G., des Neurologen Dr. H. vom 25.06.2008, des Internisten und Kardiologen Dr. Graf von K. vom 17.05.2010 sowie des Allgemeinmediziners Dr. N. vom 12.12.2010.

Bei notärztlicher Behandlung in der Uniklinik E. am 19.07.2008 wegen seit zwei Stunden stechendem oberflächlichem Schmerz am Sternum, auslösbar durch Druck auf das Sternum, hat keine Dyspnoe oder Obstruktion bestanden bei kardiopulmonal unauffälligem Befund. Eine sichere Diagnose war nicht möglich; ein Verdacht auf Intercostalneuralgie wurde geäußert.

Der Betriebsarzt Dr. G. hat im Bericht vom 30.03.2010 ausgeführt, dass auch nach Untersuchungen durch Neurologen, Lungenfacharzt und

Kardiologen nur Verdachtsdiagnosen gestellt werden konnten, nämlich auf MCS (multiple chemical sensitivity) oder Somatisierungsstörung mit asthmoiden Beschwerden und Migräne.

Der Neurologe Dr. H. hat im Arztbrief vom 26.05.2008 über psychologische Belastungsfaktoren berichtet bei unauffälligem neurologischen Befund. Die Beschwerden seien keinem organischen Krankheitsbild zuzuordnen; eine funktionelle Genese sei hochwahrscheinlich bei Angst- und Panikreaktionen bzw. psychosomatischer Funktionsstörung.

Dr. Graf von K. führte über Behandlungen im August und September 2008 aus, dass kein Hinweis auf eine strukturelle Herzkrankheit bestanden habe bei guter linksventrikulärer Pumpfunktion und guter körperlicher Leistungsfähigkeit; im Langzeit-EKG habe sich in einer Phase subjektiver Tachykardien eine geringe Häufung ventrikulärer Extrasystolen gezeigt. Die Klägerin hatte über stark wechselnde Leistungsfähigkeit berichtet, so dass häufiger das Joggen wegen Dypnose und thorakaler Enge abgebrochen werden müsse. Bei Auftreten eines stechenden punktuellen retrosternalen Schmerz abends nach dem Hinlegen habe sie die Universitätsklinik E. aufgesucht (Bericht s.o.), ohne kardiologischen Befund.

Anschließend hat das SG ein Gutachten des Arbeitsmediziners, Internisten, Lungenfacharztes und Umweltmediziner Prof. Dr. N. vom 21.10.2011 eingeholt mit Untersuchung der Klägerin am 05.07.2011.
Die Klägerin hat weiterhin das Auftreten von Atemnot, Herzrasen und Müdigkeit, extreme Erschöpfung, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sowie fehlende Leistungsfähigkeit z.B. als Bewegungs- und Sporttherapeutin beklagt. Den bisherigen Leistungssport könne sie nur noch bedingt ausüben. Eine Beschwerdebesserung sei nach Aufgabe der Tätigkeit als Flugbegleiterin nicht eingetreten; eine leichte Besserung sei nach Einleitung einer Entgiftungsbehandlung zu verzeichnen. Bei Untersuchung sind Thorax und Lunge unauffällig gewesen, die Lungenfunktionsprüfung hat einen Normalbefund ohne obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung ergeben bei normalem zentralen Atemwegswiderstand, ohne Überblähung und ohne Einengung der kleinen Atemwege. Die Diffusionskapazität und die Stickstoffmonoxidwerte in der Ausatemluft sind normal gewesen. Der Methacholintest hat eine leichtgradige bronchiale Hyperreagibilität ergeben. Die cardiopulmonale Leistungsfähigkeit sei im Vergleich zu Sollwerten der Normalbevölkerung leichtgradig, im Vergleich zu Hochleistungssportlern mittel- bis höhergradig eingeschränkt.

Prof. Dr. N. hat eine somatoforme Störung von Herz und Atmung, ein chronisches Schmerzsyndrom, eine Manifestation als Idiopathic Environmental Intolerances sowie eine leichtgradige bronchiale Hyperreagibilität diagnostiziert. Eine BK Nr. 4302 liege nicht vor.

Zwar seien Effekte von Ozon auf das Atemwegssystem und seine reizende Wirkung auf Nase-, Augen- und Rachenraum wissenschaftlich gut belegt. Langzeiteffekte seien aber nur bei extrem hohen Expositionen bzw. im Rahmen unfallartiger Ereignisse zu erwarten. Daher könnten die Effekte hinsichtlich Atmung und Kreislauf und die von der Klägerin geschilderte Beschwerdesymptomatik nicht auf die Ozonwirkung zurückgeführt werden. Relevant sei auch, dass die Klägerin während ihrer Tätigkeit als Flugbegleiterin niemals über konjunktivale oder nasale Reizungen geklagt habe und im Bericht über den Testflug keine nachweisbaren Atemwegsobstruktionen und keine nasalen oder konjunktivalen Reizzustände dokumentiert seien. Von den behandelnden Pneumologen sei 2008 eine bronchiale Hyperreagibilität nicht nachgewiesen worden; die Lungenfunktionsprüfung habe keine Obstruktion gezeigt und die Diffusionskapazität sei uneingeschränkt gewesen. Die im Rahmen kardiologischer Untersuchungen erwähnte und bei eigener Untersuchung festgestellte grenzwertige bronchiale Hyperreagibilität sei in der Bevölkerung weit verbreitet. Darunter litten bis zu 20% der Bevölkerung. Zudem sei sie oft bei Hochleistungssportlern nachweisbar. In der Lungenfunktionsprüfung sei aber keine zentrale Obstruktion, Überblähung oder Einengung der kleinen Atemwege aufgetreten und damit keine Hinweis für eine typische Asthmasymptomatik. Eine eindeutige chronisch obstruktive Atemwegserkrankung habe bei der Kläger nachweislich weder während ihrer Tätigkeit als Flugbegleiterin noch in der Folgezeit vorgelegen. Soweit in der wissenschaftlichen Literatur toxische Effekte durch Verbrennungsrückstände in der Kabinenluft von Flugzeugen diskutiert würden, beträfen diese im Wesentlichen neurologische Symptome. Dagegen gebe es keine Hinweise auf die Verursachung einer Atemwegsobstruktion bei Flugpersonal durch Öldämpfe oder TCP.

Auf Anregung der Klägerseite zur Entscheidung im schriftlichen Verfahren hat das SG die Beteiligten zur Entscheidung mit Gerichtsbescheid angehört und mit Gerichtsbescheid vom 14.09.2012 die Klage abgewiesen. Prof. Dr. N. habe überzeugend aufgeschlüsselt, weshalb bei der Klägerin keine obstruktive Atemwegserkrankung festzustellen sei bei normalen Lungenwerten und nur geringgradiger bronchialer Hyperreagibilität. Das in der wissenschaftlichen Literatur diskutierte aerotoxische Syndrom durch Exposition von TCP sei angesichts vorwiegend neurotoxischer Wirkungen nicht im vorliegenden Verfahren, sondern in dem noch anhängigen Verfahren bezüglich der Berufskrankheit Nr. 1307 abzuhandeln.

Gegen den am 24.09.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Klägerbevollmächtigte am 22.10.2012 Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Gehe man davon aus, dass eine BK Nr. 4302 ausschließlich in Frage komme, wenn im Sinne des Vollbeweises eine Atemwegsobstruktion festgestellt sei, fehle es an der im Vollbeweis gesicherten haftungsausfüllenden Kausalität. Zu einem anderen arbeitsmedizinisch begründbaren Ergebnis komme man, wenn man mit dem Arbeitsmediziner Prof. Dr. B. von einer "synoptischen Betrachtungsweise" ausgehe. Nicht ausreichend geprüft worden sei, ob die früheren klinischen Symptome der Klägerin vor Feststellung ihrer Fluguntauglichkeit nicht doch die überwiegend geforderte Atemwegsobstruktion bestätigen würden.

Das LSG hat dem Klägerbevollmächtigten einen ausführlichen richterlichen Hinweis vom 22.08.2013 übersandt zu den Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit nach der BSG-Rechtsprechung, die Notwendigkeit des Nachweises der obstruktiven Atemwegserkrankung im Vollbeweis für die Anerkennung der BK Nr. 4302 und die Beurteilung der gutachterlichen Ausführungen von Prof. Dr. N. im vorliegenden Fall. Für einen Antrag nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist Frist gesetzt worden.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 26.09.2013 weiterhin die Zurückweisung der Berufung beantragt, auf das überzeugende Gutachten von Prof. N. hingewiesen und mitgeteilt, dass der Bescheid vom 24.01.2012 über die Ablehnung einer BK Nr. 1307 der Anlage 1 zur BKV mangels Widerspruchs bestandskräftig geworden ist. Auf die Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 20.12.2011 hat die Beklagte hingewiesen.

Auf die Ladung zur mündlichen Verhandlung hin hat der Klägerbevollmächtigte eine Entscheidung im schriftlichen Verfahren angeregt. Sowohl der Klägerbevollmächtigte als auch die Beklagte haben ausdrücklich mit Schreiben vom 28.01.2015 bzw. 02.02.2015 Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung im schriftlichen Verfahren erklärt.

Der Klägerbevollmächtigte beantragte,
den Gerichtsbescheid vom 14.09.2012 und die Bescheide der Beklagten aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Berufskrankheit der Klägerin anzuerkennen.

Die Beklagte beantragte,
die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten und des Sozialgerichts sowie die Akte des LSG Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

A) Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung erweist sich als unbegründet. Mit ausdrücklichem schriftlichen Einverständnis der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 SGG konnte der Senat die Entscheidung ohne mündliche Verhandlung im schriftlichen Verfahren treffen.

Die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist hinsichtlich der begehrten Anerkennung einer BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV zulässig. Berufung und Klage erweisen sich aber als unbegründet, denn bei der Klägerin liegt keine BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV vor, wie sich zur Überzeugung des Senats nach durchgeführter Beweisaufnahme ergibt.

Berufskrankheiten sind 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 des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII) begründenden Tätigkeit erleiden (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII).

In der Gruppe "43 Obstruktive Atemwegserkrankungen" erfasst die Liste unter Nr. 4302 "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".

Grundvoraussetzung für die Anerkennung der BK Nr. 4302 ist daher das Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung. Zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen muss ein innerer / sachlicher Zusammenhang und zwischen diesen Einwirkungen und der Erkrankung muss ein (wesentlicher) Ursachenzusammenhang bestehen. Der Versicherte muss darüber hinaus gezwungen gewesen sein, alle gefährdenden Tätigkeiten aufzugeben. Als Folge dieses Unterlassungszwangs muss die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit tatsächlich erfolgt sein. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, liegt die BK nicht vor (vgl. Urteil des BSG vom 30.10. 2007 - B 2 U 4/06 R - Juris sowie Urteile vom 18.11.2008 unter dem Az. B 2 U 14/07 R und B 2 U 14/08 R - jeweils zitiert nach Juris).

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

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - nachgewiesen sein. Nur für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (BSG vom 15.09.2011 - B 2 U 25/10 R - Juris RdNr. 14 m.w.N.). Diese liegt vor, wenn nach aktueller wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (vgl. BSG SozR 2200 § 548 Nr. 38).

Für die Bewertung der Krankheit und des Ursachenzusammenhangs zwischen beruflichen Belastungen und BK ist der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand zu berücksichtigen; daher sind neben der Begründung des Verordnungsgebers auch die Merkblätter des zuständigen Bundesministeriums zu beachten, die Leitlinien der entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften sowie im Bereich der BK Nr. 4302 die sogenannte Reichenhaller Empfehlung (Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - DGUV - Stand November 2012).

Die Anerkennung der BK Nr. 4302 der Anlage 1 der BKV setzt daher voraus, dass eine obstruktive Atemwegserkrankung im Vollbeweis nachgewiesen ist. Kopfschmerzen, Herzpalpitationen, Müdigkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen oder allgemeine Leistungsschwäche sind keine Erkrankungen im Sinne dieser BK. Die BK 4302 der Anlage 1 zur BKV erfasst nicht ohne Weiteres ein eventuelles "aerotoxisches Syndrom", das sich im Übrigen vorwiegend durch neurologische Wirkungen auszeichnet.

Nach dem Gutachten von Prof. Dr. N. weist aber weder die von ihm erhobene noch die früher beschriebene klinische Symptomatik auf ein Asthma bronchiale oder auf eine chronisch obstruktive Bronchitis hin. Eine eindeutige chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung lag bei der Klägerin laut Prof. N. selbst unter Auswertung der vorliegenden Unterlagen zu früheren Untersuchungen weder während der Tätigkeit der Klägerin als Flugbegleiterin noch in der Folgezeit vor. In der Bodyplethysmographie zeigten sich keine Hinweise auf zentrale Obstruktion, Überblähung oder Einengung der kleinen Atemwege. Auch 2008 wurde nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen pneumologisch in der Lungenfunktionsanalyse keine Obstruktion oder Diffusionsstörung festgestellt und selbst eine bronchiale Hyperreagibilität ließ sich damals bei durchgeführtem Methacholintest nicht nachweisen. In durchgeführten Peak-Flow-Kontrollen an Bord während der Testflüge waren selbst nach Beurteilung der damals behandelnden Ärzte keine asthmatypischen Reaktionen nachweisbar.

Soweit in späteren kardiologischen Untersuchungen eine grenzwertige bzw. leichtgradige bronchiale Hyperreagibilität genannt wurde bzw. soweit Prof. Dr. N. drei Jahre nach Berufsaufgabe bei der eigenen Untersuchung am 05.07.2011 durch Methacholintest eine leichte bronchiale Hyperreagibilität festgestellt hat, hat er überzeugend einen Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit verneint und

auf die weite Verbreitung dieses Krankheitsbildes in der Allgemeinbevölkerung und insbesondere bei Hochleistungssportlern hingewiesen. Die Klägerin hat nach eigenen Angaben durchaus Leistungssport betrieben und war Norddeutsche Meisterin im Fitnesssport.

Ferner hat Prof. N. überzeugend ausgeführt, dass die von der Klägerin geschilderten pulmonalen und kardialen Beschwerden nicht schlüssig auf die Ozonbelastung zurückgeführt werden können. Denn Langzeiteffekte sind nur bei extrem hohen Expositionen bzw. im Rahmen unfallartiger Ereignisse zu erwarten. Dabei hat Prof. N. berücksichtigt, dass die Klägerin während ihrer Tätigkeit als Flugbegleiterin niemals über konjunktivale oder nasale Reizungen geklagt hat und im Bericht über den Testflug keine nachweisbaren Atemwegsobstruktionen und keine nasalen oder konjunktivalen Reizzustände dokumentiert worden sind.

Insbesondere hatte die Klägerin bei Untersuchung durch Prof. N. am 05.07.2011 angegeben, dass nach Berufsaufgabe 2008 subjektiv kaum Verbesserungen eingetreten sind und dass sie weiterhin - fast drei Jahren nach Berufsaufgabe als Flugbegleiterin - unter diesen Beschwerden leidet, nur leicht gebessert durch eine "Entgiftungsbehandlung". Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass geltend gemachte Beschwerden 2008 auch in der Freizeit aufgetreten sind, z.B. plötzlich beim Joggen oder abends nach dem Hinlegen als plötzlich einsetzender retrosternaler Druck. Trotz umfassender zeitnaher Untersuchungen vermochte keiner der behandelnden Ärzte die Symptome einem organischen Krankheitsbild zuzuordnen; insbesondere konnte der Lungenfacharzt keine obstruktive Atemwegserkrankung sichern.

Darüberhinaus hat Prof. N. dargelegt, dass in der wissenschaftlichen Literatur Hinweise auf Verursachung einer Atemwegsobstruktion bei Flugpersonal durch Trikresylphosphat fehlen. Dies wird durch die Stellungnahme des Präventionsdienstes vom 20.12.2011 im Verwaltungsverfahren zur BK Nr. 1307 bestätigt, wonach TCP keine Reizungen der Atmung herbeiführt. Der Senat kann im Rahmen dieses Verfahren offenlassen, ob die geschilderten übrigen Symptome von einer anderen BK erfasst werden.

Es fehlt daher nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. N. somit schon am Nachweis einer obstruktiven Atemwegserkrankung. Ferner können die beklagten Atembeschwerden bzw. das Druck- und Engegefühl der Brust nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Tätigkeit als Flugbegleiterin als Ursache zurückgeführt werden.

Ob bei der Klägerin eine andere Berufskrankheit der Anlage 1 zur BKV oder eine Wie-Berufskrankheit im Sinne von § 9 Abs. 2 SGB VII vorliegt, unterliegt nicht der Prüfung im vorliegenden Berufungsverfahren. Insbesondere ist der Bescheid der Beklagten vom 24.01.2012, mit dem die Beklagte eine BK Nr. 1307 (Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen) abgelehnt hat, nicht Gegenstand des Klage- oder Berufungsverfahrens geworden, weil er den Bescheid vom 07.05.2009, der ausschließlich die BK Nr. 4302 und damit einen anderen Streitgegenstand betrifft, weder abgeändert noch ersetzt hat (§ 96 SGG).

B) Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

C) Gründe, die Revision gemäß § 160 Abs. 2 SGG zuzulassen, sind weder vorgetragen noch ersichtlich.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2015-06-02