

L 6 U 200/04

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 6 U 91/02
Datum
18.11.2009
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 200/04
Datum
10.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Folgen einer anerkannten Berufskrankheit (BK) nach Nr. 4103 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura - sowie über die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

Der 1936 geborene Kläger war vom 1. März 1952 bis 31. Dezember 1954 als Schweißer und Schlosser bei der Th. G. Spezial-Schweißanstalt, vom 15. Februar 1955 bis 28. Juli 1955 als Maschinenarbeiter bei dem Ketten- und Nagelwerk W., vom 15. August 1955 bis 3. April 1956 als Traktorist bei der Maschinen- und Traktorenstation VE-MTS P., vom 13. April 1956 bis 2. Februar 1958 als Kfz-Schlosser bei dem VEB Kraftverkehr und Spedition, vom 3. Februar 1958 bis 15. Oktober 1965 als Schlosser bei dem VEB Braunkohlenwerk G. und vom 18. Oktober 1965 bis 30. Dezember 1991 als Schlosser, Schweißer und Hilfsmonteur für elektrische Anlagen bei dem Elektroanlagenbau W. beschäftigt. Die Firma Elektroanlagenbau W. setzte den Kläger ausschließlich in den Chemischen Werken B. in Sch. ein.

Unter dem 3. August 2000 zeigte der Kläger der Beklagten gesundheitliche Schäden an, die er unter anderem auf den Kontakt mit Asbest in den Chemischen Werken B. zurückführte. Er gab an, seit 1991 unter Atembeschwerden zu leiden.

Der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten (TAD) führte nach Befragung des Klägers unter dem 3. April 2001 aus, der Kläger sei mit Instandhaltungs-, Wartungs- und Reparaturarbeiten auf dem gesamten B.-Gelände beauftragt gewesen. Er habe Asbestplatten zugeschnitten, geschliffen und angebohrt und diese Platten an Anlagen und Gestellen angebracht. Ferner habe er Asbestband benutzt, welches stark gefasert habe.

Die Beklagte ließ den Facharzt für Arbeitsmedizin Dr. R. das Gutachten vom 1. September 2001 erstellen. Der Gutachter führte aus, die Lungenfunktionsprüfung habe eine mäßige restriktive Funktionsstörung, eine Erhöhung des Restvolumens der Lunge I. bis II. Grades und ein Emphysem (Aufblähung der Lunge) ergeben. Die Fahrradergometrie mit Blutgasanalyse habe eine mäßige kardiopulmonale Leistungsbreite bei hypertoner (mit der Erhöhung des Blutdrucks zusammenhängender) Ausgangslage gezeigt. Die Kreislaufparameter hätten sich annähernd belastungsadäquat bei weiterhin bestehender Hypertonie entwickelt. Auffallend sei die sehr hohe arterielle Sauerstoffsättigung in Ruhe von 98,1 %, die auch unter Belastung bestanden habe. Die Röntgenaufnahmen des Thorax (Brustkorb) vom 10. September 1992, 24. August 1994, 13. Januar 2000 und 30. August 2001 zeigten annähernd gleiche Befunde. So seien kleine Kalkeinlagerungen am Zwerchfell bei einem mäßigen Emphysem erkennbar. Weitere Einlagerungen innerhalb der Lunge seien nicht feststellbar. Die HR-CT (hochauflösende Computertomographie) vom 15. August 2001 zeige eine unauffällige Lungenparenchym- und Gefäßzeichnung sowie die kalkdichten kleineren Einlagerungen der Pleura. Er diagnostizierte eine geringgradig ausgeprägte Pleuraasbestose und ein mäßiges Lungenemphysem. Nach der Anamnese leide der Kläger ferner an einer chronischen Bronchitis. Die Pleuraasbestose sei mit ausreichender Wahrscheinlichkeit durch die berufliche Tätigkeit bedingt, das Lungenemphysem und die chronische Bronchitis demgegenüber nicht. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Folgen der Pleuraasbestose bestehe nicht, denn die mäßige restriktive Funktionsstörung sei ausschließlich durch das Lungenemphysem und die chronische Bronchitis verursacht. Eine MdE liege daher nicht vor.

Nach dem beigefügten ärztlichen Bericht des Facharztes für Radiologie Dr. H. vom 20. August 2001 zeigten sich im HR-CT vom 15. August 2001 beidseits vereinzelte Pleuraplaques und Kalkeinlagerungen. An der Pleura diaphragmatica bestehe eine geringfügige pulmonale Fibrose (Vermehrung des Bindegewebes).

Unter dem 24. Oktober 2001 schloss sich der Gewerbearzt Dr. Sch. der gutachtlichen Beurteilung von Dr. R. sowohl in der Diagnose als auch in der Einschätzung der MdE an.

Mit Bescheid vom 9. Januar 2002 erkannte die Beklagte eine Erkrankung des Rippenfells des Klägers als BK nach Nr. 4103 mit röntgenologisch geringgradigen Veränderungen der Pleura an. Keine Folgen der Berufskrankheit seien das Lungenemphysem und die chronische Bronchitis. Ein Anspruch auf Verletztenrente bestehe nicht. Den hiergegen am 22. Januar 2002 erhobenen Widerspruch wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 1. März 2002 zurück. Anhand der Röntgenfilme und des HR-CT seien geringfügige Pleuraplaques nachzuweisen, die auf den beruflichen Asbestkontakt zurückzuführen seien. Diese geringgradigen Veränderungen der Pleura beeinträchtigten die Lungenfunktion nicht. Eine MdE resultiere daraus nicht. Die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem seien Erkrankungen des Lungengewebes und nicht des Brustfells. Ein Zusammenhang mit der Berufskrankheit bestehe nicht.

Mit der am 21. März 2002 vor dem Sozialgericht (SG) Halle erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren, eine Verletztenrente zu erhalten, weiter verfolgt. Das SG hat auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten von dem Facharzt für Innere Medizin Dr. B. vom 2. Februar 2003 mit der Ergänzung vom 9. März 2003 eingeholt. Der Gutachter hat ausgeführt, 1991 sei nach Vergleich von Röntgenaufnahmen ein unklarer neuer Befund im Lungenmittelfeld rechts erhoben worden. Die Atemwegsparameter hätten zum damaligen Zeitpunkt im Normbereich gelegen. Die letzte Thoraxaufnahme vom 9. Dezember 2002 zeige keine Veränderung der Pleuraplaques. Jedoch hätten sich die Ventilationsgrößen deutlich verschlechtert. Das Spirogramm habe einen FEV1-Wert von 73,6 % gezeigt. Der Kläger leide unter einer Pleurahyalinose und einem Lungenemphysem. Die Veränderungen im Bereich der Atemwege hätten im Zusammenhang mit stattgehabten Bronchitiden und dem allgemeinen Alterungsprozess zu einer Beschleunigung der Entstehung eines Lungenemphysems geführt. Die Veränderung der Pleura sei mit nahezu 100prozentiger Sicherheit auf den Umgang mit asbesthaltigem Isoliermaterial zurückzuführen. Aufgrund dieser Veränderungen ergebe sich eine funktionelle Störung der Atemleistung und eine erhöhte Anfälligkeit, pulmonal zu erkranken. Bronchitiden könnten nach Abheilung zu narbigen Veränderungen im Lungengewebe führen, wobei gesundes Lungengewebe verloren gehe. Dabei entstehe ein Emphysem und die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des Patienten werde beeinträchtigt. Er hat die MdE um 50 vH, auf Nachfrage des SG um 25 vH eingeschätzt. Dem Gutachten hat ein ärztlicher Bericht des Chefarztes des Bezirkskrankenhauses H. Prof. Dr. G., des Medizinalrates und Oberarztes Dr. W. und des Stationsarztes Dipl.-Med. N. vom 3. September 1991 beigelegt. Diese hatten eine Pleurahyalinose (Erkrankung mit Einlagerungen von Proteinen in der Pleura) diagnostiziert. Der Kläger habe über Belastungsdyspnoe und Leistungsschwäche geklagt. Die Ventilationswerte seien regelrecht, der Blutdruck normal.

Mit Urteil vom 18. November 2004 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine MdE im rentenberechtigenden Sinne liege nicht vor. Als Folge der anerkannten Berufskrankheit hätten nur geringgradige Pleuraplaques bestanden. Asbestassoziierte Veränderungen des Lungengewebes seien nicht nachweisbar. Es sei deshalb nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem ursächlich auf die Pleuraasbestose zurückzuführen seien. Das Gutachten von Dr. B. sei in sich widersprüchlich und deshalb nicht verwertbar. Einerseits habe der Gutachter einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen und der beruflichen Tätigkeit nur für möglich gehalten, andererseits habe er sich auf diesen ursächlichen Zusammenhang festgelegt. Auch habe er die Höhe der MdE erst um 50 vH, später um 25 vH eingeschätzt.

Gegen das am 30. November 2004 zugestellte Urteil hat der Kläger am 29. Dezember 2004 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt. Er hat vorgetragen, das SG habe zu Unrecht das Gutachten von Dr. B. bei seiner Entscheidungsfindung nicht berücksichtigt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 18. November 2004 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 9. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. März 2002 abzuändern, festzustellen, dass das Lungenemphysem und die chronische Bronchitis zusätzliche Folgen der anerkannten Berufskrankheit der Nr. 4103 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung sind und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Verletztenrente ab dem 10. September 1992 nach einer MdE um 50 vH zu gewähren,

hilfsweise von Amts wegen ein weiteres lungenfachärztliches Gutachten einzuholen, weiter hilfsweise nach [§ 109 SGG](#) ein lungenfachärztliches Gutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hat sich zur Begründung auf die Entscheidungsgründe des Urteils des SG bezogen.

Das LSG hat das Gutachten des Chefarztes der Klinik für Innere Medizin II des Städtischen Krankenhauses M. H. gGmbH Dr. Sch. vom 22. September 2006 nach Untersuchung des Klägers eingeholt. Dieser hat ausgeführt, der Kläger sei mit kardiopulmonalen Dekompensationszeichen bei sonorem bis hypersonorem Klopfeschall erschienen. Die Bodyplethysmographie habe eine deutliche Restriktion, keine Obstruktion ergeben. Bei einer mäßigen Erhöhung des Residualvolumens hätten keine wesentlichen Hinweise auf ein Emphysem bestanden. Auch sei der Atemwegswiderstand nicht erhöht. Bei der Diffusionskapazität sei keine Einschränkung aufgetreten. Ein mäßiggradiges Lungenemphysem sei aber nachzuweisen. Bei der Belastung im 6-Minuten-Geh-Test sei der pO₂ von 10,8 kPa (Kilopascal) über einen kurzzeitigen Anstieg bis 11,7 kPa auf 9,9 kPa abgefallen. Damit bestehe eine relevante Belastungshypoxämie (Verminderung des Sauerstoffs im Blut). Das Röntgenbild des Thorax vom 18. Mai 2006 bestätige die bekannten pleuralen Zeichen sowie ein nur mäßiges Emphysemzeichen. Es bestünde eine geringe interstitielle (im Zwischengewebe gelegene) Zeichnungsvermehrung beidseits. Die ausgeprägte Restriktion sei zumindest teilweise durch die berufsbedingte Pleuraasbestose mitbedingt. Das beschriebene Lungenemphysem sei in den funktionalen Diagnostikmethoden der Bodyplethysmographie und Diffusionsmessung keinesfalls als ausgeprägt, sondern eher als geringgradig einzustufen. Damit müsse eine wesentliche Mitbeteiligung der Pleuraasbestose für die restriktive Lungenfunktionsstörung und die daraus resultierende Belastungshypoxämie angenommen werden. Eine relevante Obstruktion im Sinne einer obstruktiven Bronchitis sei nicht festzustellen. Die erhobenen Befunde wichen nicht wesentlich von dem Gutachten von Dr. R. ab. Die Restriktion sei jetzt, die Erhöhung des Residualvolumens eher seinerzeit ausgeprägter gewesen. Seit 2001 sei es zu einer weiteren Verschlechterung der Situation mit der Abnahme der Vitalkapazität von damals 54,8 % auf heute 43,6 % gekommen. Die MdE sei ab 2001 um 50 vH einzuschätzen.

In einer von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 21. Februar 2007 hat der Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde und Allergologie Dr. B. ausgeführt, die CT vom 19. August 2001 (gemeint ist wohl 15. August 2001) zeige eine Pleuraplaque mit multiplen Kalkanlagerungen sowie kleinere Kalkeinlagerungen des Zwerchfells. Insgesamt seien keine diffuse Pleurafibrose und Lungenfibrose vorhanden, nur vereinzelt von den Plaques streifige Ausläufer in das Lungenparenchym. Das Lungenparenchym lasse ein Lungenemphysem erkennen. Die restriktive Lungenfunktionsstörung könne - entgegen der Auffassung von Dr. R. - nicht dem Lungenemphysem zugeordnet werden, weil ein Lungenemphysem nicht mit einer Verminderung des Lungenvolumens einhergehe. Es bestünden jedoch Zweifel an der Mitarbeit des Klägers bei der Bodyplethysmographie vom 30. August 2001 und vom 17. Juni 2006. Der Peak-Flow sei nur sehr geringgradig gezeichnet und weise keine geschlossene Flussvolumenkurve auf, die zudem am 17. Juni 2006 flach liege und eine wirkliche Peak-Flow-Bildung nicht erkennen lasse. Nach Auswertung der Lungenfunktionsbefunde sei eher von einer leichten obstruktiven Ventilationsstörung mit leichter Vermehrung der Einsekundenkapazität und mittelgradiger Einschränkung des Tiffeneauindex bei normaler totaler Lungenkapazität auszugehen. Die Werte für das Verhältnis von Residualvolumen und Totalkapazität habe im Mai 2006 im Normbereich gelegen. Da der untere Grenzwert beim 6-Minuten-Geh-Test für die Altersklasse des Klägers unterhalb der gemessenen 9,9 kPa liege, habe eine relevante Hypoxämie unter Belastung nicht vorgelegen. Die Funktionseinschränkungen der Lunge könnten im Übrigen auf eine Rheumatoidarthritis ursächlich zurückgehen. Es bestehen daher Zweifel an der Ursächlichkeit zwischen der Pleuraasbestose und den Funktionseinschränkungen der Lunge.

Auf Veranlassung des LSG hat Dr. Sch. unter dem 14. Dezember 2007 zu der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B. ausgeführt, in Bezug auf die Kausalitätsanalyse seien beide Aussagen, die von Dr. B. und seine, möglich. Auch teile er die Zweifel an der Mitwirkung des Klägers bei der Bodyplethysmographie. Aus dem 6-Minuten-Geh-Test ergebe sich jedoch eine relevante Leistungseinschränkung. Ob eine MdE um 50 vH aufrecht zu erhalten sei oder nur 40 vH, müsse offen bleiben. Er bleibe bei seiner Einschätzung einer wesentlichen Mitbeteiligung der Asbestose am gesamten Krankheitsgeschehen.

Das LSG hat daraufhin den Direktor der U.- und P.-klinik für Diagnostische Radiologie Prof. Dr. Sp. unter Mitwirkung des Arztes Dr. Sch. beauftragt, das radiologische Gutachten vom 22. Oktober 2008 zu erstatten. Diese haben ausgeführt, die CT vom 22. Juli 2008 zeige einzelne Verkalkungen im linken Schilddrüsenlappen im Sinne repressiver Veränderungen. Die im CT erkennbaren tafelförmigen Pleuraplaques mit grobscholligen Verkalkungen stellten sich im Vergleich zur CT vom 15. August 2001 unverändert dar. Die Plaques fänden sich an der Thoraxwand, an der diaphragmalen Pleura. Ihre Ausdehnung betrage für jeden Lungenflügel zusammengenommen weniger als 1/4 des Kreisumfangs. Ausgehend von den Pleuraplaques zeigten sich stellenweise geringe streifige Ausziehungen in das angrenzende Lungenparenchym, ebenfalls unverändert gegenüber 2001. Auch ohne Assoziation mit den Pleuraplaques fänden sich im Unterfeld an der ventralen Thoraxwand und diaphragmal subpleurale Fibrosen mit Honigwabensstruktur und Parenchymbändern von insgesamt aber geringer bis mäßiger Ausprägung. Diskrete fibrotische Ausziehungen bestünden auch an der Pleura. Das Lungenparenchym stelle sich im Übrigen homogen und regelrecht dar, insbesondere ohne Hinweis auf strukturelle Veränderungen im Sinne eines Emphysemzeichens. Auch bestehe kein Nachweis für peribronchiale Veränderungen. Es handle sich um das typische Aussehen asbestassoziierter Plaques. Angrenzend an die Plaques seien stellenweise geringe Lungenparenchymveränderungen nachweisbar. Es bestünden gering ausgeprägte subpleurale Fibrosen an der ventralen Thoraxwand und an der Pleura. Diaphragmal sei die subpleurale Fibrose etwas deutlicher. Nach radiologischen Kriterien bestehe kein Emphysemzeichen. Die mäßig ausgeprägten fibrotischen Veränderungen seien bei älteren Patienten ein häufiger und unspezifischer Befund und seien daher nicht zwingend als direkte Folge der Berufskrankheit zu werten. Die restriktive Lungenfunktionsstörung finde in der CT ein bildmorphologisches Korrelat in der gering- bis mäßiggradigen subpleuralen Fibrose. Die vornehmlich diaphragmal gelegenen fibrotischen Veränderungen seien eher unspezifisch. Generell könnten solche Fibrosen auch aus einer Rheumatoidarthritis entstehen. Allerdings sei diese erst im Jahr 2004 diagnostiziert worden, der CT-Befund aber seit 2001 unverändert.

Die Verwaltungsakte der Beklagten hat vorgelegen und war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung des Senats. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

I. Die nach [§ 143 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat das Begehren des Klägers, welches er gemäß [§§ 54 Abs. 1, 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) zulässigerweise als kombinierte Anfechtungs-, Feststellungs- und Leistungsklage verfolgen kann (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 46/03 R - SozR 4-2700 § 2 Nr. 3](#); BSG, Urteil vom 20. März 2007 - [B 2 U 19/06 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 23](#)) zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 9. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. März 2002 ist nicht zu beanstanden und verletzt den Kläger daher nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Da die Beklagte den angefochtenen Bescheid nach dem Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) am 1. Januar 1997 erlassen hat, der Versicherungsfall aber bereits 1991 eingetreten ist, richtet sich das anzuwendende Recht nach dem Zehnten Kapitel des SGB VII, insbesondere nach den in [§ 215 SGB VII](#) enthaltenen Sondervorschriften für Versicherungsfälle im Beitrittsgebiet. Gemäß [§ 215 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) ist für die Übernahme der vor dem 1. Januar 1992 im Beitrittsgebiet eingetretenen Unfälle und Krankheiten als Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung [§ 1150 Abs. 2 und 3 RVO](#) in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung weiter anzuwenden. Gemäß [§ 1150 Abs. 2 Satz 1 RVO](#) gelten Unfälle und Krankheiten, die vor dem 1. Januar 1992 eingetreten sind und die nach dem im Beitrittsgebiet geltenden Recht Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten waren, als Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Sinne des Dritten Buches. Dies gilt nach [§ 1150 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 RVO](#) unter anderem nicht für Unfälle und Krankheiten, die einem ab 1. Januar 1991 für das Beitrittsgebiet zuständigen Träger der Unfallversicherung erst nach dem 31. Dezember 1993 bekannt werden und die nach dem Dritten Buch der RVO nicht zu entschädigen wären. In diesen Fällen muss der betreffende Unfall die Voraussetzungen für die Anerkennung als Arbeitsunfall und Berufskrankheit sowohl nach dem im Beitrittsgebiet geltenden Recht als auch nach der RVO erfüllen (vgl. BSG, Urteil vom 18. März 2003 - [B 2 U 25/02 R - HVBG-INFO 2003, 1412](#)). Diese Sondervorschrift kommt vorliegend zur Anwendung, denn der Kläger ist bereits 1991 mit Belastungsdyspnoe und einer Pleurahyalinose im Bezirkskrankenhaus H. in Behandlung gewesen. Die Beklagte hat von gesundheitlichen Beschwerden des Klägers erstmals am 3. August 2000 Kenntnis erlangt.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 9. Januar 2002 die bei dem Kläger bestehende Pleuraasbestose als BK Nr. 4103 anerkannt, es jedoch

abgelehnt, weitere Erkrankungen als Folgen der BK anzuerkennen. Der Kläger begehrt mit der Klage die Gewährung einer Verletztenrente unter Berücksichtigung einer chronischen Bronchitis und eines Lungenemphysems als Folgen der BK.

Die Feststellung, ob dem Kläger aus der anerkannten BK eine Rente zusteht, richtet sich gemäß [§ 215 Abs. 6 SGB VII](#) bei Versicherungsfällen, die vor dem 1. Januar 1992 eingetreten sind, nach § 1154 RVO in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung, mit der Maßgabe, dass an die Stelle der dort genannten Vorschriften der RVO die [§§ 56](#) und [81 bis 91 SGB VII](#) treten.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge des Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vH gemindert ist, einen Anspruch auf eine Verletztenrente. Die MdE richtet sich gemäß [§ 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Der Rentenanspruch setzt demnach voraus, dass die MdE durch Gesundheitsstörungen verursacht wird, die durch die Berufskrankheit entstanden sind.

1. Unstreitig leidet der Kläger an einer Pleuraasbestose. Demgegenüber sind ein Lungenemphysem und eine chronische Bronchitis nicht nachgewiesen.

Eine Krankheit als Folge einer Berufskrankheit muss voll bewiesen sein. Dies bedeutet, dass das erkennende Gericht zu der vollen Überzeugung gelangen muss, dass eine konkret bezeichnete Erkrankung tatsächlich vorliegt. Erforderlich ist eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, also dass der Senat die Tatsachen in einem so hohen Grade für wahrscheinlich hält, dass keine vernünftigen Zweifel mehr bestehen (BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 5/05 R - SozR 4-5671 § 6 Nr 2](#)).

a) In diesem Sinne ist nicht vollbeweislich gesichert, dass der Kläger an einem Lungenemphysem gelitten hat und noch heute leidet.

Das klinische Bild des Lungenemphysems ist sehr unterschiedlich. Oftmals fällt das Emphysem nicht auf, wenn eine Ruhedyspnoe fehlt. Bei der äußeren Untersuchung gilt es, die Starre des Brustkorbs mit tiefstehendem, minderverschieblichem Zwerchfell, hypersonorem Klopfeschall und leisem Atemgeräusch festzustellen. Der leicht prüfbare Atemstoß zeigt sich immer abgeschwächt, was sich quantitativ durch Messung der Sekundenkapazität fixieren lässt. Ergänzend müssen eingehende funktionelle Prüfungen der Lungen- und Kreislauffunktion vorgenommen werden, die jedoch für sich nicht auf eine bestimmte Erkrankung schließen lassen, weil Störungen der Ventilation unterschiedliche Ursachen haben können. Deshalb ist das Thoraxröntgenbild differentialdiagnostisch wichtig. Eine genaue Beurteilung der Lokalisation und des Ausmaßes der emphysematösen Veränderungen erlaubt erst die CT (Marx/Klepzig, Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten, 7. Auflage 1997, S. 299, 301 ff.). Die Unterscheidung der verschiedenen Emphysemformen ist mit dem HR-CT möglich (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage Abschnitt 17.1.5.3 S. 1064).

Dr. R. hat eine Ruhedyspnoe, einen supersonoren Klopfeschall und eine wenig verschiebliche Lungengrenze sowie eine tiefe, frequente, zum Teil schnappende Hyperventilation während des ganzen Untersuchungsvorgangs festgestellt. Nach Auswertung der Röntgenaufnahme vom 30. August 2001 ist er zu dem Ergebnis gelangt, dass in beiden Lungen ein basales Emphysem vorliegt. Die Einsekundenkapazität (FEV1) hat mit einem Ist-Wert von 1,94 lediglich 58,8 % des Soll-Wertes von 3,31 erreicht. Differentialdiagnostisch hat er anhand des Röntgenbildes vom 30. August 2001 ein basales Emphysem an beiden Lungen erkannt. Einen entsprechenden Befund anhand der CT vom 15. August 2001 hat er demgegenüber nicht beschrieben. Auch Dr. H. hat nach Auswertung der CT vom 15. August 2001 ein Lungenemphysem nicht diagnostiziert. Dr. B., der den Kläger seit 1991 hausärztlich betreut hat, hat einen gering beweglichen Thorax, einen hypersonoren Klopfeschall und ein abgeschwächtes Vesikuläratmen festgestellt. Das Spirogramm vom 9. Dezember 2003 hat nach seinen Ausführungen einen FEV1-Wert von 73,6 % ergeben. Obwohl er es lediglich für möglich gehalten hat, dass die Grunderkrankung einer Pleurahyalinose durch gelegentliche Erkrankungen der Atemwege in den Übergangsjahreszeiten zur Bildung eines Lungenemphysems geführt haben kann, ist er gleichwohl davon ausgegangen, dass der Kläger an einem Lungenemphysem leidet.

Auch Dr. Sch. hat bei dem Kläger kardiopulmonale Dekompensationszeichen und einen sonoren bis hypersonoren Klopfeschall festgestellt. Bei der Bodyplethysmographie hat er keinen wesentlichen Hinweis auf ein Emphysem gefunden. Eine Erhöhung des Atemwegwiderstandes hat nicht bestanden, die Diffusionskapazität war nicht eingeschränkt. Nach Auswertung des Röntgenbildes vom 18. Mai 2006 hat er nur mäßige Emphysemzeichen mit eher geringer Überblähung laterobasal festgestellt. Der FEV1-Wert lag bei 62 % des Sollwertes von 3,08.

Demgegenüber haben Prof. Dr. Sp. und Dr. Sch. den Befund eines Lungenemphysems differentialdiagnostisch nach Auswertung der CT vom 15. August 2001 und 22. Juli 2008 nicht bestätigt. Anzeichen für ein Lungenemphysem haben sie keine gefunden. Vielmehr haben sie eine gering ausgeprägte subpleurale Fibrose festgestellt. Dieses Ergebnis stimmt auch mit der Auswertung des Befundes durch Dr. H. überein.

Damit steht für den Senat nicht mit der im Unfallversicherungsrecht erforderlichen Sicherheit fest, dass tatsächlich am 15. August 2001 und am 22. Juli 2008 ein Lungenemphysem vorgelegen hat. Zwar lassen die Ruhedyspnoe, die sonoren Klopfgeräusche, die verminderte Beweglichkeit des Thorax und die Einsekundenvitalität ein Lungenemphysem möglich erscheinen. Dr. B., der den Kläger langjährig seit 1991 hausärztlich betreut hat, hat die Bildung eines Lungenemphysems für möglich gehalten, dies aber offen gelassen. Widersprüchlich hierzu ist seine Auffassung, dass letztlich ein Lungenemphysem vorgelegen hat. Dr. Sch. hat bei der Bodyplethysmographie, die am ehesten zum klinischen Nachweis eines Emphysems geeignet ist, dieses gerade nicht festgestellt. Eine Erhöhung des Atemwegwiderstandes hat nämlich nicht vorgelegen. Weshalb er gleichwohl zu einem Lungenemphysem gelangt, hat er nicht näher begründet. Differentialdiagnostisch ist aber der Nachweis nicht geführt. So haben weder der Facharzt für Radiologie Dr. H. noch die Gutachter Prof. Dr. Sp. und der Assistenzarzt Dr. Sch. ein Lungenemphysem diagnostiziert. Die bloße Möglichkeit einer Erkrankung genügt den Anforderungen des Vollbeweises nicht. Der Senat hat, insbesondere nach den Feststellungen der Radiologen, Zweifel, dass ein Lungenemphysem vorgelegen hat.

b) Auch ist nicht vollbeweislich gesichert, dass der Kläger an einer chronischen Bronchitis gelitten hat bzw. leidet.

Bei der chronischen Bronchitis handelt es sich um eine Erkrankung der Bronchien, bei der während wenigstens drei Monaten von zwei aufeinanderfolgenden Jahren Husten besteht und Auswurf erfolgt. Frühzeitig kommt es zur Belastungsdyspnoe. Die Beurteilung, ob eine chronische Bronchitis vorliegt, richtet sich nach dem klinischen Bild mit Husten, Auswurf und Dyspnoe in Ruhe oder erst nach Belastung, muss aber durch eine eigene Lungenfunktionsprüfung quantifiziert werden. (Marx/Klepzig, a.a.O., s. 296 ff.).

Dr. R. hat eine chronische Bronchitis diagnostiziert, ohne einen klinischen Befund hierüber erhoben zu haben. So hat er allein aufgrund der Angabe des Klägers, er habe in der Summe mindestens drei Monate im Jahr Husten und Auswurf, auf eine chronische Bronchitis geschlossen. Dr. B. hat eine chronische Bronchitis nicht beschrieben. Vielmehr hat er ausgeführt, dass der Kläger in den Jahresübergangszeiten an Atemwegserkrankungen (Bronchitiden) gelitten habe. Im Ergebnis hat er dies nicht als chronische Bronchitis klassifiziert. Dr. Sch. hat eine obstruktive Bronchitis nicht festgestellt und ausgeführt, die bisherigen Befunde belegten keine chronische Bronchitis. Auch Prof. Dr. Sp. und Dr. Sch. haben bei der Auswertung der CT vom 15. August 2001 und 22. Juli 2008 keine Hinweise auf chronisch bronchitische Veränderungen gefunden. Nach den Angaben des Klägers zu seinen Hustenanfällen und Auswürfen kann die Erkrankung einer chronischen Bronchitis vorgelegen haben. Allerdings hat gerade der langjährige Hausarzt Dr. B. eine chronische Bronchitis nicht beschrieben. Auch die bildgebenden Befunde weisen nicht auf chronisch bronchitische Veränderungen hin. Damit fehlt es an dem sicheren Nachweis dieser Erkrankung.

2. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf eine Verletztenrente aufgrund der als BK anerkannten Pleuraasbestose, da die hierdurch verursachte MdE nicht den erforderlichen Grad von 20 vH erreicht.

Aus der Erkrankung der Pleuraasbestose resultiert für sich noch keine MdE. Grundlage der Bewertung der MdE sind die Funktionseinbußen, die sich aus den festgestellten Gesundheitsstörungen ergeben. Gesundheitsschäden, die keine Funktionseinschränkungen bedingen, bleiben bei der Bemessung der MdE unberücksichtigt. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Folgen des Versicherungsfalles beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf medizinisch-wissenschaftlichem Gebiet. Die MdE Bewertung ergibt sich bei der Asbestose - neben dem subjektiven Beschwerdebild - insbesondere aus Art und Umfang objektiv nachweisbarer Funktionsstörungen im Bereich von Lunge, Bronchien, Herz und Kreislauf (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschnitt 17.6.9 S. 1098). Die Funktionsstörungen müssen, ebenso wie der Gesundheitsschaden, vollbeweislich gesichert sein.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist bei dem Kläger keine durch die Pleuraasbestose bedingte MdE festzustellen.

a) Es ist zweifelhaft, ob bei dem Kläger eine restriktive Ventilationsstörung vorgelegen hat. Dr. B. hat dies angezweifelt und gemeint, der Kläger habe an den Lungenfunktionstests nicht hinreichend mitgewirkt. Auch haben weder die Blutgasanalyse noch der 6-Minuten-Geh-Test eine Ventilationsstörung erkennen lassen.

Dies kann aber auch dahingestellt bleiben. Denn auch wenn bei dem Kläger eine restriktive Ventilationsstörung vorgelegen hätte, so wäre diese nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch die nachgewiesene Pleuraasbestose bedingt.

Nach den ärztlichen Befunden spricht nämlich mehr gegen einen Ursachenzusammenhang als dafür. Die von Dr. R. als mäßiggradig bezeichnete restriktive Ventilationsstörung führt dieser nicht auf die Pleuraasbestose zurück. Zwar sind vollbeweislich weder ein Lungenemphysem noch eine chronische Bronchitis gesichert, so dass diese als Ursache der Ventilationsstörung nicht in Betracht kommen. Nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. Sp. und Dr. Sch. hat aber eine unspezifische subpleurale Fibrose bestanden, die ursächlich zu einer Ventilationsstörung geführt haben kann. Eine pulmonale Fibrose hatte auch bereits Dr. H. in der CT vom 15. August 2001 erkannt. Die Gutachter halten einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Pleuraasbestose und der Fibrose nicht für hinreichend wahrscheinlich. Derartige unspezifische Fibrosen bilden sich oft altersbedingt aus.

Im Ergebnis stimmt dies mit der Beurteilung von Dr. R. überein, der auch einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Ventilationsstörung und der Pleuraasbestose nicht für hinreichend wahrscheinlich gehalten hat.

b) Folgt man der Auffassung von Dr. B. und geht von einer obstruktiven Ventilationsstörung aus, so besteht ebenso wenig eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, dass diese durch die Pleuraasbestose verursacht worden ist. Die obstruktive Ventilationsstörung zeichnet sich durch erhöhte Strömungswiderstände der Luft in der Lunge aus. Typischerweise geht die Ventilationsstörung auf Sekrete oder Fremdkörper in den Atemwegen oder einengenden Druck von außen durch Tumor oder Ödeme oder durch Emphyse zurück. Die bei dem Kläger festgestellte leichte Pleuraasbestose ohne nachgewiesene Infiltration der Lunge wird daher nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit zu einer obstruktiven Ventilationsstörung geführt haben.

Da die Lungenfunktionsbeeinträchtigung nicht hinreichend wahrscheinlich auf die Pleuraasbestose ursächlich zurückzuführen ist, besteht auch keine durch diese Berufskrankheit bedingte MdE.

II. Die Hilfsanträge waren zurückzuweisen.

Es hat keine Veranlassung bestanden, ein weiteres lungenfachärztliches Gutachten einzuholen. Denn auf das Vorliegen einer Ventilationsstörung ist es nicht entscheidungserheblich angekommen. Nach den eindeutigen und überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. S. und Dr. S. ist es nicht hinreichend wahrscheinlich, dass eine Ventilationsstörung, wenn sie tatsächlich vorläge, durch die Pleuraasbestose bedingt ist. Eine erneute lungenfachärztliche Begutachtung hätte an den radiologischen Befunden nichts geändert.

Der Hilfsantrag nach [§ 109 SGG](#) ist in der vorliegenden Fassung bereits unzulässig. Nach dieser Vorschrift ist auf Antrag ein bestimmter Arzt vom Gericht anzuhören. Ob einem solchen Antrag, wenn er innerhalb eines Rechtsstreits mehrfach gestellt wird, überhaupt stattgegeben werden muss, ist umstritten (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, 9. Auflage, [§ 109 SGG](#) RdNr. 10 b), kann aber dahingestellt bleiben. Denn ein Antrag nach [§ 109 SGG](#) setzt voraus, dass der Versicherte einen Arzt konkret benennt, so dass dieser bestimmbar ist (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O. [§ 109 SGG](#) RdNr. 4). Erst dann liegt ein zulässiger Antrag vor. Dieses Erfordernis hat der Kläger mit seinem Hilfsantrag nicht eingehalten.

III. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGGG](#).

IV. Gründe nach [§ 160 Abs 2 SGG](#), die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login
SAN
Saved
2012-10-02