

L 6 U 63/10

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6.

1. Instanz

SG Magdeburg (SAN)

Aktenzeichen

S 3 U 182/07

Datum

10.08.2010

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 6 U 63/10

Datum

14.04.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

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

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Anerkennung ihrer Atemwegserkrankung als Berufskrankheit der Nummern 4301 bzw. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Die 1956 geborene Klägerin erlernte von 1973 bis 1976 den Beruf der Krankenschwester und arbeitete bis 1983 in diesem Lehrberuf. Von 1983 bis 1986 war sie als Verkäuferin tätig und nahm 1986 die Tätigkeit einer Gemeindeschwester auf. Seit 1990 ist sie als Altenpflegerin tätig. Sie war seit dem 17. Oktober 2005 wegen einer Hauterkrankung arbeitsunfähig erkrankt. Zuvor hatte es wegen dieser Erkrankung bereits seit dem 5. August 2005 mehrere Kurzerkrankungen gegeben. Der Arbeitgeber der Klägerin beendete das Arbeitsverhältnis als Altenpflegerin aus krankheitsbedingten Gründen mit Ablauf des 30. September 2006.

Am 19. Juli 2006 zeigte die Klägerin der Beklagten den Verdacht einer berufsbedingten Atemwegserkrankung an. Sie führte dies auf ihre beruflichen Tätigkeiten im Umgang mit Duftstoffen zurück. Die Beklagte holte von dem Facharzt für Arbeitsmedizin Dr. S. den Befundbericht vom 22. Dezember 2005 ein: Danach war die Testung auf Latex, Medikamente, Haushaltschemie, spezielle Duftstoffe, Feldtiere, Geflügel, Hausstaub, Milben, Pollen, Farben und Desinfektionsmittel im September 2005 negativ ausgefallen.

In dem Gutachten für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vom 28. September 2005 führte die Fachärztin für Hautkrankheiten und Allergologie Dr. F. aus, die Klägerin habe berichtet, ihr seien Hustenanfälle schon seit Jahren bekannt. Im April 2005 sei sie wegen einer Bronchitis arbeitsunfähig gewesen. Bei Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit sei es zu einer massiven Verschlechterung gekommen. Im Epikutantest habe sie auf die Duftstoffe Geraniol und Arnika positiv reagiert. Es komme verstärkt zu Atemnotanfällen. Die Beklagte holte weitere Befundberichte ein: Die Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. P. teilte unter dem 25. Oktober 2006 mit, die Klägerin habe sie wegen einer akuten Sinubronchitis erstmals 1997 aufgesucht. Wegen dieser Erkrankung sei sie vom 22. Februar bis 2. März 1997, am 13. Dezember 2000 und vom 7. bis 27. April 2005 arbeitsunfähig erkrankt gewesen.

In dem von der Beklagten bei der Barmer Ersatzkasse eingeholten Verzeichnis sind Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 22. Februar bis 2. März 1997 wegen einer Sinubronchitis sowie vom 22. Januar bis 26. Januar 2001 und 8. bis 27. April 2005 jeweils wegen einer Bronchitis vermerkt.

Laut Mitteilung des Arbeitgebers aus November 2005 hatte die Klägerin während ihrer Beschäftigung Kontakt zu Vinyl, Latex Lysoform AHD 2000, Majola und Luphenil sowie Sterillium.

Die Beklagte erhielt den Befundbericht des Arztes für Innere Medizin Dr. V. vom 25. Oktober 2006. Danach habe er die Klägerin erstmals am 8. März 2006 wegen eines postviralen Hustenkomplexes behandelt. Er fügte das Laborergebnis des Facharztes für Laboratoriumsmedizin und Pathophysiologie Prof. Dr. S. vom 9. März 2006 und das Ergebnis der von ihm am 10. Juli 2006 und am 12. Oktober 2006 durchgeführten Bodyplethysmographien bei.

Die Beklagte beauftragte den Ärztlichen Direktor der Lungenklinik L. Prof. Dr. L. mit der Erstattung des Gutachtens vom 13. Juni 2007 nach Untersuchung der Klägerin im Zeitraum vom 7. bis 10. Mai 2007. Dieser führte aus, mittels spezifischer allergologischer und lungenfunktioneller Diagnostik habe die Kontaktdermatose durch Duftstoffmix bestätigt werden können; Lungenvolumina und

Ventilationswerte seien normal gewesen. Es sei lediglich im unspezifischen bronchialen Hyperreagibilitätstest eine hochgradige bronchiale Hyperreagibilität aufgefallen. Auch die von Dr. V. durchgeführten zweimaligen Bodyplethysmographien belegten normale Lungenvolumina und Ventilationswerte. Die unspezifische bronchiale Hyperreagibilität lasse sich nach über zwei Jahren Karenz gegenüber Berufsstoffen nicht als berufsbedingt erklären. Eine asthmatische Reaktion sei nicht dokumentiert. Eine obstruktive Atemwegserkrankung und eine Rhinopathie ließen sich nicht nachweisen.

Mit Bescheid vom 2. Juli 2007 lehnte es die Beklagte ab, die Atemwegserkrankung der Klägerin als Berufskrankheit der Nr. 4301 bzw. 4302 anzuerkennen. Hiergegen erhob die Klägerin am 12. Juli 2007 Widerspruch. Unter dem 13. Juli 2007 gab der Gewerbearzt Dr. B. keine Stellungnahme zu der Berufskrankheit ab. Mit Widerspruchsbescheid vom 30. Oktober 2007 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch der Klägerin unter Hinweis auf das Gutachten von Prof. Dr. L. zurück.

Mit der am 30. November 2007 vor dem Sozialgericht Magdeburg als kombiniertes Anfechtungs- und Feststellungsbegehren erhobenen Klage hat die Klägerin die Anerkennung ihrer Atemwegserkrankung als Berufskrankheit weiter verfolgt.

Mit Urteil vom 10. August 2010 hat das Sozialgericht Magdeburg die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die bei der Klägerin vorgefundene unspezifische bronchiale Hyperreagibilität sei keine obstruktive Atemwegserkrankung oder Rhinopathie.

Gegen das am 17. August 2010 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 2. September 2010 bei dem Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, die Atemwegserkrankung sei ausschließlich im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit aufgetreten, ohne dass hierfür anderweitige Ursachen ersichtlich seien. Im Übrigen hat sie sich auf den Inhalt der Gerichtsakte L 6 U 62/10 und der Verwaltungsakte der Beklagten mit dem Aktenzeichen bezogen und angeregt, diese beizuziehen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 10. August 2010 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 2. Juli 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Oktober 2007 zu verpflichten, die bei ihr vorhandene bronchiale Hyperreagibilität als Berufskrankheit nach Nummern 4301 und 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung unter Zugrundelegung der Rechtsauffassung des Gerichts festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurück zu weisen.

Sie hält die Entscheidungsgründe im Urteil des Sozialgerichts Magdeburg für zutreffend.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Die Verwaltungsakten der Beklagten mit den Aktenzeichen und sowie die Gerichtsakte L 6 U 62/10 haben vorgelegen und waren Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte nach [§ 124 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben.

Die gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und form- und fristgerecht eingelegte Berufung hat keinen Erfolg.

Die Klägerin hat die Klage im Berufungsverfahren von einer kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage in eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage geändert. Die Beklagte hat sich auf diese geänderte Klage rügelos eingelassen. Hierin ist eine Einwilligung zur Änderung der Klage im Sinne des [§ 99 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) zu sehen.

Die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist auch zulässig. Es steht der Klägerin grundsätzlich frei, ob sie mit der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage unmittelbar eine gerichtliche Feststellung oder mit einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage eine behördliche Feststellung des Versicherungsfalls erreichen will. Mit beiden kombinierten Klagearten kann sie ihr Begehren wirksam durchsetzen. (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 27. April 2010 - [B 2 U 23/09 R](#) -, zitiert nach juris). Sie hat für die Verpflichtungsklage auch ein Rechtsschutzbedürfnis. Auch wenn sie ihr Klageziel durch eine bloße Feststellungsklage erreichen könnte, hat sie auch ein berechtigtes Interesse daran, von der Beklagten einen entsprechenden Bescheid zu erhalten.

Der Antragsformulierung "unter Zugrundelegung der Rechtsauffassung des Gerichts" kommt keine eigenständige Bedeutung zu. Die Klägerin begehrt nach ihrem Vorbringen mit der Verpflichtungsklage ersichtlich keine Ermessensentscheidung der Beklagten, denn insoweit hat sie nicht eine Neubescheidung durch die Beklagte verlangt.

Die Klage ist jedoch unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 2. Juli 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Oktober 2007 beschwert die Klägerin nicht im Sinne von [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Anerkennung ihrer Atemwegserkrankung als Berufskrankheit der Nr. 4301 bzw. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung.

Gemäß [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleidet. Die näheren Einzelheiten zum Erlass der BKV regelt [§ 9 Abs. 1](#) Sätze 2 und 3 sowie Abs. 6 SGB VII. In der Anlage 1 zur BKV sind in Nummer 4301 die durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankung

(einschließlich der Rhinopathie) und in Nummer 4302 die durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankung geregelt, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Danach müssen für die Anerkennung einer Erkrankung als Berufskrankheit Nr. 4301 bzw. 4302 die folgenden Kriterien erfüllt sein: Die Versicherte muss aufgrund ihrer versicherten Tätigkeit den Einwirkungen chemisch-irritativ oder toxisch wirkender bzw. allergisierender Stoffe ausgesetzt gewesen sein. Bei ihr muss eine obstruktive Atemwegserkrankung vorliegen, die durch diese Einwirkungen verursacht oder verschlimmert worden bzw. wieder aufgelebt ist. Diese Erkrankung muss zum Unterlassen aller gefährdenden Tätigkeiten gezwungen haben und die Versicherte darf tatsächlich keine solche Tätigkeit mehr ausüben.

Ausgehend hiervon war die Klägerin während ihrer Tätigkeit als Altenpflegerin im Sinne von [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) als Beschäftigte versichert, was zwischen den Beteiligten nicht strittig ist. Sie litt auch bei der Untersuchung durch Prof. Dr. L. in der Zeit vom 7. bis 10. Mai 2007 an einer obstruktiven Atemwegserkrankung. Symptom dieser Erkrankung war die unspezifische bronchiale Hyperreagibilität im Provokationstest. Eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität weist auf eine obstruktive Atemwegserkrankung hin, für die es neben einer beruflichen Verursachung auch andere anlagebedingte Ursachen geben kann (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Abschnitt 17.13, S. 1051 und 17.13.5, S. 1062).

Vorliegend fehlt es jedoch an dem zeitlichen Zusammenhang zwischen der Aufgabe der atemwegsbelastenden Tätigkeit und der erstmaligen Feststellung einer obstruktiven Atemwegserkrankung.

Nach dem Wortlaut der Tatbestände der Berufskrankheiten Nrn. 4301 und 4302 steht die Aufgabe der belastenden Tätigkeiten in einer zeitlichen Beziehung zur maßgeblichen Krankheit. Es geht um Krankheiten, die die Aufgabe von Tätigkeiten erzwingen haben, weil die Tätigkeiten - schon vorher - für die Entstehung oder Verschlimmerung der Krankheit ursächlich waren. Folglich muss die Krankheit schon bei der Entstehung des Unterlassungszwangs vorgelegen haben. Weiterhin muss die Aufgabe der Tätigkeit krankheitsbedingt erzwungen sein, d.h. die Tätigkeit muss bis zum Entstehen des Zwangs noch ausgeübt worden sein. Eine Tätigkeit ist dann aufgegeben, wenn die Versicherte diese objektiv und endgültig nicht mehr ausübt (siehe BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - [B 2 U 12/06 R](#) - SozR 4-5671 Anlage 1 Nr. 4302 Nr. 2). Dies vorausgeschickt, ist eine obstruktive Atemwegserkrankung im zeitlichen Zusammenhang mit der Aufgabe der Tätigkeit der Klägerin nicht nachgewiesen. Insoweit folgt der Senat dem Gutachten von Prof. Dr. L. ...

Der Begriff obstruktive Atemwegserkrankung umfasst verschiedene akute und chronische Krankheitsbilder. Er ist die Sammelbezeichnung für Krankheiten des broncho-pulmonalen Systems, die mit obstruktiven Ventilationsstörungen einhergehen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschnitt 17.13, S. 1051). Der Nachweis einer obstruktiven Ventilationsstörung wird durch eine Lungenfunktionsprüfung erbracht (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschnitt 17.13.6, S. 1063). Für die obstruktive Ventilationsstörung ist die Sekundenkapazität FEV1 wichtigste Kenngröße, als absoluter Wert in Liter und als relativer Wert in Prozent der Vitalkapazität (VC). Die bei forcierter Expiration gewonnenen Werte sollten nach Möglichkeit ergänzt werden durch die Messung des Atemwegswiderstandes (R). Bei einem FEV1 über 80% des Sollwertes und einem Atemwegswiderstand unter 0,35 kPa/l s liegt eine normale Lungenfunktion vor (Nowak/Kroidl, Bewertung und Begutachtung in der Pneumologie, 3. Auflage 2009, S. 85 ff.).

Die Klägerin hat ihre Tätigkeit als Altenpflegerin objektiv und endgültig mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses am 30. September 2006 aufgegeben. Bei den bis zum Ausscheiden der Klägerin aus ihrem Beruf als Altenpflegerin dokumentierten Erkrankungen handelte es sich nicht um obstruktive Atemwegserkrankungen. Aus dem Arbeits- und Sozialversicherungsausweis der Klägerin ergeben sich folgende Atemwegserkrankungen: akute Infektion der oberen Atemwege, multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisation (Diagnoseschlüssel 465 der ICD-8) vom 27. Dezember 1977 bis 8. Januar 1978, Grippe mit Beteiligung der übrigen Atemwege sowie einer akuten Sinusitis (Diagnoseschlüssel 472 und 461 der ICD-8) vom 22. November bis 3. Dezember 1978, akute Infektion der oberen Atemwege an mehreren oder nicht näher bezeichneten Stellen (Diagnoseschlüssel 465 der ICD-9) vom 2. bis 22. Januar 1979. Dr. P. hat die Klägerin am 21. Februar 1997 wegen einer akuten Sinubronchitis behandelt und in der Folgezeit wegen einer derartigen Erkrankung Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für die Zeit vom 22. Februar bis 2. März 1997, den 13. Dezember 2000 und die Zeit vom 7. bis 27. April 2005 ausgestellt. Dr. V. hat die Klägerin am 8. März 2006 wegen eines postviralen Hustenkomplexes behandelt und am 10. Juli 2006 eine Bodyplethysmographie durchgeführt. Weitere Erkrankungen der Atemwege sind vor dem Ausscheiden der Klägerin aus der Tätigkeit als Altenpflegerin nicht dokumentiert. Die Barmer Ersatzkasse hat in ihrem Bericht zusätzlich noch Arbeitsunfähigkeitszeiten für den 22. bis 26. Januar 2001 wegen einer Bronchitis vermerkt.

Diese dokumentierten Atemwegserkrankungen sind nicht typischerweise mit einer Ventilationsstörung des Atemwegs verbunden. So gehören die 1977 bis 1979 dokumentierten Erkrankungen zur Gruppe der "akuten Infektionen der Atmungsorgane" (Diagnoseschlüssel 460 bis 466 der ICD-8 bzw. ICD-9) bzw. zur Gruppe der "Grippeerkrankungen" (Diagnoseschlüssel 470 bis 474 der ICD-8). Auch die seit 1997 vorliegenden Erkrankungen einer Sinubronchitis bzw. Bronchitis gehören nicht typischerweise zu den obstruktiven Atemwegserkrankungen. Typische obstruktive Atemwegserkrankungen sind das Asthma bronchiale, die Rhinopathie, die chronische obstruktive Bronchitis (COPD) und das Lungenemphysem (siehe Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschnitt 17.13, S. 1052). Entsprechende Krankheiten sind aber für die Klägerin nicht dokumentiert. Die ersichtlich einzige vor der endgültigen Aufgabe der Tätigkeit durchgeführte Lungenfunktionsprüfung am 10. Juli 2006 hat keinen Anhalt für eine obstruktive Atemwegserkrankung erbracht. So lag der relative FEV1 Wert in Prozent der maximalen Vitalkapazität bei der Lungenfunktionsprüfung durch Dr. V. bei 105,1 %, der absolute Wert bei 96,5 %. Der Atemwegswiderstand lag unter 0,35 kPa/l s. Damit lag - worauf Prof. Dr. L. hingewiesen hat - keine obstruktive Atemwegserkrankung vor.

Auch die von Dr. V. am 12. Oktober 2006 durchgeführte Bodyplethysmographie hat keinen Anhalt für eine obstruktive Atemwegserkrankung erbracht. So lag der relative FEV1 Wert in Prozent der maximalen Vitalkapazität bei 100,2, der absolute Wert bei 86 % und der Atemwegswiderstand wiederum unterhalb von 0,35 kPa/l s.

Schließlich hat keiner der behandelnden Ärzte eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität der Klägerin festgestellt. Allein der Gutachter Prof. Dr. L. hat nach der von ihm in der Zeit vom 7. bis 10. Mai 2007 durchgeführten Lungenfunktionsprüfung eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität diagnostiziert. Diese Diagnose ist damit erstmals 7 Monate nach der endgültigen Aufgabe der atemwegsbelastenden Tätigkeit gestellt worden.

Nach alledem ist die Atemwegserkrankung der Klägerin nicht als Berufskrankheit der Nr. 4301 bzw. 4302 der Anlage 1 der BKV anzuerkennen.

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

Die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#), die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-07-28