

L 6 U 1389/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 06091/98
Datum
14.01.2003
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1389/03
Datum
12.10.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. Januar 2003 und der Bescheid vom 13. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. November 1998 aufgehoben, eine obstruktive Atemwegserkrankung als Berufskrankheit nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV festgestellt und die Beklagte verurteilt, dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE um 30 v. H. ab 8. Mai 1998 zu gewähren.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers beider Instanzen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger an einer berufsbedingten Atemwegserkrankung leidet.

Der 1937 geborene, aus Kroatien stammende Kläger arbeitete seinen Angaben zufolge zunächst von 1959 bis 1973 in seinem Heimatland im Bergbau sowie als Schweißer und sodann von 1973 bis 1996 im Bundesgebiet in Baubetrieben hauptsächlich ebenfalls als Schweißer.

Im Jahre 1996 erkrankte er arbeitsunfähig und wurde in der Folgezeit vorzeitig berentet. Vom 3. bis zum 18. Dezember 1996 wurde er in der Klinik L. stationär behandelt. Dort gab er eine seit ca. sechs Monaten zunehmende Belastungsdyspnoe beim Bergaufgehen und beim Treppensteigen und einen seit drei Monaten starken Husten, besonders abends, mit retrosternalen Schmerzen und wechselndem Auswurf, in den letzten drei Wochen mit gelegentlichen Blutbeimengungen, an. Diagnostiziert wurden eine chronisch-obstruktive Bronchitis, eine Schweißlunge sowie ein Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung (Entlassungsbericht vom 2. Januar 1997).

Hierauf gestützt zeigte der Kläger am 10. April 1997 das Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) an. Er gab an, seine Erkrankung habe sich erstmals im April 1996, zu Beginn als Atemschwierigkeiten, dann mit einer Steigerung zur Atemnot, bemerkbar gemacht (Fragebogen vom 22. April 1997).

Die Beklagte holte die Arbeitgeberauskunft vom 28. April 1997 sowie die schriftlichen Auskünfte der Ärzte für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde und Allergologie Dr. W./Dr. K. vom 28. April 1997 und vom Praktischen Arzt Dr. H. vom 29. April 1997 ein, welchen mehrere Arztbriefe beigelegt waren. Demnach suchte der Kläger wegen seiner Erkrankung erstmals Dr. H. im Oktober 1996 und Dr. W./Dr. K. am 11. November 1996 auf. Dr. H. teilte mit, der Kläger habe über eine Belastungsdyspnoe hauptsächlich beim Treppensteigen und Bergaufgehen seit Mitte 1996 und über Husten, retrosternale Schmerzen, zum Teil Blutbeimengungen und Gewichtsabnahme seit September 1996 geklagt. Die Innungskrankenkasse (IKK) Stuttgart übersandte einen Auszug aus der Mitglieder- und Leistungskartei. Demnach war der Kläger arbeitsunfähig vom 15. bis zum 25. Oktober 1996 u. a. wegen einer Bronchitis, vom 8. November 1996 bis zum 28. April 1997 wegen einer Bronchitis, Thoraxbeschwerden, einer tuberkulösen Lungeninfiltration sowie sonstiger Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten, vom 29. April bis zum 20. Mai 1997 wegen einer obstruktiven chronischen Bronchitis und seit 21. Mai 1997 wegen einer Bronchitis. Unter dem 11. April 1997 teilte die IKK Stuttgart mit, der Kläger beziehe seit 20. Dezember 1996 Krankengeld.

Ferner veranlasste die Beklagte Ermittlungen durch ihren Technischen Aufsichtsdienst (TAD), der am 27. Mai 1997 im letzten Arbeitgeberbetrieb eine Erhebung im Beisein des Klägers durchführte. In der Stellungnahme vom 18. Juni 1997 hieß es zusammenfassend, dass beim Kläger während der Beschäftigungszeit von 1974 bis 1993 eine Exposition gegenüber Schweißrauchen von unlegierten Stahlteilen und rutilumhüllten Elektroden bestanden habe. Neben Feinstaub (Eisenoxidrauche) seien im Schweißrauch auch andere Stoffe enthalten gewesen. Zusätzlich bestehe bei Schweißarbeiten eine Exposition gegenüber Kohlenoxiden, Ozon und nitrosen Gasen. Erfahrungsgemäß liege die Exposition für allgemeinen Feinstaub bei Arbeiten dieser Art im Freien ohne Absaugung im Bereich des

Grenzwertes. Für alle anderen Schadstoffe seien erfahrungsgemäß die Grenzwerte eingehalten worden. Für Schweißarbeiten nach dem Metallaktivgasverfahren in großen Hallen ohne Absaugung in der Expositionszeit von 1994 bis 1996 gelte Vergleichbares. Beim Schweißen von grundierten Blechen, was auf Baustellen zu weniger als 1 % erfolge, liege laut Literatur zusätzlich eine Exposition gegenüber Zinkoxidrauch vor.

Sodann holte die Beklagte das Gutachten des Lungenarztes und Internisten Dr. T. vom 14. Oktober 1997 ein. Ihm gegenüber gab der Kläger an, ohne erkennbare Ursache hätten die Atembeschwerden vor 1 ½ Jahren ausschließlich bei der Arbeit und später überwiegend bei der Arbeit mit Atemnot, hauptsächlich bei körperlicher Anstrengung mit auch Husten und teilweise Blutbeimengungen im Auswurf, begonnen. Die Beschwerden hätten sich an den Wochenenden und deutlich im Urlaub gebessert. Dr. T. kam zu der Einschätzung, der Kläger leide berufsbedingt an Atemwegsbeschwerden mit obstruktiver Lungenfunktionsstörung. Hierbei handle es sich um eine BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). Die röntgenologischen Veränderungen beider Lungen seien vereinbar mit einer Silikose leichten Grades bzw. einer Sidrose. Eine hierdurch verursachte zusätzliche Gesundheitsstörung sei nicht zu erwarten und auch nicht nachweisbar. Die durch die BK bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei mit derzeit 30 vom Hundert (v. H.) - mittlerer Schweregrad - einzuschätzen.

In der weiteren Stellungnahme des TAD vom 11. November 1997 hieß es, in den letzten fünf Jahren sei der Kläger überwiegend in der Werkstatt eingesetzt gewesen. Vorher habe er auf Baustellen gearbeitet. Auf den Baustellen seien nur sehr selten Schweißarbeiten durchzuführen gewesen (Elektrodenschweißen). Der Kläger habe in den letzten fünf Jahren nicht nur Schweißarbeiten, sondern auch die notwendigen und erforderlichen Vorbereitungs- und Nachbearbeitungsarbeiten ausgeführt. Hierzu habe Fräsen und Bohren gehört. Lackierarbeiten seien nur vom Unternehmer - und dies außerhalb der Arbeitszeit - durchgeführt worden. Die reine Schweißarbeitszeit sei vom Unternehmer mit maximal 30 % angegeben worden. Hierzu führte Dr. T. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. Januar 1998 aus, bei fehlenden konkurrierenden Ursachen sei auch unter ausschließlicher Berücksichtigung der Gefährdungsanalyse des TAD von einer langjährigen gesundheitsgefährdenden Exposition auszugehen.

Der Arbeits- und Sozialmediziner Prof. Dr. H. regte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 18. Februar 1998 Ermittlungen des TAD dazu an, ob die Werkstücke, die der Kläger geschweißt habe, ölig, fettig oder grundiert gewesen seien. Hierzu teilte der TAD mit Schreiben vom 14. Mai 1998 mit, Lackier- bzw. Grundierarbeiten der Träger seien nicht in der Werkstatt, sondern im Hof durchgeführt worden. Die Werkstücke, die der Kläger zu schweißen gehabt habe, seien St 37, rein-blank gewesen. Sehr selten hätten auch Rohre geschweißt werden müssen, die manchmal leicht ölig gewesen seien. Die zu schweißenden Träger seien blank, mit Zunder behaftet und nur sehr selten ölig gewesen. Zu 90 % seien Träger geschweißt worden. An 5 bis 8 m entfernten Nachbararbeitsplätzen seien hin und wieder verzinkte Materialien geschweißt worden. Die Häufigkeit sei mit zweimal pro Jahr angegeben worden. Wie oft jedoch nun ölige, fettige oder auch grundierte Teile geschweißt worden seien, könne nicht mehr genau nachvollzogen werden. Es habe nur angegeben werden können, dass ölige oder fettige Werkstücke nur sehr selten hätten geschweißt werden müssen. Ebenso seien nur sehr selten verzinkte Materialien geschweißt worden. Grundierte Werkstücke seien in der Regel nicht zu schweißen gewesen.

In seiner Stellungnahme vom 1. Juli 1998 schlug der Staatliche Gewerbearzt Dr. H. die Anerkennung einer entschädigungspflichtigen BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV mit einer MdE um 30 v. H. vor. Ein Zwang zur Aufgabe der Tätigkeit als Schweißer bestehe. Hierzu führte Prof. Dr. H. in seiner Stellungnahme vom 1. August 1998 aus, aufgrund des nun vorliegenden Ermittlungsberichts sei festzustellen, dass eine wesentliche Einwirkung chemisch-irritativ oder toxisch wirkender Arbeitsstoffe nicht bestanden habe. Die zu bearbeitenden Teile seien nur sehr selten ölig, nicht aber grundiert gewesen. Lackier- bzw. Grundierarbeiten seien nicht in der Werkstatt, sondern im Hof durchgeführt worden. Somit habe die von Dr. T. vermutete Exposition gegenüber Lackdämpfen, Lösungsmitteldämpfen, Pyrolyseprodukten und Phosgen nicht verifiziert werden können. Es müsse daher davon ausgegangen werden, dass die Expositionsbedingungen nicht geeignet gewesen seien, die obstruktive Atemwegserkrankung zu verursachen.

Hierauf gestützt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 13. Oktober 1998 die Gewährung von Leistungen ab, da die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Entstehung einer BK nach den Nrn. 4301/4302 der Anlage zur BKV nicht als erfüllt angesehen werden könnten. Den hiergegen am 16. Oktober 1998 erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 25. November 1998 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 3. Dezember 1998 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Dieses zog das Gutachtenheft der Landesversicherungsanstalt (LVA) Niederbayern-Oberpfalz bei und holte vom Arbeitsmediziner bei der Firma P. Dr. L. das Gutachten vom 10. Juni 1999 ein. Hierin wird der Beginn der Atembeschwerden auf das Jahr 1993 - während des Kriegsgeschehens in Bosnien - datiert. Anfänglich habe ein Schwindelgefühl bestanden. Etwa ein halbes Jahr später hätten sich Atembeschwerden mit Brustengegefühl und Beschwerden beim Ausatmen eingestellt. Seither habe der Kläger Probleme mit dem Treppensteigen. Der Sachverständige führte eine Arbeitsstättenbegehung durch, welche u. a. eine deutliche Schweißrauchbeaufschlagung an den Wänden und Decken der Werkshalle ergab. Die mobile Absaugung habe ungebraucht ausgesehen. Der ehemalige Arbeitgeber des Klägers habe mitgeteilt, der Kläger habe fast ausschließlich geschweißt, da er für nichts anderes zu gebrauchen gewesen sei. Dr. L. führte aus, die Diagnose einer chronischen obstruktiven Bronchitis sei lungenfunktionsdiagnostisch und histologisch gesichert. Es handle sich hierbei um eine BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV. Eine Lichtbogenzeit von 30 bis 40 % sei bereits geeignet, die Erkrankung hervorzurufen oder wenigstens hälftig den Krankheitsverlauf negativ zu beeinflussen. Der Verbrauch von 26 kg Schweißdraht je Schicht belege eindeutig, dass eine überdurchschnittliche Schweißrauchbelastung vorgelegen habe. Nach Auskunft der Schweißfachleute bei der Firma P. sei ein derartig hoher Materialverbrauch einer vollschichtigen Schweißertätigkeit gleichzusetzen. Die MdE sei mit 30 v. H. zu bewerten.

Hierzu legte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 22. September 1999 vor. Darin hieß es, die Ausführungen des Sachverständigen seien widersprüchlich. Den Bezug zwischen Arbeit und Atembeschwerden habe er nicht herausgearbeitet.

Das SG holte des Weiteren vom Internisten und Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Prof. Dr. N. die Stellungnahme vom 12. November 1999 ein. Der Sachverständige gelangte zu dem Ergebnis, das Vorliegen einer BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV sei zumindest nicht auszuschließen.

Nachdem sich der Kläger, einem Vorschlag des Sachverständigen folgend, mit der mi-kroskopischen Untersuchung von offen entnommenem

Lungengewebe einverstanden erklärt hatte, beauftragte das SG, auch insoweit Prof. Dr. N. folgend, Prof. Dr. N., Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin der Universität M., mit der Erstattung eines weiteren Gutachtens. Der Sachverständige ließ zunächst die von der Klinik L. im Jahr 1996 entnommenen peribronchialen Biopsien von Prof. Dr. M., Direktor des Instituts für Pathologie der Berufsgenossenschaftlichen Klinik B. in B., auswerten. Prof. Dr. M. führte unter dem 18. September 2001 aus, das Untersuchungsgut zeige ein komplexes Schädigungsmuster. Führend sei eine floride chronische Bronchitis mit einem größeren Areal der Bronchialschleimhaut. Ein kleineres Gewebstück weise einen Befund wie bei einem beginnenden emphysematischen Lungenumbau auf. Es sei dann vergleichsweise im bindegewebigen Zwischengewebe um die Blutgefäße und Lymphgefäße eine diskret erhöhte Anreicherung eines Mischstaubpigmentes vorhanden. Dabei handle es sich wohl vorwiegend um ein körniges schwarzes Kohlenstaubpigment. Sowohl histochemisch als auch mit dem Verfahren der Energie-dispersiven Röntgenmikroanalyse könnten im Bereich der Pigmentspeicherungen auch ganz diskrete Anreicherungen von Eisen, in noch geringerem Umfang von Aluminium und Silizium belegt werden. Ein nennenswerter Umbau des Lungengewebes habe nicht diagnostiziert werden können. Die umschriebene fibrosierende Reaktion auf die inkorporierten Fremdkörper sei diskret. Im Vordergrund der Veränderung stünden die Befunde einer deutlichen aktiven chronischen Bronchitis und einer wohl mit dieser Grunderkrankung in Zusammenhang zu sehenden beginnenden emphysematischen Texturstörung des beurteilbaren Lungenparenchyms. Der Kläger berichtete gegenüber Prof. Dr. N., nach zehn Jahren Beschäftigung bei der Firma U. erstmals Atemnot beim Schweißen bekommen zu haben. Es sei zu einem thorakalen Engegefühl nach ein paar Stunden des Schweißens gekommen. Eine rasche Besserung der Beschwerden habe sich gezeigt, sobald er in den Pausen an die frische Luft gegangen sei. Atemprobleme habe er nur bei der Arbeit gehabt. Besonders stark seien die Atemwegsbeschwerden gewesen, wenn in der Halle auch lackiert worden sei. Nachdem er zunehmend unter Belastungsdyspnoe gelitten habe, was ca. 15 Jahre nach dem erstmaligen Auftreten von Beschwerden der Fall gewesen sei, habe er zum ersten Mal einen Arzt, nämlich Dr. H., aufgesucht. Dieser habe ihn krankgeschrieben. Im Jahr 1995 sei er erneut krankgeschrieben worden und danach stationär in der Klinik L. behandelt worden. Seither sei er dauerhaft arbeitsunfähig. Prof. Dr. N. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 11. Juni 2002 eine chronisch-obstruktive Bronchitis, ein geringgradig hyperreagibles Bronchialsystem, einen Verdacht auf eine Mischstaub-Pneumokoniose, eine arterielle Hypertonie, einen Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit sowie ein rezidivierendes Lumbalsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (Fremddiagnose). Abschließend führte der Sachverständige aus, im Vordergrund stünden Befunde einer deutlichen aktiven chronischen Bronchitis und einer wohl mit dieser Grunderkrankung in Zusammenhang zu sehenden beginnenden emphysematischen Texturstruktur des beurteilbaren Lungenparenchyms. Bezüglich einer obstruktiven Atemwegserkrankung habe sich bei der durchgeführten Untersuchung kein erhöhter Atemwegswiderstand gezeigt. Die spirometrischen Hinweise auf eine periphere Obstruktion seien mit dem beginnenden emphysematischen Umbau vereinbar. Anamnestisch habe die Symptomatik schleichend progressiv wie bei einer chronischen Bronchitis begonnen. Ein erhöhter Atemwegswiderstand in Bezug zum Arbeitsplatz sei nicht aktenkundig. Somit sei mangels klarer Brückenbefunde eine BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV nicht mit dem geforderten Grad der Wahrscheinlichkeit zu unterstellen.

Hauptsächlich gestützt auf dieses Sachverständigengutachten wies das SG durch Urteil vom 14. Januar 2003 die Klage ab.

Gegen das ihm am 5. März 2003 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 31. März 2003 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, das SG habe den Sachverhalt insbesondere im Hinblick auf die jahrzehntelangen Arbeitsbedingungen nicht hinreichend aufgeklärt. Da es unterschiedliche Darstellungen seiner früheren Arbeitsplatzbedingungen gegeben habe, hätte sich das SG veranlasst sehen müssen, diese aufzuklären. Da das SG diejenigen Arbeitsplatzbedingungen als nachgewiesen zugrunde gelegt habe, die vom TAD der Beklagten erhoben worden seien, stelle dies eine fehlerhafte Beweiswürdigung dar. Im Weiteren folge das SG dem Gutachten von Prof. Dr. N., der wiederum auch erkennbar von den durch die Beklagte festgestellten arbeitstechnischen Voraussetzungen ausgegangen sei. Das Gutachten könne bereits deshalb nicht überzeugen, weil er von Prof. Dr. N. nicht nach den Arbeitsplatzbedingungen befragt worden sei. Der Sachverständige Dr. L. habe selbst eine Besichtigung seines Arbeitsplatzes durchgeführt und sich im Ergebnis den vorausgegangenen Feststellungen und Bewertungen des Sachverständigen Dr. T. angeschlossen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. Januar 2003 sowie den Bescheid der Beklagten vom 13. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. November 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, seine Lungenerkrankung als BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV festzustellen und ihm eine Verletztenrente nach einer MdE um 30 v. H. ab 8. Mai 1998 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist hierzu auf die angefochtene Entscheidung.

Der Kläger hat die Entlassungsmitteilung des M.-Hospitals S./Zentrum für Innere Medizin II vom 2. Dezember 2003 über die vom 19. November bis zum 3. Dezember 2003 durchgeführte stationäre Behandlung vorgelegt.

Der Senat hat den Arztbrief des M.-Hospitals S. vom 5. Januar 2004 beigezogen sowie von Prof. Dr. N. die ergänzende Stellungnahme vom 19. November 2004 eingeholt. Darin heißt es zusammenfassend, beim Kläger liege eine chronisch-obstruktive Bronchitis vor. Ein erhöhter Atemwegswiderstand in Bezug auf den Arbeitsplatz sei nicht aktenkundig. Anamnestisch habe die Symptomatik schleichend progressiv, zu einer chronisch-obstruktiven Bronchitis passend, begonnen. Eine BK nach der Nr. 4301 oder 4302 der Anlage zur BKV könne nicht nachgewiesen werden, auch wenn man unterstelle, dass die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen erfüllt seien.

Hiergegen hat der Kläger eingewandt, der Sachverständige habe die Frage nach der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer BK nicht ausreichend beantwortet. Er - der Kläger - sei jahrzehntelang als Schweißer tätig gewesen. Damit dränge sich ein Zurechnungszusammenhang zwischen beruflicher Tätigkeit und seinem Lungenleiden auf. Im Übrigen genüge die hinreichende Wahrscheinlichkeit. Die Arbeitsbedingungen seien immer noch nicht ausreichend ermittelt. Hierzu hat die Beklagte ausgeführt, die klägerische Rüge sei nicht begründet. Prof. Dr. N. habe mitgeteilt, dass eine BK mit der vom Gesetzgeber geforderten Wahrscheinlichkeit nicht nachgewiesen werden könne. Auf die Arbeitsbedingungen im Einzelnen komme es nicht an.

Sodann hat der Senat das Gutachten nach Aktenlage von Prof. Dr. N. vom 19. Oktober 2005 eingeholt. Prof. Dr. N. hat ausgeführt, weder die chronisch-obstruktive Bronchitis noch die Lungenfibrose geringen Grades entsprächen den Krankheitsbildern einer BK nach der Nr. 4301 oder 4302 der Anlage zur BKV. Es bestehe keine Aussicht, für die Jahre der Tätigkeit des Klägers Messwerte über etwaige Schadstoffe in der Luft zu erhalten. Es spreche mehr dagegen als dafür, dass die beim Kläger vorliegenden Krankheitsbilder durch seine berufliche Tätigkeit verursacht oder verschlimmert worden seien.

Der Senat hat den Kläger in der mündlichen Verhandlung am 20. Oktober 2005 angehört. Dort hat der Kläger angegeben, es sei nicht richtig, dass seine Atembeschwerden schon im Jahr 1993 während des Kriegsgeschehens in Bosnien begonnen hätten. Seine Atembeschwerden seien erstmals im Jahr 1996 aufgetreten. Er habe sie erstmals beim Treppensteigen bemerkt. Erstmals seien die Beschwerden bei der Arbeit aufgetreten. Um seine im Erdgeschoss befindliche Wohnung zu erreichen, habe er nicht Treppen steigen müssen. Dagegen habe er am Arbeitsplatz häufig Treppen und auf Leitern steigen müssen. Auch beim Schweißen, besonders schlimm beim Aluminiumschweißen, habe er Atembeschwerden bekommen, wobei ihm die Luft weggeblieben sei. An Wochenenden zu Hause seien seine Atembeschwerden nicht so schlimm gewesen. Im Urlaub hätten sich seine Beschwerden wesentlich gebessert. Er habe 15 Jahre lang 12 Stunden täglich an sechs Tagen in der Woche gearbeitet. Danach sei die tägliche Arbeitszeit auf 10 und später 9 Stunden herabgesetzt worden.

Auf Nachfrage des Senats hat Dr. L. unter dem 7. November 2005 ausgeführt, seinen handschriftlichen Aufzeichnungen sei zu entnehmen, dass der nach dem Arbeitsbezug befragte Kläger wörtlich "Staub am Arbeitsplatz macht Atembeschwerden, verschieden beim Ein- und Ausatmen" angegeben habe. Dr. H. hat auf Nachfrage des Senats unter dem 30. Januar 2006 angegeben, soweit er wisse, habe der Kläger genaue Angaben, ob seine Atembeschwerden auch bei der Tätigkeit als Schweißer aufgetreten seien, nicht gemacht. Eine genaue Anamnese habe aber aufgrund der sprachlich bedingten erheblichen Verständigungsschwierigkeiten nicht erhoben werden können. Ebenfalls auf Nachfrage des Senats hat Dr. H. von der Klinik L. unter dem 1. Februar 2006 mitgeteilt, nach Beschwerden beim Arbeiten befragt, habe der Kläger angegeben, nach Arbeiten mit Farben und Lacken und Inhalation von deren Dämpfen habe er Hustenreiz, Atembeschwerden und Appetitlosigkeit gehabt. Aus den Angaben des Klägers sei nicht darauf zu schließen, dass er keine Angaben zum Auftreten von Beschwerden bei beruflicher Belastung gemacht habe.

Schließlich hat der Senat das arbeitsmedizinische Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage von Prof. Dr. T., Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität H., vom 11. Mai 2006 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, der Kläger sei an einer chronischen obstruktiven Bronchitis bzw. einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung sowie an einer Lungenfibrose erkrankt. Die chronisch obstruktive Bronchitis bzw. die chronisch obstruktive Lungenerkrankung entspreche den Krankheitsbildern der BK nach den Nr. 4301 und 4302 der Anlage zur BKV. Dies gelte für die Lungenfibrose nicht. Unabhängig davon könnten obstruktive Atemwegserkrankungen als Begleiterscheinungen von Lungenfibrosen auftreten. Bei der Lungenfibrose könne es sich um eine Schweißlungenfibrose handeln, die aktuell noch keine BK sei. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen seien nur für die BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV gegeben. Zu Entstehung und Verlauf dieser BK hat Prof. Dr. T. ausgeführt, in der Regel könne im Falle von lungengesunden Personen die Einwirkung von Luftkonzentrationen oberhalb der zulässigen Luftgrenzwerte mit akuten Symptomen verbunden sein. Die längerfristigen Expositionen gegenüber Konzentrationen oberhalb der Luftgrenzwerte führten mit hoher Wahrscheinlichkeit zu manifesten Krankheitsbildern. Im Falle von bereits vorgeschädigten Atemwegen der Lunge könnten auch geringere Luftkonzentrationen wesentlich für die Entstehung dieser BK sein. Die Erkrankung manifestiere sich in der Regel unter bestehender beruflicher Exposition. Ein längerer zeitlicher Abstand zwischen Expositionsende und Krankheitsbeginn spreche in der Regel gegen einen Ursachenzusammenhang. Man könne davon ausgehen, dass sich leichte Erkrankungsfälle ohne wesentliche konkurrierende Ursachen nach Expositionsende besserten oder vollständig zurückbildeten. Im Falle von ausgeprägten Krankheitsbildern, denen häufig eine irreversible Destruktion der Atemwege zugrunde liege, sei eine Besserung nach Expositionsende nicht zu erwarten. Die Voraussetzungen für die Annahme einer BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV lägen beim Kläger vor. Der Kläger sei als Schweißer gegenüber chemisch-irritativ bzw. toxisch wirkenden Schweißgasen und Schweißrauchen inhalativ ausgesetzt gewesen. Seine Angaben ließen darauf schließen, dass eine erhebliche Exposition bestanden habe. Für die Annahme eines Ursachenzusammenhangs spreche auch die Angabe des Klägers, dass bereits nach 10-jähriger Beschäftigung Atemnot beim Schweißen aufgetreten sei. Ozon und nitrose Gase seien bekannte Inhalationsnoxen, die bereits in geringen Konzentrationen die Bronchialschleimhaut bzw. die Lungen schädigen könnten. Unter Berücksichtigung der Messwerte sei die MdE auf 30 v. H. zu schätzen.

Hierzu hat die Beklagte ausgeführt, die lediglich subjektiven Angaben des Klägers für die positive Annahme der arbeitstechnischen Voraussetzungen der zu prüfenden BK könne in keinem Fall ausreichend sein. Dies gelte insbesondere dann, wenn die Angaben des Klägers seitens des TAD nicht bestätigt worden seien. Hingewiesen worden ist auf die Stellungnahme des TAD vom 11. November 1997, in der lediglich für die letzten fünf Jahre der Tätigkeit eine nennenswerte Gefährdung durch Schweißrauche angenommen worden sei. Vor dieser Zeit sei der Kläger vorwiegend auf Baustellen mit nur sehr seltenen Schweißarbeiten tätig gewesen. Selbst in diesem Fünf-Jahres-Zeitraum mit umfangreicher Schweißarbeit werde die reine Schweißzeit mit maximal 30 % der Arbeitszeit angegeben. Zu Unrecht sei Prof. Dr. T. davon ausgegangen, bereits nach 10-jähriger Beschäftigung sei Atemnot aufgetreten, da der Kläger mehrfach angegeben habe, die Erkrankung habe sich erst im Jahre 1996 manifestiert. Ferner habe Prof. Dr. T. nicht dargelegt, aus welchen Gründen er die obstruktive Atemwegserkrankung nicht als Begleiterscheinung der Lungenfibrose aufgefasst habe. In diesem Zusammenhang erscheine besonders bemerkenswert, dass seitens des Klägers in seinen ersten unbefangenen Angaben kein deutlicher zeitlicher Zusammenhang zwischen Atemwegsbeschwerden und Schweißarbeiten angegeben worden sei.

Auf Nachfrage des Senats hat Prof. Dr. T. in seiner Stellungnahme vom 7. August 2006 ausgeführt, den Angaben des Klägers gegenüber Dr. T. und Dr. L. sowie dem Bericht über eine Arbeitsplatzbegehung durch Dr. L. sei zu entnehmen, dass der Kläger seit 1974 überwiegend eine Schweißertätigkeit in einer Werkhalle ausgeführt habe, die mit keiner funktionierenden technischen Be- und Entlüftung ausgestattet gewesen sei, dabei täglich 26 kg Schweißdraht verwendet worden sei, die nach Einschätzung von Dr. L. eine intensive Schweißertätigkeit vermuten lasse, mit einem 12-Stunden-Tag eine überdurchschnittliche Arbeitszeit vorgelegen habe, insgesamt in der Werkhalle fünf bis sechs Schweißer tätig gewesen seien, sodass eine kumulative Belastung anzunehmen sei, eine Atemschutzmaske nicht verwendet worden sei und die Schweißrauch-Konzentration so stark gewesen sei, dass man das Ende der Halle nicht mehr habe erkennen können. Die Diskrepanz zwischen der vom Kläger angegebenen Arbeitsplatzumstände und der Beurteilung durch den TAD könne auf Verständigungsprobleme zurückgeführt werden, da die Begutachtungen im Gegensatz zur Arbeitsplatzbegehung durch den TAD im Beisein eines Dolmetschers durchgeführt worden seien. Da der Kläger seine gegenüber Prof. Dr. N. gemachte Angabe, Atemnot sei nach 10-jähriger

Tätigkeit aufgetreten, und seine gegenüber Dr. L. gemachte Angabe, die Beschwerden datierten ins Jahr 1993, im Rahmen der mündlichen Verhandlung nicht bestätigt, sondern das Jahr 1996 genannt habe, sei eine erneute spezifische Anamneseerhebung zu empfehlen. Dabei sei maßgeblich, ob Husten mit oder ohne Auswurf, Engegefühl oder Druck auf der Brust und/oder Pfeifgeräusche bei der Atmung vorgelegen hätten. Ferner wäre es wichtig, den Zusammenhang zwischen Tätigkeit und Symptomen sowie den zeitlichen Ablauf näher zu erfragen. Des Weiteren hat Prof. Dr. T. dargelegt, dass die obstruktive Atemwegserkrankung keine Begleiterscheinung der Lungenfibrose sei, da die aktive chronische Bronchitis deutlich im Vordergrund stehe und die Lungenfibrose nur als geringgradig zu interpretieren sei. Der Sachverständige hat auch darauf hingewiesen, bei Ozon und nitrosen Gasen handle es sich um chemisch-irritativ bzw. toxisch wirkende Stoffe im Sinne der BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV, welche bereits in geringen Konzentrationen die Bronchialschleimhaut schädigen könnten.

Hierzu hat die Beklagte ausgeführt, Prof. Dr. T. habe sich wiederum ausschließlich auf die subjektiven Angaben des Klägers bezogen. Außerdem sei unter Berücksichtigung der Stellungnahme des TAD vom 4. August 1999 davon auszugehen, dass der Kläger täglich nicht 26 kg Schweißdraht verarbeitet habe, da nach Auskunft seiner Arbeitskollegen lediglich eine Spanne von einem Viertel- bis einer Dreiviertelrolle täglich angegeben worden sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die maßgeblichen Grenzwerte am Arbeitsplatz eingehalten worden seien. Doch selbst unter der Voraussetzung, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen vorgelegen hätten, wäre die Anerkennung einer BK nicht möglich, da nach den Angaben des Klägers erste Krankheitserscheinungen erst im Jahre 1996, also erst 22 Jahre nach Beginn der Schweißstätigkeit, aufgetreten seien. Soweit Prof. Dr. T. in diesem Zusammenhang eine nochmalige Befragung des Klägers für erforderlich halte, bedeute dies, dass für den Fall, dass sich erstmalige Krankheitserscheinungen erst im Jahre 1996 gezeigt hätten, eine andere Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge vorzunehmen wäre.

Auf Anregung der Beklagten hat der Senat Prof. Dr. T. befragt, ob er auch von einem rechtlich wesentlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tätigkeit und Erkrankung ausgehen würde, wenn - unterstellt die arbeitstechnischen Voraussetzungen seien zu bejahen - erste Krankheitserscheinungen erst im Jahre 1996 aufgetreten seien. Dazu hat sich der Sachverständige in einem am 28. August 2006 mit dem Berichtersteller geführten Telefonat dahingehend geäußert, dass der Kläger erstmals im Jahr 1996 einen Arzt aufgesucht habe, wobei eine mittelgradige Atemwegsobstruktion diagnostiziert worden sei. Hieraus sei zu schließen, dass schon in einem gewissen Zeitraum vorher mindestens leichtgradige Veränderungen vorgelegen haben müssten, da ein sonstiges ursächliches Geschehen für die plötzliche Entstehung der mittelgradigen Atemwegsobstruktion nicht aktenkundig sei. Es sei möglich, dass der Kläger diese leichtgradigen Veränderungen nicht bewusst als Krankheit wahrgenommen habe, womit erklärt werden könne, dass er erst 1996 einen Arzt aufgesucht habe. Auch sei eine leichte Verschlechterung zwischen Berufsaufgabe und erstem Arztbesuch nicht ungewöhnlich. Dies entspreche vielmehr dem Krankheitsbild. Denn chronische Atemwegserkrankungen entwickelten häufig eine gewisse Eigendynamik, ohne dass eine Exposition vorliegen müsse.

Schließlich hat der Kläger den Bescheid der Landesversicherungsanstalt Niederbayer-Oberpfalz vom 10. September 1997 vorgelegt. Demnach wurde dem Kläger Erwerbsunfähigkeitsrente ab dem 21. Mai 1997 gewährt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf die Akten der Beklagten, des SG sowie des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist teilweise begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen.

Gemäß [§§ 212, 214 Abs. 3](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) sind die zum 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des SGB VII sowie die aufgrund der Vorschriften des SGB VII erlassene BKV vom 31. Oktober 1997 anwendbar. Denn die Verletztenrente wäre vorliegend nach [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) i. V. m. [§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB VII](#) erstmals nach Ablauf von 78 Wochen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit und mithin nach dem 1. Januar 1997 festzustellen gewesen.

Der Verletzte erhält eine Rente, wenn die zu entschädigende MdE über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung stellen Arbeitsunfälle und BKen dar ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). BKen sind die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) genannten Tätigkeiten erleidet ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bundesregierung wird ermächtigt, solche Krankheiten als BK zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)).

Die Feststellung einer BK setzt grundsätzlich voraus, dass beim Versicherten zum Einen die so genannten arbeitstechnischen Voraussetzungen gegeben sind. Das heißt, er muss im Rahmen der versicherten Tätigkeit schädigenden Einwirkungen im Sinne der BKV ausgesetzt gewesen sein, die geeignet sind, einen entsprechenden Gesundheitsschaden herbeizuführen (haftungsbegründende Kausalität). Zum Anderen muss ein Zusammenhang zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung bestehen. Es muss danach ein dieser BK entsprechendes Krankheitsbild vorliegen und dieses muss im Sinne der unfallrechtlichen Kausalitätslehre wesentlich ursächlich oder mitursächlich auf die belastende berufliche Tätigkeit zurückgeführt werden können, wobei hinsichtlich des Kausalzusammenhangs eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend ist (haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) - [BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE 61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - HVBG-Info 2000, 2811). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, sodass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSG, Urteil vom 2. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) - [BSGE 45,](#)

[285](#), 286). Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt - in gleichem Maße - wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Kommt dagegen einer der Bedingungen gegenüber der oder den anderen Bedingung/en eine überwiegende Bedeutung zu, so ist sie allein wesentliche Bedingung und damit Ursache im Rechtssinne (BSG, Urteil vom 30. Juni 1960 - [2 RU 86/56](#) - SozR § 542 Nr. 27; BSG, Urteil vom 1. Dezember 1960 - [5 RKn 66/59](#) - SozR § 542 Nr. 32). Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren erforderlich (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#), 53; BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#), 123; BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#), 112). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 - [10 RV 945/55](#) - [BSGE 6, 70](#), 72; BSG, Urteil vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat das SG zu Unrecht die Klage abgewiesen. Denn beim Kläger liegt eine BK vor.

Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte (BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV) 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, sind als BK anzuerkennen.

Diese Voraussetzungen für eine Berufskrankheit nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV sind hier gegeben.

Der Senat ist der Überzeugung, dass der Kläger im Rahmen seiner versicherten Tätigkeit schädigenden Einwirkungen ausgesetzt war, die geeignet waren, seine Lungenerkrankung herbeizuführen. Dabei lässt es der Senat dahinstehen, ob der Kläger in dem vom TAD in seinen Stellungnahmen vom 27. Mai und 11. November 1997 sowie vom 18. Februar 1998 geschilderten Umfang exponiert war, oder ob die vom Kläger gegenüber Dr. T. am 2. September 1997 (Seite 4 bis 6 seines Gutachtens), Dr. L. am 28. April 1999 (Seite 8 bis 9 seines Gutachtens) und Prof. Dr. N. am 14. Februar 2001 (Seite 28 bis 30 seines Gutachtens) gemachten Schilderungen zur beruflichen Exposition zutreffen. Denn nach Ansicht des Senats genügt bereits die in der Stellungnahme des TAD vom 27. Mai 1997 dargelegte Exposition gegenüber Ozon und nitrosen Gasen, um die arbeitstechnischen Voraussetzungen bejahen zu können. Dabei stützt sich der Senat auf die Stellungnahme von Dr. T. vom 9. Januar 1998 und das Gutachten von Prof. Dr. T. vom 11. Mai 2006. So hat Dr. T. ausgeführt, bei den vom Kläger durchgeführten Schweißarbeiten werde regelmäßig eine hohe Exposition gegenüber Schweißrauch mit gehäufter Überschreitung der Grenzwerte, insbesondere unter arbeitshygienisch ungünstigen Bedingungen, erreicht. Prof. Dr. T. hat darauf hingewiesen, Ozon und nitrose Gase seien bekannte Inhalationsnoxen, die bereits in geringen Konzentrationen die Bronchialschleimhaut bzw. die Lungen schädigen könnten. Dass der Kläger jedenfalls solchen "geringen" Konzentrationen ausgesetzt war, ergibt sich für den Senat maßgeblich aus dem Ergebnis der von Dr. L. am 27. April 1999 durchgeführten Arbeitsstättenbegehung. Hieraus geht hervor, dass der Kläger nach Angaben seines ehemaligen Arbeitgebers fast ausschließlich geschweißt habe, da er - wie dieser es begründete - für nichts anderes zu gebrauchen gewesen sei. Angaben über Tätigkeiten des Klägers außerhalb der Halle seien nicht gemacht worden. An den Wänden und Decken der Werkshalle sei eine deutliche Schweißrauchbeaufschlagung erkennbar gewesen. Die in einer Ecke der Halle stehende mobile Absaugung habe ungebraucht ausgesehen und sei praktisch nie im Einsatz gewesen. Im Übrigen hat auch Dr. L. ausgeführt, dass die vom TAD zugrunde gelegte Lichtbogenzeit von 30 bis 40 % bereits geeignet sei, die Erkrankung des Klägers hervorzurufen oder wenigstens hälftig den Krankheitsverlauf negativ zu beeinflussen. Dass Ozon und nitrose Gase zu den Reizstoffen und -gasen gehören, die geeignet sind, eine obstruktive Atemwegserkrankung hervorzurufen, ergibt sich für den Senat aus dem Merkblatt zur BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV (Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, M 4302, Seite 1) und aus der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 17.11.2, Seiten 1118 bis 1119).

Der Kläger leidet nach Überzeugung des Senats auch an einer obstruktiven Atemwegserkrankung. Denn diese Erkrankung wurde im Rahmen der stationären Maßnahme in der Klinik L. vom 3. bis zum 18. Dezember 1996 lungenfunktionsdiagnostisch gesichert. Dies haben auch Dr. T. in seinem Gutachten vom 14. Oktober 1997 (Seiten 14 und 18: "leichtgradige Erhöhung des Atemwegswiderstand/spezifischen Atemwegswiderstand, mittelschwergradige Einschränkung der dynamischen Funktionsparameter"), Dr. L. in seinem Gutachten vom 10. Juni 1999 (Seiten 16 und 22: "gering erniedrigte Sekundenkapazität"), Prof. Dr. N. in seinem Gutachten vom 11. Juni 2002 (Seite 46) und Prof. Dr. T. in seinem Gutachten vom 11. Mai 2006 (Seiten 2 bis 4) für den Senat nachvollziehbar dargelegt. Im Übrigen wurde diese Erkrankung im Rahmen der stationären Maßnahme im M.-Hospital S. vom 19. November bis zum 3. Dezember 2003 gesichert. Diese chronisch obstruktive Lungenerkrankung entspricht nach dem Merkblatt zur BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV (Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, M 4302, Seite 2; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 17.11, Seite 1115) dem typischen Krankheitsbild dieser BK.

Diese obstruktive Atemwegserkrankung ist nach Einschätzung des Senats auch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Exposition des Klägers zurückzuführen. Denn ein zeitlicher Zusammenhang zwischen beruflicher Exposition und Krankheitsbeginn ist gegeben. Dabei folgt der Senat den schlüssigen und gut nachvollziehbaren Ausführungen von Prof. Dr. T. in seinem Gutachten vom 11. Mai 2006 und seinen Stellungnahmen vom 7. und 28. August 2006. Auch der Senat ist der Ansicht, dass aus dem Umstand, dass der Kläger wegen Atemwegsbeschwerden erstmals im Oktober 1996 Dr. H. aufsuchte, nicht geschlossen werden kann, dass der Kläger nicht schon vorher während seiner beruflichen Tätigkeit Atemwegsbeschwerden hatte. Denn Prof. Dr. T. hat zurecht darauf hingewiesen, dass bereits während der vom 3. bis zum 18. Dezember 1996 durchgeführten stationären Maßnahme in der Klinik L. eine mittelgradige obstruktive Ventilationsstörung diagnostiziert worden ist. Hieraus ist zu folgern, dass schon in einem längeren Zeitraum vor dieser Diagnosestellung mindestens leichtgradige Veränderungen vorgelegen haben müssen, da ein sonstiges ursächliches Geschehen für die plötzliche Entstehung der mittelgradigen Atemwegsobstruktion nicht aktenkundig ist. Im Hinblick darauf erscheinen dem Senat auch die Angaben des Klägers gegenüber Prof. Dr. N., er habe bereits zehn Jahre nach Beschäftigungsbeginn erstmals Atemnot beim Schweißen bekommen und er habe zunehmend unter Belastungsdyspnoe gelitten, als nachvollziehbar. Dies auch deshalb, da der Kläger berichtet hat, dass es ihm an den Wochenenden und während des Urlaubs besser gegangen sei. Dass die Beschwerden erstmals bei der Arbeit aufgetreten sind, ergibt sich für den Senat auch aus den Angaben des Klägers, er habe sie erstmals beim Treppensteigen bemerkt. Denn der Kläger musste nach seinen glaubhaften Angaben im Rahmen der mündlichen Verhandlung gerade im Betrieb Treppen und auf Leitern steigen. Der Senat hat auch im Hinblick darauf, dass die Befragung des TAD nicht unter Zuhilfenahme eines Dolmetschers durchgeführt wurde, keinen Anlass, an den Angaben des Klägers, die er auch nochmals in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat bestätigt hat, zu zweifeln. Außerberufliche Belastungsfaktoren sind im Übrigen nicht aktenkundig. Nach alledem folgt der Senat nicht der Einschätzung von Prof. Dr. N. in seinem

Gutachten vom 11. Juni 2002 (Seite 52), da sich dieser allein darauf stützt, ein Atemwegswiderstand "in Bezug zum Arbeitsplatz" sei nicht aktenkundig. Nach Überzeugung des Senats ist die obstruktive Atemwegserkrankung auch nicht bloße Begleiterscheinung der Lungenfibrose. Insoweit hat Prof. Dr. T. für den Senat einleuchtend darauf hingewiesen, die obstruktive Bronchitis stehe gegenüber der nur als geringgradig zu interpretierenden Lungenfibrose deutlich im Vordergrund.

Die obstruktive Atemwegserkrankung des Klägers hat auch zur Unterlassung seiner Tätigkeit als Schweißer und damit aller Tätigkeiten gezwungen, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Nach alledem liegt nach Überzeugung des Senats beim Kläger eine BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV vor.

Diese ist in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. T. vom 14. Oktober 1997, Dr. L. vom 10. Juni 1999 und Prof. Dr. T. vom 11. Mai 2006 mit einer MdE um 30 v. H. zu bewerten.

Nach alledem hat der Kläger Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 30 v. H. Sie wird von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletztengeld endet ([§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) oder der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist ([§ 72 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII](#)). Das Verletztengeld endet mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme ([§ 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VII](#)), mit dem Tag, der dem Tag vorausgeht, an dem ein Anspruch auf Übergangsgeld entsteht ([§ 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VII](#)) oder, wenn mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zu rechnen ist und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sind, mit dem Tag, an dem die Heilbehandlung so weit abgeschlossen ist, dass die Versicherten eine zumutbare, zur Verfügung stehende Berufs- oder Erwerbstätigkeit aufnehmen können ([§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB VII](#)), mit Beginn der in [§ 50 Abs. 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen, es sei denn, dass diese Leistungen mit dem Versicherungsfall im Zusammenhang stehen ([§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB VII](#)), im Übrigen mit Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung ([§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB VII](#)). Da vorliegend der Kläger nach Eintritt des Versicherungsfalls nicht mehr arbeitsfähig wurde, mit dem Wiedereintritt seiner Arbeitsfähigkeit nicht mehr zu rechnen war, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen waren und er keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit mehr aufnehmen konnte, sind die Voraussetzungen des [§ 46 Abs. 3 Satz 1 Nrn. 1 und 2 SGB VII](#) sowie des [§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB VII](#) nicht erfüllt. Dasselbe gilt für [§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB VII](#), da das Lungenleiden des Klägers zumindest eine wesentliche Mitbedingung für die Bewilligung der Erwerbsunfähigkeitsrente des Klägers war. Denn das Lungenleiden war ausweislich der Auskunft der IKK Stuttgart vom 28. Mai 1997 das Hauptleiden, dessentwegen der Kläger seit 8. November 1996 durchgehend arbeitsunfähig krank geschrieben war. Nach [§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB VII](#) endete der Anspruch auf Verletztengeld deshalb mit dem Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 8. November 1996 an, mithin am 7. Mai 1998. Gemäß [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) beginnt die Verletztenrente folglich am 8. Mai 1998.

Nach alledem war die Berufung des Klägers insoweit erfolgreich, als er aufgrund einer BK nach der Nr. 4302 der Anlage zur BKV einen Anspruch auf Verletztenrente ab 18. Juni 1998 hat, und insoweit nicht erfolgreich, als eine BK nach der Nr. 4301 der Anlage zur BKV nicht vorliegt.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-01-11