

L 1 U 4557/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 10 U 2582/04
Datum
27.06.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 4557/06
Datum
28.01.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. Juni 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Anerkennung der Atemwegserkrankung der Klägerin als Berufskrankheit (BK).

Die 1947 geborene Klägerin hat von Juli 1979 bis 31. März 2000 bei der Rudolf W. GmbH & Co. KG, einem Hersteller von Fruchtsaft, als Arbeiterin in der Abfüllstation gearbeitet. Diese Tätigkeit war lediglich Anfang 1991 durch eine maximal vierwöchige Tätigkeit der Klägerin am Verleseband für die Marmeladenproduktion unterbrochen. Dieser Arbeitsplatzwechsel beruhte auf Beschwerden der Klägerin, die sie im Zusammenhang mit dem Umgang mit Velcorin, einem Kaltentkeimungsmittel, geltend machte. Der Arbeitsplatzwechsel geschah auf Anraten ihrer Ärzte, obwohl die durchgeführten Tests nicht eindeutig waren. Am Arbeitsplatz am Verleseband machte die Klägerin aber auch Atemwegsbeschwerden durch die dort aufsteigenden Dämpfe sowie Beschwerden durch eine rheumatische Erkrankung geltend, die durch die Tätigkeit am Verleseband verstärkt würden. Eine Beschäftigung als Spülfrau im Labor wurde von der Klägerin abgelehnt, da die handelsüblichen Spülmittel eine zu starke Geruchsbelästigung für sie darstellten. Deshalb wurde sie auf ihre Bitte nach kurzer Zeit wieder an den ursprünglichen Arbeitsplatz in der Abfüllstation zurückversetzt, nachdem dort auch eine Entlüftungsanlage eingebaut worden war.

Im Juli 2000 ging bei der Beklagten die ärztliche Anzeige über eine BK von Dr. G., Klinik L. gGmbH, ein. Danach leide die Klägerin unter einer Dyspnoe, die auf das Abfüllen von Velcorin in Flaschen zurückgeführt werde. Es liege eine toxische oder allergische Reaktion pulmonal vor. Eine weitere Anzeige der behandelnden Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. Sch. wurde unter dem 2. August 2000 gestellt (anfallsweise Atemnot, Reizhusten; chemisch-irritatives obstruktives Atemwegssyndrom).

Die Beklagte zog daraufhin das Vorerkrankungsverzeichnis von der Krankenkasse bei (erste Eintragung einer Bronchialerkrankung im Jahr 1990, Arbeitsunfähigkeit wegen Asthma bronchiale erstmals 1994), die Klägerin legte unter anderem den Entlassungsbericht der Klinik L. vom 20. September 2000 vor, wo sie vom 12. Juli bis 1. August 2000 in Behandlung war (Diagnosen: Intrinsic-Asthma mit Hausstauballergie und Heuschnupfen, rezidivierende Nasennebenhöhlen-Entzündungen, chronische HP-Gastritis im Antrum, Verdacht auf Depression). Ausgeführt wurde darin u.a., dass bei der Klägerin seit fünf Jahren ein Asthma bekannt sei. Bei der Arbeit mit Velcorin entstehe Atemnot, die sich aber in Karenz (Arbeitslosigkeit) nicht bessere. Es habe sich bei der Untersuchung keine ausgeprägte Obstruktion gefunden, in der Allergietestung habe keine Sensibilisierung trotz erhöhtem Gesamt-IgE nachgewiesen werden können, die Pricktests seien bis auf Fusarium negativ gewesen.

Die Beklagte gab darauf bei Dr. B., Lungenarzt und Allergologe, Umweltmedizin, ein fachärztliches Gutachten in Auftrag. In seinem Gutachten vom 9. Dezember 2000 führte er zusammenfassend aus, dem Vorerkrankungsverzeichnis könne die typische Entwicklung einer allergischen Erkrankung entnommen werden, die zunächst an den oberen Atemwegen begonnen und sich dann zu den unteren Atemwegen entwickelt habe. Auch die körperliche Untersuchung der Klägerin aus Anlass der Begutachtung habe den Eindruck eines bestehenden Asthma bronchiale bestätigt. Unter Belastungsbedingungen sei es nicht zu einer Befundzunahme gekommen, es habe sich blutgasanalytisch, elektrokardiographisch und kardiozirkulatorisch keine Veränderung von Krankheitswert entwickelt. Die laborchemisch auffällige Erhöhung der Eosinophilenzahl im Differentialblutbild und die Erhöhung des Gesamt-IgE auf 469 Einheiten bestätigten den Eindruck eines primär exogen allergischen Asthma bronchiale. Die kutane Austestung habe eine mehrfache und deutliche Sensibilisierung auf Schimmelsporen ergeben. Der nasale Provokationstest sei allerdings nur schwach positiv verlaufen, so dass zumindest in dieser

Sensibilisierung nicht die entscheidende krankmachende Ursache gesehen werden könne. Allerdings sei die weitere arbeitstechnische Ermittlung im Hinblick auf Schimmelsporen am Arbeitsplatz erforderlich.

Der Technische Aufsichtsdiensdient der Beklagten unternahm daraufhin am 8. Februar 2001 eine Arbeitsplatzbesichtigung. In seinem Bericht vom 13. Februar 2001 führte TAB Dipl.-Ing. M. u.a. aus, die Klägerin habe täglich Umgang mit natürlichen und naturidentischen Aromastoffen sowie Reinigungs- und Desinfektionsmitteln gehabt, partiell seien die Fugen am Arbeitsplatz mit Schimmel befallen gewesen. Beigefügt war das Sicherheitsdatenblatt von Velcorin (3030-10 und 3030-11), Perosin, Somplex Fettlöser, IKALIN TA 400 (3404-16 und 3404-17).

Dr. B. nahm unter dem 9. März 2001 ergänzend Stellung und führte aus, der Bericht lasse eine haftungsbegründende Kausalität nicht erkennen. Vermutlich bestehe eine Schimmelpilzexposition im häuslichen Bereich. Das Vorliegen einer BK nach Nr. 4301/4302 sei unwahrscheinlich.

In ihrer gewerbeärztlichen Stellungnahme vom 11. April 2001 führte die staatliche Gewerbeärztin Dr. E. aus, es seien weitere arbeitstechnische Ermittlungen (arbeitsplatzbezogener Expositionstest mit Velcorin, Anlage von Schimmelpilzkulturen zur Durchführung eines weiteren arbeitsplatzbezogenen Expositionstests) erforderlich. Allein aus der fehlenden Besserung nach Expositionsende könne nach langjähriger Belastung und unter Berücksichtigung des Alters der Klägerin noch nicht auf einen fehlenden Zusammenhang der Beschwerden mit den atemwegsbelastenden Stoffen geschlossen werden.

Im ergänzenden Ermittlungsbericht vom 23. Oktober 2001 führte der TAD aus, die Klägerin habe mit 2 bis 3 Personen in der Kleingebindeabfüllung gearbeitet. Täglich seien dort 8 bis 10 Chargen Fruchtsaftkonzentrat abgefüllt worden, davon seien 5 bis 6 mit Velcorin versetzt worden. Der Maximalverbrauch von Velcorin habe pro Tag bei 450 g gelegen. Man habe mikrobiologische Messungen durchgeführt, wonach in der Atemluft am ehemaligen Arbeitsplatz der Klägerin eine relativ geringe Luftkeimbelastung ermittelt worden sei. Diese liege in der vergleichbaren Größenordnung wie die der Vergleichsmessung der Außenluft. Beigefügt war der Bericht über die Messung von Schimmelpilzen in der Luft einer Produktionshalle für Furchtessenzen.

Dr. B. führte daraufhin mit den im Beschäftigungsbetrieb abgefüllten Proben Expositionstestungen durch. In seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 9. Dezember 2001 führte er zusammenfassend aus, die Ermittlungen des TAD zur Schimmelpilzexposition hätten den anamnestischen Eindruck einer primär außerberuflichen Exposition gegenüber Schimmelsporen bestätigt. Dieser Eindruck sei auch im Rahmen der durchgeführten Lungenfunktionsuntersuchung bekräftigt worden, da bei unverändertem Beschwerdebild die Klägerin jetzt sogar eine leichte Verschlechterung der Lungenfunktionsparameter gegenüber der Untersuchung von November 2000 präsentiert habe, obwohl sie seitdem nicht mehr am Arbeitsplatz gewesen sei. Nachdem die Klägerin ohne Maskenschutz 150 ml Velcorin in 1 Liter Flüssigkeit bei einem Abstand vom Gesicht zum Gefäß von ca. 50 cm umzufüllen begonnen habe, habe sie nach 5 Minuten zu zittern begonnen, sei in einen Erregungszustand mit Weinkrämpfen ausgebrochen und habe jede weitere Exposition verweigert. Die körperliche Untersuchung habe dabei zwar eine tachykarde Herzaktion von 120 Schlägen in der Minute ergeben, über den Atemwegen sei jedoch kein pathologischer Befund zu erheben gewesen. Lungenfunktionsanalytisch sei es nicht zu einer signifikanten Obstruktion an den oberen oder unteren Atemwegen gekommen, die bodyplethysmographische Messung nach 40 Minuten habe keine Verschlechterung im Sinne einer zunehmenden Obstruktion oder akuten Überblähung ergeben. Es sei damit eine spezifische Überempfindlichkeit der Klägerin gegenüber Velcorin nicht wahrscheinlich zu machen gewesen, statt dessen bestehe eine inzwischen eingetretene psychogene Verengstigungssituation, die zu irrationalen Reaktionen führe. Das Vorliegen einer BK nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV sei damit nicht wahrscheinlich. Auch für das Vorliegen einer BK nach Nr. 4301 der Anlage zur BKV ergäben sich keine Anhaltspunkte, da den nachweisbaren Sensibilisierungen gegenüber Schimmelsporen keine erhöhten Expositionen am Arbeitsplatz gegenüber stünden. Die Klägerin leide an einer arbeitsplatzunabhängigen asthmatischen Erkrankung.

Unter dem 1. August 2002 regte die staatliche Gewerbeärztin weitere Ermittlungen an und legte weitere Unterlagen vor, u.a. das Sicherheitsdatenblatt von Velcorin und ein Schreiben des ehemaligen Arbeitgebers der Klägerin vom 16. Mai 2002.

Am 2. September 2002 ging die Stellungnahme von Dr. S., Facharzt für Innere Medizin, M., im Auftrag der B. AG (auf die Anfrage der Beklagten an die B. AG als Herstellerin von Velcorin) bei der Beklagten ein. Darin führte Dr. S. aus, dass bei sachgerechtem Umgang entsprechend dem Sicherheitskonzept (u.a. dokumentierte Schulungen, Dosieranlagen, striktes Verbot des manuellen Umfüllens) keine Erkrankungsfälle aufgetreten seien. Soweit nicht sachgemäß mit Velcorin umgegangen werde, könnten durch das enthaltene Dimethyldicarbonat durchaus Atemwegsreizungen verursacht und asthmatische Beschwerden im Sinne akuter Asthma-Anfälle ausgelöst werden. Sensibilisierungen gegen Velcorin seien nicht bekannt. Es seien konkret zwei Fälle mit vorbestehendem Asthma bronchiale mit erheblicher Verschlechterung durch Überexposition mit Velcorin bekannt. Es seien hohe Dosen eingeatmet worden. Die primäre Auslösung chronischer obstruktiver Lungenerkrankungen durch Velcorin sei bisher nicht dokumentiert. Seitens der Firma B. würde in den Unterlagen für Velcorin-Verwender ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Asthmatiker nicht bei der Arbeit mit Velcorin eingesetzt werden dürften. In Anlage übersandte er das aktuelle Sicherheitsdatenblatt.

Auf Anfrage der Beklagten teilte der ehemalige Arbeitgeber u.a. mit, bei den Personen, die im Umgang mit Velcorin eingesetzt gewesen seien, seien keine gehäuften Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgetreten, auch nicht bei der Klägerin.

In seiner ergänzenden beratungsärztlichen Stellungnahme vom 8. Januar 2003 führte Dr. B. zusammenfassend aus, es müsse angenommen werden, dass bei der Klägerin eine primär exogen allergische Atemwegserkrankung der oberen und unteren Atemwege bei ungewöhnlich ausgeprägter Sensibilisierung auf Schimmelsporen bestehe. Derartige Erkrankungen durch Schimmelsporen zählten zu den häufigsten Ursachen chronischer Sinubronchitiden und asthmatischer Erkrankungen.

Unter dem 12. Februar 2003 regte die staatliche Gewerbeärztin weitere Ermittlungen durch die Erteilung eines Gutachtensauftrags an Dr. U. an.

In seinem pneumologisch-allergologischen Gutachten nach Aktenlage vom 6. März 2003 führte Dr. U. aus, unter kritischer Würdigung des gesamten Akteninhalts ergebe sich kein hinreichender Anhalt dafür, dass die frühere berufliche Tätigkeit in relevanter Form an der

Krankheitsentstehung mitgewirkt habe. Dafür spreche, dass nach den Angaben im Vorerkrankungsverzeichnis bei allen Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 1997/1998 unzweifelhaft Infekte Ursachen der zugrundeliegenden Atemwegserkrankungen waren. Dem entspreche auch die Kiefernhöhlenoperation 1991 bei Diagnose einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung. Ein hochtoxisches, in der Regel nur unfallbedingt denkbares Ereignis, das Velcorin freigesetzt habe und zu einer Schädigung der Schleimhaut hätte führen können, sei nicht dokumentiert. Wegen der stark schleimhautreizenden Wirkung des Stoffes sei auch nicht denkbar, dass sich die Mitarbeiter einer erhöhten Exposition freiwillig längere Zeit ausgesetzt hätten. Diese Stoffe könnten nicht in die tiefen Atemwege inhaled werden, es trete vielmehr eine reflektorische Atemhemmung ein. Auch das erhöhte Gesamt-IgE von 262 U/ml im Juli 2000 spreche für eine atopisch-allergische Disposition der Klägerin, wobei bemerkenswert sei, dass der Gesamt-IgE etwa 8 Monate nach Tätigkeitsaufgabe noch weiter auf 469 U/ml angestiegen sei. Dies spreche dafür, dass eine Allergenstimulation des Immunsystems außerhalb der beruflichen Tätigkeit vorgelegen haben müsse. Auch habe die Klägerin gegenüber Dr. B. eine Vielzahl von außerberuflichen Beschwerdeauslösern benannt, z.B. Rauch, Abgase und Parfümgeruch oder durch die Staubbelastung beim Staubsaugen. Aus dem zeitlichen Verlauf sei darüber hinaus ersichtlich, dass bei der Klägerin Atemwegsbeschwerden schon dokumentiert waren, bevor sie Husten und Luftnot beim Abfüllen von Velcorin geltend gemacht habe. Dem entsprechend habe ein Wegbleiben vom Arbeitsplatz auch keine Besserung der Beschwerden erbracht. Was die Schimmelpilzbelastung am Arbeitsplatz anbelange, sei angesichts der aktenkundigen Beschreibungen nicht davon auszugehen, dass ein im Vergleich zur Durchschnittswohnung verstärkter Befall vorgelegen habe. Es liege daher ein durch Infekte als auch durch berufsunabhängige Schimmelpilzallergie verursachtes gemischtförmiges Asthma bronchiale vor, das keine Berufskrankheit darstelle.

Unter dem 30. Juli 2003 empfahl die Gewerbeärztin die Anerkennung einer BK nach Nr. 4301 und 4302 der Anlage zur BKV.

Die Beklagte zog den Entlassungsbericht vom 8. Oktober 2003 über die stationäre Behandlung der Klägerin vom 19. August bis 30. September 2003 bei (Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, chronisches Asthma bronchiale, Epicondylitis radialis humeri, Lumboischialgie links, chronische Gastritis). Die Beklagte zog weitere ärztliche Unterlagen bei.

Im Auftrag der Beklagten erstellte unter dem 5. Januar 2004 Prof. Dr. D., Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität E.-N. ein arbeitsmedizinisch-allergologisches Fachgutachten. Dieser diagnostizierte u.a. eine chronisch-obstruktive Bronchitis, eine mittelgradig schwere unspezifische bronchiale Hyperreagibilität, Rhinitis allergica perennealis bei Sofortsensibilisierung gegen Hausstaubmilben und Cladosporium, arterielle Hypertonie, Depression. Er führte weiter aus, es sei davon auszugehen, dass die Klägerin zwischen 1979 und März 2000 als Arbeiterin bei der Firma W. seitens ihrer Atemwege gegenüber heißen und feuchten Nebeldämpfen als auch gegenüber irritativen Aerosolen spezifischer Arbeitsstoffe, insbesondere Dimethylcarbonat, Handelsname Velcorin, exponiert gewesen sei. Anamnestisch seien Atemwegsbeschwerden seit etwa den 80er Jahren sowohl berufsbezogen als auch außerhalb der beruflichen Tätigkeit aufgetreten. Im Rahmen der lungenfunktionsanalytischen Testung seien Anhaltspunkte für eine leichtgradige obstruktive Ventilationsstörung unter bedarfsgerichteter antiobstruktiver Medikation festgestellt worden. Eine Störung des respiratorischen Gasaustauschs habe nicht vorgelegen. Ferner bestehe eine mittelgradige unspezifische bronchiale Hyperreagibilität. In den speziellen serologischen allergologisch-immunologischen Untersuchungen hätten sich jedoch keine Nachweise für Sensibilisierungen gegen Schimmelpilze, jedoch gegen beide Hausstaubmilben in einer Antikörperkonzentration der CAP-Klasse 2 ergeben. In der allergologischen Hauttestung in Form einer Pricktestung bestehe der Hinweis auf eine Typ I Sensibilisierung gegen Cladosporium herbarum und eine der beiden Hausstaubmilben. Bei der Klägerin liege darüber hinaus eine leichtgradige, vollreversible obstruktive Ventilationsstörung bei mittelgradig schwerer unspezifischer bronchialer Hyperreagibilität vor. Was die Beurteilung der arbeitstechnischen Voraussetzungen anbelange, bestehe eine große Differenz zwischen der Beurteilung des TAD der Beklagten und der tatsächlichen Gesundheitsgefährdung beim Umgang mit Velcorin. Insbesondere sei unberücksichtigt geblieben, dass bis ins Jahr 2000 Velcorin von Hand zudosiert worden sei und dass der Geruch von Velcorin nach dem Sicherheitsdatenblatt nicht intensiv genug sei, um als Warnhinweis vor einer inhalativen Exposition zu dienen. Er kam zusammenfassend zum Schluss, dass eine BK nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV nicht vorliege. Insbesondere liege kein Unterlassungszwang vor, da die gefährdende Tätigkeit allein im manuellen Zumischen gelegen habe, was problemlos abzustellen sei. Auch lägen die Voraussetzungen für eine BK nach Nr. 4301 der Anlage zur BKV nicht vor. Die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung dieser BK seien anhand fehlender biologischer Plausibilität nicht ausreichend wahrscheinlich zu machen. Auch liege keine Verschlimmerung einer vorbestehenden Erkrankung vor. Beigefügt war das radiologische Zusatzgutachten des Dr. S. vom 22. Dezember 2003.

In ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2004 hielt die Gewerbeärztin an ihrer bisherigen Auffassung fest.

Mit Bescheid vom 5. März 2004 lehnte die Beklagte die Anerkennung der Atemwegserkrankung als BK ab, gestützt auf die Gutachten von Dr. B., Dr. U. und Prof. Dr. D ... Der dagegen erhobene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 29. Juli 2004 zurückgewiesen.

Dagegen hat die Klägerin am 25. August 2004 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Das SG hat die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Die Fachärztin für Hautkrankheiten S. hat unter dem 1. März 2005 mitgeteilt, die Klägerin sei bei ihrer Praxisvorgängerin Dr. E. bis 1995 in Behandlung gewesen. Es sei per Pricktest und Epicutantest eine Allergie gegen Velcorin diagnostiziert und eine innerbetriebliche Umsetzung empfohlen worden. Die Beschwerden der Klägerin hätten sich in Gesichtsrötung, Luftnot und Übelkeit bei Kontakt mit Velcorin geäußert. Beigefügt hat die Ärztin S. das Attest der Dr. E. vom 26. Oktober 1990, wonach bei der Klägerin eine Allergie gegen Velcorin bestehe. Der Facharzt für HNO-Heilkunde Dr. Z. hat unter dem 10. März 2005 mitgeteilt, er könne die an ihn gestellten Fragen nur aus den Aufzeichnungen seines Praxisvorgängers Dr. B. beantworten. Die letzte Vorstellung der Klägerin dort sei am 25. April 1995 erfolgt. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. R. hat unter dem 18. März 2005 ausgeführt, die Klägerin befinde sich seit Januar 2004 in seiner Behandlung. Er hat im Wesentlichen orthopädische und psychiatrische Befunde mitgeteilt. Dr. W., Facharzt für HNO-Heilkunde, hat unter dem 1. April 2005 mitgeteilt, die Klägerin in den Jahren 1991 und 1992 vornehmlich wegen rezidivierender eitriger Nasennebenhöhlenentzündungen behandelt zu haben. Beigefügt hat Dr. W. den Bericht der HNO-Klinik der Universität H. vom 15. April 1992. Danach bestehe bei der Klägerin eine allergische Rhinitis. Die Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. S. hat in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 29. April 2005 ausgeführt, die Klägerin stehe bei ihr seit November 1999 in Behandlung. Sie hat weiter ausgeführt, die Klägerin habe Anfang 2000 eine ausgespülte Flasche Velcorin mitgebracht, um ihr zu zeigen, welche Substanz ihr bei der Arbeit am meisten Mühe mache. Schon die Inhalation der bereits stark verdünnten Spülflüssigkeit habe zu einem Anstieg der Atemwegswiderstände geführt, die sie aber nicht dokumentiert habe. Sie sehe die bronchiale Hyperreagibilität als Folge der reizenden Dämpfe an, insbesondere durch Velcorin, da bei der anfänglichen Diagnostik, auch in der Klinik L., eine eindeutige Allergisierung mit den

herkömmlichen Allergenen nicht habe festgestellt werden können. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze sie auf 20 v.H.

Das SG hat den Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. G. mit der Erstellung eines internistisch-pneumologischen Gutachtens beauftragt. Dieser hat unter dem 27. Oktober 2005 zusammenfassend ausgeführt, es bestehe bei der Klägerin ein intrinsisches, primär infektgetriggertes Asthma bronchiale bei wiederholten Atemwegsinfekten und begleitender chronischer Rhinosinusitis. Weder bestehe eine relevante Sensibilisierung gegen Hausstaubmilben noch liege die von Dr. B. ins Spiel gebrachte Schimmelpilzallergie vor. Die von diesem festgestellten Hautreaktionen auf Schimmelpilze sprächen nicht dagegen, da gerade Testungen mit Schimmelpilzextrakten aufgrund der geringen Allergenspezifika­tion oft unspezifisch positive Befunde lieferten. Von einem irritativ-toxischen Asthma bronchiale durch Berufsstoffe sei nicht auszugehen. Was die Arbeitsplatzsituation anbelange, sei zu berücksichtigen, dass die Klägerin, die in seiner Praxis 1996 mehrfach behandelt worden sei, keinerlei Angaben zur arbeitsplatzbezogenen Beschwerden gemacht habe. Insbesondere Velcorin sei nie erwähnt worden. Gleiches gelte für die Angaben der Klägerin gegenüber Dr. W ... Abweichend davon habe die Klägerin nur gegenüber Dr. E. Velcorin als Beschwerdeauslöser erwähnt. Es sei aber selbst dann, wenn man aufgrund der Angaben der Klägerin davon ausgehe, dass sie mehrfach täglich Velcorin den Säften zugesetzt habe, nicht von einem irritativ-toxischen Asthma bronchiale auszugehen. Denn es gebe keine wissenschaftlich gesicherten Daten darüber, dass der Langzeitumgang mit dieser Substanz in subtoxischer Dosierung tatsächlich Asthma auslösen könne. Zu einer toxischen Belastung komme es nur bei sehr hohen Konzentrationen, die nicht nachgewiesen seien. Allein aus der Tatsache, dass Velcorin toxisches Potential habe und deshalb vorbeugend damit nicht offen hantiert werden solle, sei nicht zu schließen, dass es durch den teilweise offenen Umgang mit der Substanz zwangsläufig zu einer Erkrankung komme. Velcorin habe auch kein atemwegssensibilisierendes Potential, es sei nicht in der Gefahrstoffverordnung bzw. in den technischen Richtlinien zum Umgang mit Gefahrstoffen als atemwegssensibilisierend gekennzeichnet. Daher komme es auch nicht als Auslöser eines allergischen Asthma bronchiale in Betracht. Die von der Klägerin geklagten arbeitsplatzbezogenen Atemwegsbeschwerden seien lediglich Ausdruck der unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität. Es habe auch nach seiner Auffassung kein Zwang zum Unterlassen der Tätigkeit bestanden. Eine BK liege nicht vor.

Durch Urteil vom 27. Juni 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, es fehle bereits am Zwang zur Unterlassung der ausgeübten Tätigkeit, da die durch das Velcorin bestehende Gefährdung ohne Weiteres durch die Umstellung des Velcorin-Zusatzes auf einen maschinellen Vorgang vermieden werden könnte. Dadurch trete ein Kontakt der Atemwege mit Velcorin bei normalem Arbeitsablauf nicht ein. Es sei aber auch der Zusammenhang zwischen der bei der Klägerin bestehenden Atemwegserkrankung mit der beruflichen Gefährdung nicht nachzuweisen. Auch wenn die Klägerin schon 1990 über Beschwerden im Umgang mit Velcorin berichtet habe, fehle es nach den überzeugenden Angaben von Dr. G. aber am wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass Asthma durch das regelmäßige Einatmen von Velcorin entstehen könne. Auch eine beruflich bedingte Schimmelpilzallergie könne nicht festgestellt werden. Dass die Klägerin wegen der empfindlichen Atemwege unter Beschwerden beim Umgang mit Velcorin gelitten habe, sei ohne weiteres nachvollziehbar. Dies bedeute jedoch nicht, dass eine Verursachung oder richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden Erkrankung eingetreten sei.

Gegen das ihr am 8. August 2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin durch ihren Bevollmächtigten am 6. September 2006 mit nicht unterschriebenem Schriftsatz vom 5. September 2006 Berufung eingelegt. Mit Schriftsatz vom 14. September 2006 hat der Bevollmächtigte Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beantragt und dazu ausgeführt, aufgrund eines nicht mehr nachvollziehbaren Büroversehens sei der nicht unterschriebene Berufungsschriftsatz in einen Umschlag eingelegt und postfertig gemacht worden. Den damit betrauten Mitarbeiterinnen, die beide um die Bedeutung der Unterschrift unter fristwahrenden Schriftsätzen wüssten, sei so etwas noch nie passiert. Insbesondere habe die seit 20 Jahren bei ihm beschäftigte Mitarbeiterin die Unterschriftenkontrolle durchgeführt und darauf geachtet, dass die von der Mitarbeiterin im 3. Lehrjahr versandfertig gemachten Schreiben eigenhändig von ihm unterschrieben worden seien. Wie es dennoch zu dem nicht unterschriebenen Berufungsschriftsatz kommen könne, sei nicht nachvollziehbar. Es handle sich ganz offensichtlich um ein Versehen. In der Sache führt die Klägerin aus, es habe sehr wohl ein Zwang zur Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit bestanden. Darüber hinaus sei Dr. G. von einer völlig unzureichenden Beurteilung der Arbeitsplatzverhältnisse ausgegangen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. Juni 2006 sowie den Bescheid vom 5. März 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Juli 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, eine BK nach Nr. 4301 und 4302 der Anlage zur BKV festzustellen und Entschädigungsleistungen zu erbringen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Gericht hat die Akten des Arbeitsgerichts Mannheim (Az.: 6 Ca 245/99) im Kündigungsschutzverfahren der Klägerin beigezogen. Weiter wurde Dr. S. B. CropScience, zur Toxizität von Velcorin befragt. Auf seine Stellungnahme vom 7. März 2007 wird inhaltlich verwiesen. Beigezogen hat der Senat die Betriebsakten der Firma W., GmbH und Co. KG. Weiter ist die Firma W. GmbH und Co. KG zur Vorlage von Untersuchungsergebnissen im Rahmen betriebsärztlicher Untersuchungen sowie von Protokollen eventueller Schulungen im Umgang mit Velcorin aufgefordert worden. Die angeforderten Unterlagen sind mit Bezugsschreiben vom 22. Oktober 2007 vorgelegt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung ist auch im Übrigen zulässig ([§ 151 SGG](#)), insbesondere ist die Berufung nicht verfristet.

Gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) ist die Berufung beim Landessozialgericht binnen eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich einzulegen. Das Erfordernis der Schriftlichkeit setzt grundsätzlich einen unterschriebenen Schriftsatz voraus (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, § 1512 Rz. 3 mwN). Die Schriftform soll gewährleisten, dass aus dem Schriftstück der Inhalt der Erklärung und die

Person, die sie abgibt, zuverlässig entnommen werden können und einen bloßen Entwurf eines Schriftstücks von einer Erklärung, die mit Wissen und Willen des Beteiligten dem Gericht zugeleitet worden ist, abgrenzen. Unter Berücksichtigung dessen ist der am 6. September 2006 beim Gericht eingegangene Schriftsatz des Bevollmächtigten der Klägerin nicht form- und damit auch nicht fristwährend, da er - mangels Unterschrift - auch aus seinem Gesamtzusammenhang nicht erkennbar von einem bloßen Schriftsatzentwurf abgrenzbar ist.

Der Klägerin ist jedoch Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren. War jemand ohne Verschulden verhindert, eine gesetzliche Verfahrensfrist einzuhalten, so ist ihm auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren ([§ 67 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)). Der Antrag ist binnen eines Monats nach Wegfall des Hindernisses zu stellen. Die Tatsachen zur Begründung des Antrags sollen glaubhaft gemacht werden. Innerhalb der Antragsfrist ist die versäumte Rechtshandlung nachzuholen. Ist dies geschehen, so kann die Wiedereinsetzung auch ohne Antrag gewährt werden ([§ 67 Abs. 2 SGG](#)). Über die Wiedereinsetzung entscheidet das Gericht, das über die versäumte Rechtshandlung zu befinden hat ([§ 67 Abs. 3 Satz 1 SGG](#)). Zwar hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin die Berufungsschrift aus Versehen und damit zurechenbar schuldhaft ([§ 73 Abs. 4 SGG](#) i.V.m. [§ 85 Abs. 2 ZPO](#)) nicht unterschrieben, dieses Verschulden steht aber der Wiedereinsetzung hier nicht entgegen, da er glaubhaft gemacht hat, dass im Rahmen seiner Büroorganisation durch Arbeitsanweisung, hier durch Kontrolle der Unterzeichnung ausgehender Schriftsätze vor deren Versendung, Vorsorge dafür getroffen wurde, dass bei normalem Verlauf der Dinge die Frist - trotz seines Versehens - mit Sicherheit gewahrt worden wäre (vgl. dazu BGH, Beschluss vom 26.04.2007 - [VII ZB 103/06](#), veröffentlicht in Juris). Des Weiteren wurde glaubhaft gemacht, dass diese Kontrolle durch eine geschulte und zuverlässige Bürokraft erledigt wird, die ihren Aufgaben regelmäßig fehlerfrei nachkommt, mit der Folge, dass das Verschulden der Angestellten der Klägerin nicht zuzurechnen ist.

Die Berufung ist aber unbegründet. Es ist nicht nachgewiesen, dass bei der Klägerin eine BK nach Nr. 4301 oder 4302 der Anlage zur BKV vorliegt.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]). Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)).

In Nr. 4301 der Anlage zur BKV sind als Berufskrankheiten aufgeführt durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), in Nr. 4302 durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen. In beiden Fällen müssen die Erkrankungen zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Für die Gewährung einer Rente wegen einer BK ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Sowohl hinsichtlich der haftungsbegründenden als auch hinsichtlich der haftungsausfüllenden Kausalität genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit. Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt (vgl. BSGE 45, 286), d.h. es müssen die für einen ursächlichen Zusammenhang sprechenden Umstände deutlich überwiegen. Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Lässt sich ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten dessen, der einen Anspruch aus dem nicht wahrscheinlich gemachten Kausalzusammenhang für sich herleitet ([BSGE 19, 52, 53](#); [30, 121, 123](#); [43, 110, 112](#); BSG Ur. vom 28.03.2003 [B 2 U 33/03 R](#)).

Vorliegend ist bereits zweifelhaft, ob bei der Klägerin überhaupt eine obstruktive Atemwegserkrankung vorliegt, die aber für die Bejahung einer BK nach Nr. 4301 oder 4302 der Anlage zur BKV gegeben sein muss.

Nach dem Gutachten von Prof. Dr. D. bestand bei der Klägerin im Rahmen der Untersuchung am 26. November 2003 kein Anhaltspunkt für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung in der Spirometrie. Die Ergometrie musste wegen subjektiver Atemnot und Erschöpfung abgebrochen werden. Bei der Kontrollmessung am 27. November 2003 hatte es nur Hinweise auf eine leichtgradige obstruktive Ventilationsstörung und mittelgradige Lungenüberblähung gegeben, wobei die Spirometrie wegen schlechter Mitarbeit ebenfalls keine verwertbaren Messergebnisse erbracht hatte. Darüber hinaus hat Prof. Dr. D. keine manifeste respiratorische Gasaustauschstörung feststellen können. Dem entsprechend konnte auch Dr. G. wegen fehlender Mitarbeit der Klägerin in der Spirometrie keine Aussage zur kardialen Leistungsfähigkeit treffen. Trotz der unzureichenden Mitarbeit war aber in der Bodyplethysmographie eine geringe bronchiale Obstruktion erkennbar, die sich allerdings nach Gabe eines bronchialerweiternden Medikaments rasch wieder normalisiert hatte. Bei der am 18. Oktober 2005 durchgeführten Kontrolluntersuchung konnten in der Spirometrie und Bodyplethysmographie eine nur grenzwertige Erhöhung des Atemwegswiderstands festgestellt werden, bei dem durchgeführten Provokationstest mit Carbachol wurde eine mittelgradige bronchiale Hyperreagibilität festgestellt. Dr. G. hat als Diagnose daraus u.a. ein intrinsisches asthma bronchiale mit wiederholten Atemwegsinfekten und begleitender chronischer Rhinosinusitis abgeleitet, Prof. Dr. D. eine chronisch-obstruktive Bronchitis, eine mittelgradig schwere unspezifische Hyperreagibilität und Rhinitis allergica perennealis bei Soforttypsensibilisierung gegen Hausstaubmilben und Cladosporium. Die Zweifel am Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung werden des Weiteren durch den Befundbericht der Klinik L. vom 20. September 2000 gestärkt. Danach besteht bei der Klägerin Intrinsic-Asthma mit Hausstauballergie und Heuschnupfen, rezidivierende Nasennebenhöhlen-Entzündungen, chronische HP-Gastritis im Antrum und Verdacht auf Depression. Ausgeführt wurde weiter, dass bei der Klägerin seit fünf Jahren ein Asthma bekannt sei. Bei der Arbeit mit Velcorin entstehe Atemnot, die sich aber in Karenz (Arbeitslosigkeit) nicht bessere. Es habe sich bei der Untersuchung keine ausgeprägte Obstruktion gefunden, in der Allergietestung habe keine Sensibilisierung trotz erhöhtem Gesamt-IgE nachgewiesen werden können, die Pricktests seien bis auf Fusarium negativ gewesen.

In der Gesamtschau ist deshalb schon zweifelhaft, ob überhaupt der Nachweis einer obstruktiven Atemwegserkrankung erbracht ist.

Aber selbst, wenn man für die weitere Beurteilung unterstellt, eine solche Erkrankung liegt tatsächlich vor, ist weder die haftungsbegründende noch die haftungsausfüllende Kausalität einer BK nach Nr. 4301 oder 4302 der Anlage zur BKV hinreichend wahrscheinlich. Dabei stützt sich der Senat insbesondere auf die Gutachten von Dr. U. und Prof. Dr. D., die im Verwaltungsverfahren eingeholt worden sind und im Wege des Urkundsbeweises vom Senat verwertet werden und das Gutachten von Dr. G. vom 27. Oktober 2005.

Es liegt keine BK nach Nr. 4302 der Anlage zur BKV (durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankung) vor.

Es fehlt bereits an der haftungsbegründenden Kausalität.

Was die Toxizität von Velcorin anbelangt, liegen wissenschaftliche Erkenntnisse dazu nicht vor, dass ein bestimmungsgemäßer Umgang mit Velcorin asthmaauslösend oder dauerhaft asthmaverstärkend wirkt. Dies hat Dr. S. in seiner Stellungnahme ausführlich dargestellt und dies wurde auch von Dr. G. bestätigt. Auch wenn die Klägerin als Person mit bronchialen Beschwerden von vornherein nicht hätte mit Velcorin umgehen dürfen, bedeutet dies für sich noch keine gesundheitsgefährdende Exposition nach der derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnislage. Denn nach Dr. G. gibt es keine wissenschaftlich gesicherten Daten darüber, dass der Langzeitumgang mit dieser Substanz in subtoxischer Dosierung tatsächlich Asthma auslösen kann. Zu einer toxischen Belastung kommt es nur bei sehr hohen Konzentrationen, die nicht nachgewiesen sind. Dazu liegen wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die in zwei Fällen zu einer Verstärkung eines vorbestehenden Asthmas geführt haben. Vergleichbaren Expositionen war die Klägerin jedoch nicht ausgesetzt. Darauf, ob sie mehr Velcorin von Hand zudosiert hat, als vom Arbeitgeber mitgeteilt, kommt es deshalb nicht an, so dass auf die Befragung der hierfür als Zeugen benannten Kollegen verzichtet werden konnte. Eine relevante Exposition gegenüber sonstigen toxisch oder chemisch-irritativ wirkenden Stoffen lag nach den Ausführungen der begutachtenden Ärzte ebenfalls nicht vor. Deshalb ist bereits unter naturwissenschaftlich-arbeitsmedizinischen Gründen eine Verursachung oder richtunggebende Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens durch die Arbeitsplatzbedingungen nicht hinreichend wahrscheinlich.

Es mangelt aber auch an der haftungsausfüllenden Kausalität einer BK nach Nr. 4302.

Gegen eine solchermaßen hervorgerufene Atemwegserkrankung spricht zur Überzeugung des Senats sowohl das dargelegte Ausmaß der Toxizität von Velcorin, aber auch die Beschwerdeschilderung der Klägerin in Bezug auf die verrichtete Arbeit, die Entwicklung der Erkrankung sowie die von den behandelnden Ärzten und den Gutachtern erhobenen Befunde.

Wie Dr. G. in seinem Gutachten schlüssig und überzeugend dargestellt hat, sind die anamnestischen Angaben der Klägerin zu arbeitsplatzbezogenen Beschwerden sehr vage bzw. über die Zeit des Verfahrens betrachtet, auffallend verstärkt auf Velcorin bezogen. Dem gegenüber hat die Klägerin, als sie 1996 Dr. G. mehrfach wegen Atemwegsbeschwerden aufgesucht hat, keinerlei Angaben zur arbeitsplatzbezogenen Beschwerden gemacht. Auch in den Unterlagen der seit 1989 behandelnden Hals-Nasen-Ohrenärzte sind arbeitsplatzbezogene Beschwerden der Klägerin nicht ersichtlich. Allein gegenüber Dr. E. hat die Klägerin 1990 entsprechende Beschwerden beklagt, die auch zu einem kurzfristigen Arbeitsplatzwechsel führten. Nach der Rückkehr der Klägerin an ihren ursprünglichen Arbeitsplatz - mit veränderten Lüftungsbedingungen - sind aber auch von Dr. E. keine weiteren Beschwerdeschilderungen der Klägerin aktenkundig, sondern erst wieder ab Herbst 1999 gegenüber Dr. S. ... Auch im Arbeitsgerichtsprozess hat der behandelnde Arzt für Innere Medizin Dr. E. in seinem Attest vom 22. Januar 2000 nur für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit vom 5. bis 14. Juli 1999 eine allergische asthmoide Bronchitis bescheinigt, vom 24. März bis 4. April 1997 bestand Arbeitsunfähigkeit wegen asthmoider Bronchitis, die übrigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit in den Jahren ab 1997 waren durch andere Erkrankungen bedingt. Auch diese Darstellung spricht gegen eine wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigung der Klägerin am Arbeitsplatz, bedingt durch den Umgang mit Velcorin, und steht zudem in deutlichem Widerspruch zu ihren Angaben gegenüber Dr. G. ... Auch hat die Klägerin gegenüber Dr. D. angegeben, dass erste Atemwegsbeschwerden in den 80er und 90er Jahren sowohl arbeitsplatzassoziiert als auch an arbeitsfreien Zeiten und am Wochenende aufgetreten seien. Dies entspricht auch ihren Angaben gegenüber dem Arbeitgeber Anfang 1991, da sie mehrere ihr angebotene Alternativarbeitsplätze jeweils mit der Begründung abgelehnt hatte, dort (anderen) atemwegsreizenden Stoffen, z.B. von handelsüblichen Spülmitteln, ausgesetzt zu sein.

Zum einen wird aus dem Verhalten der Klägerin deutlich, dass sie sehr wohl in der Lage gewesen war, einen gesundheitlich belastenden Arbeitsplatz - nämlich den am Sortierband - zu wechseln. Wären vergleichbare schwere arbeitsplatzbezogene Beschwerden im Umgang mit Velcorin aufgetreten, wäre zu erwarten gewesen, dass die Klägerin bereits früher einen Arbeitsplatzwechsel angestrebt hätte. Demgegenüber hat sie seit 1979 ihre Tätigkeit an der Abfüllstation ohne wesentliche Krankheitszeiten verrichtet. Darüber hinaus hat die Klägerin offenbar (auch) auf andere "Dämpfe", also Gerüche und Ähnliches mit bronchialen Beschwerden reagiert, so dass der Zusammenhang ihrer Beschwerden mit dem Kaltentkeimungsmittel Velcorin auch unter diesem Gesichtspunkt zumindest zweifelhaft erscheint.

Dabei zieht der Senat nicht in Zweifel, dass bei der Klägerin gelegentlich Beschwerden am Arbeitsplatz aufgetreten sind. Diese wertet der Senat in Übereinstimmung mit den befragten Sachverständigen jedoch als Ausdruck der anlagebedingten, unspezifischen bronchiale Überempfindlichkeit der Klägerin. Für diese Beurteilung spricht, dass - wie ausgeführt - der unsachgemäße Umgang mit Velcorin nur akuter Asthmaanfälle auslösen kann, es aber keine wissenschaftlich gesicherten Daten darüber gibt, dass der Langzeitumgang mit Velcorin in subtoxischer Dosierung (eine toxische Exposition, z.B. durch einen Unfall, ist nicht nachgewiesen) tatsächlich das Entstehen von Asthma verursacht.

Auch der Krankheitsverlauf spricht gegen eine berufliche Verursachung der Atemwegsbeschwerden. Die Erkrankung begann nach den aktenkundigen ärztlichen Unterlagen zunächst an den oberen Luftwegen mit Schnupfen und wiederholten Atemwegsinfekten. Schon frühzeitig wurde die Diagnose einer chronischen Nasen- und Nebenhöhlenentzündung gestellt, so dass Dr. W. mehrfach Spülungen der Kieferhöhlen wegen eitriger Entzündung durchführen musste. 1991 wurde dann auch eine Nasennebenhöhlenoperation durchgeführt. 1996 zeigten sich im Rahmen einer Röntgenuntersuchung in der Praxis Dr. G. beide Kieferhöhlen subtotal verschattet, also auch als chronisch entzündet. Daneben wurden später noch Nasenpolypen festgestellt und mit Kortisonspray behandelt. Schon in den frühen 90er Jahren

entwickelte sich zudem eine Symptomatik an den tieferen Atemwegen, 1993 wurde erstmals die Diagnose einer spastischen Bronchitis gestellt, später dann von Asthma bronchiale gesprochen. 1996 wurde dann eine ausgeprägte bronchiale Hyperreagibilität nachgewiesen, die bis heute fortbesteht. Berücksichtigt man diesen Krankheitsverlauf, spricht bereits dieser für ein durch mehrfache Infekte bedingtes chronisches Asthma bronchiale. Dies hat letztlich auch die Klinik L. im Rahmen ihrer Untersuchungen festgestellt.

Gegen eine durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe bedingte Atemwegserkrankung spricht des Weiteren, dass keiner der die Klägerin behandelnden Ärzte bzw. keiner der Gutachter diesen Ursachenzusammenhang - auch nach dem von Dr. Bossert durchgeführten Provokationstest mit Velcorin - tatsächlich bestätigen konnte. Jeder der mit dem Gesundheitszustand der Klägerin befassten Ärzte ist vielmehr von einem intrinsischen Asthma bronchiale ausgegangen. Soweit Dr. S. mitgeteilt hat, sie habe auf eine Provokationstestung mit Velcorin sofort einen erhöhten Atemwegswiderstand festgestellt, rechtfertigt dies keine abweichende Beurteilung. Denn sie hat Nachweise darüber nicht vorlegen können und letztlich ist durch den von Dr. B. durchgeführten Provokationstest das gegenteilige Ergebnis, nämlich eine fehlende Obstruktion bzw. pulmonale Reaktion nachgewiesen worden.

Deshalb ist zusammenfassend nicht von einer durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachten obstruktiven Atemwegserkrankung auszugehen.

Es liegt aber auch kein durch allergisierende Stoffe verursachte Atemwegserkrankung einschließlich einer Rhinopathie und damit keine BK nach Nr. 4301 der Anlage zur BKV vor.

Bezüglich Velcorin mangelt auch insoweit schon an der haftungsbegründenden Kausalität, da Velcorin nach den schlüssigen Ausführungen von Dr. G. kein allergisierendes Potential besitzt.

Hinsichtlich sonstiger Stoffe konnte die haftungsbegründende Kausalität dahinstehen, denn jedenfalls die haftungsausfüllende Kausalität ist nicht erfüllt. Es konnte auch keine sonstige Allergie auf einen beruflichen Arbeitsstoff festgestellt werden.

Dr. G. hat überzeugend eine allergische bedingte Rhinopathie trotz der mehrfach dokumentierten Sinusitis verneint, weil dieser Erkrankungen infektgetriggert entstanden sind. Sonstige allergiebedingte Atemwegserkrankungen waren nicht eindeutig zu diagnostizieren.

Über eine eventuell schon 1991 im Uniklinikum H. durchgeführten Allergietestung liegen keine Befundberichte vor. 1996 konnten in einem Intracutantest positive Reaktionen auf Hausstaubmilben ausgelöst werden, die später durchgeführte nasale Provokation auf Hausstaubmilben war allerdings negativ. Dr. S. wiederum konnte, wie sie in ihrer sachverständigen Zeugenaussage vom 29. April 2005 gegenüber dem SG mitgeteilt hat, keinen eindeutigen Hinweis auf das Vorliegen einer Allergisierung mit den häufigsten Einzelallergien feststellen; in der Testung 1999 war die Hausstaubmilbentestung negativ, es bestand jedoch ein erhöhtes Gesamt-IgE. Auch Dr. B. konnte eine Allergie gegen Hausstaubmilben nicht feststellen; bei der Untersuchung durch Dr. D. waren nur niedrig-titrige IgE-Antikörper gegen Milben nachweisbar. Dieses Ergebnis teilte auch Dr. G. im Rahmen der bei ihm durchgeführten Testungen mit. Unabhängig von der Frage, ob tatsächlich eine Sensibilisierung gegen Hausstaubmilben vorliegt, hätte selbst eine positive Feststellung einer solchen Sensibilisierung keine Auswirkungen auf die hier streitigen Fragen, da jedenfalls ein Zusammenhang dieser Allergie mit der beruflichen Tätigkeit nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen wäre.

Aber auch die von Dr. B. erwähnte Allergie gegen Schimmelpilze, wie sie teilweise in den Fugen des verfliesten Arbeitsraums festgestellt worden sind, kann nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden. Wie Dr. G. auch insoweit überzeugend dargestellt hat, hat Dr. B. zwar bestimmte Hautreaktionen auf Schimmelpilze im Intracutantest festgestellt. Allerdings liefern gerade Testungen mit Schimmelpilzextrakten aufgrund der geringen Allergenspezifikation oft unspezifische positive Befunde. Dem entspricht, dass Dr. B. bei der nasalen Provokation keine Schimmelpilzallergie sichern konnte. Dr. D. hat bei seiner serologischen Untersuchung darüber hinaus keinen Nachweis spezifischer IgE-Antikörper gegen Acerola, ein in der Getränkeindustrie verwendeter Geschmackszusatz, finden können, darüber hinaus keinen Nachweis spezifischer IgE-Antikörper gegen ubiquitäre Inhalationsallergene, insbesondere nicht in einer Schimmelpilzmischung und konnte des Weiteren keinen Nachweis spezifischer IgE-Antikörper in erhöhten Konzentrationen gegen Schimmelpilze führen. Allerdings war auch bei ihm, wie bei Dr. B., der Pricktest schwach positiv, was aber, wie dargestellt, bei ansonsten negativen Testergebnissen, nicht ausreicht, um eine allergische Reaktion gegen Schimmelpilze nachzuweisen.

Nach alldem ist auch nicht von einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens durch die Arbeit in der Abfüllstation auszugehen. Für Velcorin fehlen auch insoweit wissenschaftliche Erkenntnisse. Soweit die Schimmelpilzsensibilisierung im Streit steht, sprechen die gegen eine Verursachung dargelegten Gesichtspunkte gleichermaßen auch gegen eine richtungsgebende Verschlimmerung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-02-06