

L 3 U 3651/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 3045/09
Datum
26.07.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 3651/11
Datum
29.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 26. Juli 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Anerkennung einer Herzerkrankung und einer Lungenerkrankung des Klägers als Berufskrankheiten streitig.

Der am 12.03.1948 geborene Kläger arbeitete seit 1974 in verschiedenen Unternehmen als Maschinen-Einsteller an Kunststoffspritzgießmaschinen, zuletzt vom 03.12.2001 bis 22.03.2003 bei der Firma A. GmbH in B ...

Ab dem 02.12.2002 wurde er im Krankenhaus Rottweil wegen einer kardialen Dekompensation (intermittierendes Tachykardes Vorhofflattern) stationär behandelt. Daran anschließend erfolgte am 19.12.2002 im Herzzentrum Bad C. eine Rekanalisation mit Stenting von LAD (left anterior descendent artery = Ramus interventricularis anterior) und RPLS (ramus posterolateralis sinister) bei koronarer 2-3-Gefäß-Erkrankung. Vom 25.02.2003 bis 05.03.2003 befand sich der Kläger erneut in stationärer Behandlung des Herzzentrums Bad C ... Im dortigen Arztbrief vom 13.03.2003 werden die Diagnosen einer koronaren 3-Gefäß-Erkrankung bei Zustand nach Koronardilatation mit Stent-Implantation des LAD sowie des RPLS, mittelschwer reduzierter linksventrikulärer Funktion, gering bis mittelschwer eingeschränkter rechtsventrikulärer Funktion, rezidivierender kardialer Dekompensationen, geringgradiger Mitral- und Tricuspidalklappeninsuffizienz sowie schwerer pulmonaler Hypertonie genannt.

Am 02.04.2003 zeigte die Krankenkasse des Klägers bei der Beklagten das Vorliegen einer Berufskrankheit an mit den Diagnosen koronare Herzkrankheit (KHK), 3-Gefäß-Erkrankung. Mit Schreiben vom 24.04.2003 teilte die Beklagte der Krankenkasse mit, die mitgeteilten Erkrankungen seien keine Berufskrankheit, ein Feststellungsverfahren werde nicht eingeleitet.

Am 17.06.2004 beantragte der Kläger die Einleitung eines Feststellungsverfahrens. Es sei zu prüfen, ob aufgrund des jahrelangen Umgangs mit Arbeitsstoffen die KHK bzw. die 3-Gefäß-Erkrankung hervorgerufen oder richtungsgebend verschlimmert worden seien und deshalb eine anerkannte Berufskrankheit vorliege.

Nach Einholung von Auskünften des letzten Arbeitgebers und einer Stellungnahme des Staatlichen Gewerbearztes vom 29.03.2005 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 13.09.2005 die Anerkennung der Erkrankung der Herzkranzgefäße des Klägers als Berufskrankheit oder als Wie-Berufskrankheit ab. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 27.10.2005 zurück. Die beim Kläger vorliegende Herzerkrankung sei in der Liste der Berufskrankheiten nicht aufgeführt. Es gebe auch keine Anhaltspunkte, wonach der Herzerkrankung eine Berufskrankheit zugrunde liegen könnte. Es gebe keine Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, wonach die Erkrankung auf besonderen Einwirkungen beruhe, denen eine bestimmte Personengruppe aufgrund der beruflichen Tätigkeit in erheblich höherem Maße ausgesetzt sei als die übrige Gesamtbevölkerung. Im Übrigen sei die Erkrankung nicht berufsbedingt. Dies ergebe sich insbesondere aus der Stellungnahme des Staatlichen Gewerbearztes vom 29.03.2005.

Hiergegen hat der Kläger am 04.11.2005 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben (S 8 U 3774/05). Das Verfahren wurde, nachdem der Kläger die Feststellung weiterer Berufskrankheiten geltend gemacht hatte, zum Ruhen gebracht und unter dem Az. S 8 U 715/10 fortgeführt.

Am 20.07.2006 legte der Kläger der Beklagten einen Arztbrief des Radiologen Dr. D. vom 10.03.2006 über eine Computertomographie des Thorax vom 10.03.2006 vor. Diese enthält folgende Beurteilung: "Interstitielle Lungenerkrankung mit leicht unterlappenbetonter milchglasartiger Strukturvermehrung des Lungenparenchyms, diskreter Fibrose und kleinwabigem Emphysem. Der Befund ist insgesamt unspezifisch und könnte sowohl einer primären idiopathischen Lungenfibrose als auch einer reaktiven Fibrose durch exogene Belastung (Alveolitis ?) entsprechen. Kein Pleuraerguss. Eine diskrete Pleuraverdickung im Bereich des apikalen Unterlappensegmentes rechts dürfte einem postentzündlichen Residualbefund entsprechen. Keine pulmonalen Infiltrate. Dilatiertes Herz, Verkalkungen im Bereich der Koronararterien".

Der Beklagte leitete daraufhin ein neues Verwaltungsverfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit ein. In der Beratungsfachärztlichen Stellungnahme vom 03.08.2006 führte Dr. E., Lungenarzt, Internist, Allergologie, Umweltmedizin, aus, im konkreten Erkrankungsfall sei eine chemische Alveolitis durch Kunststoffdämpfe bzw. ein Polymerrauchfieber bzw. eine Isozyanat-Alveolitis im Sinne der Berufskrankheit (BK) Nr. 1315 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) denkbar (Erkrankung durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können). Geprüft werden müsse auch die bei Kunststoffdämpfen häufiger auftretende obstruktive Atemwegserkrankung nach BK-Nr. 4302 (Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Auch sei eine lungenfachärztliche Begutachtung mit der Fragestellung einer Berufskrankheit nach BK-Nrn. 1315, 4302 bzw. 4201 (Exogen-allergische Alveolitis) erforderlich.

Nach Vorlage eines Berichts des Technischen Aufsichtsbeamten der Beklagten vom 03.11.2006, auf den Bezug genommen wird, wurde Dr. F., Chefarzt der Klinik in G./Schwarzwald, mit der Erstellung eines pneumologisch-allergologischen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 31.03.2007 führte dieser aus, bei dem Kläger bestünden lungenfunktionsanalytisch eine leichtgradige obstruktive Ventilationsstörung und eine unspezifisch-hyperreflektorische Rhinitis. Die leichtgradige Atemwegsobstruktion gehe nicht mit einer unspezifischen Hyperreagibilität und nicht mit irgendwelchen anderen Symptomen einer primären Atemwegserkrankung des asthmatischen Formenkreises (BK-Nrn. 4302/4201/1315) einher, sondern sei Folge der schweren Herzerkrankung, die vollkommen unabhängig von der beruflichen Kunststoffdampf-Belastung abgelaufen sei. Eine primäre Atemwegs- oder Lungenerkrankung liege nicht vor. Die Herzerkrankung habe sich anhand der jetzt vorliegenden echokardiographischen Befunde seit dem Jahr 2003 deutlich verschlechtert vor allem insofern, als die Mitralklappen- und Trikuspidalklappen aufgrund einer zunehmenden Vorhofvergrößerung undicht geworden seien.

Mit Bescheid vom 09.05.2007 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit nach den BK-Nrn. 4302, 4201 und 1315 ab. Hiergegen erhob der Kläger am 14.05.2007 Widerspruch mit der Begründung, die koronare Herzerkrankung sei nicht Ursache der Lungenerkrankung, letztere habe sich vielmehr über die Jahre, bedingt durch die berufliche Verursachung, entwickelt. Insbesondere im letzten Jahr seiner beruflichen Tätigkeit habe er verätzende Dämpfe einatmen müssen, hierdurch seien Lungenverätzungen hervorgerufen worden.

Vom 16.07.2008 bis 22.07.2008 befand sich der Kläger im Schwarzwald-Baar-Klinikum Villingen-Schwenningen zur Abklärung einer Lungenfibrose und einer pulmonalen Hypertonie. Im Entlassbrief vom 22.07.2008 wird ausgeführt, die stationäre Aufnahme sei erfolgt zur gezielten Abklärung des Verdachts einer pulmonalen Hypertonie bei Belastungsdyspnoe. Dies habe mittels einer Rechtsherzkatheteruntersuchung ausgeschlossen werden können. Die bestehende Leistungseinschränkung sei vollständig auf die kardiale Insuffizienz zurückzuführen. Eine Lungenfibrose habe ausgeschlossen werden können.

Mit Widerspruchsbescheid vom 08.09.2009, auf den Bezug genommen wird, wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 17.09.2009 Klage zum SG erhoben ([S 8 U 3045/09](#)). Er hat einen Arztbrief des Internisten Dr. Schubert vom 16.10.2009 vorgelegt, in welchem u.a. ausgeführt wird, die durchgeführte Diagnostik ergebe eine erhebliche Einschränkung der Belastbarkeit, bedingt durch kardiale Faktoren. Eine pulmonale Belastungslimitierung lasse sich nicht nachweisen. Bis zur erreichten Belastungshöhe komme es nicht zu einem Abfall des Sauerstoffpartialdrucks. Da 2006 im CT in Rottweil eine Lungenfibrose beschrieben worden sei, sei nochmals eine Untersuchung zur Beurteilung des Verlaufs der pulmonalen Erkrankung veranlasst worden. Dr. Ochs, Radiologe, teilte hierzu unter dem 28.10.2009 mit, im Vergleich zum am 10.03.2006 erhobenen Befund bestehe keine Zunahme der vorbeschriebenen interstitiellen Zeichnungsvermehrung.

Mit Beschluss vom 18.03.2010 hat das SG die Verfahren [S 8 U 3045/09](#) und S 8 U 715/10 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ist Dr. H., Internist und Lungenarzt, Kardiologe, Allergologie, Umweltmedizin, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt worden. Im internistisch-pneumologisch-kardiologischen Sachverständigengutachten vom 24.01.2011 hat dieser folgende Diagnosen genannt:

1. Dilatative Kardiomyopathie bei koronarer Herzerkrankung 2. Höhergradige Mitralsuffizienz 3. Vorhofflimmern 4. Sekundäre pulmonale Hypertonie 5. Rechtsherzinsuffizienz 6. Hochgradige Trikuspidalsuffizienz 7. Chronische Leberstauung 8. Nierenzyste rechts 9. Hyperurikämie.

Führender Befund sei eine schwergradige koronare Herzerkrankung, die zu einer im Lauf der Jahre zunehmenden Einschränkung der Pumpfunktion der linken Herzkammer geführt habe. Am 19.12.2002 habe ein Verschluss des linken Posterolateralastes vorgelegen, welcher rekanalisiert und mit einem Stent versorgt worden sei. Auch die LAD sei so hochgradig stenotisiert gewesen, dass ein Stent habe eingesetzt werden müssen. Beide Gefäße seien der linken Herzkranzarterie zuzuordnen und versorgten im wesentlichen die linke Herzkammer sowie die Herzscheidewand. Es habe deshalb eine schwer eingeschränkte Pumpfunktion der linken Herzkammer bestanden. Dies habe zunächst zu einer Druckerhöhung in der linken Vorkammer und später im Lungenkreislauf geführt. Vermehrte Blutfülle und Druckerhöhung im Lungenkreislauf hätten zunächst zu einer Erweiterung der peripheren Lungengefäße, später zu einer vermehrten Flüssigkeitsansammlung im Interstitium (Lungenbindegewebe) und bei fortschreitender Pumpschwäche der linken Herzkammer sogar in den Lungenbläschen entsprechend einem Lungenödem geführt. Diese Phänomene hätten zu einer Beeinträchtigung der Sauerstoffaufnahme-fähigkeit der Lungen

und damit zur Atemnot geführt. Im Röntgenbild und der Computertomographie sehe man hierfür als mögliche Korrelate u.a. Milchglastrübungen oder eine interstitielle Zeichnungsvermehrung, wie sie auch beim Kläger beschrieben worden seien. Die Folgen der linksventrikulären Fehlfunktion hätten beim Kläger auch nach Arbeitsaufgabe zugenommen. Die im Juli 2008 im Schwarzwald-Baar-Klinikum durchgeführte Rechtsherzkatheteruntersuchung habe eindeutig ergeben, dass beim Kläger eine passive Form des Lungenhochdrucks bestehe, es sich somit ausschließlich um die Folge einer Erkrankung der linken Herzabschnitte, hier speziell um eine koronare Herzerkrankung und eine höhergradige Undichtigkeit der Mitralklappe, handle. Für das Vorliegen einer der unter den BK-Nrn. 4302 und 4201 aufgeführten obstruktiven Atemwegserkrankungen ergebe sich kein Anhalt, da niemals eine Atemwegsobstruktion dokumentiert worden sei. Auch die koronare Herzerkrankung könne nicht auf eine Exposition mit potentiell atemwegs- und lungenschädigenden Substanzen zurückgeführt werden. Eine Lungenfibrose sei ein irreversibler narbiger Umbau des Lungengerüsts. Ein solcher liege beim Kläger unzweifelhaft nicht vor. Nicht die Atemwegserkrankung, sondern die schwere koronare Herzerkrankung habe zur Berufsaufgabe und vorzeitigen Berentung des Klägers geführt.

Mit Gerichtsbescheid vom 26.07.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Auf den Gerichtsbescheid wird insoweit Bezug genommen.

Gegen den am 04.08.2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 25.08.2011 Berufung eingelegt. Er trägt vor, die bei ihm bestehende koronare Herzerkrankung und Dreifäßerkrankung sowie die fibrosierende Lungenparenchymerkrankung beruhten kausal darauf, dass er während seiner beruflichen Tätigkeit gezwungen gewesen sei, giftige Kunststoffdämpfe einzusatmen. Durch das Einatmen der Kunststoffdämpfe sei zunächst die Lunge bzw. Haut geschädigt worden, dies habe dann zu einer Rechtsherzerkrankung geführt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 26. Juli 2007 aufzuheben und

1. den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 13. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2005 zu verurteilen, ihm Leistungen wegen einer durch eine Berufserkrankung verursachten koronaren Herzerkrankung zu gewähren sowie
2. den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 09. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08. September 2009 zu verurteilen, ihm unter Anerkennung der Berufskrankheiten Nr. 4302, 4201 und 1315 der Anlage 1 zur BKVO die sich hieraus ergebenden Leistungen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Weder die Herzerkrankung des Klägers (1.) noch die Lungenfunktionsstörungen (2.) sind als eine Berufskrankheit anzuerkennen.

Das SG hat im angefochtenen Gerichtsbescheid die rechtlichen Grundlagen der zu treffenden Entscheidung zutreffend dargestellt. Es hat auch in nicht zu beanstandender Weise ausgeführt, dass die medizinischen Voraussetzungen für die geltend gemachten Berufskrankheiten Nrn. 4302, 4201 und 1315 der Anlage 1 zur BKV nicht erfüllt sind und dass die Herzerkrankung des Klägers weder eine Berufskrankheit darstellt noch gem. [§ 9 Abs. 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) wie eine Berufskrankheit anzuerkennen ist. Insoweit wird auf den Gerichtsbescheid gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen.

Ergänzend ist Folgendes auszuführen:

1. Die Herzerkrankung des Klägers ist nicht beruflich bedingt. Der Senat stützt sich hierbei auf das ausführliche, in sich schlüssige und in allen Ausführungen gut nachvollziehbare Gutachten des vom Kläger gemäß [§ 109 SGG](#) bestimmten Sachverständigen Dr. H. vom 24.01.2010. Danach kann die beim Kläger vorliegende koronare Herzerkrankung nicht auf eine Exposition mit potentiell atemwegs- und lungenschädigenden Substanzen zurückgeführt werden. Dessen Ausführungen decken sich in allen Punkten mit der Beurteilung des Sachverständigen Dr. F., der im Gutachten vom 31.03.2007 bestätigt hat, dass sich die Herzerkrankung des Klägers erfahrungsgemäß über Jahre und Jahrzehnte entwickelt hat und nicht innerhalb einer derartig kurzen Zeit, in welcher die hohe Belastung mit Kunststoffdämpfen vorgelegen haben soll. Die Herzerkrankung des Klägers ist damit auch zur Überzeugung des Senats unabhängig von dessen beruflicher Belastung entstanden.
2. Beim Kläger liegt auch keine Lungenfibrose vor. Eine solche ist lediglich einmal im Arztbrief des Radiologen Dr. D. vom 10.04.2006 in Auswertung eines CT-Befundes genannt worden. Das Vorliegen einer Fibrose konnte durch die nachfolgenden Untersuchungen jedoch nicht bestätigt werden. Der Senat stützt sich hierbei gleichfalls auf die von Dr. H. und von Dr. F. erstatteten Gutachten sowie den Entlassungsbericht der Schwarzwald-Baar-Klinik vom 22.07.2008. Danach finden sich im linken Unterlappen retrokardial umschriebene

narbige Veränderungen, die jedoch aufgrund der geringen Ausdehnung zu keiner Störung des Gasaustausches führen können. Ursächlich für die Beschwerden des Klägers ist zur Überzeugung des Senats eine unabhängig von beruflichen Einwirkungen entstandene schwergradige koronare Herzerkrankung, die zu einer im Laufe der Jahre zunehmenden Einschränkung der Pumpfunktion der linken Herzkammer geführt hat. Aufgrund der dadurch bedingten Behinderung des Rückstroms des Blutes aus dem Lungenkreislauf ist zunächst eine Druckerhöhung in der linken Vorkammer und später im Lungenkreislauf entstanden. Vermehrte Blutfülle und Druckerhöhung im Lungenkreislauf haben zu einer Erweiterung der peripheren Lungengefäße geführt, sodann zu einer vermehrten Flüssigkeitsansammlung im Interstitium und den Lungenbläschen mit der Folge einer Beeinträchtigung der Sauerstoffaufnahmefähigkeit der Lungen und damit einhergehend Atemnot. Diese Folgen der linksventrikulären Fehlfunktion haben beim Kläger im Lauf der Jahre - auch nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit - zugenommen. Insbesondere ist - entgegen der Auffassung des Klägers - der Lungenhochdruck nicht Ursache der Herzerkrankung, sondern umgekehrt Folge einer Erkrankung der linken Herzabschnitte.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-03-02