L 3 U 4705/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 811/09
Datum
09.09.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 4705/10
Datum
06.02.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die BeU.ung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 09. September 2010 wird zurückgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung einer Berufskrankheit und daraus folgend eine Verletztenrente. Der am 26.05.1950 geborene Kläger war in seiner Beschäftigung als Baumaschinenführer/Bag-ger¬fahrer bei der beklagten Berufsgenossenschaft gesetzlich unfallversichert. Am 14.12.2006 erlitt er einen Unfall auf dem Weg zu seiner Beschäftigung. Dieser Unfall bzw. die daraus folgenden Ansprüche gegen die Beklagte sind Gegenstand des Parallelverfahrens, in dem der erkennenden Senat am heutigen Tag über eine weitere Berufung des Klägers entschieden hat (L 3 U 5087/10). In jenem Verfahren wurde der Kläger ab Anfang 2007 mehrfach wegen orthopädischer Beeinträchtigungen untersucht. Nach Aktenlage erstmals in einem Anruf der Beklagten vom 18.05.2007 bei ihm wies der Kläger darauf hin, er habe "2005 mit belastetem Material gearbeitet und Atembeschwerden bekommen", dies solle vom AMD [Arbeitsmedizinischer Dienst] der Beklagte untersucht werden (vgl. Aktenvermerk von jenem Tage). Auf Nachfrage teilte der Kläger unter dem 25.05.2007 schriftlich mit, er sei am 19. oder 20.09.2006 in die H.-Kliniken R. in Breisach eingeliefert worden, nachdem er Atembeschwerden gehabt habe, die er auf seinen Einsatz auf einer Baustelle in Malsch bei Karlsruhe zurückführte. Am 06.06.2007 teilte das damalige Beschäftigungsunternehmen mit, der Kläger sei vom 18.09. bis 13.10.2006 arbeitsunfähig krank gewesen, zuvor sei er auf einer Baustelle in Ötigheim bei Rastatt eingesetzt gewesen; eine Unfallmeldung liege nicht vor. Ausweislich des beigezogenen Behandlungsberichts der H.-Kliniken vom 28.09.2006 hatte sich der Kläger dort vom 20. bis 25.09.2006 in stationärer Behandlung befunden, er sei dort von seinem Urologen eingewiesen worden, dem bei einer Untersuchung des Hodens des Klägers eine massive Zyanose (Blauverfärbung der Haut) aufgefallen sei. Als Diagnosen wurden ein Pickwick-Syndrom (Obesitas-Hypoventila-tionssyndrom) bei Adipositas per magna (186,1 kg bei 176 cm, BMI 60) mit ausgeprägter respiratorischer Globalinsuffizienz, eine dekompensierte Links¬herzinsuffizienz, am ehesten im Rahmen der schweren Hypoxie (Sauerstoffmangel des Körpergewebes), eine arterielle Hypertonie, eine Prostatahyperplasie und eine Hydrozele angegeben. Der Kläger sei kurzfristig über eine Maske beatmet und sodann medikamentös behandelt worden. Er habe bislang keinen Leidensdruck verspürt und sei subjektiv als Baggerführer arbeitsfähig gewesen. Es bestehe jedoch dringender Handlungsbedarf, es sei eine pulmologische Rehabilitation als AHB (Anschlussheilbehandlung) beantragt worden, der Kläger habe jedoch am 25.09. vorzeitig und gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen, da er sich subjektiv wohlgefühlt habe. In einem Schreiben vom 20.06.2007 machte der Kläger weitere Angaben zu seinem Einsatz auf einer Baustelle in Malsch vom 03.04.2006 bis 23.08.2006. Unter dem 18.07.2007 wandte er sich erstmals über seinen Verfahrensbevollmächtigten an die Beklagte. Der Geschäftsführer des Arbeitgebers, der spätere Zeuge U., berichtete unter dem 07.08.2007 detailliert über den damaligen Einsatz des Klägers. Dieser habe am 13. und 18.07.2006 mit seinem Bagger teerhaltigen Straßenaufbruch umgesetzt. Dieses Material habe wegen hoher Eigenfeuchte keinen Staub entwickelt. In einer 25 m entfernten Mischanlage sei der Aufbruch mit hydraulischem Tragschichtbinder gemischt worden, wobei es zu leichter Staubentwicklung gekommen sei. Der baubegleitend tätige Sachverständige habe berichtet, es sei hier das Tragen von P3-Staubmasken und Einwegschutzanzügen angeordnet gewesen, der Kläger habe dies jedoch verweigert. Auf der anschließenden Baustelle in Ötigheim habe der Kläger dem Polier, dem späteren Zeugen M., mitgeteilt, er könne wegen starker Schmerzen im Genitalbereich nicht mehr Bagger fahren, daraufhin habe er sich krankgemeldet und sei in den H.-Kliniken gewesen. In Erwiderung hier¬auf teilte der Kläger über seinen Verfahrensbevollmächtigten unter dem 10.09.2007 mit, das aufgebrochene Material habe aus einer Teerdecke, Schotter und Spritzmaterial bestanden. Es sei auf einem Waldweg gelagert worden. Es habe bestialisch gestunken. Wegen dieses Geruchs seien bei ihm – dem Kläger – Atembeschwerden entstanden. Dies habe er auch seinen Kollegen, den späteren Zeugen Meier, G. und Seiler, mitgeteilt. Er – der Kläger – sei der einzige gewesen, der das aufgebrochene Material aufgeschichtet habe. Er wisse genau, an welcher Stelle der Straße es später wieder eingebaut worden sei. Nachdem die Beschwerden auf der anschließenden Baustelle in Ötigheim so schlimm geworden seien, dass er nicht mehr habe weiterarbeiten können, hätten zwei Ärzte

(Dr. K. und Dr. S.) in Breisach Atemnot und eine Veränderung der Blutwerte festgestellt. Diese Angaben machte der Kläger auch bei persönlichen Anhörungen durch den TAD (Technischer Aufsichtsdienst) der Beklagten, der zwischenzeitlich eine Untersuchung eingeleitet hatte. Der TAD zog Unterlagen des Arbeitgebers und des damals eingesetzten Sachverständigenbüros über das Bauvorhaben, die Erneuerung eines Abschnitts der L 608 zwischen Malsch und Freiolsheim (Stadt Gaggenau, Kreis Rastatt), bei, darunter die Ergebnisse der Schadstoffuntersuchungen der alten Straße. In seiner Stellungnahme vom 25.10.2007 teilte er mit, dass in zwei von acht damals entnommenen Proben erhöhte Werte an PAK (polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe) festgestellt worden seien, daher könne der Kläger durchaus zeitweise mit PAK-belastetem Material oder seinen Ausgasungen in Kontakt gekommen sein. Eine etwaig starke Geruchsbildung bedeute jedoch nicht zwangsläufig eine starke Schadstoffbelastung der Umgebungsluft. Auf die einzelnen Messergebnisse wird verwiesen. Ferner ergab sich aus dem beigezogenen Leistungsverzeichnis des damaligen Auftraggebers, des Baureferats beim Regierungspräsidium Karlsruhe, dass die oberste Teerschicht der alten Straße z.T. aufbereitet und wiederverwendet werden sollte, hierbei wurde mit 5.500 m³ gerechnet; ferner sollte belasteter Teerbelag mit einer mittleren PAK-Belastung von 3000 mg/kg entsorgt werden, hierbei wurde mit 2.000 m³ gerechnet. Die Beklagte zog ferner das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers, der IKK Baden-Württemberg/Hessen, bei. Daraus ergab sich u. a., dass der Kläger vom 18.09. bis 13.10.2006 wegen "chronisch obstruktiver Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation (Verschlimmerung einer an sich chronischen Krankheit), respiratorischer Insuffizienz, übermäßiger Adipositas mit alveolärer Hypoventilation (verminderte Belüftung bei Pickwick-Syndrom), Lo¬bär¬pneumonie (Lappenlungenentzündung), Herzinsuffizienz, essentieller Hypertonie und Dyspnoe (Atemstörung)" sowie wegen "Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung" arbeitsunfähig krankgeschrieben war. Die Beklagte zog die Untersuchungsakte aus dem Parallelverfahren wegen des Wegeunfalls mit darin enthaltenen Ergebnissen einer Lungenfunktionsprüfung vom 19.11.2007 bei. Der damalige Bericht an den Kläger vom 06.12.2007 sprach von einer restriktiven Lungenerkrankung, vermutlich durch das Übergewicht bedingt. Im Auftrag der Beklagten erstellte der Lungen- und Bronchialheilkundler Dr. C. das Gutachten nach Aktenlage vom 23.02.2008. Darin ist ausgeführt, bei dem Kläger sei im Röntgenbild eine kardiale Dekompensation mit zentraler Lungenstauung festgestellt worden. Auch die alveoläre Hypoventilation des Klägers sei durch die erhebliche Adipositas erklärbar. Als Folge des starken Übergewichts steige die Atemarbeit. Die veränderten Blutwerte seien allein durch das erhebliche Übergewicht und das dadurch verursachte Pickwick-Syndrom bedingt. Es stelle sich die Frage, ob zusätzlich eine Bronchialobstruktion vorliege. Die Lungenfunktionsanalyse vom 19.11.2007 zeige aber ausschließlich eine restriktive Lungenfunktionseinschränkung. Die Strömungsge¬schwindigkeit der Luft im Bronchialsystem sei nicht beeinträchtigt, sodass keine Bronchialob¬struktion im Sinne eines Asthma bronchiale vorliege. Zusammenfassend sei das medizinische Bild anhand der vorliegenden Untersuchungsbefunde ausreichend erklärbar. Es ergäben sich keine konkreten Hinweise auf eine Berufskrankheit. Der staatliche Gewerbearzt beim Regierungspräsidium Stuttgart schlug in seiner Stellungnahme vom 15.05.2008 vor, keine (Listen- oder Wie-)Berufskrankheit anzuerkennen. Mit Bescheid vom 27.06.2008 stellte die Beklagte fest, der Kläger leide an einer Minderbelüftung der Lunge mit nachlassender Herzleistung. Ein Anspruch auf Entschädigung wegen dieser Krankheit bestehe nicht, denn es handle sich weder um eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 1 (Listen-BK) noch um eine solche nach § 9 Abs. 2 (Wie-BK) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Der Kläger erhob Widerspruch und beantragte, Leistungen auf Grund einer krankheitsbedingten Erwerbsminderung von mindestens 30 v.H. zu gewähren. Er trug vor, die Beklagte habe es unterlassen, das belastete Material zu untersuchen, mit dem er während der Straßenbauarbeiten in Berührung gekommen sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe dies seine Übelkeit und Atemnot während der Arbeiten an der L 608 verursacht. Ursache könnten die überhöhten PAK-Werte gewesen sein, denkbar sei aber auch, dass die PAK im Zusammenwirken mit anderen, nicht bekannten Stoffen, oder diese für sich allein, die Atemprobleme hervorgerufen hätten. Der Kläger behauptete, eine Passantin, die sich während der Bauarbeiten in der Nähe des Straßenaushubs befunden habe, sei ebenfalls mit Atemwegsbeschwerden ins Krankenhaus eingeliefert worden. Dies könne der zuständige Mitarbeiter des Straßenbauamts Karlsruhe bestätigen. Insbesondere der erniedrigte Sauerstoffpartialdruck bei erhöhtem Kohlensäurepartialdruck im Rahmen der Blutgasuntersuchungen bei ihm – dem Kläger – sei auf äußere Einflüsse zurückzuführen. Mit Schreiben vom 15.12.2008 wies die Beklagte darauf hin, das laufende Verwaltungsverfahren betreffe nicht eine etwaige obstruktive Lungenerkrankung. Der Kläger beantragte daher mit Schreiben vom 23.12.2008 gesondert die Feststellung einer BK nach Nrn. 4301 bzw. 4302 der Anlage Nr. 1 (BK-Liste) zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). In dem zuerst begonnenen Verfahren erließ die Beklagte den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 22.01.2009. Sie führte aus, die Minderbelüftung der Lunge mit nachlassender Herzleistung beim Kläger könne schon deshalb nicht anerkannt werden, weil sie keine der in der BK-Liste aufgeführte Krankheit sei. Auch eine Anerkennung als Wie-BK scheide aus, nachdem sich ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und der bisherigen BeU.stätigkeit des Klägers – auch für die versicherte Tätigkeit auf der Baustelle in Malsch – nicht feststellen lasse. In diesem Komplex hat der Kläger am 18.02.2009 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben (S 11 U 811/09). Das SG hat hier den behandelnden Hausarzt des Klägers, Dr. S., sowie Dr. L., den Chefarzt der Inneren Abteilung der H.-Kliniken Breisach, schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Dr. S. hat am 18.05.2009 mitgeteilt, die Beschwerden des Klägers seien schwer zu trennen, der Kläger sei schon durch seine Adipositas nicht mehr arbeitsfähig. Dr. L. hat unter dem 02.06.2009 bekundet, der Kläger sei wegen einer Hodenschwellung bei Dr. K. gewesen, dort sei eine deutliche Atemnot aufgefallen, es habe sich das klinische und laborchemische Bild einer respiratorischen Globalinsuffizienz mit einer Sauerstoffsättigung von 60 % gezeigt. Ursache sei eine alveoläre Hypoventilation bei ausgeprägter Adipositas von 186,1 kg gewesen. Subjektiv sei der Kläger wenig beeinträchtigt gewesen. Es handle sich um ein chronisches, über mehrere Jahre entstandenes Zustandsbild, das letztlich über das extreme Übergewicht und die dann bei Aufnahme in die Klinik auch vorliegende globale Herzinsuffizienz mit Wassereinlagerung im Körper entstanden sei. Im Laufe des stationären Aufenthalts hätten sich die Befunde verbessert. Die rechts bL. beschriebene Lungenentzündung sei rückläufig gewesen. Durch Ausschwemmung überflüssigen Körperwassers habe der Kläger auf 175,4 kg abgenommen. Das Krankheitsbild des Klägers im Sinne eines Pickwick-Syndroms könne durch eine nicht invasive Heimbeatmung (Nasen-C-PAP-Therapie nachts) deutlich verbessert werden. Unter diesem Aspekt habe die Klinik für den Kläger eine AHB in einer Lungenfachklinik beantragt. Der Kläger habe jedoch am 25.09.2006 gegen ärztlichen Rat die Klinik verlassen. Ob er die AHB angetreten habe, sei nicht bekannt. In dem neu eingeleiteten Verwaltungsverfahren wegen einer obstruktiven Lungenerkrankung ermittelte die Beklagte weiter. Auf ihre Anfrage hin teilte Urologe Dr. K. unter dem 26.02.2009 mit, der Kläger sei übergewichtig, schon seit Jahren in Behandlung, bei einer urologischen Behandlung am 20.09.2006 sei er in die H.-Klinik eingewiesen worden, der Grund hierfür eine massive Atemnot gewesen, die das Hinlegen verhindert habe. Der beigezogene Bericht des Universitätsklinikums Freiburg, Prof. Dr. Q., vom 17.10.2008 über eine stationäre Behandlung des Klägers im Oktober 2007 gab u. a. ein Adipositas-Hypoventilations-Syndrom mit u. a. respiratorischer Globalinsuffizienz an, bei dem Kläger bestehe seit Jahren eine Belastungsdyspnoe bei geringster Anstrengung, weswegen der Kläger nur im Sitzen schlafen könne. An Risikofaktoren beständen Adipositas, Diabetes mellitus, art. Hypertonie und Hyperlipidämie (metabolisches Syndrom) sowie ein Nikotinabusus (20 pack years). In diesem Bericht wurde auch über eine weitere Lungenfunktionsprüfung des Klägers am 08.10.2008 berichtet. Sodann erstattete Dr. C. im Auftrag der Beklagten die ergänzende gutachterliche Stellungnahme nach Aktenlage vom 29.04.2009 zu der Frage, ob konkret eine BK Nr. 4301/4302 (durch allergisierende bzw. chemisch-irritative oder toxische Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankung) vorliege. Darin ist ausgeführt, die Lungenfunktionsuntersuchung vom 19.11.2007 habe eine Vitalkapazität (VC) von 73 % und eine

Einsekunden¬kapazität (FEV1) von 69 % des Sollwerts; das Verhältnis der FEV1 zur VC (FEV1/VC, "Tiffeneau-Wert") habe bei 72 % und somit im Normalbereich gelegen. Dies entspreche einer ausschließlich restriktiven Lungenfunktionseinschränkung durch die Adipositas, nicht einer obstruktiven. Es sei nach Aktenlage auch keine antiobstruktive Therapie durchgeführt worden. Bei der weiteren Lungenfunktionsprüfung vom 08.10.2008 sei die Lungenfunktion im Vergleich zur vorigen Untersuchung ganz erheblich eingeschränkt gewesen, überwiegend restriktiv, mit leichter obstruktiver Komponente. Die VC habe bei 37 %, die FEV1 bei 34 % des Sollwerts gelegen; nach einer Broncholyse (medikamentöse Lösung eines Bronchospasmus) die VC bei 45 % und die FEV1 bei 43 % des Sollwerts. Dieser Befund entspreche einer mittelschwergradigen "obstruktiven" (gemeint: restriktiven) Lungenfunktionseinschränkung mit zusätzlicher leichter Bronchialobstruktion. Die Berichte zeigten, dass der Kläger von November 2007 bis Oktober 2008 um 20 kg (von 160 auf 181 kg) zugenommen habe. Vergegenwärtige man sich, dass das angeschuldigte Inhalationsereignis im Sep¬tember 2006 stattgefunden habe und im Jahre 2007 noch keine Obstruktion messbar gewesen sei, so können die jetzt erstmalig nachgewiesene Obstruktion nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis zurückgeführt werden, sondern eher auf anatomische Kompressionsvorgänge durch die weiter zunehmende Adipositas und ggfs. den Nikotinabusus. Auch in diesem Zusammenhang schlug der staatliche Gewerbearzt am 16.06.2009 keine Anerkennung einer BK vor. Mit Bescheid vom 10.07.2009 lehnte die Beklagte "Leistungen wegen (der) Atemwegser-krankung" ab. In der Begründung des Bescheids zitierte die Beklagte die Voraussetzungen der BKen Nr. 4301 und 4302 und führte aus, die Erkrankung des Klägers entspreche nicht dem medizinischen Bild einer dieser BKen. Im Widerspruchsverfahren wies der Kläger u. a. darauf hin, dass er ausweislich des Vorerkrankungsverzeichnisses der IKK vom 18.09. bis 13.10.2006 wegen chronischer obstruktiver Lungenerkrankung arbeitsunfähig erkrankt gewesen sei. Ferner rügte er erneut, die Beklagte habe keine Proben an den in der L 608 verbauten Stoffen genommen. Die Beklagte wies diesen Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22.10.2009 zurück. Der Kläger leide an einer restriktiven Lungenerkrankung, die sich im September 2007 als leicht und im Oktober 2008 als mittelschwer dargestellt habe. Eine primär obstruktive Erkrankung, wie sie die BKen Nrn. 4301 und 4302 voraussetzten, liege nicht vor. In diesem Komplex hat der Kläger am 30.10.2009 Klage zum SG erhoben (S 11 U 5481/09). Auch in diesem Verfahren hat das SG Dr. S. und Dr. L. schriftlich vernommen. Dr. S. hat unter dem 07.01.2010 ergänzend mitgeteilt, das Bronchialobstruktionssyndrom und die HWS-Distorsion des Klägers seien zweifellos Folgen einer Berufskrankheit, das Hypoventi-lationssyndrom hänge zweifellos mit dem massiven Über¬gewicht zusammen. Dr. L. hat unter dem 12.01.2010 auf seine Aussage in dem Parallelverfahren verwiesen und ergänzend angeführt, der Aufenthalt des Klägers in der Klinik habe in keinem Zusammenhang mit der Exposition belastenden Materials aus dem Straßenbau zusammengehangen, auch habe der Kläger dies aktiv nicht in Zusammenhang gebracht. Er - Dr. L. - schließe sich den Ausführungen in den (vom SG beigefügten) Gutachten von Dr. C. an. Unter dem 16.02.2010 ist der Kläger den Angaben des Zeugen Dr. L. entgegengetreten. Er - der Kläger - habe in den H.-Kliniken sehr wohl auf eine akute Inhalation von Schadstoffen an der Baustelle hingewiesen. Eine junge Ärztin, deren Namen er nicht mehr wisse, habe ihm - dem Kläger - zu den eröffneten Blutwerten mitgeteilt, diese ließen auf eine akute Exposition mit toxischen oder chemisch-irritativen Stoffen schließen. Daraufhin habe er - der Kläger - dieser Ärztin von seinem Baustelleneinsatz berichtet. Hierzu ergänzend befragt hat Dr. L. unter dem 05.05.2010 mitgeteilt, nach den Unterlagen hätten weder der Kläger noch die beiden diensthabenden Ärztinnen (Dr. T., Dr. I.) einen Zusammenhang zu einem akuten Schadensereignis angesprochen. Mit Beschluss vom 21.07.2010 hat das SG die Verfahren S 11 U 811/09 und S 11 U 5481/09 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden. Nach Anhörung der Parteien hat das SG die Klagen mit Gerichtsbescheid vom 09.09.2010 abgewiesen. Der Kläger habe den geltend gemachten Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 30 v.H. nicht. Die vorliegende und anerkannte "Minderbelüftung der Lunge mit nachlassender Herzleistung" sei keine BK im Sinne der Anlage 1 zur BKV. Es könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um eine Krankheit handle, die nach § 9 Abs. 2 SGB VII wie eine BK zu entschädigen sei. Dabei könne dahin stehen, ob insoweit neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorlägen. Es könne nämlich im Falle des Klägers nicht von einer Verursachung ausgegangen werden. Hierzu reiche zwar eine hinreichende Wahrscheinlichkeit aus, nicht jedoch ein bloße Möglichkeit. Eine solche Wahrscheinlichkeit fehle hier. Dr. L. habe die der angefochtenen Entscheidung zu Grunde liegende Einschätzung Dr. C.s bestätigt. Die Behandlung in den H.-Kliniken habe keine Anhaltspunkte für eine Exposition mit belastetem Material ergeben. Dr. L. habe insbesondere auch die Behauptung des Klägers, er habe in den H.-Kliniken auf eine akute Belastung auf der Baustelle hingewiesen, nicht bestätigen können. Dafür spreche auch Dr. W. Arztbrief vom 28.09.2006 an Dr. S., in dem keine Hinweise auf eine berufliche Verursachung enthalten seien. Vielmehr finde sich durchgehend die Diagnose eines Pickwick-Syndroms bei Adipositas per magna mit ausgeprägter respiratorischer Globalinsuffizienz und dekompensierter Linksherzinsuffizienz. Gegen ein akutes Schadensereignis spreche auch die Feststellung in dem Arztbrief, der Kläger habe sich in den H.-Kliniken subjektiv wohl gefühlt, was wie die Blutgasanalyse auf ein chronisches Geschehen hinweise. Auch habe sich der Kläger nicht wegen Atembeschwerden in die Klinik begeben, sondern nur auf Druck des behandelnden Urologen Dr. K ... Auch wegen einer BK Nr. 4301 oder Nr. 4302 bestehe kein Anspruch. Der Kläger leide nach der im Oktober 2008 durchgeführten Lungenfunktionsprüfung nunmehr auch an einer Obstruktion. Es bestehe jedoch kein Ursachenzusammenhang zu berufsbedingten Einflüssen. Zwar habe Dr. O. in seiner schriftlichen Zeugenaussage vom 25.01.2010 einen solchen Zusammenhang angenommen. Hierfür fehle es jedoch an einer nachvollziehbaren Begründung. Vor Oktober 2008 sei eine Obstruktion nicht nachgewiesen worden, wie sich aus dem Gutachten von Dr. C. ergebe. Bei der Untersuchung im Jahr 2007 sowie bei der stationären Behandlung in den H.-Kliniken im September 2006 hätten sich keine Hinweise auf eine obstruktive Erkrankung ergeben. Gegen diesen Gerichtsbescheid, der seinem Prozessbevollmächtigten am 15.09.2010 zugestellt worden ist, hat der Kläger am 06.10.2010 BeU.ung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Er bestreitet, sich bei seiner Einlieferung in die H.-Kliniken subjektiv wohl gefühlt zu haben. Er habe an massiver Atemnot gelitten und zwei Tage auf der Intensivstation verbringen müssen. Er bestreitet ferner, die Klinik gegen ärztlichen Rat verlassen zu haben. Er habe die AHB für notwendig gehalten, jedoch auf eine Nachricht seiner Krankenkasse gewartet, die nicht gekommen sei. Er hält an seiner Behauptung fest, eine Ärztin in der Klinik habe ihm die Diagnose einer obstruktiven Lungenerkrankung gestellt; hierfür benennt der Kläger seine Ehefrau als Zeugin. Der Kläger meint, es handle sich nicht um eine chronische Krankheit, denn er habe erstmals wenige Tage vor der Einlieferung Atemprobleme gehabt. Er trägt im Einzelnen zu den Umständen seiner Tätigkeit auf der Baustelle bei Malsch vor und benennt erneut damalige Kollegen als Zeugen. Er verweist außerdem erneut auf die Eintragungen im Vorerkrankungsverzeichnis der IKK. Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 09. September 2010 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 27. Juni 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Januar 2009 sowie des Bescheids vom 10. Juli 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Oktober 2009 zu verurteilen, eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30 v.H. ab dem 20. September 2006 zu gewähren. Die Beklagte beantragt, die BeU.ung zurückzuweisen. Sie verteidigt den angegriffenen Gerichtsbescheid und ihre Entscheidungen. Die A. hat auf Anfrage des Senats am 24.05.2011 mitgeteilt, die Arbeitsunfähigkeit des Klägers vom 18.09. bis 13.10.2006, die bei ihr u. a. wegen chronischer obstruktiver Lungenkrankheit verzeichnet sei, hätten ihr die H.-Kliniken (für den 20. bis 25.09.2006) sowie unter der Arztnr. 5785665 Dr. S. (für den 18. bis 23.09. sowie für den 29.09. bis 13.10.2006) gemeldet. Auf die Übersicht und die Speicherungen der einzelnen AU-Meldungen wird verwiesen. Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört und Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung dreier damaliger Kollegen des Klägers. Der Kläger hat angegeben, es habe an mehreren Tagen bei Aufbruch der alten Straßendecke stark gestunken. Es sei zwar ein Mundschutz angeboten worden. Er habe, nachdem er ihn aufgesetzt habe,

starke Atemprobleme bekommen, vielleicht wegen der großen Hitze damals, und den Mundschutz dann nicht mehr benutzt. Es sei Tag für Tag schlechter gegangen mit der Atmung. Andere Schutzmaßnahmen, insbesondere Schutzkleidung, habe es nicht gegeben. Er habe nach einem Bagger mit Klimaanlage gefragt, aber keinen erhalten. Den Vorfall mit der Passantin habe es gegeben; dies sei an dem Montag danach auf der Baustelle erzählt worden. Auf der Baustelle in Ötigheim sei es ihm - dem Kläger - an einem Tag so schlecht gegangen, dass er nicht mehr habe arbeiten können, er sei daraufhin im Einverständnis mit dem Polier nach Hause gefahren. Er habe Atemnot gehabt und nicht mehr Wasser lassen können, daraufhin sei er zum Urologen gegangen. Der Zeuge Maier hat bekundet, er habe auf der Baustelle vom 07.04. bis Juni 2006 gearbeitet. Er sei dort mit dem Aufbruch des Straßenmaterials und dem Aushub beschäftigt gewesen. Dieses habe gerochen, am ehesten teerhaltig. Er habe den Geruch von früheren Baustellen gekannt, dies sei häufiger vorgekommen, da ältere Straßenbeläge oftmals so röchen. Es sei damals relativ warm gewesen. Er selbst habe keinen Mundschutz und keine Schutzkleidung erhalten, auch die anderen Kollegen nicht. Das Material sei weiter oben gelagert worden, an der weiteren Bearbeitung und dem Wiedereinbringen sei er - der Zeuge - nicht beteiligt gewesen. Der Zeuge G. hat angegeben, er verfüge noch über Unterlagen über die Baustelle in Malsch. Er sei dort im Juni 2006 als Baggerfahrer eingesetzt gewesen. Am Abtragen des Straßenbelags sei er nicht beteiligt gewesen. Er könne sich aber an einen großen Asphalthaufen erinnern und auch daran, den Bagger des Klägers einmal auf diesem Haufen gesehen zu haben. Der Haufen habe gerochen, so wie eine aufgebrochene Straße rieche. Er selbst habe keine gesundheitlichen Probleme entwickelt. Mundschutz oder anderes habe es nicht gegeben. Von einem Vorfall mit einem Passanten wisse er nichts. Der Zeuge Y. hat mitgeteilt, als er auf der Baustelle in Malsch eingetroffen sei, sei ein Teil des alten Asphalts noch vorhanden gewesen, im unteren Drittel der Straße. Seine Kolonne sei am Aufbrechen dieses Materials beteiligt gewesen, ob er selbst auch, wisse er nicht mehr. Das Material habe abgedeckt in einer Hohlgasse gelegen. Es sei teerhaltig gewesen, es habe auch gemüffelt. Ihn habe der Geruch nicht überrascht, er sei so gewesen, wie derartiges teerhaltiges Material rieche. Es sei vorgekommen, dass Kollegen Schutzmasken getragen hätten, aber nicht längere Zeit. Es sei sehr heiß gewesen. Er selbst habe keine gesundheitlichen Probleme gehabt. Er habe einmal gehört, dass sich ein Anwohner beschwert habe und ins Krankenhaus gekommen sei; Genaueres sei auf der Baustelle nicht erzählt worden. Wegen der weiteren Angaben des Klägers und der Zeugen wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 03.05.2011 verwiesen. Der Senat hat sodann weitere Zeugen schriftlich vernommen. Der Geschäftsführer des damaligen Arbeitgebers, der Zeuge U., hat unter dem 01.06.2010 mitgeteilt, der Kläger sei vom 03.04. bis 23.08.2006 auf der Baustelle in Malsch eingesetzt gewesen, davon hab er an 6 einzelnen Tagen sowie vom 07. bis 22.08.2006 Urlaub gehabt; Krankheitstage seien nicht angefallen, Einsätze auf anderen Baustellen habe es nicht gegeben. Der Kläger sei als Baggerfahrer auch - und zwar am 13. und am 18.07.2006 - beim Umsetzen teerhaltigen Straßenaufbruchs eingesetzt gewesen. Den Mitarbeiten seien P3-Masken und Einwegschutzanzüge zur Verfügung gestellt worden, der Kläger habe diese Schutzmittel verweigert, wie später der Bauleiter berichtet habe, die anderen Mitarbeiter hätten die Schutzmittel getragen. Ein Zwischenfall mit einem Passanten sei nicht bekannt. Es habe eine Beschwerde eines Anwohners gegeben über eine Geruchsentwicklung bei Einbau der aus dem teerhaltigen Aufbruch aufbereiteten Tragschicht; Personalien hierzu lägen nicht vor. Der Zeuge hat ferner die Lohnlisten des Klägers, die Stundenberichte, Fotos der damaligen Baustelle sowie den Bauzeitenplan eingereicht. Der Zeuge L., Ministerium für Verkehr und Infrastruktur Baden-Württemberg, hat unter dem 16.06.2011 bekundet, er sei damals als Bauleiter seitens des Auftraggebers an dem Ausbau der L 608 beteiligt gewesen, die damals beauftragte Firma (Arbeitgeberin des Klägers) habe einen Sicherheits- und Gesundheitskoordinator eingesetzt, den Entsorgungsweg des kontaminierten Materials habe ein Ingenieur-Büro begleitet. Ein Vorfall mit einem Passanten sei nicht bekannt. Es seien auch keine Beschwerden von Anwohnern bekannt, die Baumaßnahme habe in einem Waldgebiet stattgefunden. Der Hausarzt des Klägers, Dr. O., hat auf wiederholte Nachfrage des Senats, auf welcher Grundlage er bei dem Kläger damals eine obstruktive Lungenerkrankung diagnostiziert und der Krankenkasse gemeldet habe, unter dem 13.07.2011 mitgeteilt, er sei Allgemeinmediziner und mache pulmologische oder orthopädische Abklärungen nicht selbst, er könne sich nur auf die zahlreichen fachärztlichen Untersuchungsberichte und Gespräche mit Kollegen stützen. Für ihn bestehe kein Zweifel, dass es sich bei dem Kläger "bei der COPD [chronisch obstruktiver Lungenerkrankung] nach permanenter Kontamination mit bitumen-getränktem Schotter um eine BK handle. Er habe dutzende Fälle, egal wie schwer eine BK oder ein Unfall seien, die Berufsgenossenschaften wollten nicht zahlen, es sei einfach ungeheuerlich. Sodann hat der Senat bei dem Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. Ä. ein lungenfachärztliches Gutachten über den Kläger eingeholt. Dem Gutachter gegenüber hat der Kläger weitere Angaben über den Hergang und die schon zuvor bestehenden Lungenprobleme gemacht (S. 3 ff. des Gutachtens), auf die Bezug genommen wird. Der Sachverständige hat ausgeführt, es falle insbesondere der große zeitliche Abstand zwischen der Arbeit in Malsch, bei der der Kläger vom 07. bis 22.08.2006 auch Urlaub gehabt habe, und dem Beginn des vorliegenden Erkrankungsbildes auf. Offenbar habe ihn der Hausarzt ab dem 18.09. unter der Diagnose einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung krankgeschrieben, bevor er am 20.09.2006 stationär in die H.klinik aufgenommen worden sei. Dabei sei kein Hinweis auf eine obstruktive Ventilationsstörung aufgezeichnet worden. Auch bei einer aktuellen stationären Aufnahme im D.krankenhaus Freiburg vom 18. bis 26.06.2012 sei kein obstruktive Ventilationsstörung beschrieben worden. Bei einer bei der Begutachtung durchgeführten Lungenfunktionsprüfung hätten sich (nach nunmehr langer Beatmungstherapie) ein FEV1 von 76,1 % und eine VC von 74,9 % ergeben, bei der Druck-Fluss-Kurve falle eine knickartige Keulenbildung auf, die nicht sicher charakteristisch für eine obstruktive Ventilationsstörung, sondern für einen durch Adipositas (Körpergewicht nach Angaben des Klägers zZ 165 kg) bedingten exspiratorischen Atemwegskollaps spreche und sich auch nach einer Broncho¬spas¬mo¬ly¬se nicht wesentlich verändert habe. Der CO2-Diffusionstest und die Blutgasanalyse bestätigten eine (formell leichte) Restriktion, die durch Adipositas erklärt werden könne; charakteristisch für das Pickwick-Syndrom seien v. a. die gegenüber den recht ordentlichen spirometrischen Werten extrem verminderten Blutgaswerte. Bei der zusammenfassenden Beurteilung sei unbedingt zu beachten, dass der Kläger nicht von der angeschuldigten Baustelle in Malsch in die Behandlung gegangen sei. (In diesem Falle wäre) ein ( ) Zusammenhang ( ) eines durch die Irritation denkbaren Asthmaanfalls i.S. einer BK 4302 denkbar und wahrscheinlich gewesen. Der Kläger habe vielmehr nach der Baustelle Malsch, auf der er sogar vom 07. bis 22.08. Urlaub gehabt und dann nur noch am 23.08. gearbeitet habe, noch auf Baustellen in Herbolzheim und sodann in Ötigheim gearbeitet, die als nicht belastet angesehen würden. Auch habe er sich von der Baustelle in Ötigheim wegen Hodenschmerzen abgemeldet. Diese lange Latenz spreche eindeutig gegen einen Zusammenhang im Sinne einer durch PAK-Exposition ausgelösten akuten obstruktiven Ventilationsstörung. Ab der Einweisung in die H.-Kliniken sei auch keine obstruktive Erkrankung verzeichnet worden. Im Vordergrund habe das Pickwick-Syndrom gestanden. Die Diagnose einer Zyanose allein rechtfertige die Annahme einer obstruktiven Erkrankung nicht, da die Blauverfärbung der Schleimhäute kein für diese Erkrankung spezifisches Symptom darstelle. Auch könnten bei drohendem kardialem Versagen klinisch Zeichen einer obstruktiven Ventilationsstörung beobachtet werden; hierbei handle es sich aber nicht um ein solches Leiden, sondern um eine Komplikation der Herzinsuffizienz ("Asthma cardiale"). Gegen ein originär obstruktives Atemwegsleiden bei der stationären Einweisung spreche auch, dass der Kläger nicht im Hinblick auf eine bronchiale Obstruktion behandelt worden sei. Es sei zwar Theophyllin gegeben worden, dieses Medikament sei aber bei einer Obstruktion nur dritte Wahl. Auch sei der Kläger nichtinvasiv beatmet worden; dies sei die Methode der Wahl bei einem akuten respiratorischen Versagen im Rahmen eines Pickwick-Syndroms. Auch habe die H.-Klinik die anschließenden AHB nicht wegen einer obstruktiven Ventilationsstörung für notwendig erachtet. Der Angabe des Klägers, seine Blutwerte hätten sich wegen der Exposition gegenüber den PAK verändert, sei nicht zu folgen, da es keine

spezifischen Laborwerte für einen solchen Zusammenhang gebe. Die erste spirometrische Lungenfunktionsprüfung vom 19.11.2007 schließlich habe - nur - eine respiratorische Ventilationsstörung gezeigt. Konkret zu der weiteren Lungenfunktionsprüfung am 08.10.2008 hat der Sachverständige ausgeführt, es sei zwar damals eine "schwere intrathorakale Obstruktion" festgehalten worden. Die Original-Funktionsparameter lägen jedoch nicht vor. Der Kläger sei daraufhin ausweislich des Berichts vom 17.10.2008 mit einer - sehr teuren - antiobstruktiven Medikation (Symbicort Turbohaler und Spiriva) behandelt worden. Dies sei aber nie wieder diagnostisch hinterfragt worden. Dies sei ungewöhnlich. Eine eigentlich zu fordernde Bedarfsmedikation für Fälle akuter Atemnot sei nie erfolgt. In dem aktuellen Bericht des D.krankenhauses seien weder diese Therapie noch eine obstruktive Lungenfunktionseinschränkung beschrieben worden. Gegen eine solche Erkrankung spreche auch, dass der Therapieversuch mit Inhalativa die Werte nicht signifikant verändert habe. Insgesamt bestehe bei dem Kläger in klassischer Weise ein dekompensiertes Pickwick-Syndrom mit den typischen Sekundärkomplikationen wie Stauungsproblemen, schwerer Hypoxaemie, Hyperkapnie und massiven Ödemen. Das zeitliche Zusammentreffen (der Dekompensation) mit der Geruchsbelästigung in Malsch sei als zufällig anzusehen. Eine Erkrankung nach Nr. 4302 der BK-Liste sei vor allem wegen des zeitlichen Ablaufs, der sehr langen Latenz zwischen der Einwirkung und der stationären Aufnahme, der damaligen Diagnose eines respiratorischen Versagens und der Angaben der Kollegen, die keine Beschwerden verspürt hätten, sicher auszuschließen. Eine BK Nr. 4301 scheide schon per definitionem aus, nachdem Allergien auf PAK nicht bekannt seien. Zu der Frage, ob die Erkrankung des Klägers durch andere chemisch-irritative oder toxische Erkrankungen ausgelöst worden sein könne, hat der Sachverständige ausgeführt, in einem solchen Falle hätte man erwarten müssen, dass noch während der Tätigkeit auf der Baustelle oder spätestens nach 24 Stunden ein Zustand eintrete, der eine ärztliche Konsultation erforderlich mache. Der Kläger jedoch sei überschlägig erst vier Wochen nach der Tätigkeit in Malsch von seinem Urologen ins Krankenhaus eingewiesen worden. Auch aus seiner klinischen Erfahrung heraus und nach einer - insoweit unergiebigen - Literaturrecherche sei kein Fall bekannt, der einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung des Klägers und einer Einwirkung durch Straßenaushub nahelege. Auch seien die zeitlichen, klinischen, funktionellen und anamnestischen Hinweise in keiner Weise für die Anerkennung einer "Wie-BK" plausibel. Hinsichtlich des Gutachtens von Dr. C. vom 23.02.2008, dem er zustimme, hat Dr. Ä. noch darauf hingewiesen, dass dort ein Schreibfehler vorliegen müsse, es müsse dort eine "mittelschwergradige restriktive Lungenfunktionseinschränkung mit zusätzlicher Bronchialob-struktion" heißen. Wegen der Feststellungen und Schlussfolgerungen des Sachverständigen im Einzelnen wird auf das schriftliche Gutachten vom 17.09.2012 Bezug genommen. Der Kläger ist den Ausführungen Dr. Ä.s entgegengetreten und hat insbesondere moniert, das Gutachten gehe nur auf eine Verursachung durch PAK ein, lasse aber andere chemische Stoffe außen vor. Er hält an seinem Vortrag fest, er sei wesentlich länger als die Kollegen den Ausdünstungen des Straßenaushubs ausgesetzt gewesen, denn er habe den Aushub, die Zwischenlagerung und den Wiedereinbau allein vorgenommen. Ferner hat der Kläger angeregt, das auf der L 608 zwischen Malsch und Freiolsheim verbaute Straßenaufbruchmaterial auf andere che¬misch-irritative oder toxische Stoffe zu untersuchen, hierzu aber, auch in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat, keinen ausdrücklichen Beweisantrag gestellt. Letztlich hat der Senat die Rentenakte des Klägers bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg beigezogen. Auf die darin enthaltenen medizinischen Unterlagen, insbesondere den Bericht des R.-Zentrums Freiburg vom 09.08.2007 über eine teilstationäre Rehabilitation des Klägers vom 11.07. bis 07.08.2007 und auf das Gutachten des Sozialmediziners Dr. Conrad vom 13.05.2008, wird verwiesen. Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die zulässige BeU.ung des Klägers ist nicht begründet. a) Gegenstand des Rechtsstreits ist - nur - der Anspruch des Klägers auf Gewährung einer Verletztenrente, wobei der Kläger zuletzt von einer MdE von mindestens 20 v.H. ausgeht. Eine ausdrückliche Feststellung einer BK - etwa nach § 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG - hat er nicht beantragt, sodass diese Frage nur im Rahmen der Prüfung des Anspruchs auf Verletztenrente eine Rolle spielt. Dafür ist das Verfahren nicht auf etwaige Rentenansprüche wegen einer bestimmten BK und auch nicht auf die (in Betracht kommenden) Listen-BKen beschränkt. Zwar hat die Beklagte in dem Bescheid vom 10.07.2009 lediglich über die Anerkennung der Erkrankung des Klägers als BK Nr. 4301 oder Nr. 4302 entschieden. Dies ergibt sich deutlich aus den einleitenden Sätzen der Begründung jenes Bescheids, die insoweit zur Erläuterung des allgemeiner gehaltenden und daher etwas unklaren Tenors heranzuziehen sind. In dem anderen Bescheid vom 27.06.2008 hingegen hat die Beklagte insgesamt über alle (in Betracht kommenden) BKen entschieden. Sie hat dort - in diesem Falle am Ende des Verfügungssatzes - allgemein festgestellt, die bei dem Kläger objektiv vorliegende Erkrankung (die dort als "Minderbelüftung der Lunge mit nachlassender Herzleistung" bezeichnet wurde) sei keine BK, weder eine Listen-BK nach § 9 Abs. 1 SGB VII noch eine "Wie-BK" nach § 9 Abs. 2 SGB VII. Damit war inhaltlich auch über eine Anerkennung dieser Krankheit nach Nrn. 4301 oder 4302 der BK-Liste entschieden, sodass der Bescheid vom 10.07.2009 insoweit nur wiederholend war. Gegenstand des Verfahrens ist auch nicht ein etwaiger Arbeitsunfall des Kläger auf der Baustelle in Malsch, also eine nicht durch langfristige, sondern durch akute Einwirkung verursachte körperliche Schädigung. Ein Arbeitsunfall und eine BK sind zwei getrennte Versicherungsfälle im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. § 7 Abs. 1 SGB VII). Über einen Arbeitsunfall und seine Folgen hat die Beklagte nicht entschieden, ein solcher wurde auch von dem Kläger nicht geltend gemacht. b) Die rechtlichen Voraussetzungen eines Anspruchs auf eine Verletztenrente aus § 56 Abs. 1, Abs. 2 SGB VII hat das SG in der angegriffenen Entscheidung zutreffend dargelegt, darauf wird verwiesen (§ 153 Abs. 2 SGG). Dies gilt auch für die Anforderungen an den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfall und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten, für den eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreicht. c) Bei dem Kläger liegt jedoch keine BK vor, deretwegen er mit einer Verletztenrente zu entschädigen wäre. Als Versicherungsfall gilt nach § 7 Abs. 1 SGB VII auch eine BK. BKen sind zum einen ("Listen-BK") die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet (Berufskrankheiten-Verordnung, BKV) und die ein Versicherter bei einer versicherten Tätigkeit erleidet (§ 9 Abs. 1 SGB VII). Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der BKV solche Krankheiten als BKen zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann BKen auf bestimmte Gefährdungsbereiche beschränken oder mit dem Zwang zur Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten versehen. Ferner haben die Unfallversicherungsträger nach § 9 Abs. 2 SGB VII eine Krankheit, die nicht in der BKV bezeichnet ist oder bei der die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine BeU.skrankheit als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Bezeichnung nach § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII erfüllt sind (sogenannte Öffnungsklausel für Wie-BKen). Nach gefestigter Rechtsprechung enthält diese Vorschrift keine "Härteklausel", nach der jede durch eine versicherte Tätigkeit verursachte Krankheit als "Wie-BK" anzuerkennen wäre. Voraussetzung ist unter anderem grundsätzlich, dass - allgemein und nicht nur auf den Einzelfall bezogen - das Risiko bestimmter Berufsgruppen, die fragliche Erkrankung zu erleiden, gegenüber dem Durchschnitt der anderen Berufsgruppen auf mindestens das Doppelte erhöht ist (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 29.11.2010, L 6 U 41/08, Juris Rn. 25 m.w.N.). Die weiteren Voraussetzungen einer BK müssen auch hier

vorliegen, insbesondere muss die beU.liche Verursachung hinreichend wahrscheinlich sein. aa) Eine BK nach § 9 Abs. 1 SGB VII i.V.m. Nr. 4301 oder Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV scheidet aus. Diese beiden BKen sind durch allergisierende (Nr. 4301) bzw. durch chemisch-irritative oder toxische Stoffe (Nr. 4302) verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhi-no¬pathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Dass eine solche Krankheit vorliegt, ist bei einem Versicherten im Vollbeweis festzustellen; ist eine solche volle Überzeugung des Gerichts nicht zu erlangen (§ 128 SGG), geht dies nach den Grundsätzen der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten. Erst bei dem notwendigen Kausalzusammenhang zwischen der Erkrankung und den beruflichen Belastungen des Versicherten verringert sich der Beweismaßstab, nötig, aber auch ausreichend ist hier eine hinreichende im Sinne überwiegender Wahrscheinlichkeit. (1) Bei dem Kläger liegt bereits keine obstruktive Atemwegserkrankung vor. "Obstruktive Atemwegserkrankung" ist der Sammelbegriff für Krankheiten des broncho-pul-mo¬na¬len Systems, die mit obstruktiven Ventilationsstörungen einhergehen. Darunter fallen demnach die allergische Rhinopathie, das Asthma bronchiale und die chronische obstruktive Bronchitis bzw. chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Die unspezifische bronchiale Hyperreagibilität ist kein eigenständiges Krankheitsbild in diesem Sinne, sondern Ausdruck der gesteigerten Bereitschaft der unteren Atemwege, mit Obstruktion zu reagieren (Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, M 4301 S. 7, Lfg. 2/11). Fehlt es bei einer Krankheit des Versicherten an der Obstruktion, liegen die Voraussetzungen einer obstruktiven Atemwegserkrankung nicht vor (Mehrtens/Brandenburg, a.a.O. m.w.N.). Eine obstruktive Ventilationsstörung entsteht durch eine Verringerung des Atemwegsquerschnitts, der die gesamte Atem¬wegs¬geometrie umfasst. Die Folge ist die Atemstrombegrenzung in der Ausatemphase (exspiratorische Atemstrombegrenzung). Es wird zwischen zentralen und peripheren obstruktiven Ventilationsstörungen unterschieden (zu allem Schönberger/ Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 995 f.). Dagegen ist z. B. die restriktive Ventilationsstörung, bei der es sich nicht um eine BK nach Nr. 4301 oder 4302 handelt, gekennzeichnet durch eine Behinderung der Ausdehnungsfähigkeit der Lunge (Abnahme der Lungendehnbarkeit). Eine Ursache hierfür sind schrumpfende (fibrosierende) Umbauvorgänge im Lungeninneren. Diese Ursache ist jedoch differentialdiagnostisch abzugrenzen von ebenfalls vorkommenden extrapulmonalen (nicht lungeninternen) Ursachen wie Kyphoskoliosen (dorsal gerichtete Wirbelsäulenverkrümmung) und höhergradigem Übergewicht (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 996). Während Asthma bronchiale und allergische Rhinopathie im Wesentlichen symptombezogen zu diagnostizieren sind, ist der für die Diagnose einer COPD maßgebliche Wert der Lungenfunktionsprüfung, insbesondere der Spirometrie, die Einsekundenkapazität (FEV1). Nach ihrer Einschränkung wird die COPD in vier Schweregrade eingeteilt: I (FEV1 &8805; 80 %: I; 50 bis unter 80 %: II; 30 bis unter 50 %: III; unter 30 %: IV; vgl. Schönberger/Mehr¬tens/Va¬len-tin, a.a.O., S. 997). Die Einstufungen der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD-10, hier zitiert nach www.dimdi.de) weichen hiervon nur in Einzelpunkten ab (ICD-10 Nr. J44-0 ff.). Die Vitalkapazität (VC) hingegen ist bei einer primären obstruktiven Lungenerkrankung, wie sie die Nrn. 4301 und 4302 der BK-Liste verlangen, nicht unbedingt eingeschränkt. Die Diagnose einer obstruktiven Erkrankung setzt daher auch voraus, dass die Einsekundenkapazität im Verhältnis zur Vitalkapazität nennenswert herabgesetzt wird. So setzen alle Stufen der COPD voraus, dass das Verhältnis FEV1/VC (70 % beträgt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 997). Ist - auch - die VC (v. a. die Totalkapazität der Lunge) herabgesetzt, sodass ggfs. ein höherer Verhältniswert besteht, liegt - auch - eine restriktive Lungenerkrankung vor, die ggfs. im Vordergrund steht. Weitere, klinische Indizien für eine obstruktive Lungenerkrankung im Sinne der genannten BKen sind asthmatische Symptome, Husten mit Auswurf, Atembeklemmungen, ein Giemen der Lungen und ggfs. eine Hyperreagibilität, nachgewiesen durch unspezifische Provokationen der Lunge (Mehrtens/Schönber¬ger/Valentin, a.a.O., S. 1054). Bei einer restriktiven Lungenerkrankung kommt es dagegen zu trockenem Husten und ggfs. einer langfristigen verminderten Sauerstoffversorgung des Körpers. Die zwischenzeitlich geäußerte Meinung des Klägers, bei ihm liege eine obstruktive Lungenerkrankung vor, hat sich nicht bestätigt. Es steht vielmehr zur Überzeugung des Senats fest, dass er an einer restriktiven Lungenerkrankung leidet, die wahrscheinlich - da andere Ursachen wie eine gekrümmte Wirbelsäule nicht in Betracht kommen - durch sein erhebliches Übergewicht verursacht ist, das dazu führt, das große Gewichte auf die Lunge drücken und diese verengen bzw. eine volle Entfaltung beim Atmen verhindern, sodass eine chronische Sauerstoffunterversorgung des Körpers verursacht wird. Der Senat stützt sich bei dieser Einschätzung maßgeblich auf die Untersuchungen und Schlussfolgerungen des Gerichtssachverständigen Dr. Ä ... Dieser hat bei seiner Lungenfunktionsprüfung vom 20.07.2012 nur eine leicht erniedrigte totale Lungenkapazität und einen Tiffeneau-Index von mehr als 76 % gemessen (S. 10 des Gutachtens). Auch bereits die erste aussagekräftige Lungenfunktionsprüfung des Klägers vom 19.11.2007 zeigte eine höhere Verminderung der FEV1 als der IVC, sodass der Tiffeneau-Wert (FEV1/IVD) bei 72 % und damit bei 93 % des Sollwerts lag. Entsprechend hatte der damalige Untersucher vom AMD der Beklagten nur den Verdacht auf eine Restriktion, nicht aber auf eine Obstruktion genannt. Dagegen war bei der weiteren Lungenfunktionsprüfung vom 08.10.2008 - auch - eine Obstruktion festgestellt worden, die IVC war zunächst mit 37 % und nach Gabe eines bronchienerweiternden Medikaments (Beta-2-Mimetikum) weiterhin nur mit 45 % des Sollwerts gemessen worden, daraus ergaben sich Tiffeneau-Indexe von 64 und dann 67 % (92 bzw. 96 % des Sollwerts). Dieser Index lag aber auch hier nur knapp unter der für die Diagnose einer obstruktiven Erkrankung maßgeblichen Grenze. Ebenso wurde auch hier eine (damals mittelgradige, FEV1 34 bzw. 43 %) Restriktion genannt. Es lag also allenfalls eine sekundäre Obstruktion vor, die ggfs. zu der im Grunde bestehenden restriktiven Erkrankung hinzugetreten war, z. B. auf Grund eines Infekts. Es kann daher der Einschätzung des Sachverständigen gefolgt werden, dass sich aus dieser Messung zwei Jahre nach der angeschuldigten Belastung keine belastbaren Hinweise auf eine beruflich bedingte Obstruktion ergeben. Es fehlt auch an den notwendigen klinischen Zeichen, insbesondere wurde nicht von Husten mit Auswurf berichtet. Vor allem aus diesem Grunde, aber auch wegen der Werte der Lungenfunktionsprüfungen, sind nicht nur die COPD, sondern auch die weiteren denkbaren obstruktiven Erkrankungen wie Asthma bronchiale oder Rhinopathie, auszuschließen. Neben den vorhandenen ärztlichen Unterlagen, die Dr. Ä. ausgewertet hat, ergibt sich auch aus den Untersuchungen im Rentenverfahren des Klägers bei der DRV Baden-Württemberg kein Anhaltspunkt für eine obstruktive Lungenerkrankung. In dem Rehabilitationsbericht vom 09.08.2007 wird nicht unter den Diagnosen, wohl aber in der Anamnese - lediglich - auf eine Atemnot verwiesen, die nach Kontakt mit teerhaltigen Materialien entstanden sei, sich dann aber nach der Entlassung aus der H.-Klinik zurückgebildet habe und erst nach dem Wegeunfall im Dezember 2006 wieder aufgetreten sei, wobei der Kläger hier einen Zusammenhang zu Medikamenten mutmaßte. Eine Behandlung beim Pulmologen sei nicht erfolgt. Und bei der Begutachtung am 06.05.2008 hat Dr. Conrad ausweislich seines Gutachtens vom 13.05.2008 die Lunge untersucht, aber lediglich einen Klopfschall über den Lungen feststellen können. Auch die weiteren Umstände, auf die der Kläger hingewiesen hat, lassen eine obstruktive Lungenerkrankung nicht als bewiesen erscheinen. Erstmals verzeichnet wurde diese Diagnose im Vorerkrankungsverzeichnis der IKK für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit vom 18.09. bis 13.10.2006. Wie die Anhörung der IKK im Berufungsverfahren ergeben hat, wurde diese Diagnose (verschlüsselt als J44.19 nach ICD-10) von den H.kliniken Breisach gemeldet. Der Hausarzt Dr. S. hatte diese Diagnose dagegen nicht gestellt, insbesondere nicht vor der Einlieferung des Klägers in die Klinik. Das hat seine Zeugenaussage vom 13.07.2011 ergeben. Ferner ergibt sich aus den Unterlagen der IKK, dass Dr. S. selbst der Kasse andere Diagnosen als Grund für die fortbestehende AU gemeldet hatte, nämlich (nach ICD-10) M54 (Rückenschmerzen), I83.1 (Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung) und R06.0 (Dyspnoe). Soweit Dr. S. meint, bei dem Kläger liege eine obstruktive Erkrankung vor, hat er nach seiner eigenen Aussage nur die von den H.-Kliniken mitgeteilte Diagnose wiederholt, aber keine eigenen Feststellungen getroffen. Die Meldung der

Klinik an die IKK war aber falsch. Ausweislich des Behandlungsberichts vom 28.09.2006 war dort keine obstruktive Erkrankung diagnostiziert worden, sondern ausschließlich ein Pickwick-Syndrom mit ausgeprägter respiratorischer Globalinsuffizienz. Diese Diagnosen hat Dr. L. als sachverständiger Zeuge in seinen beiden schriftlichen Aussagen gegenüber dem SG bestätigt, er hat insbesondere ausgeschlossen, dass dort eine obstruktive Erkrankung festgestellt worden sei. Die falsche Meldung an die IKK deutet zwar darauf hin, dass während des Aufenthalts des Klägers in der Klinik eine falsche Diagnose genannt worden ist, weswegen möglicherweise auch sein Vortrag zutrifft, eine der Ärztinnen dort habe sie genannt. Auf eine derartige möglicherweise genannte Diagnose kommt es aber nicht an, nachdem feststeht, dass eine obstruktive Lungenerkrankung tatsächlich nicht vorlag. (2) Im Rahmen dieser beiden geltend gemachten BKen kann es daher offen bleiben, ob die Beschwerden des Klägers durch Einwirkungen während seiner Beschäftigung, ggfs. auf der Baustelle in Malsch, verursacht worden sind. Nur hierbei wären die Erwägungen des Sachverständigen, insbesondere zu der langen zeitlichen Latenz zwischen dem letzten Einsatz des Klägers auf jener Baustelle (ausweislich des Stundennachweises vor dem Urlaub zuletzt am 04.08., danach noch einmal am 23.08.2006, wobei nach dem Bauzeitenplan die Teeraufbereitung schon am 17.07.2006 beendet war und die Aufbringung der Asphaltschicht erst am 24.08.2006 begann) und ggfs. zu der Berücksichtigung des langjährigen Zigarettenkonsums im Rahmen einer obstruktiven Lungenerkrankung (vgl. hierzu LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.12.2010, L 3 U 227/07, Juris Rn. 33 ff.) zu berücksichtigen. bb) Für die Voraussetzungen einer anderen Listen-BK ist nichts ersichtlich, auch hat sich der Kläger auf keine andere Listen-BK als Nrn. 4301 und 4302 berufen. Eine BK nach Nr. 4113 der Liste setzt einen Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Bezo(a)pyren-Jahren voraus (vgl. Mehrtens/Brandenburger, a.a.O., M 4113 S. 1 ff.). Auf der Baustelle in Malsch lag zwar nach den Untersuchungen des alten Straßenmaterials durch ein Ingenieurbüro an zwei Probenkernen eine erhöhte PAK-Dosis vor, auch der Teergeruch wurde schon damals verzeichnet, den auch die als Zeugen vernommenen Kollegen des Klägers bestätigt haben. Aber der Kläger leidet nicht an Lungenkrebs. Und bei ihm liegt die Mindesteinwirkungszeit nicht vor; jedenfalls ist in der Liste der festgestellten PAK-Expositionen in verschiedenen Berufen (Mehrtens/Brandenburger, a.a.O.) der Straßenbau nicht verzeichnet. Ebenso ist nicht von einer exogen-allergischen Alveolitis nach Nr. 4201 der BK-Liste (vgl. ICD-10 Nr. J67) auszugehen. Hierbei handelt es sich Lungenentzündungen, die vorrangig durch organische Stäube ausgelöst werden (Farmerlunge, Vogelhalterlunge, Pilzarbeiterlunge pp). Nur ausnahmsweise können anorganische Stoffe verursachend wirken. So ist eine Lungenerkrankung durch Verwendung von Isocyanaten zur Herstellung von Polyurethanen, Lacken und Klebstoffen anerkannt (Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., M 4201 S. 1), das so genannte "Isocyanat-Asthma". Hierbei handelt es sich nicht um ein eigentliches Asthma, sondern um eine grundsätzlich restriktive Ventilationsstörung und in der Folge eine pulmonale Diffusionsstörung. Auch hier sind aber Veränderungen im Lungengewebe zu verzeichnen (Fibrose). In der Folge stellen sich Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahmen ein. Die relevanten Antikörper (IgG) können im Blutserum nachgewiesen werden (zu allem Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., S. 2 f.). Bei dem Kläger liegt jedoch ein anderes medizinisches Bild vor. Es besteht keine allergische Alveolitis. Zwar leidet er an einer restriktiven Ventilationsstörung. Die weiteren Symptome, insbesondere die Gewichtsabnahme, fehlen jedoch. Bei den Blutuntersuchungen wurden Antikörper nicht gefunden. Veränderungen in der Lunge fehlen ebenfalls; bei dem Kläger beruht die restriktive Ventilationsstörung nicht auf Umbauvorgängen in der Lunge, sondern auf dem Zusammendrücken und dem Platzmangel der Lungenflügel durch das massive Übergewicht. Aus diesen Gründen kann offen bleiben, ob der Kläger bei seiner Berufsstätigkeit der Einwirkung von Isocyanaten ausgesetzt war. Erkrankungen nach Nrn. 4101, 4102 oder 4103 der BK-Liste (Pneumokoniosen, nämlich Silikose durch Einwirkung von Quarzstäuben, ggfs. mit Tuberkulose, Asbestose) scheiden aus. Der Kläger war allenfalls Einwirkungen durch Asphaltstäube oder Zement ausgesetzt. In diesen Stoffen sind weder Asbestfasern noch Quarz, Cristobalit oder Tridymit enthalten; letztere finden sich in Sandstein, Quarzit, Grauwacke, Kieselerde, Kieselschiefer, Quarzitschiefer, Granit, Porphyr, Bims, Kieselgur, Steinkohle, keramischen Massen und ggfs. in silikatischen Materialien (Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., M 4101 S. 1 ff.). Hinzu kommt, dass auch hier ein anderes Krankheitsbild vorliegt, nachdem exogen verursachte Umbauprozesse in der Lunge nicht bestehen. cc) Auch eine Wie-BK nach § 9 Abs. 2 SGB VII ist nicht anzuerkennen. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass eine - wie im Falle des Klägers auch nur kurzfristige - Einwirkung von PAK oder anderen Stoffen, die ggfs. in alten Teerdecken oder sonstigen Straßenaufbrüchen enthalten sind, oder eine Vermischung dieser Stoffe mit Materialien zur Aufbereitung solcher Straßenaufbrüche (Zement pp), zu einer restriktiven Lungenerkrankung führen können, wie sie der Kläger hat. Insbesondere besteht keine wissenschaftliche Anerkennung darüber, wie sie aber für eine Wie-BK erforderlich wäre, dass eine solche Tätigkeit als Straßenbauarbeiter, wie sie der Kläger ausgeführt hat, gegenüber anderen Berufsgruppen das Risiko, eine restriktive Lungenerkrankung zu entwickeln, mindestens verdoppelt. Dr. Ä. hat in seinem Gutachten vom 17.09.2012 auf die entsprechende ausdrückliche Frage des Senats ausgeführt, ihm sei in seiner immerhin 25-jährigen Tätigkeit als Pneumologe kein solcher Fall erinnerlich, auch habe eine entsprechende Literaturrecherche nichts ergeben. Dies zeigt, dass ein solcher Fall in der wissenschaftlichen Diskussion bislang nicht einmal erörtert wurde, geschweige denn, dass eine solche Erkrankung und ihre Ursache anerkannt wären. Es ist auch nicht den Einwänden des Klägers gegen diese Aussage des Sachverständigen zu folgen. Es trifft nicht zu, dass Dr. Ä. entgegen der Frage seine Antwort auf mögliche Einwirkungen durch PAK beschränkt hat. Er hat vielmehr allgemein von Einwirkungen durch "chemisch-irritative" Stoffe und "Straßenaushub" gesprochen. Vor diesem Hintergrund folgt der Senat seiner Einschätzung, auch eine Wie-BK sei in keiner Weise plausibel darzustellen. d) Unabhängig davon, dass eine denkbare BK fehlt, wäre ein Ursachenzusammenhang zwischen der angeschuldigten Tätigkeit des Klägers und seiner restriktiven Lungenerkrankung zu verneinen, selbst unter der Prämisse, dass hier nur hinreichende Wahrscheinlichkeit gefordert ist. Dr. Ä. hat überzeugend insbesondere auf den langen zeitlichen Abstand zwischen der angeschuldigten Einwirkung, die wohl noch im Juli stattgefunden haben muss (s.o.), und der Einlieferung des Klägers am 20.09.2006 hingewiesen. Zu ergänzen ist, dass der Kläger, wie dem Senat aus dem Parallelverfahren bekannt ist, auch nach seiner Entlassung aus der H.-Klinik weiter gearbeitet hat und am 14.12.2006 den dort verhandelten Wegeunfall erlitten hat. e) Da es nach dem Gesagten unerheblich ist, welche anderen Stoffe neben PAK sich in dem Straßenaufbruch auf der Baustelle bei Malsch befunden haben und ob und wie lange der Kläger ihnen ggfs. ausgesetzt war, musste dieses Material auch nicht untersucht werden, zumal der Kläger keinen Beweisantrag in diese Richtung gestellt hat.

2. Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf § 193 SGG.

3. Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) sind nicht ersichtlich.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2013-02-22