

L 6 U 2293/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 3 U 3160/08

Datum

28.04.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 2293/11

Datum

22.05.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 28. April 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers im Berufungsverfahren sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung einer Atemwegserkrankung als Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) und/oder als Folge eines Arbeitsunfalls streitig.

Der am 08.05.1938 geborene Kläger war vom 01.05.1955 bis zum 30.06.1971 als Kfz-Mechaniker und nach seinem Wechsel zur Bundeswehr vom 01.07.1971 bis zum 30.03.1996 als Dieselmaschinist in einer Bunkeranlage berufstätig. Seither bezieht er Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Am 07.03.1986 kam es während seiner beruflichen Tätigkeit zu einem Brand, bei dem Benzin und Kunststoffe verbrannten. Dieser Brand wurde mit einem Halon-Feuerlöscher gelöscht.

Der Kläger machte am 23.03.2007 bei der Beklagten Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung geltend. Er machte für seine Atemwegserkrankung die Exposition gegenüber dem Halon-Löschmittel verantwortlich. Aus den von ihm vorgelegten ärztlichen Unterlagen geht folgende Krankheitsentwicklung des Klägers hervor:

Nach dem Arztbrief der Pulmologischen Abteilung des C.-Krankenhauses B. M. vom 12.03.1986 wurde der Kläger dort vom 07.03.1986 bis zum 12.03.1986 stationär behandelt. Der Kläger gab am Aufnahmetag ein Brennen hinter dem Brustbein sowie eine starke Reizung der Augen an. Es erfolgte eine hochdosierte Gabe von Corticoiden. Im weiteren Verlauf fühlte sich der Kläger völlig beschwerdefrei. Eine nachweisbare Schädigung durch die Rauchgasinhalation konnte nicht festgestellt werden. Diagnostiziert wurden ein Lungenemphysem sowie ein Zustand nach Rauchgasinhalation ohne nachweisbare Schädigung. Nach dem Arztbrief der Chirurgischen Klinik des C.-Krankenhauses B. M. vom 21.10.1994 wurde der Kläger dort vom 19.09.1994 bis zum 28.09.1994 wegen einer fiebrigen Gastroenteritis stationär behandelt. In dem Arztbrief des Internisten Dr. L. vom 05.01.1995 sind Hinweise auf eine Leberparenchymschädigung mit deutlicher Cholestase und auf eine Leberzellnekrose beschrieben. Nach dem Arztbrief der Inneren Medizin des C.-Krankenhauses B. M. vom 03.11.2006 erfolgte dort vom 02.09.2006 bis zum 15.09.2006 wegen rechtsseitiger Oberbauch- und Thorax-Schmerzen eine weitere stationäre Behandlung. Diagnostiziert wurden eine Bronchiolitis obliterans mit interstitieller Pneumonie und mäßig fortgeschrittener Fibrosierung (BOOP) und eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) Grad I. Ferner wurde ausgeführt, die frühere Rauchgasinhalation erkläre nicht den nur rechtsseitig feststellbaren Lungenbefund. In dem Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. E. vom 06.11.2006 wurde aus neurologischer Sicht keine Begründung für die geklagten thorakalen Beschwerden gesehen. Sodann erfolgte nach dem Arztbrief der Thorax-Klinik am Universitätsklinikum H. vom 05.02.2007 wegen einer Dyspnoe und vom Kläger auf die frühere Rauchgasinhalation zurückgeführte jahrelange thorakale Schmerzsymptomatik vom 05.02.2007 bis zum 07.02.2007 eine stationäre Behandlung. In der durchgeführten thorakalen Computertomographie zeigte sich ein deutlich rückläufiger Befund. Diagnostiziert wurde eine kryptogene organisierende Pneumonie (COP). Der Allgemeinmediziner Dr. S. berichtete in seinem Attest vom 05.03.2007 von Klagen über seit der Rauchgasinhalation intermittierend auftretende rechtsthorakale neurogene Schmerzen, einer Neigung zu Infekten der oberen Luftwege mit Hustenattacken, einer Leberwerterhöhung und einer seit September 2006 histologisch gesicherten COPD mit Lungenfibrose. Nach den Arztbriefen der Thorax-Klinik am Universitätsklinikum H. vom 22.05.2007 und 05.06.2007 erfolgte, nachdem über eine nach Beendigung der Kortisontherapie zunehmende Atemnot geklagt worden war, eine erneute Corticoidtherapie und daraufhin eine deutliche

Befundbesserung. Der Internist Dr. G. berichtete in seinem Arztbrief vom 25.06.2007 über eine Leberwerterhöhung unklarer Genese, Leukozytose, Lungenfibrose und Divertikulose. Der Lungen- und Bronchialheilkundler Dr. H. beschrieb in seinem Arztbrief vom 24.07.2007 eine kryptogene organisierende Pneumonie unklarer Genese, schlafbezogene Atmungsstörung und Hepatopathie unklarer Genese.

Sodann holte die Beklagte die arbeitsmedizinische gutachterliche Stellungnahme des Dermatologen, Allergologen und Umweltmediziners Prof. Dr. J. sowie des Arbeitsmediziners, Allergologen und Umweltmediziners Prof. Dr. A. vom 04.09.2007 ein. Sie führten aus, es sei in der internationalen Literatur kein Beleg dafür zu finden, dass die Inhalation von Halon zu Langzeitschäden der Atemwege führe. Insbesondere sei kein Zusammenhang mit der Entwicklung einer BOOP bekannt. Das zwanzig Jahre zurückliegende Unfallereignis sei auch nicht geeignet, die COPD hervorgerufen zu haben. Es gebe zwar in der Literatur eine Fallbeschreibung, in der berichtet werde, dass auch zwei Jahre nach der Exposition noch eine bronchiale Hyperreagibilität persistiert habe. Dieser Fall sei aber mit dem des Klägers nicht vergleichbar, da es keine dokumentierten Hinweise darauf gebe, dass der Kläger bei seiner Entlassung aus dem Krankenhaus an einer bronchialen Hyperreagibilität gelitten habe. Sie kamen zu der Einschätzung, die Rauchgasinhalation und Halonexposition seien nicht geeignet, nach langjähriger Latenz eine obstruktive Ventilationsstörung auszulösen. Es gebe keine dokumentierten Hinweise darauf, dass der Kläger bei seiner damaligen Entlassung aus dem Krankenhaus noch an einer bronchialen Hyperreagibilität gelitten habe.

Mit Bescheid vom 19.09.2007 lehnte die Beklagte die Feststellung der Atemwegsbeschwerden als Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV sowie eines Arbeitsunfalls ab und lehnte die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Sie führte zur Begründung aus, nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung sei nicht davon auszugehen, dass die Inhalation von Halon zu Langzeitschäden der Lunge führe.

Hiergegen legte der Kläger am 15.10.2007 Widerspruch ein. Er wies auf eine Exposition gegenüber Rauchgas und Halon, unter anderem aufgrund des Unfalls vom 07.03.1986 sowie der gesamten Tätigkeit als Maschinist vom 01.07.1971 bis zum 30.03.1996, hin und legte den Befundbericht des Laborarztes Dr. H. vom 16.06.1987 (Gamma-GT-Wert-Erhöhung im Blutstatus) sowie den Arztbrief der Neurologin und Psychotherapeutin Dr. v. B. vom 03.12.2007 (Verdacht auf Somatisierungsstörung, neuralgiforme Beschwerden, Lungenfibrose) und des Dr. H. vom 12.12.2007 (unverändert bestehende Atemnot) vor.

Sodann holte die Beklagte eine erneute arbeitsmedizinische gutachterliche Stellungnahme von Prof. Dr. J. und Prof. Dr. A. vom 28.07.2008 ein. Sie wiesen erneut darauf hin, ihre Recherchen hätten ergeben, dass es keinen Hinweis darauf gebe, dass Halon geeignet sei, die Atemwegserkrankung des Klägers zu verursachen. Die nachgereichten medizinischen Unterlagen seien nicht geeignet, ihre gutachterliche Einschätzung zu ändern.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.09.2008 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Inhalation von Halon und der Atemwegserkrankung des Klägers bestehe nicht.

Hiergegen hat der Kläger am 29.09.2008 Klage beim Sozialgericht Heilbronn erhoben.

Das Sozialgericht hat auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das internistisch-pneumologische Gutachten des Prof. Dr. S., Universitätsklinik G./M., vom 19.05.2009 eingeholt. Der Gutachter hat auf seinem Fachgebiet ein Lungenemphysem bei Zustand nach Nikotinabusus, eine chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung bei Zustand nach Nikotinabusus und akzidenteller Inhalation von Halon, also ein Reaktive-Airways-Syndrom, und bei Schweiß- und Lackierarbeiten, einen Zustand nach BOOP/COP, einen leichtgradigen, ätiologisch unklaren chronischen Leberschaden und eine leichtgradige obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert. Er hat ausgeführt, es sei denkbar, dass durch die im Rahmen des Arbeitsunfalls stattgefundene Inhalation von Halon ein Reaktive-Airways-Syndrom ausgelöst worden sei. Wie die Schweiß- und Lackierarbeiten (nach den Ausführungen im Gutachten nur gelegentlich und ohne Atemschutzmaske sowie ohne effiziente Absaugung durchgeführt) sei der Arbeitsunfall aber nicht als Hauptauslöser der chronischen Atemwegserkrankung anzusehen. Die obstruktive Ventilationsstörung sei hauptsächlich im langjährigen Zigarettenrauchen (nach den Ausführungen im Gutachten circa 15 Pack-years zwischen 1970 und 1985) begründet. Die chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung sei zu einem geringen Teil ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Der Sachverständige hat ferner ausgeführt, es lägen wegen der Schweiß- und Lackierarbeiten die Berufskrankheiten nach den Nrn. 1315 und 4302 der Anlage 1 zur BKV vor. Die Einflüsse des Arbeitsunfalls und der Schweiß- und Lackierarbeiten seien gegenüber dem langjährigen Zigarettenkonsum als aggravierende Faktoren zu werten. Der ehemalige Nikotinkonsum sei weiterhin für das Lungenemphysem verantwortlich. Ein ätiologischer Zusammenhang dieser Erkrankung und der BOOP/COP mit beruflichen Noxen bestehe nicht.

In seiner zu den von der Beklagten vorgetragenen Einwänden erstellten gutachterlichen Stellungnahme vom 21.10.2009 hat Prof. Dr. S. ausgeführt, es sei zwar korrekt, dass der Kläger angegeben habe, wenige Monate nach dem Unfallereignis verstärkte Atembeschwerden gehabt zu haben und dies streng genommen nicht zu der Definition eines Reaktive-Airways-Syndrom passe. Diese in Bezug auf ein mehr als zwanzig Jahre zurückliegendes Ereignis gemachten anamnestischen Angaben seien jedoch nicht überzubewerten. Die Symptome könnten auch schon in einem kürzeren zeitlichen Abstand zum Brandunfall vorgelegen haben. Ferner sei der Kläger nach dem Unfall mit inhalativen Corticoiden behandelt worden. Dies könnte dazu beigetragen haben, dass sich die pulmonalen Symptome erst verzögert manifestiert hätten. Auch wenn die Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem ersten Auftreten verstärkter Atemnot tatsächlich wenige Monate betragen habe, spreche dies nicht gegen ein Reaktive-Airways-Syndrom. Vielmehr sei bekannt, dass es auch Erkrankungsfälle gebe, die erst mit einer längeren Latenzzeit symptomatisch geworden seien. Auch wenn die Schweißarbeiten des Klägers nur gelegentlich durchgeführt worden seien, so sei es hierdurch wahrscheinlich zu einer Verschlimmerung der durch den Brandunfall vorbestehenden Atemwegserkrankung gekommen. Festzuhalten sei, dass sowohl der Arbeitsunfall als auch die eine Berufskrankheit bedingenden Schweiß- und Lackierarbeiten keine Leistungspflicht der Beklagten bedingen, da das unabhängig von der beruflichen Tätigkeit entstandene Nikotin-induzierte Emphysem eindeutig im Vordergrund stehe.

Daraufhin hat das Sozialgericht von Amts wegen das Gutachten des Lungen- und Bronchialheilkunders Dr. G. vom 05.01.2010 eingeholt. Der Sachverständige hat auf seinem Fachgebiet eine COPD und ein Lungenemphysem sowie gering ausgeprägte narbige Residuen nach ausgedehnter Bronchopneumonie im September 2006 diagnostiziert. Er hat ausgeführt, bei diesen Gesundheitsstörungen lasse sich kein Bezug zu dem Arbeitsunfall erkennen. Bei dem Kläger als langjährigem Inhalationsraucher mit einer Gesamtbelastung von deutlich mehr als zwanzig sogenannten Pack-years (nach den Angaben des Klägers im Durchschnitt eine Packung Zigaretten am Tag zwischen 1968 und

1985) sei bereits anlässlich der ersten stationären Untersuchung im C.-Krankenhaus B. M. ein Lungenemphysem mit den dafür typischen Röntgenveränderungen in Form eines fassförmigen knöchernen Thorax sowie tiefstehender Zwerchfelle und auch eine leichte Einschränkung der expiratorischen Ein-Sekunden-Kapazität als Hinweis für eine bronchiale Obstruktion diagnostiziert worden. Aktuell finde sich ebenfalls eine leicht ausgeprägte, fixierte bronchiale Obstruktion als Hinweis auf bereits bestehende strukturelle Veränderungen in den Atemwegen. Bei milder ganzjähriger Husten- und Auswurfssymptomatik und geklagter Belastungsdyspnoe liege funktionell und klinisch das Bild einer chronisch-obstruktiven Bronchitis beziehungsweise COPD vor, für die als Ursache in erster Linie ebenso wie für die Lungenemphysem-Bildung in erster Linie das frühere Inhalationsrauchen als Ursache in Frage komme. Im September 2006 sei es zu einer ausgeprägten Bronchopneumonie im rechten Lungenoberlappen und Mittellappen gekommen. Die veranlasste Gewebsprobe habe das Bild einer BOOP ergeben. Wahrscheinlichste Ursache für die COP sei eine infektiöse Genese. Die Annahme, dass es sich bei dieser Erkrankung um Folgen einer akzidenten Rauchvergiftung im Jahr 1986 handeln solle, sei völlig abwegig. Die im Jahr 2006 diagnostizierte COP im Rahmen der durchgemachten Oberlappenpneumonie stelle ein von der früheren Berufstätigkeit unabhängiges Krankheitsgeschehen ohne jeglichen zeitlichen Bezug zu diesem Ereignis dar, welches zwanzig Jahre zuvor stattgefunden habe und damals ohne nachweisbare Folgen geblieben sei. Der Kläger habe im Jahr 1986 nur einige Tage stationär behandelt beziehungsweise beobachtet werden müssen. Es sei zu keiner Lungenentzündung gekommen und weitere Behandlungsmaßnahmen seien nicht erforderlich gewesen. Auch habe sich damals kein unmittelbares an das Unfallereignis angrenzendes Schmerzsyndrom entwickelt, wie es der Kläger jetzt angebe beziehungsweise glauben machen wolle. Es sei keinerlei entsprechende Behandlung aus diesen Jahren dokumentiert. Eindeutige Hinweise für ein chronisches Schmerzsyndrom fänden sich erst anlässlich einer neurologisch-psychiatrischen Untersuchung im November 2006, also kurz nach der durchgemachten schweren Lungenentzündung mit möglicherweise traumatisierender Krankenhausbehandlung. Auch eine chronische Leberschädigung sei nicht festzustellen. Der Sachverständige hat ferner ausgeführt, eine wie auch immer geartete starke toxische oder irritative Akutbelastung der Atemwege hätte theoretisch zu einem sogenannten Reaktive-Airways-Dysfunktion-Syndrom (RADS) führen können. Für diese Diagnose wäre allerdings der Befund einer akut einsetzenden klinischen Symptomatik und Lungenfunktionsstörung beziehungsweise Störung des pulmonalen Gaswechsels zu fordern gewesen, was offensichtlich nicht der Fall gewesen sei. Die Diagnose hätte dann durch ein entsprechendes zeitnahe Verlaufsmonitoring gesichert werden müssen. All dies sei nicht geschehen und es sei auch damals vom Kläger und seinen behandelnden Ärzten keine bleibende Schädigung angezeigt worden. Erst retrospektiv, nachdem es zu einer schweren Lungenentzündung im Jahr 2006 gekommen sei, werde jetzt das damalige Ereignis, was mit großer Wahrscheinlichkeit völlig folgenlos verlaufen sei, ins Visier genommen und als Ursache persistierender Beschwerden angegeben, was allerdings bei dem ausführlich geschilderten Krankheitsverlauf und den geschilderten Diagnosen völlig abwegig sei. Der Sachverständige hat ferner ausgeführt, es liege auch keine Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV vor. Eine eindeutige arbeitsplatzbezogene Symptomatik sei nicht dokumentiert. Ebenso wenig seien arbeitsplatzbezogene Veränderungen der Lungenfunktion über den Zeitverlauf dokumentiert. Eine irritativ-toxische Belastung am Arbeitsplatz in signifikantem Maße habe nicht bestanden. Die gelegentlichen Schweißarbeiten (manchmal stundenweise zur Reparatur, ein einziges Mal auch in einem Tank) seien nach Umfang und Art in keiner Weise geeignet, ein entsprechendes Krankheitsbild zu verursachen.

Der Kläger hat daraufhin vorgetragen, regelmäßig Schweiß- und Lackierarbeiten durchgeführt zu haben. Außerdem handele es sich bei ihm nur um sieben Pack-years Inhalationsrauchens. Er hat ferner Erklärungen seiner Ehegattin, seiner Kinder und seines Bruders vorgelegt, wonach er zwischen 1970 und 1985 mit einer zweimaligen - einmal drei und einmal fünf Jahre betragenden - zwischenzeitlichen Entwöhnung geraucht habe. Er hat ferner diverse Arztbriefe aus den Jahren 1996, 2006, 2007 und 2009 vorgelegt.

Prof. Dr. S. hat in der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Stellungnahme vom 23.11.2010 zu dessen Einwänden ausgeführt, es sei von einem Lungenemphysem auszugehen. Überraschend sei die nun aufgestellte Behauptung, dass entgegen den bei der Gutachtenserstellung vom Kläger selbst gemachten Angaben der Nikotinkonsum geringer gewesen sei und die Schweißarbeiten in einem größeren Umfang durchgeführt worden seien. Diese komplette Umdeutung der relativen Exposition gegenüber beruflichen versus außerberuflichen Noxen würde möglicherweise die Einschätzung der MdE ändern, sie könne aber nicht als gegeben akzeptiert werden.

Das Sozialgericht hat in der mündlichen Verhandlung vom 28.04.2011 Zeugen vernommen. Die Tochter des Klägers hat angegeben, der Kläger habe ein halbes Jahr nach dem Geschehen im Jahr 1986 massive Brustschmerzen bekommen. Seine Ehegattin hat berichtet, nach dem Geschehen im Jahr 1986 habe sich beim Kläger nicht viel geändert. Dann habe er Schmerzen bekommen, die immer stärker geworden seien. Ferner hat sie Angaben zu seinen Rauchgewohnheiten zwischen 1970 und 1985 gemacht. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht sinngemäß nur beantragt, das Ereignis vom 07.03.1986 als Arbeitsunfall sowie seine Atemwegserkrankung als Folge dieses Arbeitsunfalls und als Berufskrankheit nach den Nrn. 1315 beziehungsweise 4302 der Anlage 1 zur BKV festzustellen.

Mit Urteil vom 28.04.2011 hat das Sozialgericht unter Abänderung des Bescheides vom 19.09.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2008 festgestellt, dass das Ereignis vom 07.03.1986 einen Arbeitsunfall darstelle, und im Übrigen die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, das Ereignis vom 07.03.1986 stelle einen Arbeitsunfall dar. Indem der Kläger Verbrennungs-, Rauch- und Löschmitteln ausgesetzt gewesen sei und deren Rückstände eingeatmet habe, sei es zu einem Gesundheitserstschaden in Gestalt eines Brennens hinter dem Brustbein und einer starken Augenreizung gekommen. Die Voraussetzungen für die Feststellung einer Berufskrankheit nach den Nrn. 1315 und 4302 der Anlage 1 zur BKV lägen nicht vor. Im Hinblick auf die Berufskrankheit nach Nr. 1315 der Anlage 1 zur BKV sei bereits nicht nachgewiesen, dass der Kläger den von dieser Berufskrankheit erfassten Listensstoffen ausgesetzt gewesen sei. Ein beruflicher Kontakt mit einem Isocyanat sei nicht bewiesen. Darüber hinaus liege auch keine durch Isocyanate ausgelöste Atemwegserkrankung vor. Im Hinblick auf die Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV hat das Sozialgericht einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beruflichen Einwirkungen und der Atemwegserkrankung des Klägers verneint. Es hat sich dabei auf die Ausführungen von Prof. Dr. J. und Prof. Dr. A. sowie Dr. G. gestützt. Gegen einen Zusammenhang zwischen schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe und der Atemwegserkrankung des Klägers spreche, dass die COPD bereits alleine mit dem chronischen Nikotinkonsum zu erklären sei. Dies spreche auch gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Inhalation von Halon und der Lungenerkrankung des Klägers. Hiergegen spreche zudem, dass bei der nach dem Arbeitsunfall im Krankenhaus B. M. erfolgten Erstuntersuchung keine objektivierbaren Folgen festgestellt worden seien. Die COPD sei auch nicht auf die vom Kläger beruflich verrichteten Schweißarbeiten zurückzuführen. Denn bei Schweißern erfordere die Anerkennung von Atemwegserkrankungen als Berufskrankheit eine langjährige Tätigkeit als Lichtbogenschweißer unter ungünstigen belüftungstechnischen Bedingungen oder eine langjährige, ausschließliche Tätigkeit als Schutzgasschweißer an reflektierenden Grundstoffen oder ein langjähriges Schweißen von/mit Farben, Ölen, Chlorkohlenwasserstoffen oder anderen Schadstoffen beziehungsweise

verunreinigten Grundwerkstoffen. Eine entsprechende Tätigkeit sei aber beim Kläger nicht bewiesen. Der Kläger habe nach seinen gegenüber Prof. Dr. S. und Dr. G. gemachten Angaben nur zeitweise und gelegentlich Schweißarbeiten ausgeführt. Die Exposition sei daher nach Umfang und Art nicht geeignet, ein entsprechendes Krankheitsbild hervorzurufen. Eine irritativ-toxische Belastung am Arbeitsplatz habe in signifikantem Maße nicht bestanden. Darüber hinaus fehle es an einer eindeutigen arbeitsplatzbezogenen Symptomatik und arbeitsplatzbezogenen Veränderung der Lungenfunktion. Die Atemwegserkrankung des Klägers sei auch nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Die beim Kläger bestehenden gering ausgeprägten narbigen Residuen seien auf die im September 2006 erlittene Bronchopneumonie zurückzuführen. Auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der COPD und dem Arbeitsunfall sei nicht hinreichend wahrscheinlich. Eine kurzzeitig erfolgte Inhalation von Halon sei nicht geeignet, Langzeitschäden der Lunge hervorzurufen. Zum anderen komme dem langjährigen Inhalationsrauchen des Klägers die überragende Bedeutung für die COPD und das Lungenemphysem zu.

Der Kläger hat gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 06.05.2011 zugestellte Urteil des Sozialgerichts am 03.06.2011 Berufung eingelegt. Er führt zur Begründung aus, ein nichtrauchender Arbeitskollege, der die nach dem Brandunfall erforderlichen Aufräum- und Putzarbeiten durchgeführt habe, sei inzwischen an seiner Lungenerkrankung verstorben. Ferner sei auch zu berücksichtigen, dass bei ihm eine Lebererkrankung vorliege, wofür eine Exposition mit Halogenkohlenwasserstoffen wie Halon verantwortlich sein könne. Das Unfallereignis habe für ihn dergestalt einen Einschnitt bedeutet, dass er seither keine Kraftleistungen mehr habe unproblematisch erbringen können und an immer wieder leichten Temperaturerhöhungen, nächtlichem Schwitzen, einer Lippenzyanose sowie einem rechtsseitigen Schmerzsyndrom leide. Im Jahr 1992 sei ein medialer Zwerchfellkuppel rechts diagnostiziert worden und eine Lippenzyanose aufgetreten. Erhöhte Leberwerte seien bereits im Jahr 1994 erhoben worden. Erste Atemwegsbeschwerden seien im Jahr 1995 dokumentiert. Im Jahr 2006 sei kein Emphysem, aber eine fortgeschrittene Fibrosierung diagnostiziert worden. Die sodann festgestellte Lungenfibrose habe mit dem Rauchen nichts zu tun. In den Jahren 2009 und 2010 seien radiologisch Rundherde beider Lungen festgestellt worden. Die von Dr. G. vorgenommene Diagnose einer COPD sei zweifelhaft, da histologisch eine BOOP/COP gesichert worden sei. Ferner müsse berücksichtigt werden, dass es durch die Cortisol-Behandlung zu einer gebremsten Heilung gekommen sei. Der Kläger hat im Laufe des Verfahrens diverse ärztliche Unterlagen aus den Jahren 1994, 1995, 1996, 2006, 2007, 2009 und 2011 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 28. April 2011 abzuändern, den Bescheid der Beklagten vom 19. September 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. September 2008 weiter abzuändern und seine Atemwegserkrankung als Folge des Arbeitsunfalls sowie eine Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung festzustellen, hilfsweise zur Beurteilung der Frage, ob das bei ihm vorliegende Vorhofflimmern vermutliche Folge der Lungenbeeinträchtigung ist, ein kardiologisches Gutachten einzuholen, hilfsweise die Zeugen B. und E. zu befragen, ob er während des gesamten Vorgangs am Brandherd verblieben war und die entsprechenden Schwelgase und Halonrückstände einatmete, hilfsweise seine Ehefrau und seine Tochter B. zu befragen, ob die Ermittlungen der Bundeswehr zum Schaden oberflächlich geführt worden sind, hilfsweise die Unterlagen der Klinik L. über die Behandlung im April 2013 zum Beweis der Tatsache beizuziehen, dass sich die Fibrose weiterentwickelt hat und hierzu ergänzend den Hauptgutachter Prof. Dr. F.-B. wie auch den Gutachter Prof. Dr. B. ergänzend zu befragen, auch zu der Aussage der A., dass er von September bis Oktober 1994 mit den Diagnosen Brechdurchfall, Ileus und Fieber unbekannten Ursprungs behandelt worden ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie stützt sich auf das angegriffene Urteil.

Das Gericht hat am 24.01.2012 den Rechtsstreit mit den Beteiligten erörtert. Der Kläger hat klargestellt, dass es in dem Berufungsverfahren nicht um die Gewährung von Leistungen, sondern nur um die Feststellung der Atemwegserkrankung als Folge des Arbeitsunfalls beziehungsweise als Berufskrankheit - nicht aber nach Nr. 1315 der Anlage 1 zur BKV - gehe.

Das Gericht hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) die Gutachten des Internisten, Arbeitsmediziners, Lungen- und Bronchialheilkundlers, Allergologen, Kardiologen sowie Umweltmediziners Prof. Dr. B. vom 10.09.2012 und des Prof. Dr. F.-B. vom 29.09.2012 eingeholt.

Prof. Dr. B. hat dargelegt, dem unfallartigen Ereignis im Jahr 1986 möge eine gewisse prädestinierende Rolle für die im Jahr 2006 aufgetretene Pneumonie und seine Folgen zukommen. Dies sei jedoch hypothetisch und insbesondere infolge eines ärztlicherseits nicht zuvor festgestellten pathologischen Lungenbefundes nach einer Latenzzeit von zwanzig Jahren nicht mehr mit der geforderten Wahrscheinlichkeit in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Die anamnestisch angegebenen intermittierenden subfebrilen Temperaturen, zum Teil auch fieberhaften Zustände - beispielsweise im Jahr 1994 - seien allerdings vereinbar mit dem Krankheitsbild einer BOOP, wobei intermittierend Exazerbationen auftreten könnten. Es finde sich in der Literatur kein Hinweis auf eine Verursachung durch Halon. Auch fehle vorliegend der zu fordernde enge zeitliche Zusammenhang. Hinzukomme, dass die umschriebene Lokalisation der radiologisch fassbaren Lungenveränderungen gegen eine Auslösung durch inhalative Schadstoffe spreche. Es sei hierbei eine diffuse beidseitige pulmonale Reaktion zu erwarten. Ein Zusammenhang zwischen der von 1987 bis 2006 berichteten Dyspnoe mit der Schadstoffexposition im Jahr 1986 sei nicht wahrscheinlich. Die aufgetretene Zunahme der Dyspnoe und die dokumentierten pulmonalen Funktionseinschränkungen seien als Folge des im Jahr 2006 durchgemachten pneumonischen Geschehens mit Residuen zu sehen. Entsprechendes gelte partiell für die Thorax-Schmerzen.

Prof. Dr. F.-B. hat ausgeführt, die im Jahr 2006 festgestellte COP mit Lungenfibrose sei eine in diesem Alter seltene chronische, irreversible Lungenerkrankung, die nicht ohne Vorschädigung auftrete. Aktenkundig sei, dass zur Therapie der akuten Reizungsfolgen im Jahr 1986 Kortisongaben verabreicht worden seien. Damit seien zwar 1986 akute Symptome zurückgedrängt und unterdrückt, jedoch auch die normalerweise vor sich gehende gewebliche Auseinandersetzung im Lungenraum mit den Substanzen als subakuter Prozess, also eine regelrechte entzündliche Reaktion mit Abtransport der hochgradig giftigen Substanzen einschließlich der Stoffwechselprodukte nicht gefördert worden. Die Tatsache, dass eine solche natürliche Heilung mit einer ärztlichen Kortisongabe im Jahr 1986 im Ablauf behindert worden sei und daher als iatrogener Schaden angesehen werden müsse, sei bisher in keiner Stellungnahme adäquat berücksichtigt worden.

Sie sei jedoch als zumindest ärztlich-pathologische Erklärung für den verzögerten Verlauf der Krankheit und die erhöhte Anfälligkeit gegenüber pathogenen Pneumonie-Keimen mit den verheerenden Folgen auf die Lungenfunktion anzusehen. Der Anblick der im Röntgenbild erkennbaren streifigen Veränderungen eines normalerweise strahlendurchlässigen Lungengewebes ergebe das frappante Bild einer in beiden Lungenflügeln durchgängig fibrosierend erstarrten Lunge. Eine therapeutisch komplikationslos überwundene Pneumonie ohne chronische Vorschädigung des gesamten Lungengewebes unter Kortisol-Dauertherapie hinterlasse keine derartigen Folgen. Ärztlicherseits seien Symptome und Gründe für eine konsekutive ärztliche Diagnostik mittels Kortisol unterdrückt worden, so dass sich für den Kläger kein Anlass für weitergehende ärztliche Aktivitäten ergeben habe. Daraus dürfe dem Kläger jedoch kein Nachteil erwachsen. Eine lange Latenz sei bei derartig schweren Lungenveränderungen mit schwersten Atemnotfolgen kein Argument gegen einen ursächlichen Zusammenhang, da für pathogene Prozesse bis hin zur Krebsentstehung lange Latenzen keine Seltenheit seien, im Zusammenhang mit Feuerlöschsubstanzen hingegen keine gesammelten Erfahrungen oder Statistiken existierten, da sich Einzelfälle nur verstreut und selten ergäben. Der Sachverständige hat ferner ausgeführt, es sei der Nachweis gegeben, dass sich die reaktive Atemschädigung über Jahre hinweg entwickeln könne. Es sei davon auszugehen, dass es sich nicht um eine Dosis-abhängige toxische Wirkung handle, sondern dass in Einzelfällen sogar geringe Intensitäten bereits typische Verläufe verursachten. Die Befunde beim Kläger seien außergewöhnlich drastisch und ließen keinen Zweifel, dass altersmäßig ungewöhnlich frühzeitig eine so starke Lungenschädigung vorliege, die sich nicht als ein normaler Ablauf einer Pneumonie als alleinige Ursache begründen lasse. Da Vorerkrankungen nicht ärztlich belegt seien, sei der Unfall die einzige mögliche, plausible und daher wahrscheinliche Ursache. Konkurrenzbedingungen seien nicht erkennbar, da sich durch Tabakkonsum keine auch nur annähernd in einer vergleichbaren Ausprägung zu findenden Schädigungen ergeben könnten. Unter hunderttausenden Rauchern seien derartige Lungenbefunde nicht zu finden, so dass die Wahrscheinlichkeit der Verursachung allein durch diesen bisher diskutierten Risikofaktor Tabakkonsum keine annähernd plausible Begründung ergebe.

Der Kläger hat Erklärungen seiner Ehegattin und seiner Tochter vorgelegt, wonach er bläuliche Lippen gezeigt, Fiebererscheinungen gehabt und nächtens häufig stark geschwitzt habe.

Prof. Dr. B. hat in seiner auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 08.11.2012 dargelegt, aus keiner der vorgelegten ärztlichen Unterlagen ergebe sich ein pathologischer Befund, der mit ausreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen sei.

Der Kläger hat weitere ärztliche Unterlagen aus dem Jahren 2013 vorgelegt.

Prof. Dr. F.-B. ist in seiner ebenfalls auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Stellungnahme vom 02.08.2013 bei seiner Beurteilung geblieben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte, nach [§ 151 SGG](#) frist- und formgerecht erhobene und auch im Übrigen zulässige Berufung ist unbegründet.

1.

Der Senat konnte ohne weitere Ermittlungen entscheiden. Ein kardiologisches Gutachten war nicht mehr einzuholen. Denn die vorliegenden Gutachten vermitteln dem Senat eine ausreichende Entscheidungsgrundlage, zumal nicht ersichtlich ist, inwieweit die Frage, ob das Vorhofflimmern Folge der Lungenbeeinträchtigung ist, für die hier allein zu entscheidende Frage, ob die Atemwegserkrankung des Klägers wesentlich ursächlich auf seine berufliche Tätigkeit zurückzuführen ist, richtungsführend sein soll, und im Übrigen der Sachverständige Prof. Dr. B. als Facharzt für Kardiologie ohnehin über die erforderliche Sachkunde verfügt. Der hilfsweise auf die Einholung eines Gutachtens von Amts wegen gestellte Antrag des Klägers war daher abzulehnen. Ebenso abzulehnen war der auf die Befragung von Zeugen gerichtete Antrag zu der Frage, ob der Kläger während des gesamten Vorgangs am Brandherd verblieben war und die entsprechenden Schwelgase und Halonrückstände einatmete. Hierauf kommt es nämlich nicht an, da nach Ansicht des Senats das Einatmen von Schwelgasen oder Halonrückständen nicht geeignet ist, die rund zwanzig Jahre danach festgestellte Atemwegserkrankung des Klägers zu verursachen. Der Senat kann daher diesen Umstand als wahr unterstellen. Auch konnte der Senat von einer Befragung der Ehefrau des Klägers und seiner Tochter B., ob die Ermittlungen der Bundeswehr zum Schaden oberflächlich geführt worden sind, absehen. Hierauf kommt es für die Kausalitätsbeurteilung nicht an, so dass auch dieser Umstand als wahr unterstellt werden kann. Ferner sah der Senat keinen Anlass, Unterlagen der Klinik L. über die Behandlung im April 2013 beizuziehen. Ob sich die Fibrose weiterentwickelt hat, hat keinen Einfluss auf die Klärung ihrer Ursache. Daher waren zu dieser Frage auch Prof. Dr. F.-B. und Prof. Dr. B. nicht ergänzend zu befragen. Schließlich waren weitere Ermittlungen dazu, ob der Kläger von September bis Oktober 1994 mit den Diagnosen Brechdurchfall, Ileus und Fieber unbekannten Ursprungs behandelt worden ist, nicht erforderlich, da sich der Arbeitsunfall bereits acht Jahre vor diesem Zeitraum ereignet hat, eine Kausalität zwischen Arbeitsunfall und jetziger Atemwegserkrankung aber schon daran scheitert, dass sich eine akut einsetzende klinische Symptomatik und Lungenfunktionsstörung unmittelbar nach dem Arbeitsunfall nicht feststellen lässt. Die Hilfsanträge waren deshalb allesamt abzulehnen.

2.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung einer Atemwegserkrankung als Folge des Arbeitsunfalls vom 07.03.1986.

Rechtsgrundlage für die materiell-rechtliche Prüfung sind nicht die Vorschriften des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII), sondern der Reichsversicherungsordnung (RVO), da der Versicherungsfall des Klägers am 07.03.1986 eingetreten ist. Denn nach [§ 212 SGB VII](#) gelten die Vorschriften des Ersten bis Neunten Kapitels des SGB VII lediglich für Versicherungsfälle, die nach dem Inkrafttreten des SGB VII am 01.01.1997 eingetreten sind, soweit nicht etwas anderes geregelt ist. Zwar gelten nach [§ 214 Abs. 3 SGB VII](#) die Vorschriften über Renten auch für Versicherungsfälle, die vor dem Tag des Inkrafttretens des SGB VII am 01.01.1997 eingetreten sind, wenn diese Leistungen nach

dem Inkrafttreten des SGB VII erstmals festzusetzen sind. Vorliegend macht der Kläger jedoch nicht die Gewährung von Leistungen, sondern nur die Feststellung weiterer Unfallfolgen geltend. Mithin ist Rechtsgrundlage die Regelung des § 548 Abs. 1 Satz 1 RVO, wonach ein Arbeitsunfall ein Unfall ist, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet. Denknotwendig hinzukommen muss ein hierauf beruhender Körperschaden, was sich aus § 548 Abs. 2 RVO ergibt, wonach dem Körperschaden die Beschädigung eines Körperersatzstücks oder eines größeren orthopädischen Hilfsmittels gleich steht.

In Bezug auf die gesetzlichen Vorgaben der im SGB VII kodifizierten - zwar nicht im Wortlaut identischen, aber inhaltlich vergleichbaren - Regelungen zum Begriff des Arbeitsunfalls in [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) hat die Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - juris; inzwischen mit anderer Begrifflichkeit BSG, Urteil vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) - juris) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung von Folgen eines bereits anerkannten Arbeitsunfalls ist erforderlich, dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität) und hierdurch der geltend gemachte Gesundheitsdauerschaden entstanden ist (haftungsausfüllende Kausalität).

Dabei müssen der Gesundheitserstschaden und der hierdurch verursachte Gesundheitsdauerschaden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte.

Bei dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, ferner das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Zwar hat sich aufgrund des von der Beklagten nicht angegriffenen Urteils des Sozialgerichts vom 28.04.2011 fest, dass es sich bei dem Ereignis vom 07.03.1986 um einen Arbeitsunfall gehandelt hat. Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Grundsätze ist der Senat aber zu der Auffassung gelangt, dass der Kläger keinen Anspruch auf die Feststellung einer Atemwegserkrankung als Folge des Arbeitsunfalls vom 07.03.1986 hat.

Der Senat folgt der Beurteilung der Beratungsärzte der Beklagten Prof. Dr. J. und Prof. Dr. A. sowie der Sachverständigen Dr. G. und Prof. Dr. B. in ihren Gutachten und ergänzenden gutachtlichen Stellungnahmen, dass die Lungenerkrankung des Klägers nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist.

Nach dem überzeugenden Gutachten des Dr. G. lassen sich beim Kläger eine COPD, ein Lungenemphysem und narbige Residuen nach einer im September 2006 aufgetretenen ausgedehnten Bronchopneumonie mit einer BOOP/COP feststellen.

Es spricht aber nicht mehr dafür als dagegen, dass diese Erkrankungen ursächlich auf die am 07.03.1986 erfolgte Inhalation von Rauchgas und Halon zurückzuführen ist.

Ein Zusammenhang zwischen diesem Ereignis und der COPD sowie dem Lungenemphysem lässt sich schon wissenschaftlich nicht begründen. Prof. Dr. J. und Prof. Dr. A. haben dargelegt, dass die Inhalation von Rauchgas und Halon nicht geeignet ist, nach langjähriger Latenz eine obstruktive Ventilationsstörung auszulösen. Es lässt sich nach ihren Ausführungen in der internationalen Literatur kein Beleg dafür finden, dass insbesondere die Inhalation von Halon zu Langzeitschäden der Atemwege führen kann. Zwar gibt es nach ihren Angaben in der Literatur eine Fallbeschreibung, in der berichtet wird, dass auch zwei Jahre nach der Exposition noch eine bronchiale Hyperreagibilität persistierte. Dass dieser beschriebene Fall mit dem des Klägers aber nicht vergleichbar ist, ergibt sich daraus, dass es bei ihm keine dokumentierten Hinweise darauf gibt, dass er bei seiner fünf Tage nach dem Arbeitsunfall erfolgten Entlassung aus der Pulmologischen Abteilung des C.-Krankenhauses B. M. an einer bronchialen Hyperreagibilität gelitten hat. Gegen einen Zusammenhang spricht nach den überzeugenden Darlegungen des Dr. G. auch, dass zwar eine starke toxische oder irritative Akutbelastung der Atemwege theoretisch zu einem RADS führen kann, für eine solche Annahme aber eine akut einsetzende klinische Symptomatik und Lungenfunktionsstörung beziehungsweise Störung des pulmonalen Gaswechsels zu fordern ist, was beim Kläger aber gerade nicht dokumentiert ist. Im Anschluss an den Arbeitsunfall persistierende Atemwegs- oder Lungenbeschwerden, insbesondere eine bronchiale Hyperreagibilität, ergeben sich aus den umfangreich vorgelegten ärztlichen Befunden gerade nicht. Auf das Fehlen des zu fordernden engen zeitlichen Zusammenhangs hat auch Prof. Dr. B. hingewiesen. Bei einer solchen Befundlage hilft es auch nicht weiter, wenn Prof. Dr. F.-B. ausführt, eine reaktive Atemschädigung könne sich über Jahre hinweg entwickeln. Eine solche nicht mit Befunden untermauerte bloße Möglichkeit reicht bei der sozialrechtlichen Kausalitätsbeurteilung eben gerade nicht.

Auch stehen die narbigen Residuen nach ausgedehnter Bronchopneumonie in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall. So findet sich nach den überzeugenden Darlegungen von Prof. Dr. J. und Prof. Dr. A. sowie des Prof. Dr. B. in der Literatur kein Hinweis auf die Versuchsachse einer BOOP/COP durch Halon. Es fehlt aber auch an einem jeglichen zeitlichen Bezug zwischen der im Jahr 2006 diagnostizierten BOOP/COP im Rahmen der durchgemachten Oberlappenpneumonie zu dem im Jahr 1986, also zwanzig Jahre zuvor, stattgefundenen Ereignis. Dr. G. hat völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass sich den ärztlichen Unterlagen keine nachweisbaren Folgen des Arbeitsunfalls entnehmen lassen. Denn der Kläger wurde im direkten Anschluss an den Arbeitsunfall nur fünf Tage stationär behandelt beziehungsweise beobachtet. Es ist infolge dieses Geschehens weder zu einer Lungenentzündung oder anders gearteten Erkrankung noch zu einem Schmerzsyndrom gekommen. Auch sind weitere Behandlungsmaßnahmen von den behandelnden Ärzten nicht für erforderlich erachtet worden. Eine sich an die stationäre Behandlung anschließende ambulante Behandlung oder sonstige Vorstellungen bei Ärzten ist nicht dokumentiert. Auch Prof. Dr. B. hat zutreffend dargelegt, dass die im September 2006 aufgetretene Pneumonie und ihre Folgen wegen des ärztlicherseits nicht zuvor festgestellten pathologischen Lungenbefundes nach einer Latenzzeit von zwanzig Jahren seit dem Arbeitsunfall nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht werden kann. Überzeugend sind auch die Darlegungen des Prof. Dr. B., dass die umschriebene Lokalisation der radiologisch fassbaren Lungenveränderungen des Klägers gegen eine Auslösung durch inhalative Schadstoffe spricht. Dass bei einer Inhalation von Schadstoffen eine diffuse beidseitige pulmonale Reaktion zu erwarten ist, leuchtet dem Senat ein. Prof. Dr. B. hat aber nach Durchsicht der Röntgenaufnahmen aus den Jahren 2006 und 2012 lediglich im rechten Lungenoberlappen pathologische Veränderungen festgestellt.

Doch selbst wenn der Arbeitsunfall einen Ursachenbeitrag zu der COPD, dem Lungenemphysem und den narbigen Residuen nach im September 2006 durchgemachter ausgedehnter Bronchopneumonie mit einer BOOP/COP geleistet haben sollte, wäre dieser jedenfalls nicht von wesentlicher Bedeutung hierfür. Vielmehr wären die langjährige Nikotin-Exposition des Klägers mit einer Gesamtbelastung zwischen sieben und zwanzig sogenannten Pack-years von überragender Bedeutung für dessen Atemwegserkrankung. Dies hat Dr. G. überzeugend dargelegt, indem er darauf hingewiesen hat, dass bereits anlässlich der ersten stationären Untersuchung der Pulmologischen Abteilung des C.-Krankenhauses B. M. ein Lungenemphysem mit den dafür typischen Röntgenveränderungen in Form eines fassförmigen knöchernen Thorax sowie tiefstehender Zwerchfelle und auch eine leichte Einschränkung der expiratorischen Ein-Sekunden-Kapazität als Hinweis für eine bronchiale Obstruktion diagnostiziert worden ist und sich auch aktuell eine leicht ausgeprägte, fixierte bronchiale Obstruktion als Hinweis auf bereits bestehende strukturelle Veränderungen in den Atemwegen finden lässt. Mithin ist es für den Senat sehr gut nachvollziehbar, dass das langjährige Inhalationsrauchen in erster Linie die COPD und das Lungenemphysem verursacht hat. In einem gleichen Sinn hat sich bereits Prof. Dr. S. in seinem Gutachten geäußert. Auch er hat ausgeführt, dass die obstruktive Ventilationsstörung hauptsächlich auf das langjährige Zigarettenrauchen zurückzuführen ist und der ehemalige Nikotinkonsum auch für das Lungenemphysem verantwortlich ist. Seine abschließenden Ausführungen, die chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung sei wegen des für ihn als denkbar erachteten RADS zu einem geringen Teil ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen, sind vor diesem Hintergrund rechtlich so zu werten, dass dem Arbeitsunfall eben keine wesentliche Bedeutung hierfür zukommt. Im Übrigen hat Dr. G. aufschlussreich dargelegt, dass die wahrscheinlichste Ursache für eine BOOP/COP eine infektiöse Genese ist und auch deshalb die Annahme, dass es sich bei dieser Erkrankung um Folgen einer akzidenten Rauchvergiftung im Jahr 1986 handeln soll, völlig abwegig sei.

In diesem Zusammenhang kann es der Senat letztlich dahin stehen lassen, um wie viele Pack-years es sich beim Kläger gehandelt hat. Es soll sich nach den Ausführungen im Gutachten des Prof. Dr. S. um fünfzehn, nach den Angaben des Klägers im Rahmen der Begutachtung bei Dr. G. um zwanzig und nach den sodann vom Kläger und den Zeugen im Gerichtsverfahren gemachten Angaben um sieben Pack-years gehandelt haben. Der Senat gibt dabei zu bedenken, dass die zeitnahen ersten Angaben des jedenfalls damals noch nicht um die Voraussetzungen für die Bejahung eines haftungsbegründenden Kausalzusammenhangs wissenden Klägers eine höhere Beweiskraft haben als seine späteren Angaben. Zwar kennen weder das SGG noch die Zivilprozessordnung (ZPO) eine Beweisregel in dem Sinne, dass frühere Aussagen oder Angaben grundsätzlich einen höheren Beweiswert besitzen als spätere. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung nach [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) beziehungsweise [§ 202 SGG](#) in Verbindung mit 286 ZPO kann aber das Gericht den zeitlich früheren Aussagen aufgrund des Gesichtspunktes, dass sie von irgendwelchen versicherungsrechtlichen Überlegungen gegebenenfalls noch unbeeinflusst waren, einen

höheren Beweiswert als den späteren Aussagen zumessen (BSG, Urteil vom 11.11.2003 - [B 2 U 41/02 R](#) - juris; siehe auch Senatsurteil vom 18.05.2011 - [L 6 U 1873/10](#)). Vor diesem Hintergrund misst der Senat den ehemaligen Rauchgewohnheiten des Klägers weiterhin gegenüber dem Arbeitsunfall als einmaligen Ereignis eine überragende Bedeutung zu.

Dagegen haben den Senat die Ausführungen des Prof. Dr. F.-B. nicht überzeugt. Selbst wenn es, wie er ausgeführt hat, bei der im September 2006 festgestellten BOOP/COP mit Lungenfibrose um eine nicht ohne Vorschädigung auftretende in diesem Alter seltene chronische, irreversible Lungenerkrankung gehandelt haben sollte, so ergibt sich daraus nicht der Schluss, dass gerade der zwanzig Jahre zurückliegende Arbeitsunfall hierfür verantwortlich gemacht werden kann. Auch sein Hinweis, dass die zur Therapie der akuten Reizungsfolgen im Jahr 1986 erfolgten Kortisongaben zwar akute Symptome zurückgedrängt und unterdrückt, jedoch auch die normalerweise vor sich gehende gewebliche Auseinandersetzung im Lungenraum mit den Substanzen als subakuter Prozess, also eine regelrechte entzündliche Reaktion mit Abtransport der hochgradig giftigen Substanzen einschließlich der Stoffwechselprodukte nicht gefördert hätten, führt zu keiner anderen Beurteilung des Kausalzusammenhangs. Die Annahme, dass auch im Falle des Klägers eine solche natürliche Heilung behindert worden und daher ein Schaden zurückgeblieben sei, ist rein spekulativ. Einen zeitnahen medizinischen Nachweis dieser Annahme liegt gerade nicht vor, so dass die Annahme des Dr. F.-B. lediglich im Bereich des Möglichen bleibt, sich aber nicht zu einer Wahrscheinlichkeit verdichtet. Es handelt sich dabei lediglich um den Versuch, eine ärztlich-pathologische Erklärung für einen - vorliegend allerdings nicht nachgewiesenen - verzögerten Verlauf der Krankheit abzugeben. Auch soweit er darauf abstellt, der von ihm angenommene Vorschaden sei als ursächlich für die erhöhte Anfälligkeit gegenüber pathogenen Pneumonie-Keimen mit den verheerenden Folgen auf die Lungenfunktion anzusehen, lässt er unbeachtet, dass sich eine erhöhte Anfälligkeit des Klägers gegenüber pathogenen Pneumonie-Keimen aus den aktenkundigen Unterlagen nicht ergibt, sondern die Ursache der Pneumonie - wie in vielen anderen Fällen auch - unklar geblieben ist. Auch ergibt sich aus dem Hinweis, eine therapeutisch komplikationslos überwundene Pneumonie ohne chronische Vorschädigung des gesamten Lungengewebes unter Kortisol-Dauertherapie hinterlasse nicht die von ihm beim Kläger mit einer in beiden Lungenflügeln durchgängig fibrosierend erstarrten Lunge beschriebenen Folgen, spricht nicht für einen Kausalzusammenhang mit dem Arbeitsunfall. Damit könnte allenfalls in Betracht gezogen werden, dass dieser röntgenologische Befund gegen einen Zusammenhang mit der BOOP/COP spricht, womit sich aber nicht sozusagen in einem Umkehrschluss ein Zusammenhang mit dem zwanzig Jahre zurückliegenden Arbeitsunfall herstellen lässt. Dass dem Kläger, wie Prof. Dr. F.-B. meint, daraus kein Nachteil erwachsen dürfe, dass er wegen der durch die Kortisolgaben erfolgten Zurückdrängung der Symptome keinen Anlass für weitergehende ärztliche Aktivitäten gesehen habe, trifft ebenfalls nicht zu. Eine derartige Aufweichung des Beweismaßstabes kennt das Recht nicht. Es bleibt daher dabei, dass entgegen der Einschätzung des Prof. Dr. F.-B. die lange Latenz eben doch gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht, zumal auch er sieht, dass im Zusammenhang mit Feuerlöschsubstanzen keine gesammelten Erfahrungen oder Statistiken existieren.

Auch ist Prof. Dr. F.-B., indem er die Meinung vertritt, Konkurrenzbedingungen seien nicht erkennbar, da sich durch Tabakkonsum keine auch nur annähernd in einer vergleichbaren Ausprägung zu findenden Schädigungen ergeben könnten, nicht zu folgen, da er hierfür eine nachvollziehbare Begründung vermissen lässt. Seine Behauptung, unter hunderttausenden Rauchern seien derartige Lungenbefunde nicht zu finden, so dass die Wahrscheinlichkeit der Verursachung allein durch diesen bisher diskutierten Risikofaktor Tabakkonsum keine annähernd plausible Begründung ergebe, hat er nicht wissenschaftlich belegt.

Mithin haben die Beklagte und das Sozialgericht zu Recht die Feststellung der Atemwegserkrankung des Klägers als Folge des Arbeitsunfalls vom 07.03.1986 abgelehnt.

3.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV.

Rechtsgrundlage sind nach den obigen Darlegungen auch hierfür entgegen der Ansicht des Sozialgerichts nicht die Regelungen des SGB VII, sondern die Regelungen der RVO, da der vom Kläger geltend gemachte Versicherungsfall mit der am 31.03.1996 erfolgten Tätigkeitsaufgabe gegeben wäre und er im Übrigen nicht die Gewährung von Leistungen, sondern nur die Feststellung einer Berufskrankheit geltend macht. Mithin ist vorliegend Rechtsgrundlage die Regelung des § 551 Abs. 1 RVO, wonach Berufskrankheiten die Krankheiten sind, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet, und die Bundesregierung ermächtigt ist, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind, und da dabei bestimmen kann, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch die Arbeit in bestimmten Unternehmen verursacht worden sind.

In Bezug auf die gesetzlichen Vorgaben der im SGB VII kodifizierten - zwar nicht im Wortlaut identischen, aber inhaltlich vergleichbaren - Regelungen zum Begriff der Berufskrankheit in [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) hat die Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 02.04.2009 - [B 2 U 9/08 R](#) - juris; zuletzt BSG, Urteil vom 04.07.2013 - [B 2 U 11/12 R](#) - juris) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung einer Erkrankung als Berufskrankheit ist erforderlich, dass die Verrichtungen des Versicherten einer versicherten Tätigkeit zuzurechnen sind (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtungen zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität) und dass diese Einwirkungen eine Krankheit des Versicherten verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität).

Die versicherte Tätigkeit, die Verrichtungen, die Einwirkungen und die Krankheit müssen als rechtserhebliche Tatsachen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein. Eine Tatsache ist bewiesen, wenn sie in so hohem Grade wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach allgemeiner Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung hiervon zu begründen.

Für die Einwirkungskausalität und die haftungsbegründende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen die berufliche Verursachung spricht, so dass auf diesen Grad der

Wahrscheinlichkeit vernünftigerweise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Bei der Anwendung dieser Beweismaßstäbe ist zu beachten, dass für die tatsächlichen Grundlagen der Wertentscheidung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung, soweit es sich nicht um den Kausalverlauf als solchen handelt, also insbesondere für Art und Ausmaß der schädigungsgeeigneten Einwirkung als wichtiges Kriterium für die Prüfung der haftungsbegründenden Kausalität, der volle Nachweis zu erbringen ist.

Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob die Einwirkungen wesentlich waren. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jede/s andere alltäglich vorkommende Ereignis oder Einwirkung zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSG, Urteil vom 09.05.2005 - [B 2 U 1/05 R](#) - juris; BSG, Urteil vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sind vorliegend auch zur Überzeugung des Senats die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV nicht gegeben.

Als Berufskrankheit sind in der Anlage 1 zur BKV in Nr. 4302 die durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachten obstruktive Atemwegserkrankungen bezeichnet, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Es fehlt bereits an den arbeitstechnischen Voraussetzungen. Denn es ist nicht nachgewiesen, dass der Kläger im Rahmen seiner Verrichtungen als Dieselmaschinist chemisch-irritativ oder toxisch wirkenden Stoffen ausgesetzt gewesen ist. Das Sozialgericht hat unter Hinweis auf die arbeitsmedizinische Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, S. 1042) zutreffend dargelegt, dass bei Schweißern die Anerkennung von Atemwegserkrankungen als Berufskrankheit eine langjährige Tätigkeit als Lichtbogenschweißer unter ungünstigen belüftungstechnischen Bedingungen oder eine langjährige, ausschließliche Tätigkeit als Schutzgasschweißer an reflektierenden Grundstoffen oder ein langjähriges Schweißen von/mit Farben, Ölen, Chlorkohlenwasserstoffen oder anderen Schadstoffen beziehungsweise verunreinigten Grundwerkstoffen erfordert und eine entsprechende Tätigkeit beim Kläger nicht bewiesen sei. Der Senat schließt sich gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) diesen Ausführungen nach eigener Prüfung unter Verweis auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils zur Vermeidung von Wiederholungen an.

Nach alledem liegen auch die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV nicht vor.

4.

Daher war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-06-13