

L 8 U 594/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 4 U 4298/13

Datum

15.01.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 594/15

Datum

20.05.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15. Januar 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist - zuletzt noch - streitig, ob beim Kläger eine Berufskrankheit (BK) nach Nr. 4115 (Lungenfibrose) der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) vorliegt.

Der 1958 geborene Kläger war seit Juli 1999 - mit Unterbrechungen - bei verschiedenen Arbeitgebern als Schweißer berufstätig, zuletzt seit 02.04.2001 bei der Firma Tank- und Apparatebau R. A. & S ... GmbH & Co. KG. Ab 08.11.2010 bestand Arbeitsunfähigkeit des Klägers.

Am 28.12.2010 erfolgte bei der Beklagten - u.a. - die ärztliche Anzeige durch die Lungenärztin und Ärztin für Innere Medizin Dr. G.-S.vom 23.12.2010 bei Verdacht auf eine in Betracht kommende Berufskrankheit - Schweißlunge - unter Vorlage des Befundberichtes der St. V.-Kliniken K. vom 06.12.2010 mit der auf das Ergebnis einer histologischen Untersuchung von Lungengewebe gestützten Diagnose einer Schweißlunge.

Die Beklagte leitete ein Feststellungsverfahren ein. Sie nahm den Befundbericht der radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. P. vom 12.11.2010 über ein am 12.11.2010 beim Kläger durchgeführtes HR-CT des Thorax sowie weitere medizinische Befundunterlagen zu den Akten (insbesondere Befundberichte des Kardiologen Dr. H. vom 07.12.2010 und der Dr. G.-S. vom 19.11.2008, 08.11.2010 und 06.07.2011) und zog von der AOK das Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers bei. Entsprechend der beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. K. veranlasste die Beklagte die Feststellung der Arbeitsplatzexposition durch die Präventionsdienste (Stellungnahmen vom 11.07.2011 zur Tätigkeit des Klägers bei der Firma A. im Zeitraum vom 02.04.2001 bis dato Schweißertätigkeit 10.068 Stunden; vom 05.12.2011 zur Tätigkeit bei der Firma A. GmbH im Zeitraum vom 02.05.2000 bis 23.01.2001 Schweißrauchgrenzwert weit unterschritten; vom 26.09.2011 zur Tätigkeit bei der Firma O. GmbH vom 05.07.1999 bis 30.09.1999 Schweißertätigkeit 585 Stunden und zur Tätigkeit bei der Firma A. GmbH vom 25.01.2011 bis 31.03.2011 Schweißertätigkeit 71 Stunden, insgesamt 756 Stunden). In der eingeholten gewerbeärztlichen Feststellung des Regierungspräsidiums Stuttgart vom 24.01.2012 schlug die staatliche Gewerbeärztin E. eine BK Nr. 4115 BKV nicht zur Anerkennung vor, da die erreichte Gesamtbelastung mit maximal ca. 12.400 Stunden Schweißertätigkeit nicht die geforderte Mindestdosis von 15.000 Stunden erreiche. Eine ausgeprägte chronische Bronchitis habe sich infolge chronischen Nikotinabusus von mindestens 35 Packyears entwickelt. In der außerdem eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 07.03.2012 schlug Dr. K. die Einholung eines Gutachtens vor.

Entsprechend der beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. K. führte die Beklagte weitere Ermittlungen durch. Sie nahm den Befundbericht des Dr. P. vom 31.01.2012 (Diagnosen: Grenzwertige restriktive Ventilationsstörung, primäres Schnarchen) zu den Akten. Weiter holte die Beklagte das pneumologische Gutachten des Prof. Dr. H. vom 07.08.2012 mit radiologischem Gutachten des Prof. Dr. H. vom 25.07.2012 ein. Prof. Dr. H. gelangte in seinem Gutachten unter Auswertung einer hochauflösenden Dünnschicht-Computertomographie (HR-CT) des Thorax vom 30.05.2012 zu der Bewertung, anhand der HR-CT könne nicht von einer manifesten Siderofibrose nach BK Nr. 4115 BKV ausgegangen werden. Prof. Dr. H. gelangte in seinem Gutachten zusammenfassend zu der Bewertung, vor dem Hintergrund der über zehnjährigen Schweißermannese und der im Rahmen der Bronchoskopie im St. V.-Krankenhaus Karlsruhe 12/2010 histologisch gesicherten pulmonalen Veränderung sei von einer BK Nr. 4115 BKV auszugehen, auch wenn ihm HR-CT sich nicht die entsprechenden eindeutigen Veränderungen zeigten. Eine höhergradige Lungenfunktionseinschränkung oder Einschränkung des

Gasaustausches zeige sich derzeit nicht. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Ausmaß liege nicht vor.

In der zum Gutachten von Prof. Dr. H. eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15.10.2012 schlug Dr. K. eine Zweitbefundung des Histologiebefundes vor. In der weiter eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. T. vom 08.01.2013 wurde ausgeführt, eine positive Arbeitsanamnese im Sinne der BK Nr. 4115 BKV sei anzunehmen. Differenzialdiagnostisch sei eine Siderose/Siderofibrose bei computertomographisch fehlendem Nachweis von Veränderungen im Sinne einer Siderofibrose und lungenfunktionsanalytisch fehlenden Veränderungen einer hierfür geforderten restriktiven Ventilationsstörung mit Diffusionsstörung und Störung des pulmonalen Gasaustausches nicht zweifelsfrei. Dr. T. empfahl ein pathoanatomisches Gutachten über die Lungengewebeprobe vom 01.12.2010. Entsprechend den beratungsärztlichen Empfehlungen holte die Beklagte das pathologische Gutachten der Prof. Dr. T. vom 15.03.2013 ein. Prof. Dr. T. gelangte zu dem Ergebnis, zwar habe sich eine gering vermehrte Schadstoffanreicherung mit auch Eisenanreicherung belegen lassen. Das histomorphologische Korrelat zeige allerdings nicht das klassische Bild einer Siderofibrose. Der vorliegende Befund entspreche dem einer Eisenschweißlunge Grad 0 bis maximal 1. Mit einer blanden Fibrose einhergehende interstitielle Eisendepots, wie sie charakteristisch für eine Siderofibrose von Krankheitswert seien, hätten sich nicht gefunden, wobei allerdings berücksichtigt werden müsse, dass nur wenige Millimeter große transbronchiale Biopsien zur Darstellung gelangt seien, die nicht zwingend repräsentativ sein müssten. Basierend auf den histopathologischen Untersuchungen und den Befunden der EDX-Analyse liege eine BK Nr. 4115 BKV vergleichsweise vom Entschädigungsfall nicht vor.

In der zum Gutachten der Prof. Dr. T. eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 04.04.2013 führte Dr. K. aus, der sicheren Nachweis einer BK Nr. 4115 BKV sei nicht erbracht. Eine BK Nr. 4115 BKV liege nicht vor. In der gewerbeärztlichen Feststellung des Regierungspräsidiums Stuttgart vom 17.04.2013 wurde von der staatlichen Gewerbeärztin E. das Vorliegen einer BK Nr. 4115 BKV nicht zur Anerkennung vorgeschlagen.

Mit Bescheid vom 19.06.2013 lehnte die Beklagte das Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr. 4101, Nr. 4103 und Nr. 4115 BKV ab. Ansprüche auf Leistungen bestünden nicht.

Hiergegen legte der Kläger am 11.07.2013 Widerspruch ein. Er machte zur Begründung unter Bezug auf die Ausführungen im Merkblatt zur Berufskrankheit 4115 gelten, das Vorliegen einer Schweißlunge sei eindeutig diagnostiziert und die Voraussetzungen der BK 4101, Nr. 4103 und Nr. 4115 BKV seien erfüllt. Der Kläger legte den Befundbericht des St. V.-Kliniken K. vom 13.06.2013 vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.11.2013 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 19.06.2013 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 10.12.2013 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG), mit dem Ziel eine BK nach Nr. 4101, 4103 und 4115 BKV anzuerkennen und ihm Leistungen gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren. Er machte zur Begründung geltend, aus den vorliegenden Befunden gehe eindeutig hervor, dass er unter einer Lungenfunktionsstörung leide. Er wiederholte im Wesentlichen sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren. Außerdem machte er geltend, dass die Gesamtbelastung deutlich über 15.000 Stunden liege. Das Vorliegen einer Schweißlunge sei eindeutig diagnostiziert. Die medizinischen wie auch arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK nach Nr. 4101, 4103 und 4115 BKV seien erfüllt. Der Kläger berief sich insbesondere auf die Bewertungen des Prof. Dr. H. und den Bericht der St. V.-Kliniken K. vom 13.06.2013.

Das SG holte das lungenfachärztliche Gutachten des Dr. P. vom 28.05.2014 ein. Dr. P. gelangte in Übereinstimmung mit Prof. Dr. H. und Prof. Dr. T. zu der Bewertung, dass bei fehlendem Nachweis einer Siderofibrose im CT und in der Histologie sowie bei lungenfunktionsanalytisch fehlender restriktiver Ventilationsstörung keine ausreichende Wahrscheinlichkeit für eine BK Nr. 4115 BKV vorliege.

Zum Gutachten des Dr. P. nahm der Kläger Stellung und beantragte die Einholung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) (Schriftsatz seines vormaligen Prozessbevollmächtigten vom 14.07.2014). Von der Einholung des beantragten Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) nahm das SG Abstand, nachdem der Kläger (durch seine nunmehrige Prozessbevollmächtigte) den Antrag zurücknahm (Schriftsatz vom 01.12.2014).

Mit Gerichtsbescheid vom 15.01.2015 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, es stehe mit der erforderlichen Sicherheit fest, dass die geltend gemachten Berufskrankheiten nicht vorlägen. Nach dem überzeugenden Gutachten des Dr. P. scheide eine BK Nr. 4115 BKV aus, da sowohl in der Histologie als auch im CT der entsprechende Nachweis nicht geführt worden sei. Außerdem fehle es lungenfunktionsanalytisch an einer restriktiven Ventilationsstörung. Dem Gutachten von Prof. Dr. H. könne nicht gefolgt werden. Eine relevante funktionelle Einschränkung liege hinsichtlich des Lungenbefundes nicht vor.

Gegen den der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 22.01.2015 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die vom Kläger durch seine Prozessbevollmächtigte am 19.02.2015 eingelegte Berufung. Zur Begründung hat der Kläger ausgeführt, er leide unter Husten, Müdigkeit, Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit und an einem Schlafapnoe-Syndrom. Das SG habe weitere Feststellungen zu der von ihm vorgetragenen Gesamtbelastung nicht veranlasst und nicht ausreichend berücksichtigt, dass er seine Schweißertätigkeit unter extremen Bedingungen durchgeführt habe. Zudem habe das SG das Vorliegen des Krankheitsbildes der Schweißlunge abgelehnt, ohne hierzu ausreichende Feststellungen getroffen zu haben. Die Aussagefähigkeit und Feststellungen von Prof. Dr. T. seien zu hinterfragen gewesen, nachdem Prof. Dr. T. ausdrücklich auch darauf abgestellt habe, dass berücksichtigt werden müsse, dass die zur Darstellung gelangten Biopsien nicht zwingend repräsentativ sein müssten. Das SG sei deshalb zu Unrecht den Feststellungen des Gutachtens von Dr. P. gefolgt. Es sei unzutreffend davon ausgegangen worden, dass bei ihm eine ausreichende Arbeitsplatzexposition nicht vorgelegen habe. Auch zeige sich lungenfunktionsanalytisch jedenfalls eine geringgradig ausgeprägte obstruktive/restriktive Ventilationsstörung. Im St. V.-Krankenhaus sei histologisch das Vorliegen einer entsprechenden interstitiellen Lungenveränderung passend zu der Schweißlunge gesichert worden. Danach wäre bei ihm vom Vorliegen einer BK Nr. 4115 BKV auszugehen gewesen.

Der Kläger beantragt zuletzt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15.01.2015 sowie den Bescheid der Beklagten vom 19.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.11.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, eine Berufskrankheit nach Nr. 4115 der Anlage 1 zur BKV festzustellen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Die Berufungsbegründung sei nicht geeignet, der Berufung zum Erfolg zu verhelfen. Es sei auf röntgenologischem, pneumologischem und anatomisch-pathologischem Fachgebiet nicht zu erkennen, dass beim Kläger das anspruchsbegründende Krankheitsbild im Vollbeweis erwiesen sei. Die arbeitsmedizinisch relevante Mindestdosis habe nicht ermittelt werden können. Beim Kläger liege das Krankheitsbild einer chronisch-obstruktiven Bronchitis nach langjährigem Nikotinmissbrauch mit ca. 35 Packungsjahren vor, wodurch sich die Beschwerdesymptomatik beim Kläger zwanglos erklären lasse.

Der Rechtsstreit ist durch den Berichterstatter mit den Beteiligten in den nichtöffentlichen Sitzungen am 20.11.2015 und 08.04.2016 erörtert worden. Hierzu wird auf die Niederschriften vom 20.11.2015 und 08.04.2016 Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf ein Band Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Gegenstand des vorliegenden Berufungsverfahrens ist nur noch, ob beim Kläger eine BK Nr. 4115 BKV vorliegt. Soweit der Kläger zunächst schriftsätzlich (Schriftsatz vom 10.06.2015) auch die Anerkennung einer BK Nr. 4101 und 4103 BKV sowie ihm Leistungen gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren beantragt hat, hat der Kläger diese Anträge im Verlauf des Berufungsverfahrens nicht mehr weiter verfolgt, wie er durch seine Prozessbevollmächtigte in der nichtöffentlichen Sitzung am 08.04.2016 ausdrücklich erklärt hat, und damit insoweit seine Berufung (konkludent) zurückgenommen, weshalb der Senat hierüber nicht mehr zu befinden hat.

Die auf die Anerkennung einer BK Nr. 4115 BKV gerichtete Klage ist zulässig. Die gemäß 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig. Richtige Klageart zur Erreichung des angestrebten Ziels ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 1, Abs. 4 SGG](#) oder nach Wahl des Versicherten die Feststellungsklage gem. [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) (vgl. BSG 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#), [BSGE 108, 274](#) und BSG 27.04.2010 - [B 2 U 23/09 R](#)).

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten vom 19.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.11.2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung einer BK Nr. 4115 BKV. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden.

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aufgrund der Ermächtigung in [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) hat die Bundesregierung die Berufskrankheiten Verordnung (BKV) vom 31.10.1997 ([BGBl. I, S. 2623](#)) erlassen, in der die derzeit als Berufskrankheiten anerkannten Krankheiten aufgeführt sind.

Unter Nr. 4115 Anlage zu § 1 BKV hat der Verordnungsgeber eine Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen - (Siderofibrose) - als BK normiert.

Bei einer Listenberufskrankheit lassen sich im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten, die gegebenenfalls bei einzelnen Listenberufskrankheiten einer Modifikation bedürfen (vgl. BSG SozR 4 5671 Anl. 1 Nr. 3101 Nr. 3): Die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität), und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK. Wie bei einem Arbeitsunfall müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (vgl. u.a. BSG SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 3101 Nr. 4, RdNr. 16 m.w.N.; BSG [SozR 4-2700 § 9 Nr. 14](#), RdNr. 9 m.w.N.; BSG, UV-Recht Aktuell 2012, 412; BSG, [NZS 2012, 151](#); BSG SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 4111 Nr. 3 sowie BSG vom 04.07.2013 - [B 2 U 11/12 R](#) -, (Juris)).

Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt (vgl. BSGE 45, 286); eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der herrschenden medizinisch wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht ([BSGE 60, 58](#) m.w.N.; vgl. auch Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, E § 9 Rdnr. 26.2). Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Lässt sich eine Tatsache nicht nachweisen oder ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) zu Lasten dessen, der einen Anspruch aus der nicht erwiesenen Tatsache bzw. dem nicht wahrscheinlich gemachten Kausalzusammenhang für sich herleitet ([BSGE 19,52, 53](#); [30,121, 123](#); [43, 110, 112](#)).

Die Voraussetzungen der haftungsbegründenden Kausalität für die Feststellung einer BK Nr. 4115 BKV sind beim Kläger nicht erfüllt. Denn es kann nicht festgestellt werden, dass beim Kläger einer Lungenfibrose durch extreme und langjährige berufliche Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen - (Siderofibrose) - vorliegt. Dabei kommt es nicht entscheidend darauf an, ob beim Kläger die Voraussetzungen einer ausreichenden beruflichen Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen (arbeitstechnische Voraussetzungen) gegeben sind, weshalb es hierzu keiner näheren Feststellungen durch den Senat bedarf. Denn beim Kläger ist jedenfalls nach den

durchgeführten medizinischen Ermittlungen nicht erwiesen, dass er an einer Lungenfibrose (Siderofibrose) erkrankt ist.

Die radiologischen Untersuchungen des Klägers haben keine Anknüpfungstatsachen erbracht, die das Vorliegen einer Krankheit nach Nr. 4115 BKV belegen. Nach dem von der Beklagten im Verwaltungsverfahren eingeholten radiologischen Gutachten von Prof. Dr. H. lassen eine am 30.05.2012 durchgeführte hochauflösende Dünnschicht-Computertomographie des Thorax (HR-CT) in In- und Expirationsstellung sowie in Rücken- und Bauchlage zwar ausgeprägte hypostasebedingte Einlagerungen erkennen, die zusammen mit betonten Gefäßkalibern der Lunge eine eingeschränkte Herzfunktion vermuten lassen, wie Prof. Dr. H. in seinem Gutachten ausführt. In den nach Lagewechsel jeweils frei einsehbaren Lungenbezirken ergibt sich jedoch kein Hinweis auf eine signifikante interstitielle Lungenfibrosierung, weshalb nach den nachvollziehbaren und überzeugenden Bewertung von Dr. H. beim Kläger anhand der HR-CT nicht vom Vorliegen einer manifesten Siderofibrose nach BK Nr. 4115 BKV ausgegangen werden kann. Dem entspricht auch das von der Beklagten im Verwaltungsverfahren außerdem eingeholte pneumologische Gutachten von Prof. Dr. H. vom 07.08.2012, der bestätigt, dass sich im durchgeführten HR-CT keine eindeutigen Hinweise für eine Schweißelunge gefunden haben, weshalb auch nach der Ansicht des Prof. Dr. H. anhand der HR-CT von einer manifesten Siderofibrose nach BK Nr. 4115 BKV nicht ausgegangen werden kann. Auch das Ergebnis einer von Dr. P. im Rahmen der Begutachtung des Klägers im Klageverfahren (Gutachten vom 28.05.2014) veranlassten Thorax-CT vom 02.04.2014 (Befundbericht Dr. R. vom 02.04.2014) erbrachte lediglich Zeichen einer chronischen Bronchitis und diskrete unspezifische periphere Veränderungen (Bronchiolitis). Typische Veränderungen einer Schweißelunge zeigten sich jedoch ebenfalls nicht, wie Dr. P. in seinem Gutachten ausführt. Diese radiologischen Befunde stehen auch nicht in Widerspruch mit dem Befund einer HR-CT des Thorax vom 12.11.2010. Zwar zeigten sich bei dieser radiologischen Untersuchung insbesondere mikronoduläre interstitielle Lungenveränderungen im Bereich beider Lungen (Befundbericht Dr. P. vom 12.11.2010). Dieser Befund stellt jedoch nach den nachvollziehbaren und plausiblen Ausführungen von Prof. Dr. H. in seinem Gutachten keinen Widerspruch zwischen den radiologischen Untersuchungen dar, da erst die HR-CT vom 30.05.2012 in verschiedenen Lagen durchgeführt worden ist und so wesentliche Zusatzinformationen geliefert hat.

Auch die histologische Untersuchung des zur Abklärung des im HR-CT vom 12.11.2010 erhobenen Befundes entnommenen Lungengewebes des Klägers hat keine Anknüpfungstatsachen erbracht, die das Vorliegen einer Krankheit nach Nr. 4115 BKV belegen. Nach dem von der Beklagten im Verwaltungsverfahren eingeholten fachpathologischen Gutachten der Prof. Dr. T. vom 15.03.2013 gab die Untersuchung des entnommenen Lungengewebes eine mäßige chronische und floride Bronchitis und Peribronchitis mit mäßiger RBILD und geringgradiger luminaler Siderose sowie zellreiche BAL mit regelrechtem Differentialzellbild und geringer makrophagozytärer Siderose. Es ließ sich eine gering vermehrte Eisenanreicherung belegen. Basierend auf einer transbronchialen Biopsie zeigte das histomorphologische Korrelat allerdings nicht das klassische Bild einer Siderofibrose. Es fand sich lediglich eine ganz diskret ausgeprägte makrophagozytäre Eisenspeicherung entsprechend einer Eisenschweißelunge Grad 0 bis maximal 1. Mit einer Lungenfibrose einhergehende interstitielle Eisendepots, wie sie charakteristisch für eine Siderofibrose von Krankheitswert sind, fanden sich nach den Ausführungen von Prof. Dr. T. in ihrem Gutachten jedoch nicht. Soweit Prof. Dr. T. in diesem Zusammenhang darauf hinweist, dass zu berücksichtigen sei, dass nur wenige Millimeter große transbronchiale Biopsien zur Darstellung gelangt seien, die nicht zwingend repräsentativ sein müssten, ändert dies nichts daran, dass die histologische Untersuchung durch Prof. Dr. T. keine Befunde erbracht haben, wie sie für eine Siderofibrose von Krankheitswert charakteristisch sind. Vielmehr entspricht der von Prof. Dr. T. erhobene histologische Untersuchungsbefund den radiologischen Befunden. Soweit die St. Vincentius-Kliniken im Befundbericht vom 06.12.2010 auf der Grundlage einer durchgeführten Histologie die Diagnose des Vorliegens einer Schweißelunge stellen, vermag sich der Senat dieser Diagnose nicht anzuschließen. Nach dem im Befundbericht vom 06.12.2010 beschriebenen Befund hat die histologische Untersuchung ein peribronchiales, alveoläres Lungengewebe mit Pigmentmakrophagen, welche in der Eisenfärbung deutlich positiv seien, eine leichte Verdickung und entzündliche Infiltration der Alveolarsepten, sowie eine vereinzelte Positivität in der Fluoreszenzbronchoskopie erbracht, passend zu einer Schweißelunge. Nach den Bewertungen von Dr. P. im Gutachten vom 28.05.2014 ist der Nachweis von Eisen in Makrophagen für sich jedoch noch nicht diagnoseweisend für eine Schweißelunge entsprechend einer Siderofibrose. Auch Dr. K. (beratungsärztlichen Stellungnahme vom 04.04.2013) sowie Dr. T. (beratungsärztlichen Stellungnahme vom 08.01.2013) weisen übereinstimmend darauf hin, dass eine deutlich positive Eisenfärbung für die Diagnose einer Siderofibrose, differenzialdiagnostisch Siderose, nicht ausreicht bzw. die Diagnose nicht zweifelsfrei zulässt, weshalb die von den St. V.-Kliniken gestellte Diagnose nicht geeignet ist, beim Kläger das Vorliegen einer BK Nr. 4115 BKV zu belegen.

Außerdem sind beim Kläger lungenfunktionsanalytisch typische Veränderungen im Sinne einer Siderofibrose, die nach den Ausführungen von Dr. T. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 08.01.2013 zum Nachweis einer restriktiven Ventilationsstörung mit Diffusionsstörung und Störung des pulmonalen Gasaustauschs erfordern, nicht belegt. Nach den von Dr. P. in seinem Gutachten vom 28.05.2014 beschriebenen Befunden bestehen beim Kläger keine Gasaustauschstörung, eine normale aerobe Kapazität, keine Limitation aufgrund der Ventilation, kein Hinweis auf eine Diffusionsstörung bei beginnender Hyperkapnie unklarer Ursache. Zwar weist die Spirometrie formal eine restriktive Ventilationsstörung aus. Die Interpretation dieser Lungenfunktionsstörung muss jedoch nach den Ausführungen von Dr. P. im Gutachten - bei fehlendem Hinweis auf eine organische Ursache des Leistungsdefizits im kardiopulmonalen Bereich - relativiert werden, wobei Dr. P. es für nicht statthaft erachtet, die Resultate der Belastungsmessung als valide Daten zu werten, und die aus der Spiroergometrie resultierende minimale Leistungsfähigkeit des Klägers nicht für glaubhaft und nicht nachvollziehbar wertet. Dr. P. verneint in seinem Gutachten eine Schweißelunge als Ursache für eine verminderte Leistungsfähigkeit und erachtet - u.a. auch - bei fehlender restriktiver Ventilationsstörung lungenfunktionsanalytisch eine BK Nr. 4115 BKV für nicht ausreichend wahrscheinlich. Prof. Dr. H. beschreibt in seinem Gutachten vom 07.08.2012 lediglich eine kombinierte geringgradige obstruktive/restriktive Funktionseinschränkung der Lunge bei normalen Blutgasen sowie eine im Normbereich liegende Lungendiffusionskapazität und verneint eine höhergradige Einschränkung der Lungenfunktion sowie eine Einschränkung des Gasaustauschs. Auch die von Prof. Dr. H. erhobenen Lungenfunktionsbefunde sprechen damit nicht für das Vorliegen einer Siderofibrose. Auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen lassen sich eine restriktive Ventilationsstörung mit Diffusionsstörung und Störung des pulmonalen Gasaustauschs, die lungenfunktionsanalytisch das Vorliegen einer Siderofibrose belegen, nicht entnehmen, worauf Dr. T. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 08.01.2013 in tabellarischer Auswertung der zu den Akten gelangten Vorbefunde überzeugend hinweist. Nach dem Befundbericht von Dr. Grimm-Sachs vom 19.11.2008 war beim Kläger die CO-Diffusionsmessung unauffällig und die Blutgasanalyse normwertig. Funktionell hat Dr. G.-S. das Bild einer Schweißelunge verneint. Auch im Befundbericht von Dr. G.-S. vom 08.11.2010 wird eine relevante Obstruktion verneint bei nur mäßig G.-S. im Befundbericht vom 06.07.2011 formal eine mäßige Restriktion befundet, wird auf eine mangelhafte Anstrengung des Klägers hingewiesen, weshalb der Senat diesen Befund für nicht gesichert hält. Dr. P. beschreibt im Befundbericht vom 31.01.2012 eine leichte restriktive Ventilationsstörung und Verteilungsstörung ohne Nachweis einer Obstruktion. Eine relevante Veränderung lässt sich den Akten nicht entnehmen. Prof. Dr. H. geht vielmehr in seinem Gutachten beim Kläger von im Vergleich zu den vorliegenden

Lungenfunktionsbefunden seit November 2008 im Wesentlichen unveränderten Lungenfunktionsbefunden aus.

Für die vom Kläger geklagten bronchitische Beschwerden kommt im Übrigen als konkurrierende Ursache auch ein Nikotinabusus des Klägers (35 Packungsjahre) in Betracht, wovon insbesondere Dr. T. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 08.01.2013 sowie die staatliche Gewerbeärztin Einsele in der Feststellung vom 17.04.2013 übereinstimmend ausgehen.

Danach kann aufgrund der radiologisch, histologisch sowie lungenfunktionsanalytisch bestehenden Befundlage das Vorliegen einer BK Nr. 4115 BKV beim Kläger nicht festgestellt werden. Zu dieser Bewertung gelangt auch Dr. P. in seinem Gutachten vom 28.05.2014. Der abweichenden Bewertung von Prof. Dr. H. in seinem Gutachten vom 07.08.2012, der die Anerkennung einer BK Nr. 4115 BKV befürwortet hat, schließt sich der Senat nicht an. Prof. Dr. H. stützt seine abweichende Ansicht maßgeblich auf den Hintergrund der positiven Berufsanamnese und des histologischen Befundes (der St. V.-Kliniken im Befundbericht vom 06.12.2012). Dabei setzt sich Prof. Dr. H. nicht mit dem im Rahmen seiner Begutachtung erhobenen HR-CT Befund auseinander, der auch nach Ansicht von Prof. Dr. H. nicht geeignet ist, eine manifeste Siderofibrose nach BK Nr. 4115 BKV zu belegen. Weiter haben die anschließenden weiteren Ermittlungen der Beklagten die auf die Histologie gestützte Diagnose der St. V.-Kliniken nach dem Gutachten von Prof. Dr. T. vom 15.03.2013 nicht bestätigt. Außerdem setzt sich Prof. Dr. H. mit dem lungenfunktionsanalytischen Befund nicht auseinander. Zudem ist eine positive Berufsanamnese für sich nicht schon ausreichend, das Vorliegen einer Berufskrankheit anzunehmen. Die Bewertung des Prof. Dr. H. im Gutachten vom 07.08.2012 überzeugt deshalb nicht, weshalb ihr nicht gefolgt werden kann.

Auch das Vorbringen des Klägers rechtfertigt keine andere Bewertung. Der Kläger kann sich insbesondere nicht auf den vorläufigen Brief der St. V.-Kliniken vom 13.06.2013 mit Erfolg berufen, worauf er sich zur Begründung seiner Klage bezogen hat. Eigene Befunderhebungen, die abweichend von dem oben Ausgeführten das Vorliegen einer Schweißberlunge belegen, lassen sich dem vorläufigen Brief vom 13.06.2013 nicht entnehmen, insbesondere ergab auch die dort veranlasste Röntgen- und CT Diagnostik keine interstitielle Lungenfibrosierung. Gesichtspunkte, die eine dem Kläger günstigere Bewertung erlauben, hat er auch im Berufungsverfahren nicht aufgezeigt, worauf die Beklagte zur Berufungserwiderung zutreffend hinweist.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die von der Beklagten und vom SG durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt und vermitteln dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Gesichtspunkte, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste, hat der Kläger im Berufungsverfahren nicht aufgezeigt.

Die Berufung des Klägers war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-06-30