

L 2 KN 1/00 U

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KN 63/97 U
Datum
12.08.1998
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 2 KN 1/00 U
Datum
12.10.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 8 KN 3/00 U R
Datum
28.02.2001
Kategorie
Urteil
Bemerkung
Rücknahme der Revision

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 12.08.1998 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerinnen auch im zweiten Rechtszug. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Zahlung von Verletztenrente wegen einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 4111 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV vom 31.10.1997, [BGBI. I S. 2623](#)).

Die Klägerinnen sind Töchter und Erbeninnen des am 00.00.1916 geborenen und am 00.00.1999 verstorbenen B S (Versicherter) und seiner am 00.00.1923 geborenen, im Zeitpunkt seines Todes allein mit ihm zusammenlebenden und am 00.00.1999 gestorbenen Ehegattin N S. Der Versicherte leistete zur Zeit seines Todes weder den Klägerinnen noch Dritten Unterhalt. Der Versicherte war von 1930 bis 1971 auf Schacht O und Schacht VI zunächst zwei Jahre über Tage, danach unter Tage Bergjungmann, Knappe und Hauer, unterbrochen von Reichsarbeitsdienst, Kriegsdienst und Gefangenschaft (1938-1945). Bei der Tätigkeit im Steinkohlenbergbau war er insgesamt zumindest einer Belastung von 194 Feinstaubjahren im Sinne der BK Nr. 4111 ausgesetzt (Technischer Aufsichtsdienst der Beklagten [TAD], 13.08.1996). Von 1971 bis 1974 war der Versicherte Pförtner bei der Firma S. Seit 1974 arbeitete er nicht mehr. Bei einer Begutachtung wegen der Folgen der BK Nr. 4101 (Sozialgericht [SG] Duisburg S 4 BU 120/95, 28.06.1996) gab der Versicherte dem Sachverständigen Prof. Dr. X an, er werde seit vielen Jahren wegen Bronchitis behandelt und nehme laufend bronchienerweiternde und schleimlösende Medikamente. Ab dem 26. Lebensjahr habe er bis zu zehn Zigaretten täglich geraucht.

Seit einem halben Jahr rauche er nicht mehr. Er leide an Atemnot bereits in Ruhe, Husten und festsitzendem Auswurf. Prof. Dr. X ging von eben leichtgradigen Staublungenveränderungen aus. Er sah keine Entschädigungspflicht für die BK Nr. 4101. Er zeigte aber den Verdacht einer BK Nr. 4111 wegen leichter obstruktiver Ventilationsstörungen an. Der Versicherte gab an (8/96), schon vor dem 10.07.1986 an Husten, Auswurf und Luftnot gelitten zu haben. Die Beklagte zog bei Unterlagen über die Arbeitsunfähigkeitszeiten von der Bundesknappschaft und Berichte von Dams (16.08.1996), Dr. I (16.08.1996) sowie von Dr. Q (Befund vom 30.05.1990). In einem Gutachten gelangte Dr. L (10.10.1996) zum Ergebnis, ab 03.08.1995 bestünden ein Emphysem und eine chronische obstruktive Bronchitis mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H. Der beratende Arzt Dr. T (03.11.1996) meinte, die geringe Ausprägung der Obstruktion rechtfertige dies nicht, wohl aber eine weitere Aufklärung. Die Landesanstalt für Arbeitsschutz hielt Maßnahmen nach § 7 Abs. 2 BKVO nicht für erforderlich (Prof. Dr. F, 08.11.1996). Prof. Dr. S (02.12.1996) sah in den Befunden keine Rechtfertigung des Leistungsfalls. Die Beklagte lehnte eine Entschädigung ab (Bescheid vom 27.12.1996; zurückweisender Widerspruchsbescheid vom 11.06.1997).

Zur Begründung seiner Klage zum SG Duisburg hat der Versicherte vorgetragen, Prof. Dr. X und Dr. L sei zu folgen.

Die Beklagte hat sich auf eine Stellungnahme von Dr. T (09.03.1998) berufen.

Das Gericht hat Beweis durch den Sachverständigen Prof. Dr. T1 erhoben (07.10.1997). Er hat ausgeführt, die Befunde rechtfertigten eine MdE von 20 v.H. ab 28.06.1996. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß unter Aufhebung der entgegenstehenden Verwaltungsentscheidung verurteilt, ab 28.06.1996 Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. zu zahlen (Urteil vom 12.08.1998).

Zur Begründung ihrer Berufung trägt die Beklagte vor, bei Würdigung der Medikation mit Berodual, wie es Dr. I dokumentiert habe,

sowie den Einschätzungen und Befunden von Dr. E (07.06.1990 und 03.08.1995) sei mit Dr. T (09.02.1999) und der neueren Auffassung von Prof. Dr. T1 von einem Versicherungsfall am 26.03. oder 28.04.1992 auszugehen. Abweichendes sei eine realitätsferne Einschätzung (Dr. T, 21.08.2000).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 12.08.1998 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerinnen beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie halten die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Das Gericht hat Beweis durch die Sachverständigen Prof. Dr. T1 und Prof. Dr. Q erhoben. Prof. Dr. T1 hat in Kenntnis der hausärztlichen Verordnungen ausgeführt (05.05.1999), eine chronische obstruktive Bronchitis sei spätestens ab 26.03.1992 nachgewiesen. Nach Eingang eines Berichts des St. C-Hospitals E (14.05.1999) hat Prof. Dr. Q gemeint (14.07.2000), erst am 28.06.1996 sei der Versicherungsfall eingetreten. Bei der Erläuterung seines Gutachtens (12.10.2000) hat er sich dahingehend korrigiert, von dem Eintritt des Versicherungsfalls 1995 auszugehen. Im übrigen hat er auch auf seine Beurteilung für das Verfahren [L 2 KN 204/99 U](#) verwiesen, die den Beteiligten zur Verfügung gestellt worden ist.

Für die Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Die Klägerinnen haben als Erben des Versicherten Anspruch auf Zahlung von Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. ab 28.06.1996 wegen einer BK Nr. 4111. Die Klägerinnen sind als Rechtsnachfolger des verstorbenen Versicherten im Wege eines Beteiligtenwechsels in dessen prozessuale Rechtsposition eingetreten. Ihre Rechtsnachfolge ergibt sich aus § 58 des 1. Buches Sozialgesetzbuch (SGB I). Soweit fällige Ansprüche auf Geldleistungen nicht nach den [§ 56](#) und [§ 57 SGB I](#) einem Sonderrechtsnachfolger zustehen, werden sie nach

Abs. 1 dieser Vorschrift nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) vererbt. So liegt es hier. Die fälligen Ansprüche auf Zahlung von Verletztenrente stehen nicht einem Sonderrechtsnachfolger zu. Nach dem Tode des Versicherten war zwar zunächst dessen Ehegattin Sonderrechtsnachfolgerin nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I](#). Sie hatte mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt. Nach ihrem wenig später eingetretenen Tode hätten zwar weitere Sonderrechtsnachfolger des Versicherten nachrücken können (vgl. BSG, Urteil vom 11.05.2000, [B 13 RJ 85/98 R](#), S. 7 ff., m.w.N.). Die Voraussetzungen der Sonderrechtsnachfolge waren jedoch von keiner anderen Person als der Ehegattin erfüllt. Nur die Ehegattin hatte mit dem Versicherten zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt. Keine andere Person war von ihm wesentlich unterhalten worden. Die Klägerinnen sind schließlich auch Erben nach den Vorschriften des BGB.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich noch nach den Vorschriften der RVO, da der Versicherungsfall 1995, mithin bereits vor dem Inkrafttreten des 7. Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) am 01.01.1997 eingetreten ist (Art. 36 Unfallversicherungseinordnungsgesetz [UVEG], [§ 212 SGB VII](#); zum Eintritt des Versicherungsfalls vgl. unten).

Nach § 547 RVO gewährt der Träger der Unfallversicherung nach Eintritt des Arbeitsunfalls nach Maßgabe der folgenden Vorschriften Leistungen, insbesondere Verletztenrente. Als Arbeitsunfall gilt gemäß § 551 Abs. 1 Satz 1 RVO auch eine BK. BKen sind nach § 551 Abs. 1 Satz 2 RVO die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates (BR) bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543-545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet. Nach Nr. 4111 der Anlage zur BKV gehören zu den BKen auch "chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlenbergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren [(mg/m³) x Jahre]".

Die Voraussetzungen der BK Nr. 4111 sind erfüllt. Der Versicherte war bei seiner versicherten Tätigkeit im Steinkohlenbergbau unter Tage von 1930 bis 1971 entsprechend den Berechnungen des TAD bei Unterstellung geringstmöglicher Belastung einer Exposition von 194 Feinstaubjahren ausgesetzt. Diese Exposition hat zumindest mit Wahrscheinlichkeit die mit Sicherheit feststellbare chronische obstruktive Bronchitis wesentlich mitbedingt. Das haben die Sachverständigen Prof. Dr. T1 und Prof. Dr. Q überzeugend dargelegt. Es entspricht der urkundsbeweislich verwertbaren Beurteilung von Prof. Dr. X und Dr. L und steht mit der diagnostischen Einschätzung von Dr. I in Einklang. Das zieht die Beklagte mit Blick auf die Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. T (03.11.1996; 09.03.1998; 09.02.1999; 21.08.2000; zur Verwertbarkeit des Beteiligtenvorbringens vgl. auch BSG, Beschluss vom 17.08.2000, B 8 KN 5/00 UB, Bl. 5, m.w.N.) nicht in Zweifel. Die chronische obstruktive Bronchitis bedingt auch ab 28.06.1996 eine MdE von 20 v.H. Der Senat folgt insoweit der überzeugenden Beurteilung der Sachverständigen Prof. Dr. T1 und Prof. Dr. Q. Sie entspricht auch der Einschätzung von Dr. L, sieht man davon ab, dass dieser schon früher eine MdE von 20 v.H. annimmt.

Die Einwendungen der Beklagten greifen nicht durch. Entgegen der Ansicht der Beklagten steht dem Anspruch des Versicherten § 6 Abs. 1 BKV nicht entgegen. Leidet - so § 6 Abs. 1 BKV - ein Versicherter am 01.12.1997 an einer Krankheit nach Nr. 4111 der Anlage, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1992 eingetreten ist. Das LSG geht mit der den Beteiligten bekannten Rechtsprechung des BSG (vgl. z.B. Urteil vom 30.09.1999, [B 8 KN 5/98 UR](#), SozR 3-2200 § 551 RVO Nr. 13, S. 46 ff.) davon aus, dass die Rückwirkungsklausel des § 6 Abs. 1 BKV wirksam ist ungeachtet der Beobachtungspflicht des Ordnungsgebers, die ggfs. eine Korrektur- und Nachbesserungspflicht nach sich zieht (vgl. zu den entsprechenden Pflichten des Gesetzgebers [BVerfGE 87, S. 348](#) ff., 358; 88, S. 203 ff., 309-311).

Der Begriff des Versicherungsfalls im Sinne von § 6 Abs. 1 BKV meint das Vorliegen der Voraussetzungen für den Anspruch des Versicherten

auf Anerkennung einer BK im Sinne von § 551 Abs. 1 RVO/ [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) (vgl. BSG, Urteil vom 30.09.1999, [a.a.O.](#), S. 48, m.w.N.). Damit umschreibt der Begriff "Versicherungsfall" nur das Versicherungswagnis und sagt nichts über die Voraussetzungen aus, die darüber hinaus für einen Anspruch auf Leistung aus der Versicherung erfüllt sein müssen (vgl. BSG, Urteil vom 20.06.1995, 8 RKn U 2/94, SozR 3-5679 Art. 3 BKVO-ÄndV 1988 Nr. 1, S. 1 ff., 2, m.w.N.). Unter einer Gesundheitsstörung, wie sie als Tatbestandsmerkmal für eine BK vorausgesetzt ist, werden schon Befunde verstanden, die einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand aufweisen, auch wenn noch keine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung vorliegt. Damit kann unter Versicherungsfall im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich das Ereignis im Leben des Versicherten verstanden werden, das bei seinem Eintritt spezifische Nachteile und Gefährdungen für den Versicherten mit sich bringt, gegen die die Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. ebenda und BSG, Urteil vom 27.02.1989, [2 RU 54/88](#), SozR 2200 § 551 RVO Nr. 35 S. 67 ff., 70, m.w.N.).

Zum Versicherungsfall der BK Nr. 4111 ist es beim Versicherten erst am 03.08.1995 gekommen. Davon ist das LSG nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme überzeugt. Erforderlich ist, dass der Eintritt des Versicherungsfalles nach dem 31. Dezember 1992 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststeht. Dafür spricht schon der Wortlaut des § 6 Abs. 1 BKV. Er verlangt ohne Einschränkung den Eintritt des Versicherungsfalles. Für die BK Nr. 4111 bedeutet dies: Entscheidend ist, dass eine chronische obstruktive Bronchitis oder/und ein Emphysem, welche mit Wahrscheinlichkeit zumindest wesentlich mitbedingt sind durch eine Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren bei Bergleuten unter Tage im Steinkohlenbergbau, als regelwidriger Körperzustand erst nach dem 31.12.1992 bestanden haben, um auf Antrag diese BK anerkannt zu erhalten. Unschädlich ist es andererseits, wenn nur Anhaltspunkte dafür bestehen, dass es vor dem 01.01.1993 zum Eintritt des Versicherungsfalles gekommen ist, wenn der Nachweis des Eintritts des Versicherungsfalles mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erst nach dem 31.12.1992 geführt ist. Das entspricht auch Sinn und Zweck der Rückwirkungsklausel. Sie zielt darauf ab, Ansprüche aus Versicherungsfällen vor Inkrafttreten des neuen (günstigeren) Rechts in die Regelungen des neuen Rechts einzubeziehen, nicht aber, eine Entschädigung nach dem neuen Recht von vornherein zu verhindern. Die Grundentscheidung des Verordnungsgebers, Fälle der BK Nr. 4111 zu entschädigen, darf mithin nicht durch eine Auslegung der Rückwirkungsregelung des § 6 Abs. 1 BKV unterlaufen werden, die eine Entschädigung im Ergebnis in so gut wie allen Fällen ausschließt. Dies gilt in gleicher Weise für die Anforderungen, die zu stellen sind, um davon auszugehen, dass die Tatbestandsmerkmale der BK erfüllt sind.

In diesem Sinne ist beim Versicherten erst ab 03.08.1995 eine chronische obstruktive Bronchitis feststellbar. Erforderlich ist, dass eine chronische Bronchitis und eine bronchiale Obstruktion als regelwidriger Körperzustand mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bestehen. Das entspricht dem Wortlaut der BK Nr. 4111 und widerspricht nicht den Gesetzesmaterialien (BR-Drucks. 642/97, S. 19). Es steht mit den für die Einführung der BK Nr. 4111 maßgeblichen wissenschaftlichen Erkenntnissen im Einklang (vgl. BARbBl. 10/1995, S. 39 ff.; Bekanntmachung des BMA vom 01. August 1995 - 4a IV-45212/13). Dementsprechend knüpft auch das Merkblatt für die ärztliche Untersuchung (BARbBl. 12/1997, S. 35 ff.; zur Konkretisierung der Begriffe der BKV vgl. BSG, Urteil vom 22.08.2000, [B 2 U 34/99 R](#), insbesondere zum Stellenwert der Auslegungsmittel Bl. 5 f.; vgl. auch Urteil vom 23.03.1999, [B 2 U 12/98 R](#), SozR 3-2200 § 551 RVO Nr. 12, S. 33 ff., 44) und das sog. Konsensuspapier (Konsensuspapier der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, Nowak, Stand: 10.12.1998, ASU 1999, 34, S. 79 ff.; Pneumologie 1999, 53, S. 150 ff.) an dieses Begriffsverständnis an. Eine Bronchitis, also ein entzündlicher Reizzustand der Bronchien, ist chronisch, wenn an den meisten Tagen von wenigstens drei Monaten in zwei aufeinanderfolgenden Jahren Husten besteht und vermehrt Bronchialschleim entleert wird (vgl. Merkblatt für die Ärztliche Untersuchung, a.a.O.; in der Sache ebenso Prof. Dr. Q, Sachverständigengutachten, auch unter Hinweis auf die historische Entwicklung; Prof. Dr. T1, 05.05.1999). Dies ist auch Ausgangspunkt des sog. Konsensuspapiers, das sich hinsichtlich der pathophysiologischen und epidemiologischen Grundlagen ausdrücklich auch auf das Merkblatt beruft (vgl. ebenda, Fußnote 8). Bei einer bronchialen Obstruktion kommt es infolge einer Einengung der luftleitenden Bronchien durch Verdickung der Bronchialschleimhaut und Verlegung von kleinen Atemwegen mit zähem Schleim zu einer Erhöhung des endobronchialen Strömungswiderstandes mit inhomogener Belüftung der Alveolen.

Im Zusammenhang mit der sich chronifizierenden Reizung einer Bronchitis kann es zudem zu einer zunächst rezidivierenden und später auch sich chronifizierenden Konstriktion der Bronchialmuskulatur kommen, die ihrerseits zu einer weiteren Kaliberverengung und einer Vertiefung der Ventilationsstörung führen kann (Prof. Dr. Q; Prof. Dr. T1). In der Sache knüpft der Verordnungsgeber damit an den oben genutzten, in der medizinischen Wissenschaft allgemein anerkannten Begriff der chronischen obstruktiven Bronchitis an. Für die Feststellung der chronischen obstruktiven Bronchitis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bedarf es in der Regel beim lebenden Versicherten hinreichend aussagekräftiger, sich zu einem Gesamtbild verdichtender Indizien. Das beruht darauf, dass man direkt eine Entzündung der Bronchien zu Lebzeiten eines Betroffenen nur bronchioskopisch feststellen kann (vgl. Prof. Dr. T1, 05.05.1999). Der Verordnungsgeber hat aber nicht verlangt, nur bronchioskopisch gesicherte chronisch obstruktive Bronchitiden zu entschädigen. Er hat sich infolgedessen mit einem Maß an Diagnosesicherheit begnügt, das nach dem derzeitigen Stand der allgemeinen anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse möglich ist (vgl. zum entsprechenden Problem bei der Feststellung des Emphysems unten).

Darüber, welche diagnostischen Hilfsmittel zur Feststellung der chronischen obstruktiven Bronchitis in Betracht kommen, besteht in der medizinischen Wissenschaft Einigkeit (vgl. das sog. Konsensuspapier, a.a.O.). Das LSG geht insoweit von einem allgemeinen Erfahrungssatz dahingehend aus, dass die in dem sog. Konsensuspapier aufgeführten Methoden zur Feststellung der chronischen obstruktiven Bronchitis die derzeit möglichen, anerkannten Nachweisverfahren aufführen. Diagnostisch maßgebliche Kriterien für die chronische Bronchitis sind die klinischen Befunde und ggfls. die Anamnese. In erster Linie vermögen Lungenfunktionsuntersuchungen die Obstruktion nachzuweisen. Aber auch stützende Hinweise, wie eine entsprechende Medikation können im Zusammenwirken mit weiteren Indizien von hinreichender Dichte die einer chronischen obstruktiven Bronchitis als regelwidriger Körperzustand belegen. Davon gehen im Ergebnis auch alle gehörten Ärzte im Einklang mit dem sog. Konsensuspapier und ohne Widerspruch zum Merkblatt (a.a.O.) aus.

Ausgehend von diesen Maßstäben ist zur Überzeugung des LSG der Versicherungsfall der chronischen obstruktiven Bronchitis erst am 03.08.1995 eingetreten. Eine chronische Bronchitis ist allerdings schon zuvor gesichert. Dr. I geht von einer solchen seit 1974 aus (16.08.1996). Das steht mit den Angaben des Versicherten gegenüber Prof. Dr. X im Einklang, er werde seit vielen Jahren wegen Bronchitis behandelt (28.06.1996) und mit den Angaben gegenüber Dr. D (10.10.1996), seit den 60-er Jahren bestünden Atembeschwerden, begleitet von Husten und gräulichem, teils gelblichem Auswurf. Insgesamt zieht denn auch keiner der gehörten Ärzte in Zweifel, dass beim Versicherten schon vor Ablauf des 31.12.1992 eine chronische Bronchitis bestand. Davon, dass es vor Ablauf des 31.12.1992 zudem zu einer Obstruktion gekommen ist, vermag sich der Senat indes nicht zu überzeugen. Vielmehr ist erst mit dem 03.08.1995 mit an Sicherheit

grenzender Wahrscheinlichkeit von diesem regelwidrigen Körperzustand auszugehen. Die in erster Linie maßgeblichen Lungenfunktionsuntersuchungen belegen nicht den Eintritt einer Obstruktion vor dem genannten Stichtag. Die erste dokumentierte spirometrische und ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsmessung vom 07.06.1990 belegt nicht den Eintritt einer Obstruktion. Der Methode der Ganzkörperplethysmographie ist hierbei besonderer Beweiswert beizumessen. Sie ist weitgehend mitarbeitersunabhängig (vgl. Merkblatt, a.a.O.; zustimmend Prof. Dr. Q; allgemeine Ansicht). Die Meßwerte für die totale Resistance von 0,196 kPa x s: l und für die spezifische Resistance von 0,702 kPa/s war unabhängig davon, ob von den alten oder neuen Sollgrenzwerten auszugehen ist (vgl. dazu Konsensuspapier, a.a.O.), nicht erhöht. Darin stimmen Dr. E (16.08.1996, urkundsbeweislich verwertbar) und der Sachverständige Prof. Dr. Q überein. Prof. Dr. T1 zieht dies nicht in Zweifel. Auch Dr. T (09.02.1999) geht nicht von einer bodyplethysmographisch nachgewiesenen Obstruktion 1990 aus. Die mitarbeitersabhängige Spirometrie belegt ebenfalls nicht eine Obstruktion zu diesem Zeitpunkt. Vielmehr waren die Sollwertabweichungen geringgradig (Vitalkapazität/VC 79 % des Sollgrenzwertes; forcierte Vitalkapazität/FVC 81 % des Sollgrenzwertes; Einsekundenkapazität/ FEV I 85 % des Sollgrenzwertes). Der prozentuale Anteil der FEV I an der VC lag mit 80 % im Normbereich (Dr. E; Prof. Dr. Q). Allein die Klage über Husten, Auswurf und Atemnot sowie der klinische Befund mit beidseits giemenden Nebengeräuschen genügen nicht, um von einer Obstruktion auszugehen. Der nächste Lungenfunktionsanalytische Befund datiert erst vom 03.08.1995. Die Beklagte beruft sich denn auch auf die Medikamentierung mit Berodual von Dr. I (dokumentierte Verordnungen vom 26.03., 28.04., 24.07., 18.09. und 27.10.1992). Das Gericht geht mit Prof. Dr. Q und Prof. Dr. T1 (Pneumologie 53 (1999), S. 459 ff.: "Überlegungen zur neuen Berufskrankheit Nr. 4111") davon aus, dass eine längerfristige Verordnung von Beta-Sympathomimetika oder Cortison grosses Gewicht für die Diagnose einer chronischen obstruktiven Bronchitis hat. Im Vergleich zu bodyplethysmographischen Messergebnissen, die nach allgemein anerkanntem Standard durchgeführt worden sind, bedarf es aber bei derartigen eine Obstruktion indizierenden Verordnungen weiterer stützender Anhaltspunkte, um den Vollbeweis der Obstruktion zu sichern. Insoweit ist bei den dokumentierten Verordnungen bedeutsam, dass jeweils nicht zugleich ein klinischer Befund dokumentiert ist. Einzubeziehen ist auch in die Bewertung der Verordnungen, dass der behandelnde Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. E noch am 03.08.1995 eine symptomatische sekretolytische Behandlung z.B. mit Ambroxol oder ACC empfahl (93 GA). Diese Medikamentierung erreicht aber in ihrer therapeutischen Tiefe nicht die Verordnungen von 1992 (Prof. Dr. Q, 12.10.2000), relativiert insoweit den Indizwert der Verordnung von Berodual und läßt in diesem Sinne nicht den zwingenden Schluss auf eine Obstruktion zu, auch wenn im Querschnitt der Krankheitsverlauf in die Betrachtung einbezogen wird.

Zwar nicht aufgrund mitarbeitersunabhängiger, aber immerhin aufgrund der mitarbeitersabhängigen Meßwerte der Spirometrie vom 03.08.1995 (VC 72 % des Sollwerts; FEV I 72 % des Sollwerts; Atemspitzenfluss PEF 36 % des Sollwerts; maximaler expiratorischer Flusswert bei 50 % der FVC: 76 % des Sollwerts) ist von einer leichten, überwiegend peripheren Bronchialobstruktion im Sinne des Versicherungsfalles auszugehen, wollte man nicht diesen mit dem erstmals 1996 bodyplethysmographisch belegten erhöhten Resistancewert von 3,7 cm H₂O/l/s (Prof. Dr. X) annehmen, ohne dass das im Ergebnis rechtserheblich ist. Dass auch eine leichte, überwiegend periphere Bronchialobstruktion bei einer chronischen Bronchitis für den Eintritt des Versicherungsfalles genügt, entspricht schon dem Wortlaut der BK Nr. 4111. Er differenziert nicht zwischen peripheren und zentralen Bronchialobstruktionen. Insoweit ist die Selbstkorrektur von Prof. Dr. Q im Rahmen der Erläuterung seines Gutachtens vom 12.10.2000 nachvollziehbar. Auch das Merkblatt (a.a.O., unter II) erläutert, dass der Entzündungsprozess der Bronchitis direkt durch Erschlaffen der Alveolareingangsringe, durch einen zähen Schleim oder durch die Kontraktion der glatten Bronchialmuskulatur zur Einengung der Luftröhrenäste führen kann mit der Folge, dass dadurch sich sowohl eine zentrale als auch eine periphere obstruktive Atemwegserkrankung entwickeln kann. Beide Krankheitsbilder sind mithin von der BK Nr. 4111 umfasst.

Auch der Versicherungsfall eines Emphysems als regelwidriger Körperzustand ist nicht vor Ablauf des 31.12.1992 eingetreten, sondern vielmehr erst mit dem 07.10.1997 (Prof. Dr. Q). Unter dem Emphysem von Bergleuten im Sinne der BK Nr. 4111 ist eine irreversible Erweiterung des Lungenparenchyms distal der terminalen Bronchiolen mit einer Destruktion alveolärer Strukturen zu verstehen. Insoweit besteht über den Begriff des Emphysems in der medizinischen Wissenschaft Einigkeit (vgl. Prof. Dr. Q).

Die BKV definiert den Begriff nicht selbst, sondern setzt ihn voraus. Nicht anders verhält es sich mit den Gesetzesmaterialien (BR-Drucks. 642/97, S. 19), der wissenschaftlichen Begründung von Sektion "Berufskrankheiten" zur Ergänzung der Berufskrankheitenverordnung (BArbBl 10/1995, S. 39 ff.) und dem Merkblatt für die ärztliche Untersuchung (a.a.O.). In der Sache knüpft der Verordnungsgeber damit an den oben genutzten, in der medizinischen Wissenschaft allgemein anerkannten Begriff des Emphysems an. Für die Feststellung des Emphysems mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bedarf es in der Regel beim lebenden Versicherten hinreichend aussagekräftiger, sich zu einem Gesamtbild verdichtender Indizien. Das beruht darauf, dass die medizinische Definition des Emphysems dem pathologisch-anatomischen Bereich entspringt und dementsprechend zum Teil in der medizinischen Wissenschaft vertreten worden ist und wird, dass ein Emphysem unter Berücksichtigung der geringen Sensitivität der an die Stelle des pathologisch-anatomischen Befundes tretender Indizien zu Lebzeiten des Patienten nicht mit Sicherheit zu diagnostizieren sei (vgl. Erläuterungen von Prof. Dr. Q, 12.10.2000; vgl. auch Moorfeld/Piekarski, Epidemiologie der Pneumokoniose und der chronischen Bronchitis im Steinkohlenbergbau, Dortmund/Berlin 1998, S. 13 m.w.N.). Demgegenüber ist der Verordnungsgeber mit der Konzeption der BK Nr. 4111 davon ausgegangen, auch Versicherungsfälle von lebenden Versicherten mit Emphysem zu entschädigen. Er hat sich infolgedessen mit einem Maß Diagnoseunsicherheit begnügt, das nach dem derzeitigen Stand der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse intra vitam möglich ist.

Auch darüber, welche diagnostischen Hilfsmittel zur Feststellung dieses Emphysems zu Lebzeiten in Betracht kommt, besteht in der medizinischen Wissenschaft Einigkeit (vgl. Konsensuspapier, a.a.O.). Die im sogenannten Konsensuspapier aufgeführten Methoden zur Diagnose des Lungenemphysems geben im Sinne eines allgemeinen Erfahrungssatzes die derzeit möglichen, anerkannten Nachweisverfahren wieder. Danach ist mindestens eine Röntgenaufnahme in zwei Ebenen zu fordern. Zu Lebzeiten des Versicherten kann ein Lungenemphysem ggfs. durch eine (möglichst hochauflösende) Computertomographie diagnostiziert werden. Bei klinisch, funktionsanalytisch und nativ-radiologisch hinreichend abgeklärter Situation ist eine Computertomographie entbehrlich. Die beim Lungenemphysem anamnestisch angegebene Belastungsluftnot entwickelt sich meist schleichend, klinisch manifeste Befunde sind oft erst beim fortgeschrittenen Emphysem sicher zu ermitteln. Funktionsanalytische Hinweise für ein Lungenemphysem sind das Residualvolumen in Kombination mit den dynamischen Lungenflussvolumina, insbesondere den Flusswerten der forcierten Expiration sowie mit Daten des ganzkörperplethysmographisch ermittelten Atemwegswiderstandes. Dabei kann in seltenen Fällen ein Lungenemphysem auch ohne Einschränkung der Einsekundenkapazität und ohne Erhöhung des spezifischen Atemwegswiderstandes auftreten. Der Feststellung einer Funktionsstörung durch das Lungenemphysem dient eine Blutgasanalyse sowohl in Ruhe als auch unter definierter körperlicher Belastung. Die Bestimmung der Diffusionskapazität für Kohlenmonoxyd gehört ebenfalls zur Emphysemdiagnostik. Nicht gesichert ist der Stellenwert der Verfahren der Bestimmung der Lungendehnbarkeit, das expiratorischen CO₂-Mischluftindizes, die Diagnostik mit monodispersen

Aerosolen und die impulsoszillometrisch ermittelte Resonanzfrequenz. Insgesamt berufen sich sowohl die Sachverständigen als auch im wesentlichen die von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme (Dr. T, 21.08.2000) auf das sogenannte Konsensuspapier.

Ausgehend von diesen Maßstäben ist zur Überzeugung des Senats der Versicherungsfall des Emphysems erst am 07.10.1997 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eingetreten. Ein computertomographisch oder histologischer, für sich genommen allein voll beweisender Befund fehlt. Vom einem auch unter Berücksichtigung der Anamnese und Krankheitsentwicklung klinisch, funktionsanalytisch und nativ-radiologisch hinreichend geklärten Krankheitsbild des Emphysems vor dem 07.10.1997 vermag der Senat nicht auszugehen. Er stützt sich insoweit insbesondere auf die Beurteilung von Prof. Dr. Q. Unter der radiologischen Beurteilung von Dr. E vom 07.06.1990, gestützt auf Röntgenthorax-Aufnahmen in zwei Ebenen, wurden röntgenmorphologische Zeichen eines Lungenemphysems nicht beschrieben. Hinweise wie insbesondere abgeflachte Zwerchfell-Kuppen, verbreiterte Zwischenrippenräume und vermehrt strahlentransparente Felder fanden sich danach nicht. Das mit 123 Prozent des Sollgrenzwertes leicht vergrößert gemessene Residualvolumen - ein möglicher Hinweis auf eine leichte Lungenüberblähung - zeigte nach Bronchospasmyse mit einem Beta-2-Sympathometikum (2 Berotec) eine teilweise Reversibilität, so dass in Anbetracht der nicht erhöhten Werte des intrathorakalen Gasvolumens (ITGV) und der totalen Lungenkapazität (TLC) keine wesentliche Einschränkung der Ventilationsreserven angenommen werden kann (Prof. Dr. Q). Soweit hiervon abweichend Dr. E bereits von einem Emphysem zu diesem Zeitpunkt ausgegangen ist, überzeugt dies im Hinblick auf die aufgezeichneten Befunde nicht, sollte damit mehr als eine bloße Verdachtsdiagnose gemeint gewesen sein. Hinzu kommt, dass bei der nächsten Lungenfunktionsprüfung (03.08.1995) das vergrößerte Residualvolumen (RV; 152 % vom Sollgrenzwert) die Erhöhung des Quotienten Residual-Volumen/Total-Kapazität (RV Prozent TLC 59 %) und das leicht erhöhte intrathorakale Gasvolumen (ITGEV; 122 % des Sollgrenzwertes) bei im Normbereich liegender Lungenkapazität (TLC 90 % des Sollgrenzwertes) auf eine leichte reversible Überblähung hinwies und die aufgezeichnete Druckfluss-Kurve mit expiratorisch nur angedeuteter "Kolbenform" nicht typisch im Sinne eines Lungenemphysems irreversibel verändert war. Auch die von Prof. Dr. X (28.06.1996) bestimmte Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid als wichtiger funktionsanalytischer Baustein in der Emphysemdiagnostik erbrachte eine im Normbereich befindliche fraktionale CO-Aufnahme. Auch war das Residualvolumen nicht vergrößert (93 % des Sollgrenzwertes), so dass trotz gewisser Anzeichen für ein Lungenemphysem (nach Analyse der expiratorisch gemessenen CO₂ - O₂-Partialdruckkurven verzögerter Übergang vom Mischluft- zum Alveolaranteil, hierbei grenzwertig erhöhte Zunahme des Mischluftanteils mit steigendem Atemzugvolumen; nativ-radiologisch vermehrte Strahlentransparenz der Lungen in den retrosternalen und retrocardialen Arealen auf der seitlichen Thoraxaufnahme; klinisch schon in Ruhe bestehende leichte Dispnoe sowie typische Auskultationsbefunde) diese noch nicht ausreichen, um mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einem Emphysem auszugehen (Prof. Dr. Q). Erst die von Prof. Dr. T1 festgestellten Funktionseinschränkungen wie verminderte fraktionale CO-Aufnahme, stark vergrößerte Zunahme des Mischluftanteils mit ansteigendem Atemzugvolumen und leicht vergrößertem Residualvolumen können in Verbindung mit dem klinischen und nativ-radiologischen Befunden die Diagnose des Lungenemphysems als gesichert erscheinen lassen (Prof. Dr. Q). Auch die Einbeziehung der epidemiologischen Erkenntnisse über den mittleren Verlust der Einsekundenkapazität bei Patienten mit chronischer obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (Camilli et al. 1987; vgl. hierzu Prof. Dr. Q, Erläuterung im Parallelprozess) führt nicht zu einer früheren Sicherung des Versicherungsfalls. Allein die anamnestischen Angaben lassen vor dem Hintergrund solch genereller Erfahrungswerte keinen sicheren Rückschluss auf den Eintritt des Lungenemphysems als regelwidriger Körperzustand zu. Dem entspricht in der Sache die übliche Praxis, nicht allein aufgrund von Anamnese- und ggfls. Röntgenaufnahmen ohne hinreichend stützende Klinik und ohne lungenfunktionsanalytischen Unterbau rückwirkend eine MdE wegen eines Emphysems anzunehmen.

Der Eintritt einer chronischen obstruktiven Bronchitis als Versicherungsfall erst im Jahre 1995 (entsprechendes gälte für 1996) steht nicht der Annahme entgegen, zwischen der Exposition unter Tage und der chronischen obstruktiven Bronchitis bestehe mit Wahrscheinlichkeit ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang. Darauf hat Prof. Dr. Q überzeugend hingewiesen. Zwar zitiert die Beklagte zutreffend das sog. Konsensuspapier dahingehend, dass bei Feststellung eines beschwerdefreien Intervalls von z.B. mehr als etwa 20 Jahren es nach pathophysiologischen Erkenntnissen gutachterlich schwierig sein wird, eine chronische obstruktive Bronchitis selbst im Sinne einer wesentlichen Teilursache auf die Staubexposition unter Tage zu beziehen, so dass der Kausalzusammenhang besonders kritisch zu prüfen sei. Überzeugend weist das sog. Konsensuspapier aber darauf hin, dass bei solchen Fragestellungen sorgfältig zu sichten sei, ob nicht das Intervall unterbrechende Brückensymptome und -befunde (Husten, Auswurf, Atemnot, niedrig gestreute Silikose) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen sind. Von hinreichenden Brückensymptomen im Sinne von bronchitischen Erscheinungen ist aber bei dem Versicherten auszugehen (vgl. oben und Prof. Dr. Q, Erläuterung vom 12.10.2000). Nur ergänzend weist das Gericht darauf hin, dass im Ergebnis nicht anderes für das Emphysem gilt (vgl. Erläuterung, Prof. Dr. Q).

Die chronische obstruktive Bronchitis bedingte ab dem 28.06.1996 keine geringere MdE als eine solche vom 20 v.H. (vgl. Prof. Dr. T1, 07.10.1997). Insoweit sind Dr. T und Prof. Dr. S nicht auf den erhöhten bodyplethysmographischen Resistance-Wert von Prof. Dr. X eingegangen, der gerade ein soweit gehendes Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung im Einklang mit dem klinischen Befund und der Anamnese belegt. Soweit in der Folgezeit zum Teil bessere bodyplethysmographische Resistancewerte gemessen worden sind, sind die Auswirkungen der Medikation zu berücksichtigen (Erläuterung Prof. Dr. Q). Dies rechtfertigt, auch unter Berücksichtigung der weiteren Meßergebnisse von Dr. L und Prof. Dr. T1 im Einklang mit diesen von einer MdE von 20 v.H. auszugehen.

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

Das LSG hat die Revision zugelassen, da es der Auslegung der sogenannten Stichtagsregelung (§ 6 Abs. 1 BKV) grundsätzliche Bedeutung beimißt.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-02-20