

L 17 U 27/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
17
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 17 U 54/99
Datum
10.12.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 17 U 27/02
Datum
22.09.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 10. Dezember 2001 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Streitig ist ob das beim Kläger bestehenden Trachealkarzinoms wie eine Berufskrankheit (BK) zu entschädigen ist.

Der 1948 geborene Kläger erlernte von 1962 bis 1965 den Beruf des Elektrowicklers und arbeitete anschließend stets in dem erlernten Beruf.

Im März 1997 beantragte der Kläger die Anerkennung des bei ihm festgestellten Luftröhrentumors als BK, da er bei seiner beruflichen Tätigkeit, insbesondere im Rahmen der durchgeführten Lötarbeiten in erheblichem Umfang gegenüber Asbest exponiert gewesen sei. Die Beklagte zog einen Arztbrief von Prof. Dr. S, Chefarzt der Klinik für Bronchial- und Lungenheilkunde des K-Krankenhauses in P bei, befragte den Kläger zu seinen beruflichen Belastungen und holte eine Auskunft des Arbeitgebers zur Tätigkeit des Klägers, eine Stellungnahme des technischen Aufsichtsdienstes sowie schließlich ein medizinisches Gutachten ein. Der technische Aufsichtsdienst legte unter dem 21.05. und 25.07.1997 dar, der Kläger sei einer kumulativen Asbestfaserstaubdosis von insgesamt 17 Faserjahren ausgesetzt gewesen. Prof. Dr. L, Chefarzt der Abteilung für Pneumologie der S-Klinik in F führte in seinem Gutachten vom 26.06.1997 aus, beim Kläger bestehe ein Zustand nach Trachealteilresektion wegen eines adenoid-zystischen Karzinoms der Luftröhre. Eine BK nach Nr. 4104 der Anlage zur BKV bestehe nicht. Die mindestens geforderten 25 Faserjahre seien nach dem jetzigen Kenntnisstand entsprechend den Berechnungen des technischen Aufsichtsdienstes nicht gegeben, es bestünden weder Pleuraplaques noch eine Lungenasbestose.

Mit Bescheid vom 04.09.1997 lehnte die Beklagte die Anerkennung des Luftröhrentumors als BK ab, da dies keine Erkrankung im Sinne der BKV sei. Nach dem heutigen arbeitsmedizinischen Wissensstand sei nicht bekannt, dass ein Luftröhrentumor durch den Kontakt mit Asbeststaub verursacht werden könne. Der Kläger legte gegen diesen Bescheid Widerspruch ein und trug vor, die berufliche Asbestbelastung sei nicht zutreffend ermittelt worden; dies ergebe sich insbesondere aus den seit 1970 geführten Arbeitsbüchern.

Die Beklagte holte eine Auskunft des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) ein und zog die Akten der Bau-BG in einem Vergleichsfall bei. Aus diesen Unterlagen ergibt sich, dass dem HVBG seit 1963 lediglich 2 Fälle eines Trachealkarzinoms gemeldet wurden und der Verordnungsgeber sich bislang nicht speziell mit der Frage der Entstehung eines Trachealkarzinoms nach Asbest-Exposition befasst hatte. In dem Vergleichsfall eines Klempners, der einer kumulativen Asbestfaserstaubdosis von 47,6 Faserjahren ausgesetzt gewesen war und bei dem gleichzeitig ein Minimalasbestose vorlag, hatte Prof. Dr. N, Institut für Pathologie der Ruhruniversität C in seinem für die Bau-BG erstatteten Gutachten vom 13.12.1993 ausgeführt, aufgrund der neuen Erkenntnisse der Wissenschaft sei das aufgetretene Trachealkarzinom wahrscheinlich durch die Einwirkung von asbestfaserhaltigen Stäuben in seiner Entstehung begünstigt worden. Die Trachea sei Teil des Respirationstraktes. Inhalativ aufgenommene Noxen wirkten auf alle seine Abschnitte ein. Asbestfasern hätten einen starken mutagenen Effekt auf Säugetierzellen. In Tracheaorgankulturen von Hamstern würden durch Einwirkung von Asbest- und Mineralfasern Plattenepithelmetaplasien induziert. Auch an humanen Bronchialexplantatkulturen hätten zytotoxische Effekte nachgewiesen werden können. Prof. Dr. C, Chefarzt der HNO-Klinik des Krankenhauses I in L hatte sich in seinem Gutachten vom 10.05.1994, ebenfalls erstattet für die Bau-BG, dieser Beurteilung angeschlossen. Die Beklagte holte außerdem eine erneute Stellungnahme ihres technischen Aufsichtsdienstes sowie weitere medizinische Gutachten ein. Der technische Aufsichtsbeamte C2 führte unter dem 01.02.1999 unter Berücksichtigung der Arbeitsbücher, eine Arbeitsplatzbesichtigung und einer Besprechung mit Zeitzzeugen aus, unter Berücksichtigung der nunmehr ermittelten Arbeitssituation erreiche der Kläger etwa 27,5 Faserjahre, wobei eine Exposition als Bystander noch nicht mit

eingerechnet worden sei. Dr. I, Chefarzt der Röntgenabteilung des K-Krankenhauses in P führte unter dem 22.04.1999 unter Berücksichtigung eines Hals- und Thorax-CT aus, es bestehe kein Anhalt für asbestinduzierte pulmonale oder pleurale Veränderungen. Priv.-Doz. Dr. O, Chefarzt der Abteilung für diagnostische und interventionelle Radiologie des K-Krankenhauses in P legte unter dem 07.05.1999 dar, es bestehe eine chronische Bronchitis mit mäßiger Lungenblähung. Eindeutige Zeichen einer Asbestose bestünden nicht, der Pleurabefund sei ebenfalls unauffällig. Eine Sinusitis sei ebenfalls auszuschließen. Dr. T, Oberarzt der Abteilung für Bronchial- und Lungenheilkunde des K-Krankenhauses in P gelangte in seinem Gutachten vom 11.05.1999 zu dem Ergebnis, aufgrund der medizinischen und arbeitsmedizinischen Datenlage sei die Anerkennung des aufgetretenen Trachealkarzinoms nach § 9 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) zu empfehlen; die MdE sei mit 100 v. H. einzuschätzen. Die Luftröhre befinde sich zwischen Kehlkopf und Lunge. Als Verbindungsteil sei sie in gleicherweise karzinogenen Noxen ausgesetzt. In dem Gutachten vom 13.12.1993 habe Prof. Dr. N neue wissenschaftliche Erkenntnisse angeführt, die dem karzinogenen Effekt von Chrysolit- und Crocidolitasbest auf Trachealtransplantate von Tieren belegt hätten. Aufgrund dieser Ausführungen sei auch das beim Kläger aufgetretene Trachealkarzinom mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als asbestfaserbedingt einzuordnen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.07.1999 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück, da die Meinung von Prof. Dr. N medizinisch nicht allgemein anerkannt sei. Der Ordnungsgeber habe deshalb einen durch Asbest verursachten Luftröhrentumor nicht als BK in die Liste aufgenommen. Neue Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft lägen nicht vor.

Am 03.08.1999 hat der Kläger Klage bei dem Sozialgericht (SG) Duisburg erhoben und sein Begehren weiter verfolgt. Das SG hat zum Vorliegen neuer medizinischer Erkenntnisse über die Entstehung eines Trachealkarzinoms eine Auskunft des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) eingeholt, das unter dem 31.01. und 09.02.2000 ausgeführt hat, der Ordnungsgeber habe die Frage eines Luftröhrentumors durch Asbestexposition seit der letzten Änderung die BKV nicht geprüft und diese Frage sei auch bislang nicht diskutiert worden.

Durch Urteil vom 10.12.2001, auf dessen Entscheidungsgründe verwiesen wird, hat das SG die Beklagte verurteilt, das Trachealkarzinom des Klägers als BK gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII anzuerkennen.

Gegen das ihr am 15.01.2002 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 30.01.2002 Berufung eingelegt. Sie trägt unter Vorlage einer gutachtlichen Stellungnahme des Facharztes für Arbeitsmedizin Priv.-Doz. Dr. A vom 07.03.2003 vor, seit der Novellierung der BKV im Jahre 1997 lägen keine neuen Erkenntnisse vor. Es sei nicht geklärt, ob Asbestfasern in der Luftröhre tatsächlich im Gewebe eingelagert würden. Die Anatomie der Luftröhre spreche dagegen. Epidemiologische Erkenntnisse bezüglich der Risikoerhöhung für die Entstehung eines Trachealkarzinoms bei Asbeststaubexposition fehlten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 10.12.2001 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend und sieht sich auch durch die zweitinstanzliche Beweisaufnahme bestätigt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Einholung medizinischer Gutachten. Prof. Dr. X, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der K-Universität in H hat unter dem 20.12.2002 dargelegt, die Voraussetzungen zur Anerkennung einer BK nach Nr. 4104 der Anlage zur BKV lägen vor. Zwar werde die Trachea im Rahmen der genannten BK nicht ausdrücklich erwähnt, pathologisch-anatomisch und auch medizinisch sei es jedoch nicht zu begründen, bei einer entsprechenden Asbestfaserstaubeinwirkung von über 25 Faserjahren einen Unterschied zwischen Lungen- und Luftröhrenkrebs zu machen. Bei dem Luftröhrenkrebs handele es sich um eine extrem seltene Erkrankung die mit einer Inzidenz von etwa 1 pro 1.000.000 Einwohner und Jahr auftrete, so dass weitere neuere wissenschaftliche Erkenntnisse, insbesondere epidemiologische Studien derzeit nicht vorhanden und auch nicht zu erwarten seien. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung sei die berufliche Entstehung des Trachealkarzinoms im ärztlichen Sachverständigenbeirat des BMA nicht erörtert worden. Bei einem solch seltenem Tumor müsse deshalb die biologische Plausibilität herangezogen werden. Die Schleimhaut der Luftröhre sei entsprechend der Schleimhaut der Bronchien aufgebaut und reagiere auch entsprechend. Die Beaufschlagung von Asbestfasern im Bereich der Luftröhre sei mit den Bronchien vergleichbar.

Die Beklagte ist in diesem Gutachten durch Einreichung einer erneuten Stellungnahme von Priv.-Doz. A vom 07.02.2003 entgegengetreten, worin dieser dargelegt hat, die BK Nr. 4104 der Anlage zur BKV sei schon nach ihrem Wortlaut nicht erfüllt. Prof. Dr. X habe auch überhaupt nicht zu den Unterschieden der Schleimhautstruktur bzw. der Auskleidung der Luftröhre und der großen Bronchien einerseits sowie der kleinen Bronchien und Lungengewebes andererseits Stellung genommen. Hier bestünden eindeutige Unterschiede in der Eigenschaft der Reinigungsfunktion, die in der Endstrecke der Atemwege und im Lungengewebe infolge des Fehlens der Flimmerhärchen eindeutig ungünstiger seien. Prof. Dr. X hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 05.05.2003 seine Auffassung nochmals verdeutlicht. Er hat darauf hingewiesen, für den Kausalzusammenhang spreche der Nachweis der biologischen Plausibilität in zahlreichen tierexperimentellen Untersuchungen. Außerdem entspreche der anatomische Aufbau der Trachealschleimhaut des Menschen derjenigen der kleinen und großen Atemwege, wo Asbest induzierte Bronchialkarzinome meist lokalisiert seien. Wegen der Seltenheit der Erkrankung seien fehlende eindeutige epidemiologische Untersuchungen als Ausschlusskriterium nicht geeignet. Üblicherweise seien bis 1998 bei größeren Studien Trachealkarzinome mit Bronchial- und Lungenkarzinomen unter dem ICD Code 162 zusammengefasst worden. Die nach der ICD 10 Klassifikation seit 1998 erfassten bösartige Neubildungen der Trachea seien erstmals im Jahre 2001 mit 0,1 Sterbefällen je 100.000 Einwohner statistisch fassbar gewesen. Dies mache deutlich, dass selbst in großen epidemiologischen Studien eine isolierte Betrachtung der Trachealkarzinome wegen ihrer Seltenheit nicht sinnvoll sei. Die Beklagte ist auch diesen Ausführungen durch Vorlage einer Stellungnahme von Priv.-Doz. Dr. A vom 18.06.2003 entgegengetreten, der seine abweichende Auffassung bekräftigt hat. Der Senat hat schließlich ein Gutachten von Prof. Dr. C1, Leiter des Zentralinstituts für Arbeitsmedizin der Universität I eingeholt, der unter dem 13.05.2004 dargelegt hat, die Asbestexposition des Klägers sei mit Wahrscheinlichkeit ursächlich für die Entstehung des Trachealkarzinoms. Aufgrund der

biologischen Plausibilität sei das Trachealkarzinom entsprechend der BK Nr. 4104 der BKV zu betrachten, so dass die Voraussetzungen dieser BK vorlägen. Da die Inzidenz von Trachealkarzinomen mit 1:1.000.000 Einwohnern pro Jahr sehr gering sei, seien statistisch abgesicherte Studien, die den Zusammenhang zwischen einer Asbestexposition und der Häufigkeit von Trachealkarzinomen beurteilten, nahezu unmöglich durchführbar. Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse wie auch experimentelle und In Vitro-Versuche belegten jedoch die biologische Plausibilität für die generelle Geeignetheit von Asbestfasereinwirkungen, Trachealkarzinome zu verursachen. Aufgrund der geringen Inzidenz der Trachealkarzinome sei bislang im ärztlichen Sachverständigenbeirat die Frage nach einem Zusammenhang von Asbestexposition und Trachealkarzinom nicht diskutiert bzw. nicht in Frage gestellt worden. Nur aufgrund der Seltenheit sei bislang nicht diskutiert worden, diese in der BK-Liste ausdrücklich zu benennen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, das Trachealkarzinom des Klägers wie eine BK anzuerkennen und zu entschädigen.

Gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) haben die Unfallversicherungsträger eine Krankheit, die nicht in der BKV bezeichnet ist, oder bei der die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine BK als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaften die Voraussetzungen für eine Bezeichnung nach [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) erfüllt sind. Zu diesen Voraussetzungen gehören sowohl der ursächliche Zusammenhang der Krankheit mit der versicherten Tätigkeit als auch die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer bestimmten Personengruppe, die durch ihre Arbeit im erheblich höheren Grade als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt ist, die nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft Krankheiten der betreffenden Art verursachen (vgl. Urteile des BSG vom 31.01.1984 - 2 RU 67/92 - und 27.05.1997 - [2 RU 33/96](#)). Mit dieser Regelung soll nicht in der Art einer "Generalklausel" erreicht werden, dass jede Krankheit, deren ursächlicher Zusammenhang mit der Berufstätigkeit im Einzelfall nachgewiesen und wahrscheinlich ist (BSG SozR 2200 § 551 Nr. 18; BVerfG [SozR 3-2200 § 551 Nr. 5](#)), stets wie eine BK zu entschädigen ist. Vielmehr sollen dadurch Krankheiten zur Anerkennung und Entschädigung gelangen, die nur deshalb nicht in die Liste der BKen aufgenommen worden sind, weil die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft über die besondere Gefährdung bestimmter Personengruppen durch ihre Arbeit bei der letzten Fassung der Anlage zur BKV noch nicht vorhanden waren oder trotz Nachprüfung nicht ausreichten (BSG [SozR 3-2200 § 551 Nr. 9](#) m.w.N.; Urteil vom 04.06.2002 - [B 2 U 16/01 R -](#)).

Das Erfordernis nach [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#), dass die betreffende Krankheit des Versicherten nicht in der BKV bezeichnet ist oder die dort genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, ist hier erfüllt. Das beim Kläger diagnostizierte Luftröhrenkarzinom ist in der Anlage zur BKV nicht ausdrücklich aufgeführt, da in diese nur Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs infolge der Einwirkung von Asbest (Nr. 4104 der Anlage zur BKV) bzw. Asbestose oder durch Asbeststaub verursachte Pleuraerkrankungen (Nr. 4103 der Anlage zur BKV) als BK aufgenommen worden sind. Dass diese BKen nicht auch das Trachealkarzinom umfassen, wird zum einen schon durch den Vergleich mit der allgemeiner gehaltenen BK nach Nr. 4109 der Anlage zur BKV deutlich, die bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen betrifft. Zum anderen haben sich die Sachverständigen Prof. Dr. X und Prof. Dr. C1 in ihren Gutachten zwar für die Anerkennung als BK nach Nr. 4104 der Anlage zur BKV ausgesprochen, gleichzeitig aber übereinstimmend darauf hingewiesen, dass aufgrund der Seltenheit des Trachealkarzinoms bislang nicht diskutiert worden sei, dieses in der BK-Liste ausdrücklich zu benennen. Bei dieser Sachlage scheidet eine Entschädigung als BK nach Nr. 9 Abs. 1 SGB VII aus, wovon auch die Beteiligten bislang übereinstimmend ausgegangen sind.

Die weiteren Voraussetzungen für eine Anerkennung gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) liegen ebenfalls vor. Gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) muss der Versicherte einer bestimmten Personengruppe angehören, die durch ihre Arbeit in erheblich höheren Maße als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt ist und diese Einwirkungen müssen nach den allgemeinen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft geeignet sein, Krankheiten solcher Art zu verursachen. Dabei kann im Regelfall die Annahme einer gruppentypischen Risikoerhöhung nur durch die Dokumentation einer Fülle gleichartiger Gesundheitsbeeinträchtigungen und einer langfristigen Überwachung derartiger Krankheitsbilder begründet werden (BVerfG SozR 2200 § 551 Nr. 11; BSG SozR 2200 § 551 Nr. 27; BSG [SozR 3-2200 § 551 Nr. 9](#)). Dies bedeutet aber keine ausschließliche Festlegung auf die Epidemiologie als wissenschaftliche Erkenntnismethode, vielmehr kann in Ausnahmefällen, insbesondere bei einer äußerst selten vorkommenden Krankheit, auch ein herabgestuftes Maß an wissenschaftlicher Erforschung, etwa Erkenntnisse aus Einzelfallstudien, Erkenntnisse der tierexperimentellen Forschung, Erkenntnisse und Anerkennungen aus anderen Ländern, für die Feststellung der generellen Geeignetheit ausreichen (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 551 Nr. 9](#); BSG Urteil vom 04.06.2002 - [B 2 U 16/01 R -](#); Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung [Kommentar], [§ 9 SGB VII](#) Rdnr. 31.3).

Diese Erfordernisse sind hier erfüllt. Der Kläger gehörte nämlich aufgrund seiner beruflich bedingten Exposition gegenüber Asbestfaserstaub zu einer Personengruppe, die nach den allgemeinen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft bei ihrer Arbeit in erheblich höherem Maße als die übrige Bevölkerung gesundheitsschädigenden Einwirkungen ausgesetzt ist, die geeignet sind, eine Luftröhrenkrebserkrankung zu verursachen. Der Senat stützt sich insoweit zum einen auf das im Verwaltungsverfahren von der Beklagten eingeholte Gutachten von Dr. T, das im Wege des Urkundenbeweises zu verwerten ist und zum zweiten vor allem auf die im Berufungsverfahren eingeholten ausführlichen und eingehend begründeten wissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. X und Prof. Dr. C1. Soweit demgegenüber Priv.-Doz. Dr. A in seinen als qualifiziertes Parteivorbringen zu wertenden Stellungnahmen zu einer anderen Beurteilung gelangt ist, war dieser nicht zu folgen. Dafür sind im einzelnen folgende Gründe maßgebend: Wie die Sachverständigen Prof. Dr. X und Prof. Dr. C1 unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Erkenntnisse übereinstimmend ausgeführt haben, ist eine Organotropie der Asbestfasern zum Lungen- bzw. Bronchial- und Kehlkopfgewebe bekannt und die BK nach Nr. 4104 der Anlage zur BKV umfasst auch ausdrücklich Lungen- und Kehlkopfkrebs. Bei dem Luftröhrenkrebs handelt es sich jedoch um eine sehr seltene Erkrankung, die mit einer Inzidenz von 1 pro 1.000.000 Einwohnern und Jahr auftritt, so dass, wie die Sachverständigen betonen, epidemiologische Studien nahezu unmöglich durchführbar sind. Statistisch abgesicherte epidemiologische Studien, in denen ein Zusammenhang zwischen einer Asbestexposition und der Häufigkeit von Trachealkarzinomen nachgegangen wurde, liegen nicht vor und sind auch künftig nicht zu erwarten. Die maßgebenden vorliegenden epidemiologischen Studien belegen den Zusammenhang zwischen Asbestexposition und Bronchialkarzinomen und inkludieren dabei das Trachealkarzinom. Wie insbesondere Prof. Dr. X nach Auswertung asbestspezifischer Studien im internationalen Sprachraum dargelegt hat,

ist in diesen durchgehend von einem erhöhten Krankheitsrisiko für "Trachea, Bronchus und Lunge" die Rede, wie dies dem Code 162 der bis 1997 geltenden ICD-9 entspricht. Bereits 1993 wies Prof. Dr. N, in seinem von der Beklagten aus einem Parallelverfahren beigezogenen Gutachten auf die karzinogenen Effekte von Asbestfasern auf Trachealtransplantate von Tieren hin. Hierbei handelt es sich, wie Prof. Dr. X darlegt, nicht um die Ergebnisse einer einzelnen Untersuchung, sondern nachfolgende tierexperimentelle Untersuchungen belegen ebenfalls diesen Zusammenhang. Es wurde von verschiedenen Arbeitsgruppen sowohl beim Hamster als auch bei der Ratte nachgewiesen, dass das Trachealepithel empfindlich auf Asbestfasern reagiert und eine große proliferative Aktivität zeigt, die geeignet ist, generell die Entstehung asbestverursachter Krebserkrankungen "der Lunge" zu erklären. Untersuchungen an menschlichen tracheobronchialen Gewebskulturen zeigen, dass sich, wie Prof. Dr. X betont, die tierexperimentellen Untersuchungsergebnisse auf den Menschen übertragen lassen. Auch die biologische Plausibilität spricht, wie die Sachverständigen ausführen, dafür dass die Inhalation von Asbestfasern eine potenziell karzinogene Wirkung auf das Trachealgewebe hat. Es finden sich pathologisch-anatomisch deutliche Parallelen zwischen dem Aufbau der Trachea und der Bronchien. Bis zu den Endstrecken der Bronchien ist das Oberflächenepithel nahezu identisch aufgebaut, lediglich die Endaufzweigungen der Bronchien unterscheiden sich durch fehlendes Flimmerepithel. Neueste Forschungsergebnisse haben, wie Prof. Dr. C1 ausführt, jedoch gezeigt, dass - entgegen früheren Annahmen - asbestassoziierte Karzinome auch zentral entstehen können. Aus biologischer Sicht ist es somit, wie die Sachverständigen darlegen, plausibel, dass sich Asbestfasern in beiden Gewebsarten einzunisten vermögen. Pathologisch-anatomisch und auch medizinisch ist es nach übereinstimmender Einschätzung der Sachverständigen entgegen den Ausführungen von Priv. Doz. Dr. A nicht zu begründen, bei einer entsprechenden Asbestfaserstaubeinwirkung von über 25 Faserjahren einen Unterschied zwischen Lungenkrebs und Luftröhrenkrebs zu machen. Aus dem insoweit übereinstimmenden Vortrag beider Sachverständigen ergibt sich damit zur Überzeugung des Senats, dass der Kläger als Elektrowickler besonderen Einwirkungen ausgesetzt war, die nach gesicherten und allgemein anerkannten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft geeignet sind, Trachealkarzinome zu verursachen.

Die vorliegend zur Anwendung kommenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse sind auch "neu" im Sinne von [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#). Neu in diesem Sinne sind zunächst solche medizinischen Erkenntnisse, die nach Erlass der letzten BKen-Liste bekannt worden sind und somit bei der geltenden Verordnung nicht berücksichtigt worden sind. Lehnt der Ordnungsgeber nach erkennbarer Prüfung der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse über eine Krankheit die Aufnahme in die BKV ab, weil die Erkenntnisse nicht ausreichen, so sind diese nicht mehr neu (vgl. [BSGE 44, 90, 93](#); Mehrrens/Perlebach a.a.O. Rdnr. 34.1). Hat der Ordnungsgeber sich aber mit der besonderen Gefährdung einer bestimmten Berufsgruppe durch bestimmte Stoffe gar nicht beschäftigt, so hat er die Aufnahme der entsprechenden Stoffe in die Anlage zur BKV nicht bewusst abgelehnt. Auch für diese Fälle soll [§ 9 Abs. 2 SGB VII](#) die Möglichkeit einer Entschädigung eröffnen, wenn inzwischen allgemeine Erkenntnisse über die Gefährdung vorliegen und die Kausalität im Einzelfall hinreichend wahrscheinlich ist. Hat der Ordnungsgeber - wie hier - die Aufnahme in die Anlage zur BKV nur deshalb unterlassen, weil er die Gefährdung einer bestimmten Personengruppe wegen ihrer geringen Zahl überhaupt nicht in seinem Blickfeld gehabt hat, so hat er damit auch nicht das Vorliegen neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse verneint (vgl. BSG SozR 2200 § 551 Nr. 18; Mehrrens/Perlebach a.a.O. Rdnr. 34.3). Die Sachverständigen Prof. Dr. X und Prof. Dr. C1 haben übereinstimmend klargestellt, dass aufgrund der Seltenheit der Erkrankung die berufliche Entstehung des Trachealkarzinoms vom ärztlichen Sachverständigenbeirat beim BMA nicht erörtert worden sei. Die berufliche Entstehung des Trachealkarzinoms sei jedoch zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt worden. Nach allgemeinen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft sei vielmehr davon auszugehen, dass die Trachea ebenso wie die Lunge und der proximal gelegene Kehlkopf durch Asbestfasern im Sinne einer Krebsinduktion geschädigt werden können. Das BMA hat in seiner vom SG eingeholten Auskunft unter dem 09.02.2000 ebenfalls ausdrücklich dargelegt, dass die Frage eines Luftröhrentumors nach Asbestexposition bislang nicht diskutiert worden sei. Damit ist dem Erfordernis der "neuen" medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegend Rechnung getragen, denn nach allem ist damit davon auszugehen, dass die von den Sachverständigen dargelegten Erkenntnisse zur Entstehung eines Trachealkarzinoms nach Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaubdosis von mindestens 25 Faserjahren sich zur BK-Reife verdichtet haben. Da sich, wie das BMA ebenfalls mitgeteilt hat, der Ordnungsgeber bisher nicht mit den Erkenntnissen befasst hat und keine aktiven Beratungen zu der Frage stattfinden, ob aufgrund dieser Erkenntnisse eine Empfehlung zur Aufnahme in die BK-Liste ergehen soll, ist der Senat auch nicht etwa durch eine "Sperrwirkung" an einer Entscheidung gehindert.

Zur Überzeugung des Senats steht weiterhin fest, dass der ursächliche Zusammenhang der Krankheit mit der gefährdenden Arbeit auch im konkreten Fall hinreichend wahrscheinlich ist. Die Sachverständigen Prof. Dr. X und Dr. C1 haben - ebenso wie Dr. T -, übereinstimmend dargelegt, dass die Trachealkarzinomerkrankung des Klägers mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Asbestfaserstaubdosis von 27,5 Faserjahren zurückzuführen ist, zumal eigenwirtschaftliche Risikofaktoren in Form von Alkohol- oder Zigarettenkonsum nicht vorliegen.

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

Anlass zur Revisionszulassung besteht nicht, da die Voraussetzungen gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-12-09