

## L 2 KN 167/99 U

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 31 BU 102/97  
Datum  
27.07.1999  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 2 KN 167/99 U  
Datum  
21.11.2002  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 8 KN 3/03 U B  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 27. Juli 1999 geändert und die Klage abgewiesen. Die Beteiligten haben einander in beiden Rechtszügen keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht 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](#)).

Der am ... 1930 geborene Kläger wurde im November 1945 im Steinkohlenbergbau angelegt. Ab Juli 1947 war er unter Tage als Gesteins- und Kohlenhauer tätig. Zuletzt war er als Maschinensteiger unter Tage beschäftigt. Er kehrte im September 1983 ab. Insgesamt war er zumindest einer Belastung von 148,7 Feinstaubjahren ausgesetzt (Technischer Aufsichtsdienst (TAD), 14.08.1996).

Am 04.02.1985 zeigte Arzt für Allgemeinmedizin Dr. L .../B ... den Verdacht einer Silikose an. Die gegen die ablehnende Entscheidung der Beklagten vom 23.10.1985 zum Sozialgericht (SG) Dortmund erhobene Sprungklage (S 19 BU 350/85) nahm der Kläger nach Erstattung des innerfachärztlichen Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. W .../M ... vom 25.04.1986 nebst lungenfunktionsanalytischem Zusatzgutachten zurück. Wegen der Lungenfunktionsprüfung vom 04.07.1989 zeigte Dr. L ... erneut den Verdacht einer Silikose an. Die Beklagte lehnte eine Entschädigung ab (Bescheid vom 01.03.1990). Seinen Widerspruch begründete der Kläger mit dem Hinweis auf die Lungenfunktionsprüfung vom 31.05.1990, die ebenfalls eine mittelgradige Obstruktion ergeben habe. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück (Bescheid vom 21.09.1990). Seine Klage (SG Dortmund, S 31 BU 166/90) nahm der Kläger nach der Lungenfunktionsprüfung von Dr. L ... (31.10.1990) auf das Sachverständigengutachten des Prof. Dr. W ... vom 03.05.1991 nebst lungenfunktionsanalytischem Zusatzgutachten zurück. Dr. L ... prüfte die Lungenfunktion (21.04.1992). Prof. Dr. R .../ ... fand bodyplethysmographisch den Atemwegswiderstand in Ruhe unauffällig (05.01.1993). Eine eindeutige leistungseinschränkende Funktionsstörung sei nicht zu belegen. Dr. B .../ B ... ging gutachterlich (05.01.1993) von nur geringen silikotischen Einlagerungen aus. Veränderungen von Krankheitswert seien nicht nachweisbar. Die Beklagte erkannte eine Berufskrankheit nach Nr. 4101 (Quarzstaublungenerkrankung-Silikose) an, lehnte aber eine Berentung ab (Bescheid vom 17.02.1993; zurückweisender Widerspruchsbescheid vom 11.08.1993). Seine Klage (SG Dortmund, S 31 BU 87/93) nahm der Kläger auf das Sachverständigengutachten von Prof. Dr. W ... (07.10.1993) zurück. Wegen der Lungenfunktionsprüfung vom 29.11.1995 zeigte Dr. L ... den Verdacht an, die Silikose habe sich verschlimmert. Als Ergebnis der ganzkörperplethysmographischen Untersuchung vom 05.02.1996 sah Prof. Dr. B .../ B ... keine manifesten obstruktiven oder restriktiven Ventilationsstörungen. Gegenüber dem Vorbefund vom 05.01.1993 habe sich keine Veränderung ergeben.

Dr. B ... führte aus (Gutachten vom 05.02.1996), eine Erhöhung des Atemwegswiderstandes oder auch eine Sauerstoffuntersättigung habe nicht nachgewiesen werden können. Die Beklagte lehnte es weiterhin ab, wegen der Silikose Rente zu zahlen (Bescheid vom 28.03.1996; zurückweisender Widerspruchsbescheid vom 09.12.1996). Seine Klage (SG Dortmund, S 31 BU 117/96) nahm der Kläger zurück. Aufgrund der Bodyplethysmographie vom 29.07.1998 meinte Prof. Dr. B ..., es bestehe eine leichtgradige vollreversible obstruktive Ventilationsstörung. In seinem Gutachten (14.08.1998) führte Dr. M .../B ... aus, die Lungenfunktionsprüfung vom 29.07.1998 lasse kein Emphysem erkennen. Bei fehlender wesentlicher Einschränkung der Herzlungenleistungsbreite könne eine BK-bedingte MdE nicht angenommen werden.

Ab 28.02.1996 prüfte die Beklagte, ob eine BK 4111 (chronische obstruktive Bronchitis oder Lungenemphysem) zu entschädigen sei. Dr. L ... berichtete über die Gesundheitsentwicklung des Klägers seit März 1982 (28.09.1996). Aufgrund ganzkörperplethysmographischer Untersuchung (26.11.1996) gelangte Prof. Dr. B ... zu dem Ergebnis, die Befunde entsprächen keiner manifesten obstruktiven oder

restriktiven Ventilationsstörung. Im am 08.01.1997 vorgelegten Gutachten gelangte Dr. B ... zu dem Ergebnis, Hinweise auf ein Lungenemphysem hätten sich nicht ergeben. Eine chronische Bronchitis liege nicht vor. Die Beklagte lehnte es ab, eine chronische obstruktive Bronchitis oder ein Emphysem zu entschädigen (Bescheid vom 12.02.1997; zurückweisender Widerspruchsbescheid vom 16.07.1997).

Zur Begründung seiner Klage zum SG Dortmund hat sich der Kläger auf die Stellungnahme von Dr. L ... (22.10.1997; Lungenfunktionsprüfungen belegten restriktive sowie obstruktive Ventilationsstörungen), die Behandlung vom 06. bis 12.08.1997 im Maria-Hilf-Krankenhaus/B ... wegen chronischer obstruktiver Atemwegserkrankung bei Silikose sowie darauf berufen, auch Prof. Dr. W ... habe in seinem Gutachten (03.05.1991) von einer leichten obstruktiven Ventilationsstörungen berichtet.

Die Beklagte hat verwiesen auf Unterlagen des Versorgungsamts ... (Berichte von Dr. L ... [26.02.1981, 09.12.1981, 26.01.1987, 06.08.1991], Dr. A ... [04.02.1985], Dr. P ... [03.10.1986] und Dr. N ... [04.01.1991], Stellungnahmen von Dr. B ... [02.07.1981], Dr. F ... [01.04.1982], praktischen Arzt B ... [13.02.1987] und Dr. A ... [26.08.1991], den Bericht von Dr. A .../Assistenzärztin H ... [22.08.1997]) sowie Stellungnahmen von Prof. Dr. B .../Dr. A ... [29.07.1998], Dr. M ... [14.08.1998], Prof. Dr. K ... [13.10.1998] und Prof. Dr. R ... [11.01.1999]).

Das Sozialgericht hat Beweis durch den Sachverständigen Prof. Dr. S .../M ... erhoben (Gutachten vom 28.07.1998; ergänzende Stellungnahme vom 16.02.1999).

Es hat die Beklagte verurteilt, dem Kläger Verletztenrente wegen einer am 07.10.1993 eingetretenen Berufskrankheit Nr. 4111 nach einer MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) um 20 v.H. zu gewähren (Urteil vom 27.07.1999). Seit dem 07.10.1993 bestehe eine chronische obstruktive Bronchitis. Dies ergebe sich aus dem Gutachten von Prof. Dr. S ... Der Eintritt des Versicherungsfalls der chronischen obstruktiven Bronchitis vor dem 01.01.1993 sei nicht nachgewiesen.

Mit ihrer Berufung trägt die Beklagte vor, nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme fehle es an einer chronischen obstruktiven Bronchitis und einem Emphysem. Hilfsweise stütze sie sich auf die Stellungnahme von Prof. Dr. R ... (12.09.2000).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgericht Dortmund vom 27.07.1999 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und stützt sich auf Stellungnahmen von Dr. L ... (25.10.2001 und 19.07.2002).

Das Gericht hat Behandlungsunterlagen beigezogen von Dr. A ... (Maria-Hilf-Krankenhaus/B ...; 05.04.2001) und Dr. L ... (09.04.2001). Es hat Beweis erhoben durch den Sachverständigen Prof. Dr. P ... (Gutachten vom 19.07.2000; ergänzende Stellungnahme vom 26.03.2001; Ergänzungsgutachten vom 31.08.2001 und 11.07.2002 unter Einbeziehung der gerichtlich beigezogenen Unterlagen sowie der Computerdokumentation der Medikation [Dr. L ...; 16.06.1992 bis 19.07.2001] und Berodual- sowie Salbutamol-Studienunterlagen).

Für die Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten der Beklagten zu den BKen 4101 und 4111, der Akten SG Dortmund S 19 BU 350/85, S 31 BU 166/90, S 31 BU 87/93 und S 31 BU 117/96 sowie der beigezogenen Studien- und Behandlungsunterlagen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Zahlung von Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. wegen einer BK Nr. 4111.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich noch nach den Vorschriften der Rechtsversicherungsordnung (RVO). Der Versicherungsfall soll 1993 und somit vor dem Inkrafttreten des 7. Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) am 01.01.1997 eingetreten sein (Art. 36 Unfallversicherungseinordnungsgesetz [UVEG], [§ 212 SGB VII](#)). 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 bis 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/m<sup>3</sup>) x Jahre]".

Eine chronische obstruktive Bronchitis oder ein Emphysem sind nach Ausschöpfen der gebotenen Aufklärungsmöglichkeiten nicht erwiesen. Die Voraussetzungen der BK Nr. 4111 sind nicht erfüllt. Auch wenn der Kläger bei seiner versicherten Tätigkeit im Steinkohlenbergbau unter Tage von Juli 1947 bis September 1983 entsprechend den Berechnungen des TAD bei Unterstellung geringstmöglicher Belastung einer Exposition von 148,7 Feinstaubjahren ausgesetzt war, ist weder ein Emphysem noch eine chronische obstruktive Bronchitis mit Sicherheit feststellbar (zu den Beweisgrundsätzen vgl. Hauck in Weiss/Gagel, Handbuch des Arbeits- und Sozialrechts, § 22A Rdnr. 79 m.w.N.)

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. P ...). Die BKV definiert den Begriff nicht selbst, sondern setzt ihn voraus. Nicht anders verhält es sich mit den Gesetzesmaterialien (BR-Drucks. 642/92, S. 19), der wissenschaftlichen Begründung von der Sektion "Berufskrankheiten" zur Ergänzung der Berufskrankheitenverordnung (BARbI 10/1995, S. 39 ff.) und dem Merkblatt für die ärztliche

Untersuchung (BArbBl 12/1997, S. 35 ff; zur Konkretisierung der Begriffe der BKV vgl. BSG, Urteil vom 22.08.2000, Aktenzeichen (Az) [B 2 U 34/99 R](#), insbesondere zum Stellenwert der Auslegungsmittel Bl. 5 f.; zu den Merkblättern vgl. BSG, Urteil vom 02.05.2001, Az.: [B 2 U 16/00 R](#), SozR 3-2200 § 551 RVO Nr. 16, S. 79ff., 85 f.; vgl. auch BSG, Urteil vom 23.03.1999, [B 2 U 12/98 R](#), SozR 3-2200 § 551 RVO Nr. 12, S 33 ff., 44). In der Sache knüpft der Verordnungsgeber damit an den eingangs genannten, 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 Sensivität der an die Stelle des pathologisch-anatomischen Befundes tretenden Indizien zu Lebzeiten des Patienten nicht mit Sicherheit zu diagnostizieren sei (vgl. LSG NRW, Urteil vom 12.10.2000 [L 2 KN 1/00 U](#) und [L 2 KN 204/99 U](#) m.w.N.). Demgegenüber ist der Verordnungsgeber mit der Konzeption der BK Nr. 4111 davon ausgegangen, auch Versicherungsfälle von lebendigen Versicherten mit Emphysem zu entschädigen. Er hat sich infolgedessen mit einem Maß an Diagnosesicherheit begnügt, das nach dem derzeitigen Stand der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse intra vitam möglich ist.

Nach diesem Maßstab (vgl. zu den diagnostischen Hilfsmitteln LSG NRW, Urteile vom 12.10.2000, [aaO](#)) ist ein Emphysem beim Kläger nicht erweislich. Darin stimmen überein die Sachverständigen Prof. Dr. P ... und Prof. S ..., die urkundsbeweislich verwertbare Beurteilung von Dr. B ... und die als Beteiligtenvorbringen verwertbare Einschätzung (zu Verwertbarkeit des Beteiligtenvorbringens vgl. auch BSG, Beschluss vom 17.08.2000, B 8 KN 5/00 U B, Bl. 5, m.w.N.) von Dr. M ... (14.08.1998), ohne dass die als Beteiligten vorbringen verwertbaren Beurteilungen von Prof. Dr. K ... (13.10.1998) und Prof. Dr. R ... (11.01.1999 und 12.09.2000) dies in Zweifel ziehen. Soweit demgegenüber Dr. L ... (19.07.2000) in seiner als Beteiligtenvorbringen zu bewertenden Stellungnahme das Ergebnis der Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. P ... vom 19.07.2000 dahingehend zitiert, "ein Emphysem" sei im Vollbeweis im Oktober 1993 gesichert, handelt es sich um ein Fehlzitat. Prof. Dr. P ... ist von einem Emphysem nicht ausgegangen. Entsprechendes gilt für das Attest Dr. L ... vom 25.10.2001. Soweit früher Prof. Dr. W ... vereinzelt aufgrund der Röntgenaufnahmen den Verdacht eines Emphysems geäußert hat, hat dieser sich bei der Auswertung der neueren Röntgenaufnahmen unter Berücksichtigung der Klinik und der funktionsanalytischen Ergebnisse nicht bestätigt (vgl. im Ergebnis die Sachverständigen Prof. Dr. S ... und Prof. Dr. P ...). Bei demgemäß klinisch, funktionsanalytisch und nativradiologisch hinreichend abgeklärter Situation bedarf es aber nicht zusätzlich einer (eventuell hochauflösenden) Computertomographie (vgl. LSG NRW, [aaO](#), unter Hinweis auf 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.]; im Ergebnis dementsprechend die Sachverständigen Prof. Dr. S ... und Prof. Dr. P ...).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist auch eine chronische obstruktive Bronchitis nicht erweislich.

Erforderlich ist, dass eine chronische obstruktive 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 ([aaO](#)) und das sog. Konsensuspapier ([aaO](#)) an dieses Begriffsverhältnis 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, [aaO](#); in der Sache ebenso Sachverständigengutachten Prof. Dr. P ..., auch unter Hinweis auf die historische Entwicklung; Prof. Dr. S ...). 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. P ...; Prof. Dr. S ...). 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 bronchoskopisch feststellen kann (vgl. LSG NRW, [aaO](#), m.w.N.; im Ergebnis ebenso Prof. Dr. P ..., 31.08.2001). Der Verordnungsgeber hat aber nicht verlangt, nur bronchoskopisch gesicherte chronische 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.

Darüber, welche diagnostischen Hilfsmittel zur Feststellung der chronischen obstruktiven Bronchitis in Betracht kommen, besteht in der medizinischen Wissenschaft Einigkeit (vgl. Prof. Dr. P ... und das sog. Konsensuspapier, [aaO](#)). 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 Existenz 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 ([aaO](#)) aus.

Ausgehend von diesen Maßstäben ist eine chronische obstruktive Bronchitis nicht erweislich.

Ob eine chronische Bronchitis beim Kläger gesichert ist, wie Prof. Dr. P ... meint, Dr. B ... aber in Zweifel gezogen hat, bedarf keiner Entscheidung. Zweifel ergeben sich daraus, dass die hierfür herangezogenen Angaben aus den Beschwerdeschilderungen gegenüber Prof. Dr. W ... ("wenig Husten und Auswurf"; 25.04.1986; 07.10.1993; oder "vorwiegend morgens etwas Husten und Auswurf"; 03.05.1991) unter

Würdigung der Dokumentation von Dr. L ... (Patientenkartei in Abgleich zu den Angaben gegenüber dem Versorgungsamt D ...) nicht eindeutig belegen, dass ein entzündlicher Reizzustand der Bronchien an den meisten Tagen von wenigstens drei Monaten an zwei aufeinanderfolgenden Jahren mit Husten und vermehrter Entleerung von Bronchialschleim bestanden hat. Jedenfalls fehlt es an einer chronischen obstruktiven Bronchitis. Abzugrenzen ist diese von akuten obstruktiven Bronchitiden, zu denen es etwa im Rahmen von Infekten kommen kann (Prof. Dr. P ...; Prof. Dr. K ...; Dr. B ...). Auch wenn es insoweit zu Überlagerungen kommen kann, stellt sich die Abgrenzungsproblematik beim Kläger zugespitzt, weil bei ihm im Behandlungsverlauf immer wieder akute Bronchitiden von Dr. L ... dokumentiert sind (30.03.1982, grippaler Infekt mit Begleitbronchitis; 12.07.1984, akute Bronchitis; 23.01.1985 und 30.10.1986 "Bronchitis" bzw. Bronchitisrezidiv; 13.06.1991 akute Bronchitis; 23.04.1992 eingehende Besprechung Infektneigung). Bei Zusammenschau von Anamnese, klinischen Befunden, Lungenfunktionsuntersuchungen und medikamentöser Behandlung spricht beim Kläger mehr dafür, dass die beiden vereinzelt Befunde eines erhöhten Atemwegswiderstandes eher durch akute Bronchitiden als durch eine chronische obstruktive Bronchitis verursacht worden sind (Prof. Dr. P ..., 31.08.2001; 11.06.2002). Bereits im Rahmen der Anamnese sind die Angaben "wenig Husten und Auswurf" (vgl. oben) unsicher. Spezifisch klinische Befunde (in aller Regel behandlungsbedürftige Atemnot; charakterische Auskultationsbefunde wie Giemen und Brummen; Prof. Dr. P ...) sind kaum dokumentiert (Dokumentation Dr. L ...: 22.01.1985 Luftnot, Engegefühl in der Brust, pulmo o.B.; 19.03.1986 wieder Luftnot, Bf. v. Giemen; 09.02.1988, kein Reiben, keine Rasselgeräusche; 20.01.1989 wieder Dyspnoe, gering versch. Atemgrenzen, hypersonorer Klopfeschall; 24.02.1989, vesikuläres Atemgeräusch beidseits; 03.03.1989 noch gering verschärft VA; 23.02.1990, pulmo: diskrete Rasselgeräusche links basal; 26.02.1990, pulmo: Linksreiben; 13.03.1990 Luftnot; Bf. leises VA, keine Nebengeräusche, sonhyperson KS; 21.01.1990 allenfalls gering bronchitische RG; son-hypersonorer KS; 21.04.1992 Luftnot; gering versch. VA, son-hypersonorer KS; 22.06.1995, kein Husten, kein Auswurf, pulmo frei; 19.11.1995 versch. VA, ver. Giemen; 08.11.1996 Bronchit AG; 17.03.1998 grobblasige RGs links größer rechts; vgl. im Übrigen die Zusammenstellung Bl. 300 ff. GA, Prof. Dr. P ..., 31.08.2001). Die Auswertung der Lungenfunktionsuntersuchungen ergibt, dass nur an zwei Tagen (17.10.1993 und 29.07.1998) zweifelsfrei Nachweise einer obstruktiven Ventilationsstörung belegt sind (Prof. Dr. P ..., 31.08.2001). Die spirometrischen Untersuchungen bei Dr. L ... 1987-1995, die FEV1 Werte unter 80 % der Sollmittelwerte zeigen, sprechen unter Auswertung der Flussvolumenkurven eher für größere Mitarbeitsprobleme bei den Spirometrieuntersuchungen als - auch unter Würdigung der übrigen Befundaufzeichnungen - für stark verminderte tatsächliche Ein-Sekundenwerte (Prof. Dr. P ..., 19.07.2000). Die bodyplethysmographischen Untersuchungswerte vom 03.05.1991 sind je nach dem normal- oder grenzwertig, von welchen Sollwerten ausgegangen wird (vgl. Prof. Dr. S ...; Prof. Dr. W ...; Prof. Dr. P ..., 19.07.2000). Auch die Lungenfunktionsuntersuchungen im Zusammenhang mit den beiden Arzneimittelstudien lassen nicht den Schluss auf eine bronchiale Obstruktion zum Zeitpunkt der Messungen im Vollbeweis zu (Prof. Dr. P ..., 31.08.2001).

Die beiden zweifelsfrei gesicherten Messungen mit bronchialer Obstruktion lassen sich bei diesem Gesamtbild unter Berücksichtigung der Medikation aber eher Infektexazerbationen zuordnen. Nach der eingehenden Dokumentation sind mit Ausnahme der beiden Arzneimittelprüfungen und einer einmaligen Verschreibung von Theophyllin (Bronchioretard am 04.09.1992) in den 19 Jahren hausärztlicher und klinischer Betreuung spezifische Bronchospasmolytika nicht angewendet worden. Verordnet wurden vielmehr teilweise Antitussiva/Expektorantia, Immunmodulatoren und Antibiotika (vgl. Prof. Dr. P ..., 31.08.2001). Eckpfeiler der medikamentösen Therapie der chronischen obstruktiven Bronchitis bilden demgegenüber die Bronchospasmolytika (Beta-2-Sympathomimetika; Anticholinergika; Methylxanthine), ggf. kombiniert mit zusätzlichen Gaben von Kortikosteroiden und Sekretolytika, im Einzelfall auch Antibiotika (vgl. im Einzelnen näher auch zu dem jeweiligen historischen Stand der Verordnungsempfehlungen Prof. Dr. P ..., 31.08.2001).

Die Einwendungen des Klägers gegen die Beurteilungen von Prof. Dr. P ... (31.08.2001; 11.06.2002) greifen nicht durch. Soweit sich der Kläger mit Dr. L ... auf die Beurteilungen von Prof. Dr. P ... vom 19.07.2000 und 26.03.2001 stützt, verkennt er, dass die zusätzlich beigezogenen Materialien in der Beurteilung des Sachverständigen nachvollziehbar zu einem anderen Gesamtbild geführt haben, das - wie dargelegt - in Gesamtwürdigung aller Umstände das abweichende Gesamtergebnis trägt. Soweit der Kläger sich darauf beruft, einmalig verordnetes Theophyllin nicht vertragen zu haben und deshalb in der Folgezeit andere Arzneimittel verschrieben bekommen zu haben, berücksichtigt dies nicht hinreichend, dass Prof. Dr. P ... - wie dargelegt - (vgl. zusätzlich wiederholend 11.06.2002) auf weitere Alternativen der spezifischen medikamentösen Behandlung verwiesen hat, die aber gerade nicht eingesetzt worden sind. Soweit der Kläger sich darauf berufen hat, dass er bei akut aufgetretenen Luftnotanfällen Nitrospray benutzt, hat der Sachverständige Prof. Dr. P ... überzeugend darauf hingewiesen, dass es sich um ein Medikament handelt, das bei "Luftnot", die ihre überwiegende Ursache am Herzen bei einer Erkrankung der Herzkranzgefäße hat, mit Erfolg eingesetzt werden kann und nicht etwa bei Beschwerden, die von einer Obstruktion in den Atemwegen herrühren. Soweit der Kläger sich auf eine Besserung seines Gesundheitszustandes nach Sauerstofftherapie beruft, die ihm Dr. V ... als HNO-Arzt mit Blick auf die Diagnosen Tinnitus, mittelgradige Schwerhörigkeit empfohlen hat, gibt es keine gesicherten Erkenntnisse, die die Einschätzung des Klägers und seines Hausarztes stützen, durch die Sauerstofftherapie kämen Symptome einer chronischen obstruktiven Bronchitis nicht in dem bestehenden Umfang zur Ausprägung und die Sauerstofftherapie mache medikamentöse Behandlungen dieser Erkrankung gar nicht erst notwendig (Prof. Dr. P ..., 11.06.2002). Solche Belege hat Dr. L ... auch in seinem ergänzenden Schreiben vom 19.07.2002 nicht vorgelegt. Die abweichende Beurteilung von Prof. Dr. S ... erklärt sich daraus, dass ihm nicht die vollständigen Behandlungsunterlagen vorgelegen haben.

Nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast, der auch im sozialgerichtlichen Verfahren für das Recht der Berufskrankheiten gilt (vgl. Hauck, ebenda), trägt der Kläger die Folgen der Nichterweislichkeit von Emphysem und chronischer obstruktiver Bronchitis.

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

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-16