S 3 U 212/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 U 212/97
Datum	07.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 100/00
Datum	12.03.2003

3. Instanz

Datum	02.06.2003

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 07.02.2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 07.02.2000 aufgehoben und die Klage gegen die Bescheide vom 24.01.1995 und 10.03.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.1997 abgewiesen.
III. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1953 geborene KlÃ¤ger berichtete der Beklagten am 12.08.1994 Ã¼ber einen Arbeitsunfall vom 14.07.1994. Er habe SchÃ¤den an den Luftwegen, den Bronchien und der Lunge davongetragen, als im Schlachthof A. Ammoniak ausgetreten sei, das er bei Entladearbeiten eingeatmet habe.

GegenÃ¼ber dem Arzt fÃ¼r Allgemeinmedizin Dr.G. klagte der KlÃ¤ger am 14.07.1994 Ã¼ber Reizhusten, Brennen in der Brust und rezidivierende Bronchitis. Dr.G. diagnostizierte ein mittelgradiges Reizgasinhalationstrauma. Auf seinen Rat begab sich der KlÃ¤ger in die Notaufnahme des Zentralklinikums A. ; dort wurde die

Diagnose: "Bronchiale Reizung bei Zustand nach Ammoniakinhalation, Adipositas" gestellt. Der KlÃ¤ger gab Reizhusten, Kopfschmerz, thorakales Brennen, leichte Dyspnoe an. Er habe in 50 bis 100 m Entfernung etwa 45 Minuten bei kÃ¶rperlicher Arbeit AmmoniakdÃ¤mpfe inhaliert. Auf eigenen Wunsch wurde der KlÃ¤ger noch am gleichen Tag wieder entlassen. Der praktische Arzt Dr.P. berichtete, der KlÃ¤ger habe am 31.08.1994 noch Ã¼ber Atemnot bei Belastung und stÃ¤ndigen Hustenreiz geklagt, am 20.09.1994 Ã¼ber starken Reizhusten und Brennen in der Brust. Die Ãrztin fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde Dr.R. berichtete am 14.10.1994, eindeutige Folge der Schadstoffinhalation sei eine derzeit hochgradige unspezifische HyperreagibilitÃ¤t des Bronchialsystems; am 27.07. 1994 erklÃ¤rte sie, der KlÃ¤ger gebe noch starke Atembeschwerden an, es bestÃ¼nden erhebliche klinische Anzeichen einer Tracheobronchitis.

Mit Bescheid vom 24.01.1995 gewÃ¤hrte die Beklagte vom 14.07. bis 15.07.1994 und vom 31.08. bis 06.09.1994 Verletztengeld. Nach den Ã¤rztlichen ÃuÃerungen bestehe fÃ¼r einen Anspruch auf Verletztenrente kein Anhalt.

Mit Widerspruch vom 01.02.1995 wandte der KlÃ¤ger ein, er sei weiter so beeintrÃ¤chtigt, dass die ArbeitsfÃ¤higkeit dadurch erheblich eingeschrÃ¤nkt sei.

Nach den beigezogenen Unterlagen der AOK GÃ¼nzburg war der KlÃ¤ger vom 28.11. bis 04.12.1983 wegen Bronchitis und vom 30.01. bis 09.02.1990 wegen Sinubronchitis in Verbindung mit Grippe arbeitsunfÃ¤hig erkrankt. Die Bayerische Versicherungskammer berichtete Ã¼ber eine Behandlung wegen Otitis media, chronischer Rhinitis, Sinusitis, Tinnitus, Septumdeviation am 29.01.1993. Dr.R. fÃ¼hrte im Bericht vom 03.08.1994 aus, beim KlÃ¤ger bestehe eine hochgradige bronchiale HyperreagibilitÃ¤t, die zweifelsfrei auf die Schadstoffbelastung durch Ammoniakgasinhalation zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei. Er habe frÃ¼her nie Beschwerden von seiten der Atemwege gehabt, es bestÃ¼nde keine Neigung zu Bronchitiden. Die LungenfunktionsprÃ¼fung habe normale Ventilationswerte gezeigt, keinen Hinweis fÃ¼r Obstruktion oder Restriktion.

Aus den Unterlagen der Staatsanwaltschaft ergibt sich, dass das Verfahren gegen die Mitarbeiter des Schlachthofs wegen fahrlÃ¤ssiger KÃ¶rperverletzung eingestellt wurde. Zur Aufsichtsbeschwerde des KlÃ¤gers erklÃ¤rte der Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht MÃ¼nchen, die Einstellung des Verfahrens entspreche der Sach- und Rechtslage. Der BeschwerdefÃ¼hrer habe sich ca. 80 m von der Unfallstelle entfernt aufgehalten; eine Anzahl von Personen, die sich wesentlich nÃ¤her am Unfallort befunden hÃ¤tten, hÃ¤tten auch nicht nur annÃ¤hernd vergleichbare gesundheitliche BeeintrÃ¤chtigungen erlitten.

Im Gutachten vom 18.12.1995 fÃ¼hrte Prof.Dr.R. aus, der KlÃ¤ger gebe an, er habe sich ca. 15 Minuten am Unfallort aufgehalten. Er habe einen leichten Reiz im Pharynxbereich bemerkt, auÃerdem Hustenreiz, Atemnot, trÃ¤nende Augen und deshalb Ã¤rztliche Hilfe gesucht. Diese Beschwerdesymptomatik habe sich im Laufe des Jahres 1995 verstÃ¤rkt. Er spÃ¼re hÃ¤ufiges thorakales Brennen, auÃerdem Hustenreiz, bei kÃ¶rperlicher Anstrengung starke Atemnot, Cephalgien, Vertigo, Tinnitus und ein TrockenheitsgefÃ¼hl im Mund- und Rachenraum. 1994 sei es zu

rezidivierendem Sodbrennen gekommen. Prof.Dr.R. diagnostizierte unter anderem ein mÃ¤Ãiggradiges hyperreagibles Bronchialsystem, Adipositas, Verdacht auf Gastritis, Verdacht auf labile arterielle Hypertonie. Ein Zusammenhang der Beschwerden mit dem Unfall bestehe nicht. Die MÃ¶glichkeit einer permanenten SchÃ¤digung des Bronchialsystems durch einmalige Ammoniakexposition werde in der medizinischen Literatur verneint. Die Ammoniakexposition sei im Fall des KlÃ¤gers als gering einzustufen, denn bei hohen Ammoniakkonzentrationen trÃ¤ten so starke Beschwerden auf, dass ein Weiterarbeiten nicht mÃ¶glich sei. Es zeige sich im Rahmen der Provokationsuntersuchungen eine Abnahme der vormals als hochgradig beschriebenen bronchialen HyperreagibilitÃ¤t. Insbesondere sei zu berÃ¼cksichtigen, dass frÃ¼her mehrfach Bronchitiden und Sinubronchitiden zu behandeln gewesen seien.

Im radiologischen Zusatzgutachten fÃ¼hrte Prof.Dr.B. am 30.11.1995 aus, in allen Thoraxaufnahmen sei ein altersentsprechender unauffÃ¤lliger Befund festzustellen gewesen.

Mit Bescheid vom 10.03.1997 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente ab.

Den Widerspruch vom 11.03.1997 wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 22.05.1997 zurÃ¼ck. Der angefochtene Verwaltungsakt vom 24.01.1995 beruhe auf den Feststellungen des Dr.P â¦ Unfallbedingte ArbeitsunfÃ¤higkeit habe vom 14.07. bis 15.07. sowie vom 31.08. bis 06.09.1994 bestanden. Grundlage des Bescheides vom 10.03.1997 bildeten das Gutachten des Prof.Dr.R. und das Zusatzgutachten des Prof. Dr.B â¦ Hiernach liege ein mÃ¤Ãiggradiges hyperreagibles Bronchialsystem vor, das nicht auf den Unfall vom 14.07.1994 zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei. Eine unfallbedingte MdE sei nicht verblieben, Unfallfolgen lÃ¤gen nicht vor.

Mit der Klage vom 23.06.1997 hat der KlÃ¤ger eingewandt, wegen der teilweise zunehmenden Beschwerden kÃ¶nne er seine TÃ¤tigkeit nur noch eingeschrÃ¤nkt ausÃ¼ben.

Dr.P. hat im Befundbericht angegeben, am 23.10.1997 habe der KlÃ¤ger Ã¼ber Tinnitus, Magenschmerzen und Beschwerden im HWS-Bereich geklagt. Er habe u.a. die Diagnosen gestellt: Adipositas, Zustand nach Ammoniakvergiftung, chronische Bronchitis, Verdacht auf Heliobacter-induzierte Gastritis. Der Internist Dr.A. hat am 12.12.1995 die Diagnosen gestellt: Dyspeptisches Oberbauchsyndrom, Verdacht auf chronische Gastritis, ausgeprÃ¤gte Fettleber, arterielle Hypertonie.

Beigezogen wurde die Akte des Landgerichts A. Ã¼ber den Zivilrechtsstreit des KlÃ¤gers gegen die Stadt A â¦ Im dortigen Termin vom 03.12.1996 gab der KlÃ¤ger an, als er zum Schlachthof gekommen sei, habe die Feuerwehr bereits Wasser verspritzt. Er habe beim Verlassen des Fahrzeugs sofort beiÃenden Geruch wahrgenommen. Vor dem Unfall habe er keine vergleichbaren Beschwerden gehabt. Der SachverstÃ¤ndige Dipl.Ing. H. hat angegeben, die Feuerwehr habe Ammoniak abgesaugt und einen Wasservorhang errichtet. Der KlÃ¤ger habe sich etwa 77,50 m entfernt vom Austrittsort des Ammoniakgases aufgehalten.

Der Arzt fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde Dr.R. fÃ¼hrte im Gutachten fÃ¼r das Landgericht A. vom 01.04.1998 und der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 30.11.1998 aus, nach den Angaben des KlÃ¤gers habe vor dem Unfall weder eine relevante asthmatische Atemnot noch eine bronchitische Symptomatik bestanden. Rezidivierende Infekte der oberen Luftwege im Kindes- und Jugendalter hÃ¤tten keinerlei Einfluss auf die seit dem Unfall bestehende Beschwerdesymptomatik. Der KlÃ¤ger sei einer intensiven etwa einstÃ¼ndigen Ammoniakinhalation ausgesetzt gewesen. Die Bodyplethysmographie zeige eine kombinierte moderate bis schwere obstruktiv-restriktive VentilationsstÃ¶rung, wobei die eingeschrÃ¤nkte Lungenfunktionsbreite nur mit Vorbehalt zu beurteilen gewesen sei aufgrund des starken Hustenreizes und der schlechten Motivierbarkeit des KlÃ¤gers. Am 17.04.1998 sei eine grob orientierende Spiegelung der Atemwege vorgenommen worden. Es habe sich ein mÃ¤Ã□iger endobronchialer Reizzustand mit deut- lich vulnerabler Schleimhaut gezeigt. Beim KlÃ¤ger bestehe ein toxisch-irritatives Asthmasyndrom mit SekundÃ¤rlÃ¤sion und manifester, nicht reversibler Atemwegsobstruktion bei richtungsweisender unfallbedingter inhalativer Ammoniakintoxikation.

Der vom SG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Arzt fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde Dr.G. hat im Gutachten vom 05.05.1998 ausgefÃ¼hrt, die objektiven Befunde zeigten in Ruhe eine normale Lungenfunktion, insbesondere ohne Hinweis auf eine obstruktive oder restriktive VentilationsstÃ¶rung. Im RÃ¶ntgenbild zeige sich kein sicheres Korrelat fÃ¼r die Beschwerden, so dass als Ursache des Hustens nur eine durch inhalativ-toxische SchÃ¤den entstandene HyperreagibilitÃ¤t des Bronchialsystems in Frage komme. Die MdE sei mit 40 v.H. zu bewerten. In der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 19.10.1998 hat Dr.G. erklÃ¤rt, die frÃ¼heren Bronchitiden des KlÃ¤gers reichten nicht aus, um eine inhalativ-toxische LungenschÃ¤digung fÃ¼r unmÃ¶glich zu halten. Der zeitliche Zusammenhang sei eindeutig.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des Arztes fÃ¼r Arbeitsmedizin und Allergologie Dr.R. vom 03.05.1999 Ã¼bersandt. In der Regel komme es nach der Exposition gegen Ammoniak nicht zu lang- anhaltenden Reizungen. Eine Zunahme der Atembeschwerden und der HyperreagibilitÃ¤t lange nach der Exposition sei ungewÃ¶hnlich, und vor allem sei nicht anzunehmen, dass es nach einem so langen Zeitraum zu einer LungenschÃ¤digung gekommen sei. Geringe Mengen Ammoniak, wie sie im Fall des KlÃ¤gers angenommen werden kÃ¶nnten, wÃ¼rden bereits an den SchleimhÃ¤uten des oberen Atemtraktes physikalisch gelÃ¶st und dort ihre schleimhautreizende Wirkung entfalten. Die Befunde sprÃ¤chen fÃ¼r eine vorÃ¼bergehende Reizung des Bronchialsystems.

Dr.G. hat hierzu am 22.09.1999 erklÃ¤rt, ein Zusammenhang der akuten nach dem Unfall aufgetretenen bronchialen Beschwerden sei nicht zu bestreiten, daher mÃ¼sse das Reizgas auch in die Bronchien gelangt sein. HierfÃ¼r sprÃ¤chen auch die Aufenthaltsdauer von etwa 60 Minuten und die Hyperventilation wegen der kÃ¶rperlichen Arbeit; insbesondere hierin unterscheide sich der KlÃ¤ger von den anwesenden Helfern, die offenbar keine SchÃ¤den davon getragen hÃ¤tten.

Mit Urteil vom 07.02.2000 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 24.01.1995 und vom 10.03.1997, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.1997, verurteilt, beim KlÃ¤ger eine unspezifische bronchiale HyperreagibilitÃ¤t und EntzÃ¼ndung des gesamten Bronchialsystems durch inhalativ-toxi- sche SchÃ¤digung durch AmmoniakdÃ¤mpfe als Folge des Arbeitsunfalles vom 14.07.1994 festzustellen und dem KlÃ¤ger deswegen ab Beginn der 14. Woche nach dem Unfall Verletztenrente nach einer MdE in HÃ¶he von 40 v.H. zu zahlen.

Zur BegrÃ¼ndung der Berufung macht die Beklagte geltend, es sei von einer vorÃ¼bergehenden Reizung des Bronchialsystems durch eine geringgradige Exposition gegenÃ¼ber Ammoniak auszugehen. Ein zeitlicher Zusammenhang reiche fÃ¼r die Anerkennung eines unfallbedingten Gesundheitsschadens nicht aus. DarÃ¼ber hinaus sei auch die HÃ¶he der MdE nicht nachvollziehbar. Eine unspezifische bronchiale HyperreagibilitÃ¤t werde mit 20 v.H. bewertet, wenn sie nachgewiesen sei.

Im Schreiben vom 15.11.1995 fÃ¼hrte Dr.R. aus, es bestehe immer noch eine mÃ¤Ãiggradige bronchiale HyperreagibilitÃ¤t. Im Schreiben vom 19.11.1997 wies sie darauf hin, bei unspezifischer Provokation komme es zu einer ausgeprÃ¤gten Obstruktion und einem deutlichen Anstieg des Atemwegswiderstandes. Es bestehe eine hochgradige bronchiale HyperreagibilitÃ¤t, die zweifelsfrei auf die Ammoniakgasinhalation zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei. Im Attest vom 18.05.2000 erklÃ¤rte Dr.P. , aufgrund der Schwere der Erkrankung sei anzunehmen, dass bei dem Unfall grÃ¶Ãere Mengen von Ammoniak ausgestrÃ¶mt sein mÃ¼ssten. Im Attest vom 20.10.2000 erklÃ¤rte er, durch eine medizinisch notwendige Cortisontherapie habe sich bereits ein medikamentÃ¶ses Cushing-Syndrom ausgebildet. Die LungenschÃ¤digung sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit irreversibel.

Der vom Senat zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Internist und Arzt fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde Prof.Dr.K. kam im Gutachten vom 05.03.2001 zu der Auffassung, entscheidend seien die eingeatmete Konzentration von Ammoniak und die Zeitdauer der Einatmung. Konzentrationsmessungen seien nicht vorgenommen worden, so dass weder eine geringe noch eine hohe Konzentration gesichert sei. Es sei durchaus denkbar, dass der KlÃ¤ger gewissen Konzentrationsspitzen ausgesetzt gewesen sei. Jedenfalls habe er schwer kÃ¶rperlich gearbeitet, somit einen erhÃ¶hten Sauerstoffbedarf mit erhÃ¶hter Atemfrequenz und dadurch erhÃ¶hter Ammoniakaufnahme gehabt. Die LeistungsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers spreche gegen eine wesentliche VorschÃ¤digung. Die hÃ¤ufigsten Ursachen einer bronchialen Ãberempfindlichkeit seien Zigarettenrauchen und Inhalationsallergene. Der KlÃ¤ger sei immer Nichtraucher gewesen, und eine allergische Disposition sei nicht diagnostiziert. Nach der Aktenlage, der Anamnese und den Untersuchungsbefunden bestehe beim KlÃ¤ger eine schwere SchÃ¤digung im Bereich des Respirationstraktes, insbesondere LuftrÃ¶hre und Bronchien, aller Wahrscheinlichkeit nach bedingt durch die inhalative Ammoniakintoxikation mit der Folge einer schweren bronchialen Ãberempfindlichkeit mit ausgeprÃ¤gten HustenanfÃ¤llen und Atemnot. Die MdE

werde auf 80 v.H. geschÃ¤tzt.

Mit Schreiben vom 17.04.2001 beantragte der KlÃ¤ger, die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE in HÃ¶he von 80 v.H. zu zahlen.

Dr.P. attestierte dem KlÃ¤ger am 15.05.2001 eine schwere chronische Tracheobronchitis nach inhalativ-toxischer SchÃ¤digung durch Ammoniak. Der KlÃ¤ger habe zwei Wochen nach dem Unfall ein KÃ¶rpergewicht von 95 kg gehabt, am 14.05.2001 als Folge der notwendigen Cortisonbehandlung 114 kg.

In der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 09.08.2001 fÃ¼hrte Prof. Dr.K. aus, seit dem Unfall leide der KlÃ¤ger an chronischem Reizhusten mit Luftknappheit, der Leitsymptom eines hyperreagiblen Bronchialsystems sei. Der Befund einer unspezifischen Provokation, durchgefÃ¼hrt am 15.11.1995 von Dr.R. , zeige eine erhebliche bronchiale HyperreaktivitÃ¤t. Somit sei die Diagnose eines hyperreagiblen Bronchialsystems unstrittig. Die bronchiale HyperreagibilitÃ¤t sei charakterisiert durch eine Ã¤uÃerst groÃe VariabilitÃ¤t, sowohl in der klinischen Beschwerdesymptomatik als auch in den Ergebnissen der Lungenfunktion. Dies erklÃ¤re, dass bei Prof.Dr.R. weder eine Obstruktion noch eine Restriktion vorgelegen habe, im Gegensatz zu dem Lungenfunktionsergebnis, das Prof.Dr.K. festgestellt habe. Beim KlÃ¤ger liege ein hoher Schweregrad einer bronchialen Ãberempfindlichkeit vor, verursacht wahrscheinlich durch die inhalativ-toxi- sche SchÃ¤digung durch Ammoniak. GemÃ¤Ã Aktenlage sei seit Juli 1994 eindeutig eine Gewichtszunahme festzustellen. Dies resultiere zum einen aus der Tatsache, dass der KlÃ¤ger Cortisonpr Ã¤parate einnehmen mÃ¼sse, zum anderen aus der durch den Hustenreiz und die Atemnot verstÃ¤rkten kÃ¶rperlichen InaktivitÃ¤t. Die MdE habe ab der 14. Woche nach dem Unfall 40 v.H., ab Begutachtungszeitpunkt (07.12.2001) 80 v.H. betragen in Anlehnung an die Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1996 und die Begutachtungsempfehlungen des Reichenhaller Merkblattes 2000.

Der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten erlÃ¤uterte in den Schreiben vom 11.03.2002 und 14.03.2002, die Feuerwehr habe drei Hydroschilder errichtet. Der KlÃ¤ger sei an der Unfallstelle erst angekommen, nachdem die Feuerwehr bereits tÃ¤tig gewesen sei. Die Menge des ausgestrÃ¶mten Ammoniaks sei vom Gewerbeaufsichtsamt A. auf maximal 5 kg geschÃ¤tzt worden. Der Arbeitsmediziner Dr.H. fÃ¼hrte in der Stellungnahme vom 15.03.2002 aus, der Nachweis einer ausreichend hohen Ammoniak- exposition sei neben dem Nachweis der chronischen SchÃ¤digung ein zentraler Punkt der Kausalkette. FÃ¼r die Entwicklung des Krankheitsbildes wÃ¤ren hÃ¶here Konzentrationen erforderlich gewesen.

Der Hals-Nasen-Ohrenarzt Dr.S. gab im Befundbericht vom 08.04.2002 an, er habe den KlÃ¤ger zwischen 1990 und 1993 behandelt und die Diagnose gestellt: Akuter Tinnitus links bei NormalhÃ¶rigkeit. Dr.P. Ã¤uÃerte im Befundbericht vom 18.04. 2002 1990 habe er den KlÃ¤ger wegen einer akuten Sinubronchitis bei Verdacht auf Virusgrippe behandelt, 1991 wegen Reizhusten bei Bronchitis.

Der KlÃ¤ger Ã¼bersandte Rechnungen Ã¼ber das am 14.07.1994 gelieferte Material, nÃ¤mlich 435 kg Computerpapier.

Der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten erklÃ¤rte in der Stellungnahme vom 29.05.2002, aus dem Gutachten des TÃ V Hannover/Sachsen-Anhalt e.V. "AbschÃ¤tzungen der Punktkonzentrationen bei einer Ammoniakfreisetzung im StÃ¤dt. Schlacht- und Viehhof in A. im Jahr 1994" ergÃ¤ben sich bei BerÃ¼cksichtigung eines Maximalwertes von 5 kg ausgetretenen Ammoniaks allenfalls Konzentrationen in HÃ¶he von etwa 29,4 bis 58,7 ppm. Es sei jedoch darauf hinzuweisen, dass beispielsweise die konzentrationsmindernde Wirkung der Wasserschleier bei dieser worst-case-Betrachtung keine BerÃ¼cksichtigung finde. Weiter sei angenommen worden, dass die zugrunde gelegte Menge Ammoniak Ã¼ber eine Stunde ausgetreten sei. TatsÃ¤chlich sei das Ammoniak Ã¼ber einen Zeitraum von mehreren Stunden ausgetreten.

Hierzu hat Dr.H. in der Stellungnahme vom 03.06.2002 erklÃ¤rt, auf der Grundlage der vorliegenden Berechnung sei selbst unter ungÃ¼nstigen Voraussetzungen davon auszugehen, dass die Ammoniakkonzentration deutlich unterhalb 500 ppm, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sogar unter 100 ppm, gelegen habe. Unter diesen Voraussetzungen sei zwar eine akute Bronchialreizung mÃ¶glich, nicht aber eine chronische SchÃ¤digung der Bronchialschleimhaut mit der Folge der ausgeprÃ¤gten Hustensymptomatik mit Verschlimmerung Ã¼ber mehrere Jahre. Ein Zusammenhang zwischen Erkrankung und Unfallereignis kÃ¶nne nicht angenommen werden.

Der KlÃ¤ger bestritt im Schreiben vom 20.06.2002, dass nur 5 kg Ammoniak ausgetreten seien. Diese Annahme stelle eine reine SchÃ¤tzung dar. Auch die Tatsache, dass die Feuerwehr Ã¼ber mehrere Stunden einen Wasserschleier installiert habe, weise darauf hin, dass die in Ansatz gebrachten 5 kg abwegig seien. Das Gutachten sei auch bezÃ¼glich der Windgeschwindigkeit spekulativ. Im Ã brigen habe der KlÃ¤ger erst nach dem Vorfall vom 14.07.1994 gesundheitliche Probleme gehabt. Sie seien auf die Ammoniakinhalation zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Der KlÃ¤ger Ã¼bersandte ein Attest des Dr.P. vom 13.06.2002, nach dem die Erkrankung zweifelsfrei auf den Unfall vom 14.07.1994 zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei.

Die Beklagte erklÃ¤rte im Schreiben vom 01.07.2002, dem Gutachten lÃ¤gen die vom Deutschen Wetterdienst mitgeteilten Daten zugrunde. Das Schreiben des Deutschen Wetterdienstes wurde Ã¼bersandt.

Der vom Senat zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Internist, Arbeitsmediziner, Arzt fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Umweltmedizin Prof.Dr.F. fÃ¼hrte im Gutachten vom 31.10.2001 zusammenfassend aus, nachgewiesen sei eine mÃ¤Ã ige bis starke bronchiale HyperreagibilitÃ¤t ohne objektive (auskultatorisch wahrnehmbare) Bronchitissymptomatik. Es liege eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Klagen und dem AusmaÃ der tatsÃ¤chlich nachgewiesenen GesundheitsstÃ¶rungen vor. Tatsache sei, dass der KlÃ¤ger schon vor dem Unfall mehrmals im Bereich der Luftwege behandelt worden sei. Die Beteiligung von NasennebenhÃ¶hlen spreche fÃ¼r eine chronische Bereitschaft zur

EntzÃ¼ndung der oberen und tieferen Luftwege. Erst Jahre nach dem Unfallgeschehen habe sich eine wesentliche chronische Hustensymptomatik und somit ein Anhaltspunkt fÃ¼r eine chronische Bronchitis eingestellt. Der Unfallhergang und die zeitnahen Untersuchungsbefunde schlÃ¶ssen den Eintritt von VerÃ¤tzungen und Narbenbildungen als Unfallfolge aus. Die vom KlÃ¤ger stets erwÃ¤hnte Symptomatik eines Brennens im Brustkorb sei verdÃ¤chtig auf das Vorliegen eines gastro-Ã¶sophagealen Refluxsyndroms. Es gelte allgemein als eine oftmals verkannte Ursache fÃ¼r die Entstehung von Husten und asthmaÃ¤hnlicher Atemnot. SchlieÃlich mÃ¼sse differenzialÃ¤tiologisch auch eine wesentliche psychosomatische Fehlregulation diskutiert werden. Insbesondere die wiederholt erwÃ¤hnte extreme Hustensymptomatik wÃ¤hrend Ã¤rztlicher Exploration und Untersuchung lieÃe in Anbetracht der mageren objektiven Befunde den begrÃ¼ndeten Verdacht aufkommen, dass hier nicht unerhebliche psychogene Reaktionen im Spiel seien. Die wiederholt festgestellten Normalbefunde bei der Lungenauskultation sprÃ¤chen eindeutig gegen eine chronische Bronchitis wÃ¤hrend der ersten Jahre nach dem Unfall. Erstmals Dr.R. stelle einen unsicher krankhaften Befund fest, nÃ¤mlich ein verschÃ¤rftes AtemgerÃ¤usch. In den ersten vier Jahren nach dem Unfall hÃ¤tten also keine BrÃ¼ckensymptome zwischen diesem und der sich spÃ¤ter entwickelnden chronischen Bronchitis festgestellt werden kÃ¶nnen. Bei der unfallbedingten bronchialen HyperreagibilitÃ¤t und bronchialen Reizung habe es sich nur um eine vorÃ¼bergehende GesundheitsschÃ¤digung gehandelt, die vÃ¶llig unwahrscheinlich mit der vier Jahre spÃ¤ter nachgewiesenen und noch spÃ¤ter chronisch gewordenen Bronchialerkrankung in ursÃ¤chlichem Zusammenhang stehe. Keinesfalls kÃ¶nne dem Unfall hier eine wesentliche Mitverursachung zugesprochen werden. Es sei wahrscheinlich, dass der Unfall als Gelegenheitsursache die bronchiale HyperreagibilitÃ¤t vorÃ¼bergehend hervorgerufen oder verschlechtert habe. Der Verursachungsfaktor habe zeitlich abgrenzbar gewirkt. Prof.Dr.K. berÃ¼cksichtige nicht genÃ¼gend das AusmaÃ und die aktenkundig nachgewiesenen Folgen des Unfallgeschehens einschlieÃlich der damaligen Ã¤rztlichen Untersuchungsbefunde. Seine Diagnose stÃ¼tze sich auf verhÃ¤ltnismÃ¤Ãig geringe selbst erhobene Befunde, die in erster Linie auf der Mitarbeit des KlÃ¤gers beruhten und objektiv Ã¼berwiegend auf die Fettleibigkeit zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden mÃ¼ssten. Diese sei aber schon Ende Juli 1994 in HÃ¶he von 19 kg Ãbergewicht und am 08.11.1995 in HÃ¶he von 20 bis 30 kg Ãbergewicht vorhanden gewesen. Eine erhebliche Leberzellverfettung sei schon im Dezember 1995 festgestellt worden, ebenso eine gelegentliche BlutdruckerhÃ¶hung schon im April 1998. Damals habe der KlÃ¤ger Corticoide noch nicht systemisch zu sich genommen.

Die Tatsache, dass Dr.R. 1994 die festgestellte hoch- bis mÃ¤Ãiggradige bronchiale HyperreagibilitÃ¤t zweifelsfrei auf die zwei Wochen frÃ¼her eingetretene Schadstoffbelastung zurÃ¼ckgefÃ¼hrt habe, sei von Dr.R. irrtÃ¼mlich als Grund dafÃ¼r angesehen worden, auch noch 1998 das Unfallereignis als wesentliche Ursache der insgesamt geringgradigen objektiven Untersuchungsbefunde zu betrachten. Seine Schlussfolgerungen seien nicht aufrecht zu erhalten. Lediglich auf subjektive Symptome bei widersprechenden objektiven Untersuchungsbefunden stÃ¼tzte Dr.G. seine EinschÃ¤tzung der MdE.

Der KlÃ¤ger beantragte im Schreiben vom 02.01.2002, ein medizinisches Obergutachten einzuholen. Prof.Dr.F. sei bereits im Verfahren vor dem Landgericht A. als Gutachter durch die Beklagte vorgeschlagen worden, aber vom KlÃ¤ger als Gutachter abgelehnt worden. Es sei nicht auszuschlieÃen, dass Prof. Dr.F. bereits durch die Beklagtenseite informiert gewesen sei, so dass die Unparteilichkeit nicht gewahrt sei. Mit Schreiben vom 08.01.2003 wurde der KlÃ¤ger darauf hingewiesen, dass die Benennung Prof.Dr.F. als Gutachter fÃ¼r die Stadt A. nicht zur BegrÃ¼ndung der Besorgnis der Befangenheit fÃ¼hre, weil der SachverstÃ¤ndige in diesem Verfahren kein Gutachten erstellt habe und weil keinerlei Anhaltspunkte fÃ¼r eine Informierung durch die Stadt A. und insbesondere nicht fÃ¼r eine Verwertung irgendwelcher Informationen im Berufungsverfahren gegeben seien.

Die Beklagte stellt den Antrag aus dem Berufungsschriftsatz, eingegangen am 13.03.2000.

Der KlÃ¤ger stellt die AntrÃ¤ge aus den SchriftsÃ¤tzen vom 12.04.2000 und 17.04.2001.

Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten, der Klage- und Berufungsakten sowie auf die Kopien aus der Akte des Landgerichts A. und das Gutachten des TÃV Hannover/Sachsen-Anhalt e.V. vom 28.05.2002 Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig und sachlich begrÃ¼ndet.

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist, und Ã¼ber einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wÃ¤re (Â§Â§ 212, 214 Abs.3 SGB VII i.V.m. Â§ 580 RVO).

Ein Arbeitsunfall setzt gemÃ¤Ã Â§ 548 Abs.1 RVO einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der in den Â§Â§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten versicherten TÃ¤tigkeiten erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein Ã¤uÃeres Ereignis, das heiÃt, ein von auÃen auf den KÃ¶rper einwirkenden Vorgang, der rechtlich wesentlich den KÃ¶rperschaden verursacht hat (vgl. BSGE 23, 139 ff.). Das Ã¤uÃere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit rechtlich wesentlich zusammenhÃ¤ngen. Dabei bedÃ¼rfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, das heiÃt, sie mÃ¼ssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. BSGE 45, 285 ff.). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als der ursÃ¤chliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten TÃ¤tigkeit zuzurechnenden und zum Unfall fÃ¼hrenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausfÃ¼llenden KausalitÃ¤t zwischen dem Arbeitsunfall und der maÃgebenden Verletzung bestehen muss (vgl. Krasney VSSR 1993, 81, 114).

Der Arbeitsunfall des KlÃ¤gers vom 14.07.1994 hat Ã¼ber die 14. Woche nach dem Unfall hinaus keine bleibenden GesundheitsstÃ¶rungen zurÃ¼ckgelassen. Dies ergibt sich zur Ãberzeugung des Senats aus dem schlÃ¼ssigen Gutachten des Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen Prof.Dr.F â¦ Am 14.07.1994 ist es lediglich zu einer zeitlich begrenzten bronchialen Reizung mit einer zeitlich begrenzten Verschlimmerung der leicht- bis mÃ¤Ãiggradigen bronchialen HyperreagibilitÃ¤t gekommen. Eine MdE bestand nach der 14. Woche nach dem Unfall nicht mehr. Das von Prof.Dr.K. diagnostizierte Bronchialleiden hat sich ohne zeitlichen und ursÃ¤chlichen Zusammenhang mit dem Unfall aufgrund einer individuellen Krankheitsanlage entwickelt.

Geht man von den Angaben des KlÃ¤gers aus, so hat er sich zwischen 15 Minuten und einer Stunde wÃ¤hrend der EntladetÃ¤tigkeit im Bereich des Schlachthofs aufgehalten. Die Angabe bei der Notaufnahme in der Medizinischen Klinik A. am 14.07.1994, er habe sich ca. 45 Minuten dort aufgehalten, erscheint im Hinblick darauf, dass sie die zeitnÃ¤chste Angabe ist, als glaubwÃ¼rdig. Da der KlÃ¤ger 50 Kartons Computerpapier Ã 12 kg zu entladen hatte, ist, wie Prof.Dr.F. erlÃ¤utert, ein Ã¼ber den Ruhezustand hinausgehendes erheblich erhÃ¶hites Atem-Minutenvolumen notwendig gewesen. Hinzu kam, dass der KlÃ¤ger schon damals deutlich Ã¼bergewichtig war. Hieraus resultiert ein vermehrter Kontakt mit der durch Ammoniak verunreinigten Atemluft im Vergleich zu Ruhebedingungen. Dies hat Prof.Dr.F. ausdrÃ¼cklich bei der Beurteilung der Unfallfolgen berÃ¼cksichtigt. Zu berÃ¼cksichtigen ist aber auch, dass die Feuerwehr â auch nach den Angaben des KlÃ¤gers â bei seiner Ankunft bereits Wasserschleier eingesetzt hatte, auÃerdem wurden DruckentlÃ¼fter benutzt. Wasserschleier fÃ¼hren zu einer erheblichen Reduzierung der Ammoniakkonzentration infolge von Auswascheffekten, wie Prof.Dr.F. erklÃ¤rt.

Die im Gutachten des TÃV Hannover/Sachsen-Anhalt e.V. vom 28.05.2002 angenommenen ungÃ¼nstigsten Bedingungen am Standort des KlÃ¤gers hÃ¤tten eine schwerwiegende Ammoniakkonzentration ergeben. Die Grundannahmen fÃ¼r eine derart hohe Schadstoffkonzentration sind aber unrealistisch. So hÃ¤tte die freigesetzte Gesamtmenge 201 kg betragen mÃ¼ssen, wÃ¤hrend das Gewerbeaufsichtsamt A. im Schreiben vom 05.10.1994 nur von einer maximalen Menge von 5 kg ausgeht. AuÃerdem wird in diesem Fallbeispiel eine LeckÃ¶ffnung von 3 bis 4 mm angenommen, wie sie tatsÃ¤chlich nicht gegeben war. AuÃerdem wurde die ungÃ¼nstigste, direkt auf den Standort des KlÃ¤gers gerichtete Windrichtung berÃ¼cksichtigt, aber nicht der Einsatz der Wasserschleier, der zu einer wesentlichen VerdÃ¼nnung des Schadstoffs und einer geringeren Auf-Punktkonzentration gefÃ¼hrt haben muss. Auch ist die Ammoniakmenge nicht, wie in diesem Beispiel angenommen, innerhalb einer Stunde ausgetreten, sondern tatsÃ¤chlich Ã¼ber sechs Stunden und mehr. Auch die beiden anderen Fallbeispiele berÃ¼cksichtigen wesentlich nachteiligere Bedingungen, als sie tatsÃ¤chlich vorlagen. Im Fall 1) wird von der Freisetzung des Ammoniak Ã¼ber einen Zeitraum von einer Stunde ausgegangen, wÃ¤hrend tatsÃ¤chlich der Austritt sich Ã¼ber einen grÃ¶Ãeren Zeitraum erstreckte und somit zu wesentlich geringerer Konzentration in der Atemluft wÃ¤hrend der Anwesenheit des KlÃ¤gers fÃ¼hrte und Fall 3) berÃ¼cksichtigt nicht die Auswascheffekte der installierten Wasserschleier.

Prof.Dr.F. erklÃ¤rt, dass Ammoniakgas wegen seiner starken WasseraffinitÃ¤t in erster Linie die obersten Luftwege, nÃ¤mlich Rachen und Kehlkopf, angreift. Beim Einatmen hÃ¶herer Ammoniakkonzentrationen kommt es in der Regel zu einem Stimmritzenkrampf, der das Vordringen des Schadstoffs in Bronchien und Lunge verhindert. Bei geringeren Konzentrationen kÃ¶nnen sich Reizwirkungen auf die SchleimhÃ¤ute, in der LuftrÃ¶hre und in den grÃ¶Ãeren Bronchien einstellen. Eine EntzÃ¼ndung des Lungenparenchyms ist nie zu erwarten, da, wie Prof.Dr.F. erlÃ¤utert, die Einatmung dafÃ¼r nÃ¶tiger Schadstoffkonzentrationen in aller Regel durch einen reflektorischen Atemstillstand als Folge der Reizung in den oberen Luftwegen verhindert wird. Dies ist typisch fÃ¼r wasserlÃ¶sliche Giftstoffe. Ammoniakgas reizt und schÃ¤digt die SchleimhautoberflÃ¤che. Daraus kann sich eine bronchiale HyperreagibilitÃ¤t und auch ein Asthma bronchiale entwickeln. Nach allgemeinem Wissensstand, so Prof.Dr.F. , stellt sich jedoch in der Regel eine erfolgreiche Heilungstendenz im Bereich der lokal geschÃ¤digten Schleimhautareale ein, falls nicht sehr hohe Konzentrationen durch Schwellung der obersten Luftwege zum Tode gefÃ¼hrt haben.

Obwohl der KlÃ¤ger als Notfall in der Medizinischen Klinik A. stationÃ¤r aufgenommen wurde, ist davon auszugehen, dass er nur unter einer leichten Reizgasvergiftung litt. Prof.Dr.F. weist darauf hin, dass die ursprÃ¼nglich von Dr.G. gestellte Diagnose einer mittelgradigen Reizgasintoxikation aufgrund der objektiven Untersuchungsbefunde entkrÃ¤ftet wurde. Objektiv fand sich nur eine gering verminderte Sauerstoffkonzentration. In diesem Zusammenhang ist zu berÃ¼cksichtigen, dass der KlÃ¤ger bereits damals Ã¼bergewichtig war und bei AdipÃ¶sen unter Ruhebedingungen intrapulmonale VerteilungsstÃ¶rungen auftreten, die eine Minderung des Sauerstoffgehalts im arteriellen Blut bewirken. Im Ãbrigen bestanden, so Prof.Dr.F. , keine objektiven Krankheitssymptome, nicht einmal eine erkennbare BeeintrÃ¤chtigung der Rachenschleimhaut, was bei einer Reizgasinhalation als erstes Krankheitssymptom zu erwarten gewesen wÃ¤re und den Husten erklÃ¤ren kÃ¶nnte. Auskultatorisch hÃ¶rte Dr.G. Ã¼ber den Lungen keinen krankhaften Befund, auch keinen Hinweis auf eine asthmatische Verengung der Bronchien. Somit ist eine bronchiale asthmatische Symptomatik durch die Befunde der erstbehandelnden Ãrzte ausgeschlossen.

Auch die Diagnose "bronchiale Reizung" deutet darauf hin, dass man im Zentralklinikum A. nur von einer Schleimhautreizung, nicht einmal von einer BronchialschleimhautschÃ¤digung ausging. Sowohl die dokumentierten Ã¤rztlichen Befunde und Angaben des KlÃ¤gers, als auch der zeitnahe weitere Verlauf sprechen eindeutig, so Prof.Dr.F. , gegen ein Inhalationstrauma, bei dem SpÃ¤tfolgen erwartet werden kÃ¶nnten. Auch von Dr.R. wurden krankhafte Befunde Ã¼ber den Lungen nicht festgestellt. Lediglich die subjektiven Angaben Ã¼ber Hustenreiz, Brustenge und Kopfschmerzen waren Grundlagen fÃ¼r die Diagnose. Die Annahme einer traumatischen SchleimhautschÃ¤digung mit nicht nur kurzfristigen Folgen kann damit aber nicht begrÃ¼ndet werden. Erst durch die inhalative Provokation wurde knapp drei Wochen nach dem Unfall ein krankhafter Befund festgestellt, was, wie Prof.Dr.F. ausfÃ¼hrt, darauf schlieÃen lÃ¤sst, dass die bronchiale HyperreagibilitÃ¤t unmittelbar nach dem Unfall vorÃ¼bergehend durch diesen verursacht oder wenigstens wesentlich verschlimmert worden ist.

Husten wird, wie Prof.Dr.F. erlÃ¤utert, durch Reize in der Schleimhaut der Luftwege Ã¼ber zentral-nervÃ¶se Schaltstellen ausgelÃ¶st. Diese Hustenzentren kÃ¶nnen eine sehr unterschiedliche Empfindlichkeit aufweisen und stehen zusÃ¤tzlich unter dem Einfluss des GroÃhirns, das heiÃt, gleiche objektive Reize fÃ¼hren je nach Empfindlichkeitszustand des Hustenzentrums und Ã¼bergeordneter modulierender zentral-nervÃ¶ser EinflÃ¼sse zu vÃ¶llig unterschiedlichen Husteneffekten. AuslÃ¶semÃ¶glichkeiten fÃ¼r Hustenattacken sind- Prof.Dr.F. betont, durch psychosomatische Fehlregulationen verstÃ¤rkt und unterhalten werden. Jedenfalls darf eine Hustensymptomatik, insbesondere ihr AusmaÃ, nicht stets mit dem Vorhandensein eines organischen Krankheitsbefunden gleichgesetzt werden. Die angegebene Atemnot, insbesondere unter Belastung, wird mit Sicherheit, so Prof.Dr.F. , durch die erhebliche Adipositas des KlÃ¤gers verstÃ¤rkt. Auch das angegebene GefÃ¼hl eines Brennens Ã¼ber der Brust ist zumindest nach der 14. Woche nicht mehr durch den Unfall vom 14.07.1994 bedingt.

Objektiv nachgewiesen ist beim KlÃ¤ger nur eine mÃ¤ÃIige bis starke bronchiale HyperreagibilitÃ¤t ohne objektive, nÃ¤mlich auskultatorisch wahrnehmbare, Bronchitissymptomatik. Das Ergebnis der grob orientierenden Spiegelung des Bronchialsystems durch Dr.R. am 17.04.1998 ist nach dessen Angaben nicht sicher beurteilbar. Er stellte einen mÃ¤ÃIiggradigen endobronchialen Reizzustand fest. Somit besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Angaben des KlÃ¤gers und dem AusmaÃ der tatsÃ¤chlich nachgewiesenen GesundheitsstÃ¶rungen. Der KlÃ¤ger wurde schon vor dem Unfall mehrmals im Bereich der Luftwege behandelt, wobei Ã¼ber eine Beteiligung der NasennebenhÃ¶hlen berichtet wurde. Eine Ã¼berhÃ¤ufige Neigung zu Bronchitiden kann man daraus nicht ableiten, jedoch spricht die Beteiligung der NasennebenhÃ¶hlen dafÃ¼r, dass eine chronische Bereitschaft zu EntzÃ¼ndungen der oberen und tieferen Luftwege bestand. AuffÃ¤llig ist, wie Prof.Dr.F. ausfÃ¼hrt, dass sich erst Jahre nach dem Unfall eine wesentliche chronische Hustensymptomatik und somit Anhaltspunkte fÃ¼r eine chronische Bronchitis einstellten. Der Unfallhergang und die zeitnahen Untersuchungsbefunde schlieÃen den Eintritt von VerÃ¤tzungen und Narbenbildungen als Unfallfolge aus, wie Prof.Dr.F. betont.

Das vom KlÃ¤ger stets erwÃ¤hnte Symptom eines Brennens im Brustkorb deutet auf das Vorliegen eines gastroÃ¶sephagealen Reflux- syndroms hin. Dieses Syndrom ist eine, so Prof.Dr.F. , oftmals verkannte Ursache fÃ¼r die Entstehung von Husten und asthmaÃ¤hnlicher Atemnot.

Der zeitliche Verlauf der Beschwerden und insbesondere die wiederholt erwÃ¤hnte extreme Hustensymptomatik wÃ¤hrend Ã¤rztlicher Exploration und Untersuchung lassen, so Prof.Dr.F. , in Anbetracht der geringen objektiven Befunde den begrÃ¼ndeten Verdacht aufkommen, dass nicht unerhebliche psychogene Reaktionen zu berÃ¼cksichtigen sind.

Eine chronische Bronchitis ist zeitnah zum Unfall nicht gesichert. Hiergegen sprechen eindeutig die wiederholt festgestellten Normalbefunde bei der Lungenauskultation. Dr.R. hat am 02.08.1994 Ã¼ber der Lunge keinen pathologischen Befund festgestellt und bei der Untersuchung am 13.02.1995 erst

nach inhalativer Provokation trockene RasselgerÃ¤usche vermerkt. Prof. Dr.R. gibt am 08.11.1995 ein vesikulÃ¤res AtemgerÃ¤usch, keine RasselgerÃ¤usche, normale Atmung und sonoren Klopfschall an. Auch 1998 hat Dr.G. ein normales VesikulÃ¤ratmen Ã¼ber den Lungen konstatiert. Im Gutachten vom 01.04.1998 hat Dr.R. erstmals ein verschÃ¤rftes AtemgerÃ¤usch Ã¼ber allen Partien festgestellt und damit einen unsicher krankhaften Befund.

In den ersten vier Jahren nach dem Unfall sind also keine BrÃ¼ckensymptome festgestellt worden, die einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der sich spÃ¤ter entwickelnden chronischen Bronchitis begrÃ¼nden kÃ¶nnten. Daraus ergibt sich, dass es sich bei der unfallbedingten bronchialen HyperreagibilitÃ¤t und bronchialen Reizung nur um eine vorÃ¼bergehende GesundheitsschÃ¤digung gehandelt hat, die mit der vier Jahre spÃ¤ter nachgewiesenen und noch spÃ¤ter chronisch gewordenen Bronchialerkrankung nicht in ursÃ¤chlichem Zusammenhang steht. Auch kann, wie Prof. Dr.F. betont, dem Unfall eine wesentliche Mitverursachung der chronischen Bronchopneumopathie nicht zugesprochen werden. Sowohl die Art des Unfalls, als auch die zeitnahen Ã¤rztlichen Erhebungen und das Fehlen ausreichender BrÃ¼ckensymptome sprechen eindeutig gegen einen zeitlichen und kausalen Zusammenhang.

Es ist nicht gesichert, dass die nach der Ammoniakinhalation festgestellte hochgradige bzw. spÃ¤ter als mÃ¤ÃiggradIg bezeichnete bronchiale HyperreagibilitÃ¤t durch den Unfall verursacht worden ist. Denn zu berÃ¼cksichtigen sind die aktenkundigen Vorerkrankungen und auch die Tatsache, dass etwa 15 % der BevÃ¶lkerung an einer solchen bronchialen HyperreagibilitÃ¤t leiden. Es ist aber, so Prof.Dr.F. , wahrscheinlich, dass der Unfall als Gelegenheitsursache die HyperreagibilitÃ¤t vorÃ¼bergehend hervorgerufen oder verschlechtert hat. Dieser Verursachungsfaktor hat aber nur zeitlich abgrenzbar gewirkt. In aller Regel klingt eine derartige Unfallfolge nach vier bis sechs Wochen ab, wenn nicht objektiv nachweisbare Symptome fÃ¼r das Vorbestehen erkennbar sind, die aber hier, wie Prof.Dr.F. Ã¼berzeugend erlÃ¤utert, eindeutig fehlen.

Insofern kÃ¶nnen die AusfÃ¼hrungen von Prof.Dr.K. im Gutachten vom 05.03.2001 und der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 09.08.2001 nicht Ã¼berzeugen. Prof.Dr.K. berÃ¼cksichtigt nicht genÃ¼gend das AusmaÃ und die aktenkundig nachgewiesenen Folgen des Unfallgeschehens und stÃ¼tzt seine Diagnose in erster Linie auf Befunde, die auf der Mitarbeit des KlÃ¤gers beruhen. Eine angenommene BronchialschÃ¤digung durch den Unfall hÃ¤tte als obstruktive und nicht als restriktive VentilationsstÃ¶rung und zwar in den groÃen Luftwegen manifest werden mÃ¼ssen, da AmmoniakdÃ¤mpfe in erster Linie die oberen Luftwege angreifen. Im Hinblick darauf, dass bei dem Unfall nur eine verhÃ¤ltnismÃ¤Ãig geringe Ammoniakkonzentration in der Atemluft vorhanden war und zeitnah nur geringe objektive Befunde festzustellen waren, besteht keine ausreichende Wirkungsbeziehung zwischen dem Unfall und den spÃ¤ter diagnostizierten Erkrankungen. Auch die Annahme einer durch das Unfallgeschehen induzierten fortlaufenden Verschlimmerung ist, wie Prof.Dr.F. ausfÃ¼hrt, wegen des Fehlens einer auf objektive Ã¤rztliche Untersuchungsbefunde gestÃ¼tzten BrÃ¼cken-symptomatik nicht begrÃ¼ndbar.

Die Annahme einer Cushing-Symptomatik wird nicht durch klassische Einzelbefunde gestÃ¼tzt, sondern beruht nur auf der Feststellung der Adipositas, die aber schon Ende Juli 1994 gegeben war. Immerhin wurde eine erhebliche Leberzellverfettung bereits im Dezember 1995 festgestellt, ebenso war eine BlutdruckerhÃ¶hung schon im April 1998 aufgetreten, als der KlÃ¤ger nach seinen damaligen Angaben Corticoide systemisch noch nicht eingenommen hat.

Nicht Ã¼berzeugen kann auch das Gutachten des Dr.R. fÃ¼r das Landgericht A. , zumal er bei der Diagnose "toxisch-irritatives Asthma" davon ausgeht, der KlÃ¤ger sei wÃ¤hrend ca. einer Stunde einer intensiven Ammoniakbelastung ausgesetzt gewesen, was, wie sich aus den Aktenunterlagen ergibt, nicht der Fall war. AuÃerdem hat Dr.R. die Tatsache, dass Dr.R. 1994 die hoch- bis mÃ¤Ãiggradige bronchiale HyperreagibilitÃ¤t zweifelsfrei auf die Schadstoffbelastung zurÃ¼ckgefÃ¼hrt hat, als Grund dafÃ¼r angesehen, auch 1998 den Unfall als wesentliche Ursache fÃ¼r die insgesamt geringgradigen objektiven Untersuchungsbefunde zu betrachten. Die Beurteilung durch Dr.R. galt aber nur der damaligen akuten Situation. Zu berÃ¼cksichtigen ist auch, dass Dr.R. eine bodyplethysmographisch kombinierte moderate bis schwere VentilationsstÃ¶rung diagnostiziert, obwohl er keinen bodyplethysmographischen Befund angibt.

Auch die von Dr.G. geÃ¤uÃerte Auffassung, es bestehe eine unspezifische bronchiale HyperreagibilitÃ¤t und EntzÃ¼ndung des gesamten Bronchialsystems, ist aus den von ihm erhobenen Befunden nicht abzuleiten. Er hat die Diagnose von Dr.R. aus den Jahren 1994 und 1995 Ã¼bernommen. Seine Schlussfolgerung, der belastungsabhÃ¤ngige Abfall des Sauerstoffpartialdrucks sei Ausdruck einer Bronchialobstruktion, kann nicht nachvollzogen werden, zumal er eine Bronchialobstruktion nicht gemessen hat. Wie Prof.Dr.F. zu Recht betont, stÃ¼tzt Dr.G. , bei widersprechenden objektiven Untersuchungsbefunden, seine MdE-EinschÃ¤tzung lediglich auf subjektive Symptome. Insofern kÃ¶nnen seine Schlussfolgerungen nicht Ã¼berzeugen.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 01.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024