

---

## S 68 U 5/17

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Berufskrankheit Nr. 4106  Aluminium und seine Verbindungen  Lungenfibrose  Spachteln  (Fülldraht-)Schweißen  Flexen und Lackieren von Kraftfahrzeugen  Kausalzusammenhang  sachliche Zuständigkeit  Rentenausschuss
Leitsätze	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mit der Anfechtungsklage angefochtene Bescheide des Rentenausschusses über (isolierte) Ablehnung einer Berufskrankheit sind auch bei bei richtiger Entscheidung in der Sache wegen sachlicher Unzuständigkeit nach <a href="#">§ 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IV</a> aufzuheben und die damit kombinierte Feststellungsklage abzuweisen.</li><li>2. Ersetzen bzw. abändern im Sinne des <a href="#">§ 96 SGG</a> setzt voraus, dass der (noch nicht bestandskräftige) Verwaltungsakt von der Behörde</li></ol>

---

ersetzt bzw. abgeändert worden ist, die den im Prozess angefochtenen Verwaltungsakt erlassen hat. Dies ergibt sich in einem Gegenschluss aus der Vorschrift des [§ 44 Abs. 3 SGB X](#).

3. Zum Nachweis einer Exposition gegenüber Aluminium und seinen Verbindungen bei beruflicher Tätigkeit als Karosserieklempner in einer Autowerkstatt.

## Normenkette

SGB VII [§ 9 Abs 1](#)

SGB IV [§ 36a Abs 1](#)

SGB X [§ 31](#)

SGB X [§ 40](#)

SGB X [§ 41](#)

SGB X [§ 42](#)

SGB X [§ 43](#)

## 1. Instanz

Aktenzeichen  
Datum

S 68 U 5/17  
21.11.2022

## 2. Instanz

Aktenzeichen  
Datum

L 3 U 156/22  
17.01.2024

## 3. Instanz

Datum

-

**Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 21. November 2022 aufgehoben soweit festgestellt worden ist, dass der Versicherte an einer Berufskrankheit Nr. 4106 der Anlage 1 der BKV litt. Die Klage wird auch insoweit abgewiesen.**

---

Â

**Im Ã¼brigen wird die Berufung der Beklagten zurÃ¼ckgewiesen. Die erstinstanzlich ausgesprochene, teilweise Aufhebung des Bescheides des Rentenausschusses der Beklagten vom 07. Januar 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.Â Dezember 2016 hat Bestand.**

Â

**Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin 1/10 ihrer notwendigen auÃgerichtlichen Kosten fÃ¼r das gesamte Verfahren zu erstatten. Im Ã¼brigen erfolgt zwischen den Beteiligten keine Kostenerstattung.**

Â

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

Â

### **Tatbestand**

Â

Streitig zwischen den Beteiligten ist im Berufungsverfahren noch die Anerkennung der Berufskrankheit (BK) Nr. 4106 der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) â Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen. Im Klageverfahren waren darÃ¼ber hinaus noch streitig die Anerkennung der BK Nr. 4103 â Asbeststaublungerkrankung (Asbestose) oder eine durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura -, der BK Nr. 4107 â Erkrankungen an Lungenfibrose durch MetallstÃ¤ube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen â sowie der BK Nr. 4115 â Lungenfibrose durch extreme und langjÃ¤hrige Einwirkung von SchweiÃrauchen und SchweiÃgasen (Siderofibrose).

Â

Der im Jahr 1942 geborene Versicherte absolvierte vom 01. April 1957 bis zum 31.Â MÃ¤rz 1960 eine Lehre als Karosserie-Klempner bei der Firma G in B Vom 01. April 1960 bis zum 15. September 1961 war er dort als Geselle tÃ¤tig. In der Zeit vom 16. September 1961 bis zum 31. Januar 1995 arbeitete der Versicherte als Kfz-Klempner in der Karosseriebaufirma E in Berlin. Seit dem 17. Januar 1994 war er arbeitsunfÃ¤hig erkrankt und bezog ab dem 01.Â Februar 1995 eine Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit. Nach seinen eigenen Angaben vom 14. November 2012 gehÃ¶rten zu seinen beruflichen TÃ¤tigkeiten das Schutzgas- und AutogenschweiÃen sowie das elektrische SchweiÃen und das HartlÃ¶ten. Bei der Instandsetzung eines Unfallfahrzeugs hÃ¤tten die beschÃ¤digten Teile oft mit der Flexmaschine getrennt werden mÃ¼ssen, wobei Staubpartikel freigesetzt worden seien, die er eingeatmet habe. Weiterhin seien beim EinschweiÃen von Neuteilen

---

Dämpfe von verbrannten Lack- und Dichtmaterialien aufgestiegen, die er ebenfalls eingeatmet habe. Nach dem Ausbeulen von Fahrzeugteilen hätten diese immer noch gespachtelt werden müssen. Zum Spachteln seien Polyester- und Aluminiumspachtel verwendet worden. Dieser Spachtel sei mit einem Schwingschleifer glattgeschliffen worden, wobei erneut giftiger Staub freigesetzt worden sei.

Ä

Am 17. November 2012 zeigte der Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. S gegenüber der Beklagten vor dem Hintergrund einer diagnostizierten Lungenfibrose den Verdacht auf das Bestehen einer BK Nr. 4106/4107 an. Beigefügt war u.a. die Seite 4 eines Entlassungsberichts des Krankenhauses Z im Bereich H (im Folgenden: Lungenklinik H) über die stationäre Behandlung des Versicherten vom 07. März bis zum 13. April 1994. Darin heißt es, es werde von einer idiopathischen fibrosierenden Alveolitis ausgegangen, auch wenn bei beruflich bedingter Aluminiumexposition diese theoretisch ursächlich sein könnte. Allerdings spreche das Verteilungsmuster der fibrosierenden Lungenveränderungen mit Schwerpunkt in den Mittel- und Untergeschossen dagegen. Inwieweit die noch ausstehenden toxikologischen Untersuchungsergebnisse einen Aufschluss über möglicherweise aluminiuminduzierte Veränderungen erbringe, müsse zunächst offen bleiben.

Zum Erkrankungsbeginn gab der Versicherte am 03. Dezember 2012 gegenüber der Beklagten an, bei ihm hätten sich erstmals im November 1993 ein trockener Reizhusten sowie eine zunehmende Dyspnoe bei Belastung bemerkbar gemacht.

Ä

Die Beklagte zog im Folgenden ärztliche Behandlungsunterlagen des Versicherten bei.

Laut Berichten der Lungenklinik H in B vom 22. Juni 1994 über eine stationäre Behandlung am 27. Mai 1994, vom 02. September 1994 über eine stationäre Behandlung vom 22. Juni bis zum 21. Juli 1994 und vom 22. Mai 1995 über eine stationäre Behandlung am 26. April 1995 sei die Diagnose einer idiopathischen interstitiellen Lungenfibrose mit mäßiger Gastransferstörung und ohne Granulome oder atypisches Epithel gestellt worden. Seit November 1993 habe eine zunehmende Belastungsdyspnoe bestanden. Röntgenologisch habe sich eine bilaterale streifige Zeichnungsvermehrung vor allen Dingen basal dargestellt. Bronchoskopisch habe sich eine fibrosierende Alveolitis gezeigt. Bei einer am 06. Juli 1994 durchgeführten offenen Lungenbiopsie mit mehreren Keilresektionen aus Unter-, Mittel- und Oberlappen wurde die Lunge als konsistenzvermehrt beschrieben. Das Ansprechen auf eine Cortison-Therapie sei unzureichend. Histologisch sei in allen Keilresektionen eine idiopathische interstitielle Lungenfibrose nachgewiesen.Ä

---

Gemäß der gleichfalls beigezogenen sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK B vom 08. August 1994 über eine Untersuchung des Versicherten vom 04. August 1994 sei der Versicherte bereits vom 07. März bis zum 13. April 1994 stationär im Krankenhaus H behandelt worden. Er habe über belastungsabhängige Atembeschwerden geklagt. Bronchoskopien seien ambulant und stationär durchgeführt worden. Beruflich habe er über 35 Jahre lang etwa jeden zweiten Tag mit Schweißarbeiten zu tun gehabt. Dabei seien Schweißdämpfe auch von alten Lacken und Farben aufgetreten. Der Versicherte sei zeitlebens Nichtraucher gewesen.

Ä

Nach dem beigezogenen Bescheid des Versorgungsamtes Berlin vom 18. Oktober 1994 wurde dem Versicherten wegen einer Lungenerkrankung mit mittelgradiger Einschränkung der cardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit ein Grad der Behinderung von 40 zuerkannt.

Ä

Laut dem von der Beklagten beigezogenen sozialmedizinischen Gutachten des MDK Berlin vom 12. Januar 1995 sei lungenfunktionsanalytisch eine mittelgradige Gastransferstörung nachweisbar. Klinisch stünde eine Atemnot bei geringer Belastung im Vordergrund. Angesichts der nachgewiesenen fibrosierenden Lungenerkrankung sei der Versicherte wegen der mit seiner beruflichen Tätigkeit verbundenen inhalativen Belastung dauerhaft arbeitsunfähig.

Ä

Die weitere lungenfachärztliche Betreuung des Versicherten fand in der Lungenklinik H sowie in der pneumologischen Praxis L durch den Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. S statt. Unter Steroidtherapie kam es klinisch und lungenfunktionell zu Verbesserungen, nach Reduktion bzw. Absetzen der Steroide wiederum zu Verschlechterungen. Ein in der Praxis Dr. S erstelltes Computertomogramm (CT) vom 12. April 2005 wurde im Sinne einer ausgeprägten Fibrose mit zum Teil bullösem Umbau und basal betonten retikulären Veränderungen befundet. Es erfolgte die Einleitung einer kombinierten immunsuppressiven Therapie mit Prednisolon und Azathioprin. Hierunter zeigte sich bei einer Spiroergometrie am 29. August 2005 bei leichter Einschränkung der Belastbarkeit keine atemmechanisch bedingte Leistungslimitation.

Ä

Nachdem die Beklagte die vorgenannten ärztlichen Behandlungsdokumente und weiteren Unterlagen beigezogen hatte, gab sie bei ihrem Technischen Aufsichtsdienst eine Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition hinsichtlich der BK-Nrn. 4106 und 4107 in Auftrag. In der am 06. Juni 2013 verfassten Stellungnahme heißt es, der Versicherte habe sich im Karosseriebau der Blechbearbeitung gewidmet und starke Rauchfreisetzungen bei Feuerarbeiten an beschichteten

---

Blechen berichtet. Während des Wiederaufbaus der Fahrzeuge sei vom Versicherten MAG geschweißt worden. Die dabei gefahrenen Fahrzeuge seien keine reinen Eisenwerkstoffe. Sie enthielten unter anderem auch Aluminium. Der Schweißer habe das Werkstück vor sich liegen und sei durch das vor das Gesicht gehaltene Visier auch gegen den aufsteigenden Rauch geschützt. Der Karosseriebauer gelte dies nicht. Die Schweißorte seien frei verteilt über das Werkstück bzw. Kfz und bedingten häufig anatomisch anspruchsvolle Körperhaltungen während des Schweißens. Die Schweißrauchfahnen zogen hinter das Visier. Die Exposition steigere sich hierdurch auf ein Vielfaches. Der Versicherte sei qualitativ und quantitativ im Sinne der BK Nr. 4107 gefährdet tätig gewesen. Weitere gefährdende stoffliche Einwirkungen hätten nicht bestanden.

Ä

In einem Befundbericht über eine CT-Untersuchung des Thorax vom 29. August 2013 beschrieb die Fachärztin für Diagnostische Radiologie Dr. R manifeste Verdickungen im peripheren Interstitium intralobulär, beginnend in beiden Oberlappen, rechts deutlicher als links, mit Fortsetzung in die Mittelfelder. Weiterhin stellte sich ein subpleurales kleinzystisches Muster mit Zunahme in beiden Unterfeldern mit Nachweis eines groben Honigwabenumbaus unter Erreichen des Lungenkerns und Erfassung beider Lungenbasen dar. In Ober- und Mittelfeldern fanden sich Zeichen eines panlobulären Emphysems und unabhängig von den Wabenumbauten Emphysembullae. In der Beurteilung heißt es, bei einer Hartmetalllunge werde lediglich als Endstadium eine Wabenlunge wie hier vorliegend beschrieben. Bei einer Aluminose wären diskrepanzhaft zu dieser Ausprägungsform die Oberfelder dominant betroffen.

Auf die Anforderung der Histologiebefunde zu der am 07. Juni 1994 durchgeführten Lungenbiopsie teilte die Lungenklinik H der Beklagten am 17. September 2013 mit, dass ihnen keine Histologie zu dem Versicherten mehr vorliege.

Die Beklagte beauftragte den von dem Versicherten ausgewählten Facharzt für Innere Medizin sowie für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. B mit einer Begutachtung des Versicherten. Dr. B untersuchte diesen am 21. August, am 24. September und am 17. Oktober 2013 und verfasste sein lungenfachärztliches Gutachten am 24. Oktober 2013. Dr. B gelangte in Übereinstimmung mit der radiologischen Befundung zu der Auffassung, dass der starke Lungengewebsumbau mit Honigwabenbildung und bullösem Emphysem mit einer gewöhnlichen Lungenfibrose vereinbar sei, wogegen allerdings der über einen langen Zeitraum vergleichsweise stabile Verlauf von ca. 20 Jahren spreche. Differenzialdiagnostisch wurde eine desquamative interstitielle Pneumonie in Erwägung gezogen. Berufliche Einwirkungen durch Hartmetalle seien im Rahmen der Schweißertätigkeit nicht zu erkennen und der radiologische Befund sei für eine Hartmetalllunge untypisch. Insgesamt sah Dr. B keinen eindeutigen kausalen Beweis der Lungenfibrose als Folge der beruflichen Einwirkungen. Die zuständige Staatliche Gewerbeärztin verneinte am 16. Dezember 2013 das Vorliegen einer

---

durch Aluminium oder Hartmetall bedingten Lungenfibrose im Sinne der BK Nrn. 4106 und 4107. Sie hielt allerdings das Vorliegen einer Siderofibrose durch Schweißrauch und -gase im Sinne einer BK Nr. 4115 für höchstwahrscheinlich und empfahl eine erneute entsprechende Ermittlung durch den Unfallversicherungsträger.

Ä

In einer am 09. Mai 2014 verfassten, weiteren Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes der Beklagten heißt es im Hinblick auf die beruflichen Belastungen im Sinne der BK Nr. 4106, eine Exposition durch die Verwendung von Alldraht habe vorgelegen, müsse aber für die Zeit vor 1985 anteilig verringert werden.

Ä

Bei einer CT-Untersuchung des Thorax vom 05. Juni 2014 zeigte sich eine ausgeprägte basal betonte Lungenfibrose mit emphysematischen Bullae.

Ä

Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr. B am 20. Juli 2014 eine ergänzende lungenfachärztliche gutachterliche Stellungnahme. Er hielt einen eindeutigen Beweis für das Vorliegen einer Siderofibrose für nicht erbracht.

Unter dem 08. Januar 2015 nahm der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten erneut Stellung. Hatte er grob vergleichbare Arbeitsplätze beschreiben können, wäre dies bereits getan worden. Der Bereich, in dem der vormalige Beschäftigungsbetrieb des Versicherten tätig gewesen sei, habe sich grundlegend verändert. Die Firma E habe eine räumlich ungeeignete Hinterhofsituation genutzt, um anderen Firmen und Kunden nahe zu sein. Neben seinen Schweißarbeiten habe der Versicherte ihn nicht belastende vor- und nachbereitende Aufgaben verrichtet. Über lufttechnisch kurze Zeiträume habe er MAG-Schweißungen an und vereinzelt in Fahrzeugkarosserien ausgeführt.

Am 28. Januar 2015 empfahl die Staatliche Gewerbeärztin die Anerkennung einer BK Nr. 4115 infolge der ermittlungstechnisch belegten langjährigen hochgradigen Schweißrauchexposition ohne weitere konkurrierende Risikofaktoren einschließlich der Tatsache, dass der Versicherte niemals geraucht habe.

Hinsichtlich der BK Nr. 4115 teilte der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten am 09. Februar 2015 mit, dass die geforderte Mindestbelastung von 15.000 Stunden erbracht und bei einer Gesamtexposition von 25.097 Arbeitsstunden erheblich überschritten worden sei.

Dr. B führte in seiner abschließenden lungenfachärztlichen gutachterlichen Stellungnahme vom 21. März 2015 erneut aus, dass die Expositionsbedingungen zur Verursachung einer BK Nr. 4115 zwar geeignet gewesen seien, die

---

histologischen Präparate aus dem Jahr 1994 jedoch nicht mehr zur Verfügung ständen und eine in Aussicht gestellte erneute feingewebliche Untersuchung offensichtlich nicht erfolgt sei. Er wies darauf hin, dass zur Anerkennung dieser BK computertomographisch zentrilobuläre Knötchen und mosaikförmige Milchglasmuster und in der Bronchiallavage pigmentbeladene Makrophagen vorgefunden werden sollten und sich funktionsanalytisch häufig eine kombinierte Ventilationsstörung finde. Demgegenüber bestehe bei dem Versicherten eine reine Diffusions- und Gasaustauschstörung. Der Nachweis stark eisenbeladener Makrophagen fehle ebenso wie der röntgenologische Befund von nodulären und milchglasartigen Verschattungen. Insgesamt sei der Kausalbeweis einer BK Nr. 4115 nicht erbracht.

In ihrer im Auftrag der Beklagten und im Einvernehmen mit dem Versicherten angefertigten gutachterlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 09. September 2015 gelangten der Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Arbeitsmedizin, Allergologie und Umweltmedizin Prof. Dr. M und der Facharzt für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin Dr. Z, beide Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, zu folgender Beurteilung: Bei dem Versicherten bestehe ohne Zweifel eine Lungenfibrose, die nach ca. 30-jähriger Tätigkeit im Karosseriebau manifest geworden sei. Bereits seit Anfang der 1990er Jahre hätten sich erste klinische und radiologische Hinweise auf eine Lungenfibrose gefunden, seit ca. 2005 seien erhebliche Lungenstrukturveränderungen und Umbaureaktionen des Lungengerüstes mit honigwabenförmigen Strukturveränderungen und zum Teil erheblichen emphysematischen Veränderungen nachgewiesen. Das computertomografische Bild sei grundsätzlich mit dem Vorliegen einer idiopathischen, ursächlich nicht geklärten Lungenfibrose vereinbar. Wie bereits Dr. B ausgeführt habe, wäre hierfür allerdings der über lange Zeiträume unveränderte Befund ungewöhnlich. Angesichts des möglicherweise erfolgreichen Ansprechens auf die Therapieversuche sei auch eine desquamative Pneumonitis in Erwägung zu ziehen. Entsprechende ursächliche Einwirkungen wie z.B. Stäube von Hartmetallen oder Aluminium fehlten jedoch. Die in einer ersten Ermittlung dem Felddrahtschweißen zugeschriebene Hartmetallexposition trete bei Schweißarbeiten nur im Falle der Verwendung von sogenannten Stelliten auf, die Kobalt und verschiedene Metallcarbide enthielten und typischerweise für Auftragsschweißungen (Panzerungen) von Oberflächen verwendet würden. Entsprechende Hinweise auf eine Hartmetall- oder auch eine relevante berufliche Aluminium-Exposition ergäben sich aus der aktenkundigen Arbeitsvorgeschichte nicht.

Entsprechend dem Bericht des Technischen Aufsichtsdienstes sei es offensichtlich unter Berücksichtigung der Eigenauskunft des Versicherten davon auszugehen, dass über längere Zeiträume wiederholt hochgradige Schweißrauchexpositionen mit eisenhaltigen Rauchen und Stäuben vorgelegen hätten, so dass die grundsätzliche Geeignetheit dieser Exposition zur Entwicklung einer BK Nr. 4115 als gegeben angesehen werden könne. Unter Abwägung aller Aspekte des Falles sei eine durch eisenhaltige Schweißrauche bedingte Lungenfibrose im Sinne einer BK Nr. 4115 vorliegend zwar möglich, der

---

Kausalzusammenhang könne jedoch nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht werden. Es sei darauf hinzuweisen, dass Lungenfibrosen in einem nicht unerheblichen Prozentsatz in ihrer Ursache ungeklärt blieben.

Ä

Dieser gutachterlichen Stellungnahme lag insbesondere das fachradiologische Gutachten von Prof. Dr. N, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin am Universitätsklinikum der Universität B vom 07. August 2015 zugrunde, der sich auf die Computertomografie der Thoraxorgane vom 29. August 2013 stützte. Danach habe bei dem Versicherten aus radiologischer Sicht ein fibrotischer Lungenprozess bestanden, wobei in den Unterlappen beidseits neben honigwabenartigen Strukturierungen auch periphere lobäre Äußerlichkeiten vorgelegen hätten. Radiologisch sei das Bild aufgrund des Verlaufes und der klinischen Angaben mit einer Hartmetalllunge vereinbar.

Ä

Nach Einholung einer abschließenden gewerbeärztlichen Stellungnahme vom 06. November 2015 lehnte der Rentenausschuss der Beklagten mit Bescheid vom 07. Januar 2016 neben den im Berufungsverfahren nicht mehr streitgegenständlichen Berufskrankheiten Nrn. 4107 und 4115 das Bestehen einer BK Nr. 4106 bei dem Versicherten ab. Hinweise auf eine Aluminiumexposition, die eine BK Nr. 4106 auslösen könne, ergäben sich aus der Arbeitsvorgeschichte nicht. Es habe eine Exposition gegenüber Füllrohrverwendungen vorgelegen, die aber nicht geeignet gewesen sei, die BK Nr. 4106 zu verursachen. Ansprüche auf Leistungen beständen nicht. Dies gelte auch für Leistungen oder Maßnahmen, die geeignet seien, dem Entstehen einer BK entgegenzuwirken.

Ä

Gegen diesen Bescheid legte der Versicherte mit am 28. Januar 2016 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben vom 24. Januar 2016 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er im Folgenden über seine Bevollmächtigte vor, es fehle hinsichtlich der BK Nr. 4106 an genauen arbeitstechnischen Feststellungen zur inhalativen Belastung bzw. Exposition gegenüber Aluminium bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Er reichte ein Attest der pneumologischen Praxis L vom 23. Februar 2016 sowie einen Arztbrief des Lungenfacharztes Dr. S von der pneumologischen Praxis L vom 27. Mai 2016 ein, worin dieser unter anderem bestätigt, dass bei dem Versicherten zu keinem Zeitpunkt ein Raucherstatus bestanden habe und sich auch heute sämtliche Co.HB-Werte im Nichtraucherbereich befänden.

Ä

In ihrer ergänzenden arbeitsmedizinisch-internistischen Stellungnahme vom 08. Juni 2016 teilten Prof. Dr. M und Dr. Z mit, dass das Krankheitsbild einer

---

Siderofibrose bei dem Versicherten â anders als dasjenige einer Lungenfibrose â nicht gesichert sei.

Â

Dr. B. Ãerte sich in seiner ergÃnzenden lungenfachÃrztlichen gutachterlichen Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 dahingehend, dass er sich in der abschlieÃenden Zusammenschau der Befunde und vorgelegten gutachterlichen ÃuÃerungen in seiner Argumentation bestÃtigt sehe und weiterhin nicht vom Vorliegen einer BK ausgehe.

Â

Den Widerspruch des Versicherten wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 08.Â Dezember 2016 zurÃck. Hinsichtlich der BK Nr. 4106 fÃhrte die Beklagte aus, dass es bereits am Nachweis der arbeitstechnischen Tatbestandsmerkmale im Sinne einer geeigneten, schÃdigenden Einwirkung am Arbeitsplatz fehle.

Â

Mit weiterem Bescheid vom 11. August 2016 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 08. Dezember 2016 hatte die Beklagte das Vorliegen der BK Nr. 4103 abgelehnt.

Â

Am 03. Januar 2017 hat der Versicherte Ãber seine BevollmÃchtigte in Bezug auf beide Widerspruchsbescheide vom 08. Dezember 2016 Klage vor dem Sozialgericht (SG) Berlin erhoben. Zur BegrÃndung hat er mit Schriftsatz seiner BevollmÃchtigten vom 15. Mai 2017 vorgetragen, seine Arbeit bei der Firma E habe in der Reparatur und Instandsetzung von Kraftfahrzeugen bestanden, vielfach von VW-Bussen und Oldtimern. Im Wesentlichen habe er schweiÃtechnische Arbeiten verrichtet, insbesondere mehrstÃndiges SchweiÃen im Schutzgas-, Elektro- und AutogenschweiÃverfahren, HartlÃten und Schleifen sowie Schneiden, Trennen, Ausbeulen und Spachteln der beschÃdigten Karosserieteile. Der Versicherte habe die Arbeiten in einer beengten Hinterhofwerkstatt ausgefÃhrt, die lediglich eine FlÃche fÃr zwei Fahrzeuge mit einer RaumhÃhe von nur 2,70-2,80 m ohne Fenster aufgewiesen habe. Die schweiÃtechnischen Arbeiten habe er Ãberwiegend in Zwangshaltung vorgebeugt Ãber die Karosserieteile verrichten mÃssen, hÃufig auch im Innern der Fahrzeuge, wie z.B. in VW-Bussen und im Fahrzeugkofferraum. In der Werkstatt habe es weder Absaug-, noch LÃftungsvorrichtungen zum Schutz gegen die bei den Arbeiten anfallenden starken Gas-, Staub- und Rauchentwicklungen gegeben, noch sei der Versicherte mit einem persÃnlichen Arbeitsschutz ausgestattet gewesen. Bei ihm zeige sich das Krankheitsbild der BK Nr. 4106 in Gestalt einer diffusen interstitiellen Lungenfibrose. Arbeitstechnische Ermittlungen der Beklagten zu der beruflichen Belastung gegenÃber Aluminium seien nicht ersichtlich. Er gehe davon aus, dass

---

er bei seiner Arbeit in erheblichem Umfang der inhalativen Belastung durch alveolengängige Partikel von Aluminium in der Luft bei Schweißarbeiten in beengten Verhältnissen ausgesetzt gewesen sei. Ausweislich des Merkblattes zur BK Nr. 4106 werde Aluminium im Fahrzeugbau und bei Lacken verwendet. Die von ihm zu bearbeitenden Pkw-Karosserien hätten bereits seinerzeit Aluminiumteile aus Aluminium bzw. mit Aluminiumlegierungen aufgewiesen. Zudem seien die Stahlbleche der Fahrzeuge zum Schutz gegen Korrosion teilweise mit Zink versehen, der wiederum Aluminium enthalte. Auch zahlreiche Autolacke enthielten Aluminiumbestandteile. Außerdem sei zum Spachteln häufig Aluminiumspachtel verwendet worden, wodurch beim späteren Schleifen in erheblicher Menge Staub mit Aluminiumpartikeln in die Atemluft gelangt sei. Insbesondere enthielten die zum Schweißen verwendeten Zusatzstoffe Aluminium, sodass aufgrund der mehrstündigen Arbeiten auf engstem Raum ohne Schutzmaßnahmen eine erhebliche Belastung mit Aluminiumoxiden durch Rauche und Stäube für den Versicherten bestanden habe. Die interstitielle Lungenfibrose könne auch ursächlich auf die Einwirkung von Aluminiumstäuben zurückgeführt werden. Zum Beweis seien ein arbeitstechnisches bzw. ein pneumologisches Sachverständigengutachten einzuholen.

Ä

Bei einer weiteren CT-Untersuchung des Thorax des Versicherten am 23. Mai 2018 zeigten sich subpleural betonte, honigwabenartige und im Mittel- und Untergeschoss ausgeprägte Destruktionen des Parenchym, insgesamt in der Beurteilung eine deutlich ausgeprägte Lungenfibrose.

Ä

Durch Beweisanordnung vom 14. Januar 2019 hat das SG den Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie Dr. Bar, Brkrankenhaus B, mit einem Sachverständigengutachten beauftragt. Dr. Bar hat den Versicherten am 02. April 2019 untersucht und sein Gutachten am 17. April 2019 verfasst. Diagnostiziert hat er eine fortgeschrittene Lungenfibrose mit bullöser Destruktion in allen Lungensegmenten unter Betonung der Unterlappen sowie eine respiratorische Insuffizienz als Folge der Lungenfibrose mit hochgradig eingeschränkter Belastbarkeit und Notwendigkeit zur Langzeit-Sauerstofftherapie. Bei dem Versicherten bestehe eine Lungenfibrose durch Schweißrauche und Abgase. Der Beweis einer Siderofibrose wäre nur histologisch und zeitnah zur entsprechenden beruflichen Belastung zu erbringen gewesen. Eine histologische Untersuchung von thorakoskopisch entnommenen Lungengewebsproben sei zwar 1994 erfolgt, der Originalbefund dieser Untersuchung lasse sich jedoch nicht mehr eruieren. Die Diagnose einer idiopathischen Lungenfibrose sei nicht vertretbar. Die vergleichsweise frühe Präsentation bei einem Nichtraucher, die langsame Progredienz und die Besserung lungenfunktioneller Parameter durch eine immunsuppressive Therapie wären nicht typisch für dieses Erkrankungsbild. Konkrete Hinweise für konkurrierende Einflüsse auf die Entstehung der Lungenfibrose beständen bei dem Versicherten nicht. Das Vorliegen einer Prädisposition für interstitielle Lungenerkrankungen sei möglich, die berufliche

---

Exposition gegenüber Schweißrauchen und âgasen stelle jedoch die wesentliche Bedingung zum Eintritt des Schadens dar. Eine fr die BK-Nr. 4115 gefhrende Arbeitsplatzexposition sei vom technischen Sachverstndigen besttigt worden. Es sei von einem zustzlichen, fibrosefrdernden Einfluss weiterer berufsbedingter schdlicher inhalativer Belastungen wie Aluminiumstuben und ârauchen, Hartmetallrauchen und Asbest auszugehen. Das Ausma der Exposition gegenber diesen schdlichen Einflssen erflle jedoch fr sich jeweils nicht die Voraussetzungen zur Anerkennung einer BK nach den Nrn. 4106, 4107 oder 4103. Hier stnde die Belastung durch Schweißrauche und âgase ganz im Vordergrund. Bei dem Versicherten finde sich auch nicht das typische Bild einer Aluminose der Lunge.

Im Hinblick auf eine entsprechende gerichtliche Aufforderung hin hat die Beklagte durch ihren Prventionsdienst am 24. August 2020 eine ergnzende Stellungnahme fertigen lassen. Hierin hat der Prventionsdienst unter anderem ausgefhrt, im Karosseriehandwerk sei das Schweien mit Flldraht mit einigen Nachteilen verbunden. Eine verfahrensbedingte Gefhrdung im Sinne einer BK Nr. 4107 sei nicht gegeben. Im Karosseriebau wrden keine Sinterhartmetalle verwendet. Der Versicherte habe auch nicht als Aluminiumschweier gearbeitet, aus den geschilderten und bekannt gewordenen Ttigkeiten ergben sich keine Anhaltspunkte fr eine relevante Exposition oberhalb geltender Arbeitsplatzgrenzwerte im Sinne der BK Nr. 4106 gegenber Aluminiumstuben.

Auf Antrag des Versicherten gem [109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG weiterhin ein Gutachten bei dem Facharzt fr Innere Medizin, Arbeitsmedizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Prof. Dr. Bau eingeholt. Prof. Dr. Bau hat den Versicherten am 28. Oktober 2020 untersucht und sein Gutachten am 02. November 2020 verfasst. Darin hat er zunchst zu den Angaben des Versicherten im Hinblick auf seine vormalige berufliche Ttigkeit wie folgt ausgefhrt: Der Versicherte habe ber 38 Jahre lang als Karosserie- und Fahrzeugbauer arbeitstglich die meiste Zeit in beengten Rumen geschweit. Dabei seien autogenes Schweien, Schutzgas-Schweien und elektrisches Schweien zum Einsatz gekommen. Er habe umhllte Messingstangen und Flldrhte verwendet. Hufig seien die Blechteile unter anderem mit Farben und Lacken beschichtet gewesen. Trotz vorherigem Abschleifen sei es dann zu einer starken Rauchentwicklung gekommen. Eine Luftabsaugung habe nicht vorgelegen, die Raumlftung sei lediglich ber geffnete Fenster und Tren erfolgt. Die Schweirauch- und Schweigasbelastung sei extrem gewesen, man habe meist nur ein bis zwei Meter Sicht gehabt. Von Bedeutung sei auerdem, dass Ausbesserungsarbeiten mit aluminiumhaltiger Spachtelmasse erfolgt seien. Nachdem der Spachtel trocken gewesen sei, sei er unter massiver Generierung von aluminiumhaltigen Stuben geschliffen und in Form gebracht worden. Karosserien aus Aluminium seien nicht bearbeitet worden. Insgesamt habe der Versicherte auf

---

anhaltend sehr schlechte arbeitshygienische Bedingungen an seinen Arbeitsplätzen mit hoher Belastung durch Schweißrauche und Schweißgase, aluminiumhaltige Stäube und Pyrolyseprodukte der verbrannten Farben und Lacke und anderen Auflagerungen verwiesen. Von arbeitsmedizinischer Bedeutung erscheine die offensichtlich häufige und intensive Belastung mit aluminiumhaltigen Feinstäuben, die beim Abschleifen der aufgetragenen Spachtelmassen und in wohl geringem Umfang beim Schweißen mit aluminiumhaltigen Elektroden generiert worden seien. Es werde auf die glaubhaften und plausibel erscheinenden arbeitsanamnestischen Angaben des Versicherten Bezug genommen. Nach der Darstellung des Versicherten sei das Vorliegen der Einwirkungskausalität für die BK Nr. 4106 anzunehmen. Denn danach sei es arbeitstäglich zu einer erheblichen Exposition gegenüber aluminiumhaltigen Stäuben mit wahrscheinlich hohem Feinstaubanteil gekommen. Im Einzelnen lasse sich jedoch allein aus diesen arbeitsanamnestischen Angaben die Höhe und kumulative Dosis der Aluminiumbelastung nicht im erforderlichen Maße abschätzen. Durch den Präventionsdienst sollten diesbezügliche Abschätzungen zur Exposition nachgereicht werden, denn eine Gefährdung hinsichtlich der Entstehung einer Aluminose trete erfahrungsgemäß nicht bei einer geringgradigen und kurzzeitigen Belastung, sondern nach langjährig anhaltender oder intermittierend hoher Exposition gegenüber Aluminium und seinen Verbindungen auf. Im Zweifelsfall sollten Zeitzeugen befragt und von den Arbeitgeberfirmen Unterlagen zu den Bedingungen am Arbeitsplatz eingeholt werden.

Hinsichtlich der BK Nr. 4115 hat Prof. Dr. Bau ausgeführt, bei dem Versicherten liege mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine beruflich bedingte Siderofibrose vor.

Der bildmorphologische Befund des panlobulären und bullösen Lungenemphysems mit einer gewissen Betonung der Ober- und Mittelfelder sei mit dem zusätzlichen Vorliegen einer Aluminose gut vereinbar. Entsprechendes gelte für das Beschwerdebild und die Lungenfunktionsbefunde.

Ä

Mit Schriftsatz vom 02. Dezember 2020 hat die Beklagte eine weitere arbeitstechnische Stellungnahme ihres Präventionsdienstes vom 01. Dezember 2020 vorgelegt. Darin hat der Präventionsdienst ausgeführt, für Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen seien ausschließlich die chronische, inhalative Aufnahme von Aluminium oder seinen Verbindungen als alveolengängiger (Partikelgröße