S 7 U 76/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Sachsen-Anhalt
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Unfallversicherung Wie-BK Berufskrankheit Rhinopathie Hyposmie Verletztenrente BK 4302 Pauser
Leitsätze	1. Eine direkte chemisch-irritative oder toxische Rhinopathie ist nicht als Krankheitsbild der Nr 4302 der Anlage 1 zur BKV feststellbar, da diese BK – anders als die BK 4301 (vgl hierzu Art 1 Nr 9 der Verordnung zur Änderung der BKV vom 22. März 1988, BGBl. I, S. 400; BR-Drs. 33/88 vom 22. Januar 1988, S. 9) – tatbestandlich nur obstruktive Erkrankungen der mittleren und tieferen/unteren Atemwege erfasst (siehe BSG, Urt v 30. Oktober 2007 – B 2 U 15/06 R – juris). 2. Es existieren auch keine neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse über eine generelle Eignung zu einer Einwirkungs-Ursachenbeziehung zwischen beruflicher Ammoniakbelastung und Entstehung einer Rhinopathie/Hyposmie, die als gesichert iSv § 9 Abs 2 SGB VII zu berücksichtigen wären und mit denen der Verordnungsgeber sich hätte auseinandersetzen bzw eine Anerkennung oder Ablehnung dieser Gesundheitsstörungen als Berufskrankheit – ggf durch Erweiterung der BK 4302 – hätte prüfen können.

Normenkette	SGB VII § 9 Abs 1 SGB VII § 9 Abs 2 SGB VII § 56 Abs 1 SGB VII § 56 Abs 2 BKV Anl 1 BK 4301 BKV Anl 1 BK 4302

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 U 76/16
Datum	20.02.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 U 25/20
Datum	15.11.2023

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung wird zurÃ¼ckgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Â

Tatbestand:

Streitig ist in den verbundenen Verfahren, ob eine BeeintrÃ¤chtigung des Geruchssinns (Hyposmie) sowie eine Nasenatmungsbehinderung einschlieÃlich Ãberempfindlichkeit der NasenschleimhÃ¤ute/NasenschleimhautentzÃ¼ndung (Rhinopathie) weitere Folgen einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen â BK 4302) bzw. wie eine BK (Wie-BK) festzustellen sind und Verletztenrente nach einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) um mindestens 20 vom Hundert (vH) zu leisten ist.

Die 1944 geborene KlÃ¤gerin erlernte von 1961 bis 1963 den Beruf einer technischen Zeichnerin und war bis April 2003 als solche bzw. Pauserin beim VEB M. B., VEB W. B. bzw. bei den KatasterÃ¤mtern B. und M. tÃ¤tig.

Am 25. Februar 2002 beantragte die KlÃ¤gerin bei der Beklagten die Anerkennung ihrer o.g. Leiden als Wie-BK. Am 30. Mai 2002 erhielt diese auÃerdem von der FachÃ¤rztin fÃ¼r HNO-Heilkunde Dr. K. die Anzeige Ã¼ber den Verdacht des Bestehens einer BK. Die KlÃ¤gerin leide unter einer hyperplastischen Rhinitis mit oft zugeschwollener Nase. WÃ¤hrend ihrer beruflichen TÃ¤tigkeit im Katasteramt M.

habe sie mit Lichtpausen gearbeitet und hierbei mehrmals tÃ¤glich eine 25 %ige AmmoniaklÃ¶sung eingeatmet. Ferner benannte die FachÃ¤rztin fÃ¼r Augenheilkunde W. die Diagnosen Brillenkorrektur, Konjunktivitis und trockene Augen. Ursache hierfÃ¼r seien UmwelteinflÃ¼sse und hormonelle Schwankungen (Bericht vom 20. Oktober 2002).

Der PrÃ¤ventionsdienst der Beklagten fÃ¼hrte in seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2002 aus, als Entwickler fÃ¼r das belichtete Pauspapier werde Ammoniak genutzt. Der Entwicklungsprozess finde in der Lichtpausmaschine statt. Der erforderliche Ammoniak entstehe durch Verdampfung von 25 %igem Ammoniakwasser. Das verfahrensbedingt in der Atemluft entstehende Ammoniak kÃ¶nne zu VerÃ¤tzungen, Reizungen der Atemwege, LungenÃ¶demen, HerzrhythmusstÃ¶rungen, einer BlutdruckerhÃ¶hung oder zu einer erhÃ¶hten InfektanfÃ¤lligkeit fÃ¼hren. Messungen am Arbeitsplatz der KlÃ¤gerin im Katasteramt B. (1992-1996) lÃ¤gen nicht vor. Ab 1997 sei sie im Katasteramt M. beschÃ¤ftigt. Dort hÃ¤tten Messungen Ammoniakkonzentration zwischen 3,5 und 8,6 ppm ergeben (MAK-Wert: 50 ppm). FÃ¼r das UmfÃ¼llen des Ammoniakwassers stehe eine Atemschutzmaske zur VerfÃ¼gung. Die KlÃ¤gerin sei (auch vor 1992) im Sinne der BK 4302 langjÃ¤hrig gegenÃ¼ber Ammoniak exponiert gewesen.

In ihrer gewerbeÃ¤rztlichen Stellungnahme vom 9. Dezember 2002 empfahl Dr. F. mangels der HÃ¶he nach ausreichender Exposition die Ablehnung einer BK 4302. Dem schloss sich die Beklagte mit Bescheid vom 4. Februar 2003 an. Den hiergegen noch im selben Monat erhobenen Widerspruch der KlÃ¤gerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27. August 2003 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck.

Die dagegen erhobene Klage wies das Sozialgericht (SG) nach Einholung des arbeitsmedizinischen Gutachtens Privatdozent (PD) Dr. D. vom 29. November 2004 mit Urteil vom 23. MÃ¤rz 2005 ab. Im anschlieÃenden Berufungsverfahren (L 6 U 66/05) erstattete der Facharzt fÃ¼r Innere Medizin und Arbeitsmedizin PD Dr. S. auf Antrag der KlÃ¤gerin nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten vom 13. Juni 2006. Dieser gelangte zu den Diagnosen durch chemisch-irritativ und toxisch wirkende Gefahrstoffe (Ammoniak 25 %) verursachte Atemwegserkrankung mit der SekundÃ¤rkomplikation einer unspezifischen bronchialen HyperreagibilitÃ¤t sowie durch chemisch-irritativ und toxisch wirkende Gefahrstoffe (Ammoniak 25 %) verursachte Hyposmie. BerufsunabhÃ¤ngig bestÃ¼nden eine Keratokonjunktivitis sicca beiderseits, ein Zustand nach Sinusitis frontalis, eine FettstoffwechselstÃ¶rung, eine Osteoporose und ein Zustand nach Appendektomie. Anamnestisch lÃ¤gen bei der KlÃ¤gerin seit 1998 zunehmende RiechstÃ¶rungen mit Trockenheit und Brennen der Nase sowie ein TrockenheitsgefÃ¼hl beider Augen vor. Eine Belastungsdyspnoe, chronischen Husten oder eine lnfektanfÃ¤lligkeit sowie Beschwerden im Sinne einer unkonjugierten HyperbilirubinÃ¤mie (erhÃ¶hte Bilirubinkonzentration im Blut), einer allergischen Diathese oder einer saisonalen Allergie mit rhinokonjunktivalen und asthmatischen Beschwerden habe die KlÃ¤gerin verneint. Der Geschmackssinn sei erhalten. Lungenfunktionell fÃ¤nden sich Hinweise auf eine leichtgradige obstruktive VentilationsstÃ¶rung der groÃen Atemwege ohne Restriktion oder LungenÃ¼berblÃ¤hung sowie in Ruhe der Nachweis einer beginnenden respiratorischen Partialinsuffizienz. Die MdE sei

hinsichtlich der BK 4302 angesichts der sekundÃ¤ren HyperreagibilitÃ¤t ab dem 27. April 2006 (Untersuchungstag) um 20 vH zu veranschlagen. Hinsichtlich der Hyposmie komme eine Anerkennung als Wie-BK in Betracht, wobei die MdE insoweit um 10 vH einzuschÃ¤tzen sei. Ammoniak sei generell geeignet, bei langjÃ¤hriger und zeitweise intensiver Exposition eine toxische Hyposmie zu verursachen. Die KlÃ¤gerin sei auf einem Einzelarbeitsplatz tÃ¤tig gewesen. Ein arbeitsbedingt erhÃ¶htes Risiko, dass Pauser in KatasterÃ¤mtern an RiechstÃ¶rungen litten, sei statistisch nicht belegbar.

Unter Vorlage der Ãuâerung ihrer PrÃ¤ventionsabteilung vom 28. September 2006 verwies die Beklagte unter dem 14. September und 17. Oktober 2006 u.a. darauf, dass die KlÃ¤gerin auch in den VEB M. bzw. W. B. als Pauserin gearbeitet habe und Ã¤hnliche Ammoniakexpositionen in einer Vielzahl frÃ¼herer GroÃbetriebe der DDR typisch gewesen seien. Damit habe es sich um keinen Einzelarbeitsplatz gehandelt. Dass fÃ¼r Pauser kein berufsgruppenspezifisch erhÃ¶htes Erkrankungsrisiko nachweisbar sei, habe der SachverstÃ¤ndige selbst eingerÃ¤umt.

In seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 26. Februar 2007 bemaÃ PD Dr. S. die MdE weiterhin um 20 vH. Eine einheitliche Einwirkung sei â auch wenn mehrere Zielorgane betroffen seien â mit einer Gesamt-MdE zu entschÃ¤digen. Bei der KlÃ¤gerin bestÃ¼nden sowohl eine durch Ammoniak verursachte obstruktive Atemwegserkrankung im Sinne der BK 4302 als auch eine durch Ammoniak verursachte Anosmie (Hyposmie) als Wie-BK. Die einheitliche Wirkung auf die Zielorgane Geruchssinn und Bronchien sei daher mit einer Gesamt-MdE um 20 vH als BK 4302 zu erfassen, die auch die Hyposmie einschlieÃe.

In seinen beratenden Stellungnahmen vom 31. Mai und 29. Juni 2007 schÃ¤tzte der Internist und Kardiologe Dr. G. u.a. ein, unter BerÃ¼cksichtigung des Reichenhaller Merkblattes sei eine MdE um 20 vH leidensgerecht.

Unter dem 19. September 2007 beendeten die Beteiligten das Berufungsverfahren vergleichsweise dadurch, dass die Beklagte die Atemwegserkrankung der KlÃ¤gerin als BK 4302 anerkannte und sich verpflichtete, Ã¼ber einen Anspruch auf Verletztenrente nach nochmaliger Begutachtung gesondert zu entscheiden.

In seinem HNOÃ¤rztlichen Gutachten vom 29. Juni 2008 diagnostizierte PD Dr. Z. eine funktionelle Riechminderung mit herabgesetzter Wahrnehmung der Aromen. Hinsichtlich der Nasenatmung liege unter funktionellen Gesichtspunkten eine mittelgradige Obstruktion mit teilweise paradoxer Schleimhautreaktion vor. Die KlÃ¤gerin habe bei der Untersuchung am 19. Juni 2008 einen seit 1998 bestehenden Riechverlust angegeben, der subjektiv vollstÃ¤ndig sei. Sie bemerke bei Kontakt aber beiÃenden Ammoniakgeruch und auch den Geruch von Benzin. BeeintrÃ¤chtigungen des Geschmackssinns bestÃ¼nden z.B. insofern, als sie gekochte Gerichte nicht mehr selbst abschmecken kÃ¶nne und FrÃ¼chte alle gleich schmeckten. Hinsichtlich der Nasenatmung bestehe eine wechselnde Symptomatik mit teilweiser Verstopfung, aber auch trockenen inneren NasenverhÃ¤ltnissen. Gelegentlich laufe die Nase und sie habe heftige Niesattacken. Nach Abschwellen

sei links im Gegensatz zu rechts eine Verbesserung der NasendurchgÃ¤ngigkeit eingetreten. Eine Verborkung der SchleimhÃ¤ute liege nicht vor. Bei Ãberprï¾fung des Geschmackssinns seien die QualitÃ¤ten sï¾Ã, sauer, salzig und bitter korrekt identifiziert werden. Die Riechbeschwerden seien anhand der olfaktorisch-evozierten Potenziale nicht zu objektivieren, womit ein vollstÃ¤ndiger Riechverlust insgesamt auszuschlieÃen sei.

Die Beklagte beauftragte Prof. Dr. W., nach Aktenlage das pneumologische Gutachten vom 31. Juli 2008 zu erstellen. Dieser schÃ¤tzte ein, angesichts einer lediglich grenzwertigen Obstruktion und bronchialen HyperreagibilitÃ¤t sowie respiratorischer Symptome im Sinne einer Belastungsdyspnoe sei die MdE um 10 vH zu bemessen. Eine medikamentÃ¶se Behandlung sei nicht erforderlich.

Unter dem 29. September 2008 berichtete Dr. K., Nasenprobleme in Form wiederkehrender ErkÃ¤ltungen und einer verstopften Nase habe die KlÃ¤gerin erstmals 1998 und 1999 geÃ¤uÃert. Im Jahr 2000 habe sie eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Abgeschlagenheit und Mï¾digkeit geklagt. Erst im Mai 2002 habe sie dann wieder angegeben, dass die Nase vollstÃ¤ndig zu sei. Am 25. September 2003 habe die KlÃ¤gerin erstmals konkret einen Riechverlust mitgeteilt. Damals sei die Nasenschleimhaut gerÃ¶tet und verdickt gewesen. Die Rhinomanometrie habe eine mittelgradige Nasenatmungsbehinderung beiderseits und der Riechtest eine hochgradige Hyposmie ergeben. Ein Allergietest auf Inhalationsallergene sei bereits 1999 negativ ausgefallen.

Die Allgemeinmedizinerin Dipl.-Med. W. gab in ihrem Bericht vom 5. November 2008 an, die KlÃ¤gerin stelle sich regelmÃ¤Ãig bei der Augen- und HNO-Ãrztin vor. Erstere habe eine Keratokonjunktivitis diagnostiziert und regelmÃ¤Ãig Augentropfen verschrieben. HNO-Ã¤rztlich sei die KlÃ¤gerin mit schleimhautpflegenden Medikamenten versorgt.

In seinem nach Aktenlage erstellten arbeitsmedizinisch-internistischen Gutachten vom 21. November 2008 gelangte Prof. Dr. M. zu den Diagnosen Hyposmie, chronische nasale HyperreaktivitÃ¤t und chronische Otitis media. Ferner sei aufgrund der zugeschwollenen Nase und der gemessenen mittel- bis schwergradigen nasalen Obstruktion eine durch eine nasale HyperreaktivitÃ¤t verursachte Rhinitis feststellbar. Die Exposition gegenï¾ber Ammoniak sei langjÃ¤hrig und hoch gewesen. Auch wenn keine exakten Schwellendosen fï¾r die Entstehung einer toxischen RiechstÃ¶rung, Rhinitis und nasalen HyperreaktivitÃ¤t benannt werden kÃ¶nnten, sei nach gesicherten wissenschaftlichen Kenntnissen und aufgrund arbeitsmedizinischer Erfahrungen davon auszugehen, dass die Exposition der KlÃ¤gerin hinreichend wahrscheinlich gewesen sei, die Krankheitsbilder zu verursachen. Die im Jahr 2003 beschriebene Verdickung der Nasenschleimhaut sei erst nach Ende der Exposition aufgetreten und daher nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Belastung zurï¾ckzufï¾hren, zumal die Nasenschleimhaut rhinoskopisch bei mehreren Untersuchungen als unauffÃ¤llig beschrieben worden sei. Die MdE sei insgesamt mit 10 vH zu bewerten.

Mit Bescheid vom 2. Dezember 2008 lehnte die Beklagte die Zahlung von

Verletztenrente ab und stellte als Folge der BK 4302 eine Verengung der kleinen Atemwege im Sinne einer leichtgradigen bronchialen Ãberempfindlichkeit ohne geklagte Beschwerden bei klinischem Normalbefund, uneingeschrÃ¤nktem Gasaustausch und ohne Notwendigkeit einer atemwegserweiternden Therapie fest. Keine BK-Folgen seien laborchemisch nachgewiesene BlutwertverÃ¤nderungen (Creaktives Protein, Blutsenkungsgeschwindigkeit, HarnsÃ¤ure), eine Verminderung des Geruchssinns und eine toxische NasenschleimhautschÃ¤digung mit dadurch bedingter erhÃ¶hter AnfÃ¤lligkeit des Nasenraumes fÃ¼r unspezifische Reize.

Zur BegrÃ¼ndung ihres hiergegen noch im selben Monat erhobenen Widerspruchs berief sich die KlÃ¤gerin vor allem auf die Bewertung PD Dr. S.s. Auch die einem vollstÃ¤ndigen Verlust gleichkommende EinschrÃ¤nkung des Geruchssinns, die auch nach Jahren ohne Kontakt noch immer bestehenden trockenen Augen, die NasennebenhÃ¶hlenverschleimung sowie allergische Reaktionen auf bestimmte Stoffe seien BK-Folgen und dementsprechend bei der MdE-Bemessung zu berÃ¼cksichtigen.

Unter dem 22. Januar 2009 teilte die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) der Beklagten auf entsprechende Anfrage mit, ihr seien keine neuen gesicherten Erkenntnisse bekannt, wonach eine bestimmte Personengruppe aufgrund einer besonderen beruflichen Einwirkung â insbesondere Ammoniak â in erheblich hÃ¶herem Grade als die Ã¼brige BevÃ¶lkerung an Hyposmie leide. Der Ãrztliche SachverstÃ¤ndigenbeirat âBerufskrankheitenâ habe sich bislang nicht mit GeruchsstÃ¶rungen befasst. AnknÃ¼pfend an die von der DGUV mitgeteilten sechs FÃ¤lle zog die Beklagte Unterlagen zu diesen bei. Darunter befindet sich u.a. ein Aufsatz von Prof. Dr. M. (et al.) mit der Schlussfolgerung, dem Ãrztlichen SachverstÃ¤ndigenbeirat âBerufskrankheitenâ die Aufnahme einer toxischen RiechstÃ¶rung in die BK-Liste zu empfehlen (Zbl Arbeitsmed 1998, S. 66 ff.).

Mit Bescheid vom 10. MÃ¤rz 2009 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Hyposmie, einer nasalen HyperreaktivitÃ¤t und einer Rhinitis als Wie-BK ab. Den hiergegen am 7. April 2009 erhobenen Widerspruch wies sie mit auf dem Postweg Ã¼bermitteltem Widerspruchsbescheid vom 17. Juni 2009 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Hierin wird u.a. auf ein Telefonat mit Prof. Dr. M. vom 9. MÃ¤rz 2009 verwiesen, wonach eine Sichtung der zwei reprÃ¤sentativsten Datenbanken zu keinen neuen Erkenntnissen gefÃ¼hrt habe.

Am 20. Juli 2009 hat die KlÃ¤gerin vor dem SG Klage erhoben, das diese mit Urteil vom 26. Februar 2013 abgewiesen und hierzu in den GrÃ¼nden ausgefÃ¼hrt hat: Voraussetzung zur Anerkennung der Hyposmie, der nasalen HyperreaktivitÃ¤t oder der Rhinitis als Wie-BK sei nach Â§ 9 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch â Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), dass eine bestimmte Personengruppe bei ihrer Arbeit in erheblich hÃ¶herem MaÃe als die Ã¼brige BevÃ¶lkerung bestimmten Einwirkungen ausgesetzt sei, diese Einwirkungen nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft geeignet seien, Krankheiten solcher Art zu verursachen und ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang zwischen der gefÃ¤hrdenden Arbeit und der Erkrankung im konkreten Einzelfall hinreichend

wahrscheinlich sei (u.a. Hinweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 20. Juli 2010 â□□ B 2 U 19/09 R â□□ juris; Urteil vom 30. Januar 1986 â□□ 2 RU 80/84 â□□ juris). Auch nach den AusfÃ¼hrungen PD Dr. S.s und Prof. Dr. M.s stehe fest, dass keine gesicherten Erkenntnisse vorlÃ¤gen, nach denen eine bestimmte Personengruppe aufgrund berufsbedingter Ammoniakeinwirkung in erheblich hÃ¶herem Grade als die Ã¼brige BevÃ¶lkerung an den o.g. Erkrankungen leide. Die DGUV habe dies ebenso bestÃ¤tigt. Da andererseits eine Vielzahl von ArbeitsplÃ¤tzen existiere, an denen Versicherte Umgang mit Ammoniak hÃ¤tten, liege auch kein Seltenheitsfall vor.

Gegen das ihr am 14. MÃ¤rz 2013 zugestellte Urteil hat die KlÃ¤gerin am 15. April 2013 (Montag) beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt (LSG) Berufung eingelegt, das diese zunÃ¤chst ruhend gestellt hat (Beschluss vom 22. Juli 2015 â□□ L 6 U 24/13).

Nach ambulanter Untersuchung der KlÃ¤gerin am 24. September 2015 stellte der Lungenfacharzt Dr. A. unter dem 6. Oktober 2015 die Diagnosen anerkannte BK 4302, Adipositas ersten Grades (BMI 32), HyperurikÃ¤mie, Bluthochdruckerkrankung, Keratokonjuktivitis sicca beiderseits, Osteoporose und Zustand nach Appendektomie 1972. Die KlÃ¤gerin habe Riech- und GeschmacksstÃ¶rungen angegeben. Luftnot habe sie verneint; insgesamt sei sie gut belastbar. Lungenfunktionell bestehe keine obstruktive VentilationsstÃ¶rung, keine Restriktion und eine leichtgradig eingeschrÃ¤nkte DiffusionskapazitÃ¤t. Bei einem Abfall des FEV1-Wertes um 20 % gegenÃ¼ber dem Ausgangswert im Methacholintest werde eine bronchiale HyperreagibilitÃ¤t bei enger Betrachtung der Ruhegrenzen gerade so verfehlt. Die MdE sei entsprechend der Beurteilung Prof. Dr. W.s um 10 vH zu veranschlagen.

Die KlÃ¤gerin wandte hierzu vor allem ein, im Gegensatz zur Untersuchung bei PD Dr. S. habe Dr. A. keine Lungenfunktionsdiagnostik mit ammoniakhaltigen Proben vorgenommen, was die Differenzen â□□ auch hinsichtlich der bronchialen HyperreagibilitÃ¤t â□□ erklÃ¤re. Entgegen der Vermutung Dr. A.s sei der Anstieg des Sauerstoffpartialdrucks unter Belastung auch nicht vor allem auf das Ã□bergewicht zurÃ¼ckzufÃ¼hren.

In seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 1. Dezember 2015 fÃ¼hrte Dr. A. aus, eine Provokationstestung mit Ammoniak sei nicht erfolgt, weil dies fÃ¼r die Beurteilung der aktuellen BK-Folgen nicht notwendig sei; die Zusammenhangsfrage sei geklÃ¤rt. DarÃ¼ber hinaus sei aus dem von der KlÃ¤gerin mitgebrachten Material nicht ersichtlich gewesen, ob es sich um eine 25 %ige AmmoniaklÃ¶sung oder eine andere Substanz gehandelt habe. Die LungenfunktionsprÃ¼fung sei leitliniengerecht erfolgt. Das KÃ¶rpergewicht sei bei der Beurteilung nicht mit in die Sollwertberechnung eingeflossen. Die AtemwegswiderstandserhÃ¶hung sei fÃ¼r sich kein Krankheitsparameter. Beim Belastungstest habe sich kein krankhafter Abfall des Sauerstoffpartialdrucks, sondern ein adÃ¤quater Anstieg gezeigt. MaÃ□geblich zur Feststellung einer unspezifischen bronchialen HyperreagibilitÃ¤t sei der Methacholintest und keine Provokationsuntersuchung.

Mit auf dem Postweg Ã¼bermitteltem Widerspruchsbescheid vom 2. MÃ¤rz 2016 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 2. Dezember 2008 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck.

Am 4. April 2016 hat die KlÃ¤gerin vor dem SG Klage erhoben und sich zur BegrÃ¼ndung nochmals auf das Gutachten PD Dr. S.s gestÃ¼tzt. Dieser habe sowohl die Erkrankungen ihrer oberen als auch unteren Atemwege auf die beruflichen Bedingungen am Arbeitsplatz zurÃ¼ckgefÃ¼hrt. Daher seien in die BK 4302 sÃ¤mtliche Atemwegserkrankungen einzubeziehen. Selbst wenn die unteren und oberen Atemwegserkrankungen fÃ¼r sich genommen jeweils nur mit einer MdE um 10 vH zu bemessen seien, ergebe sich jedenfalls insgesamt eine MdE um 20 vH.

Die Beklagte ist bei ihrer Ansicht geblieben. Die von PD Dr. S. dokumentierten Lungenfunktionswerte rechtfertigten keine MdE um 20 vH. Dies hÃ¤tten im Ergebnis auch Prof. Dr. W. und Dr. A. bestÃ¤tigt.

Mit Urteil vom 20. Februar 2020 hat das SG die Klage abgewiesen und hierzu in den GrÃ¼nden ausgefÃ¼hrt: Sowohl PD Dr. S. als auch Prof. Dr. M. hÃ¤tten die Hyposmie/Anosmie als primÃ¤re Folge der beruflichen Ammoniakeinwirkung eingeordnet. Als obstruktive Atemwegserkrankungen im Sinne der BK 4302 kÃ¤men nur ein Asthma bronchiale, eine COPD und ein Lungenemphysem, nicht jedoch eine Rhinopathie, eine VerÃ¤nderung des Geruchs- oder Geschmackssinns oder eine toxische Rhinitis in Betracht (Hinweis auf Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, Stand Februar 2019, Nr. 4302, Seite 6; Reichenhaller Empfehlung, Stand November 2012, S. 29 ff.) Ausreichende Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die anerkannte leichtgradige bronchiale Ãberempfindlichkeit mittelbar zu einer BeeintrÃ¤chtigung des Geruchs- und Geschmackssinns bzw. der Rhinitis gefÃ¼hrt habe, lÃ¤gen nicht vor. Demnach scheide eine Anerkennung dieser Erkrankungen als weitere Folgen der BK 4302 aus. Da die leichtgradige bronchiale Ãberempfindlichkeit entsprechend den Ã¼berzeugenden Darlegungen Prof. Dr. W.s und Dr. A.s keine MdE um mindestens 20 vH rechtfertige, habe die KlÃ¤gerin auch keinen Anspruch auf GewÃ¤hrung von Verletztenrente. Auch PD Dr. S. habe allenfalls eine leichtgradige obstruktive VentilationsstÃ¶rung der Atemwege ohne Hinweise auf eine Restriktion oder LungenÃ¼berblÃ¤hung festgestellt. Aus seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 26. Februar 2006 ergebe sich zudem, dass er die MdE um 20 vH unter BerÃ¼cksichtigung der Anosmie eingeschÃ¤tzt habe, die aber keine BK-Folge und daher nicht bei der MdE-Bemessung zu berÃ¼cksichtigen sei. Dem widerspreche auch nicht das Gutachten PD Dr. Z.s. Denn dieser habe lediglich eine mittel- bis schwergradige nasale Obstruktion mit einer StÃ¶rung der NasendurchgÃ¤ngigkeit, nicht aber eine LungenfunktionsstÃ¶rung, festgestellt. Zudem habe die KlÃ¤gerin ihm gegenÃ¼ber keine Lungenprobleme angegeben. Aus den Berichten Dr. K.s und Dipl.-Med. W.s gingen ebenfalls keine Hinweise darauf hervor, dass zu einem frÃ¼heren Zeitpunkt weitergehende LungenfunktionsstÃ¶rungen bestanden hÃ¤tten.

Gegen das ihr am 28. Februar 2020 zugestellte Urteil hat die KlÃ¤gerin am 30. MÃ¤rz 2020 unter Wiederholung ihres Vorbringens beim LSG Berufung eingelegt

und sich ergÃ¤nzend auf das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten gestÃ¼tzt. Nach diesem seien entgegen der Ansicht der Beklagten auch eine Ãberempfindlichkeit der NasenschleimhÃ¤ute bzw. eine chronische NasenschleimhautentzÃ¼ndung mit BeeintrÃ¤chtigungen des Geruchssinns vom Tatbestand der BK 4302 erfasst, jedenfalls als Wie-BK feststellbar.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Urteile des Sozialgerichts Magdeburg vom 26. Februar 2013 und 20. Februar 2020 aufzuheben, unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 10. MÃ¤rz 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Juni 2009 und AbÃ¤nderung des Bescheides vom 2. Dezember 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. MÃ¤rz 2016 auch eine Rhinopathie mit Hyposmie als Folge der Berufskrankheit nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung bzw. wie eine Berufskrankheit festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihr vom 1. April 2003 an Verletztenrente nach einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit um mindestens 20 vH zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die Entscheidungen des SG im Ergebnis fÃ¼r zutreffend. BeeintrÃ¤chtigungen des Geruchs- und Geschmackssinns, eine Ãberempfindlichkeit der NasenschleimhÃ¤ute bzw. eine chronische NasenschleimhautentzÃ¼ndung seien weder als BK 4302 noch Wie-BK anzuerkennen. Auch der vom LSG eingeschaltete SachverstÃ¤ndige habe darauf verwiesen, dass die BK 4302 nur bronchialobstruktive Atemwegserkrankungen erfasse. Die anerkannten BK-Folgen bedingten keine MdE um mindestens 20 vH.

Auf entsprechende gerichtliche Anfrage hat der Ãrztliche SachverstÃ¤ndigenbeirat âBerufskrankheitenâ unter dem 30. MÃ¤rz 2015 mitgeteilt, neue Erkenntnisse, dass eine bestimmte Personengruppe durch berufliche Ammoniakeinwirkungen in erheblich hÃ¶herem Grade als die Ã¼brige BevÃ¶lkerung an Hyposmie, Rhinitis oder nasaler HyperreaktivitÃ¤t erkrankt sei, lÃ¤gen ihm nicht vor.

Mit Beschluss vom 20. Juli 2020 hat der Senat die Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und von Prof. Dr. B. das arbeitsmedizinisch-pneumologische Gutachten vom 1. Dezember 2020 eingeholt. Diesem gegenÃ¼ber hat die KlÃ¤gerin u.a. erklÃ¤rt, wegen bronchialer Beschwerden und Luftnot wiederholt einen Lungenfacharzt aufgesucht zu haben; bislang habe sie aber keine Asthmamedikamente bekommen. FrÃ¼her habe sie drei bis fÃ¼nf Zigaretten tÃ¤glich geraucht; seit 20 Jahren rauche sie nicht mehr. Prof. Dr. B. hat lungenfunktionell eine im Normbereich liegende Vital- und TotalkapazitÃ¤t ohne Hinweise auf eine restriktive VentilationsstÃ¶rung gemessen. Die AtemwegswiderstÃ¤nde seien leicht bis mÃ¤Ãiggradig erhÃ¶ht und der EinsekundenatemstoÃwert unauffÃ¤llig. Der Anteil des Residualvolumens an der TotalkapazitÃ¤t sei diskret erhÃ¶ht und alle forcierten exspiratorischen FlÃ¼sse

seien vermindert (55-61 % des Referenzwerts). Die DiffusionskapazitÃ¤t sei mit 53,6 % vermindert. Im Methacholin-Provokationstest sei bereits nach der ersten Stufe eine leichte Zunahme des spezifischen Atemwegswiderstands (von 1,51 auf 1,97) ohne Ãnderung der EinsekundenkapazitÃ¤t aufgetreten. Demnach handele es sich insgesamt um eine obstruktive VentilationsstÃ¶rung mit Beteiligung der tieferen mittleren und kleinen Atemwege (bronchialobstruktive Erkrankung) sowie der oberen Atemwege (chronische obstruktive Rhinopathie mit Behinderung des Atemflusses) nebst RiechstÃ¶rung. Das Merkblatt zur BK 4302 beziehe sich formal zwar nur auf bronchialobstruktive Erkrankungen. Vom Tatbestand der BK 4302 sei eine Rhinopathie mit erheblicher RiechstÃ¶rung aber nicht ausgeschlossen, so dass entsprechend der Argumentation PD Dr. S. eine Erfassung auch insoweit mÃ¶glich sei. Ansonsten komme die Anerkennung als Wie-BK in Betracht. Hinsichtlich einer Rhinopathie lÃ¤gen im Unterschied zur Hyposmie zwar keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich einer Verursachung durch berufliche Ammoniakeinwirkung vor. Der Ãrztliche SachverstÃ¤ndigenbeirat â Berufskrankheitenâ habe jedoch weder vor noch nach der Verabschiedung der BK 4302 im Jahr 1979 geprÃ¼ft, inwieweit eine Rhinopathie bzw. Hyposmie/Anosmie der BK 4302 zuzuordnen sei.

Da die bronchialobstruktive Atemwegserkrankung langjÃ¤hrig streng expositionsbezogen aufgetreten sei, sich nach einer fast 40 Jahre anhaltenden erheblichen Belastung Ende der 1990er Jahre verstÃ¤rkt und typisch chronisch manifestiert habe sowie auch fachÃ¤rztlich diagnostiziert worden sei, bestehe ein wahrscheinlicher beruflicher Ursachenzusammenhang. Die bronchialobstruktiven VerÃ¤nderungen seien ganz Ã¼berwiegend nicht durch die Adipositas zu erklÃ¤ren. Eine differenzialdiagnostisch relevante angeborene GesundheitsstÃ¶rung wie z.B. eine Anomalie im Bereich der oberen oder tieferen mittleren Atemwege scheide ebenso aus. Dass keine konsequenten lungenfachÃ¤rztlichen Konsultationen erfolgten und bis heute keine laut Leitlinie angezeigte Therapie durchgefÃ¼hrt werde, stehe der bronchialobstruktiven Atemwegserkrankung ebenso wenig entgegen wie die nicht eingeschrÃ¤nkten FEV1/FVC-Werte. Denn die Erkrankung verlaufe typischerweise wechselhaft. FÃ¼r die berufsbedingte Entstehung der Rhinopathie und Hyposmie sprÃ¤chen die fÃ¼r die Exposition typischen Krankheitssymptome (insbesondere die akuten Reizwirkungen im Bereich der SchleimhÃ¤ute der oberen Atemwege mit rhinitischen Beschwerden), die fachÃ¤rztlich festgestellten Befunde, die zeitliche Koinzidenz zwischen der langjÃ¤hrigen beruflichen Schadstoffbelastung und dem Auftreten dieser Befunde sowie das Fehlen anderweitiger Krankheitsursachen wie vorbestehende Leiden, schwere oder rezidivierende Infektionen im Bereich der Nase und der NasennebenhÃ¶hlen bzw. Allergien auf ubiquitÃ¤re Allergene.

Die obstruktive Erkrankung der tieferen mittleren und kleinen Atemwege sei ab dem Ausscheiden der KlÃ¤gerin aus ihrem Beruf im April 2003 mit einer MdE um 20 % zu bewerten, wofÃ¼r vor allem die Belastungsdyspnoe, die EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktionsparameter, die bronchiale HyperreagibilitÃ¤t sowie die TherapiebedÃ¼rftigkeit maÃgeblich seien. FÃ¼r die chronisch obstruktive Rhinopathie und Hyposmie sei unabhÃ¤ngig von der formalen Zuordnung eine MdE um 15 vH zu veranschlagen, womit insgesamt eine MdE um 30 vH zu empfehlen

sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der von der Beklagten beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung des Senats.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach den Â§Â§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG statthafte, form- und fristgerecht eingelegte (Â§ 151 Abs. 1 SGG) und auch ansonsten zulÃ¤ssige Berufung hat keinen Erfolg.

Die Bescheide der Beklagten vom 10. MÃ¤rz 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Juni 2009 und 2. Dezember 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. MÃ¤rz 2016 beschweren die KlÃ¤gerin nicht im Sinne der Â§Â§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG. Ihre Rhinopathie nebst Hyposmie ist weder als Folge der anerkannten BK 4302 noch wie eine BK feststellbar (nachfolgend unter 1. bzw. 2.). Die KlÃ¤gerin hat auch keinen Anspruch auf Verletztenrente (hierzu unter 3.).

1. Nachgewiesene GesundheitsstÃ¶rungen kÃ¶nnen einer BK grundsÃ¤tzlich dann als zusÃ¤tzliche Folgen zuzurechnen sein, wenn zwischen der versicherten TÃ¤tigkeit und den beruflichen Einwirkungen sowie zwischen diesen und den primÃ¤r einschlÃ¤gigen Erkrankungen ein hinreichend wahrscheinlicher Ursachenzusammenhang besteht oder aber diese GesundheitsstÃ¶rungen hinreichend wahrscheinlich durch die anerkannten BK-Folgen â□□ also mittelbar â□□ verursacht worden sind (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 â□□ B 2 U 5/05 R â□□ juris).

Vorliegend ist eine Rhinopathie mit Hyposmie im Sinne einer Nasenatmungsbehinderung mit Ã□berempfindlichkeit der NasenschleimhÃ¤ute bzw. chronischer NasenschleimhautentzÃ¼ndung mit BeeintrÃ¤chtigung des Geruchssinns insbesondere auf Grundlage der Gutachten von PD Dr. S., PD Dr. Z. und Prof. Dr. B. belegt. Ebenso ist nach dem Bescheid vom 2. Dezember 2008 sowie den Darlegungen aller eingeschalteten Gutachter und SachverstÃ¤ndigen unstrittig, dass diese Erkrankung durch die berufsbedingte Ammoniakeinwirkung verursacht worden ist, wie Prof. Dr. B. zuletzt nochmals bekrÃ¤ftigt hat.

Eine Anerkennung der Rhinopathie nebst Hyposmie als Krankheitsbild der BK 4302 scheidet jedoch deshalb aus, weil eine direkte chemischirritative oder toxische Rhinopathie nicht von dieser BK erfasst wird (so ausdrÃ¼cklich BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 â□□ B 2 U 15/06 R â□□ juris). Dies ergibt sich bereits aus dem Wortlaut der Norm in seinem systematischen Zusammenhang. Der Begriff der â□□obstruktiven Atemwegserkrankungenâ□□ erscheint in der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) in den Nrn. 4301 und 4302. WÃ¤hrend der Begriff in der Nr. 4301 durch den Klammerzusatz â□□(einschlieÃ□lich Rhinopathie)â□□ ergÃ¤nzt wird, fehlt eine solche Erweiterung bei der BK 4302.

Daraus folgt im Umkehrschluss, dass der Begriff der obstruktiven Atemwegserkrankung die Rhinopathie als FunktionsstÃ¶rung der oberen Atemwege â rechtlich â nicht von vornherein mit einschlieÃt. Ansonsten wÃ¤re der Klammerzusatz Ã¼berflÃ¼ssig und damit falsch, wovon nicht ausgegangen werden kann (BSG, a.a.O., Rn. 15). Auch die Normentwicklung spricht fÃ¼r diese Rechtsauslegung (ausfÃ¼hrlich hierzu BSG, a.a.O., Rn. 16). Folglich umfasst die BK 4302 â anders als die BK 4301 (vgl. hierzu Art. 1 Nr. 9 der Verordnung zur Ãnderung der BKV vom 22. MÃ¤rz 1988, BGBl. I, S. 400; BR-Drs. 33/88 vom 22. Januar 1988, S. 9) â tatbestandlich nur obstruktive Erkrankungen der mittleren und tieferen/unteren Atemwege.

FÃ¼r eine mittelbare Verursachung durch die als Folge der BK 4302 bestehende Verengung der mittleren und tieferen kleinen Atemwege nebst bronchialen Ãberempfindlichkeit besteht kein Anhaltspunkt, so dass auch insoweit eine Erfassung der Rhinopathie/Hyposmie im Rahmen der BK 4302 ausscheidet. Hierauf hat im Urteil vom 20. Februar 2020 bereits das SG zutreffend hingewiesen.

2. Die nach Â§ 9 Abs. 2 SGB VII erforderlichen Voraussetzungen zur Feststellung einer Wie-BK (vgl. hierzu nur BSG, Urteil vom 18. Juni 2013 â B 2 U 6/12 R â juris; Urteil vom 20. Juli 2010 â B 2 U 19/09 R â s.o.) sind vorliegend hinsichtlich der Rhinopathie/Hyposmie ebenfalls nicht erfÃ¼llt, wobei auch kein Spielraum im Sinne einer allgemeinen HÃ¤rtefall- oder Auffangklausel verbleibt (vgl. hierzu etwa BSG, Urteil vom 13. Februar 2013 â B 2 U 33/11 R â juris, Rn. 17; Urteil vom 27. April 2010 â B 2 U 13/09 R â juris, Rn. 9, jew. m.w.N.).

GemÃ¤Ã Â§ 9 Abs. 2 SGB VII erfordert die Feststellung einer Wie-BK, dass im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen fÃ¼r eine Bezeichnung nach Abs. 1 Satz 2 der Norm erfÃ¼llt sind. Es muss sich also um eine Erkrankung handeln, die durch besondere Einwirkungen, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte TÃ¤tigkeit in erheblich hÃ¶herem Grade als die Ã¼brige BevÃ¶lkerung ausgesetzt sind, verursacht wird. Danach setzt die Anerkennung einer Erkrankung wie eine BK Folgendes voraus (siehe z.B. BSG, Urteil vom 18. Juni 2013 â B 2 U 6/12 R â s.o.; Urteil vom 13. Februar 2013 â B 2 U 33/11 R â s.o.; Urteil vom 20. Juli 2012 â B 2 U 19/09 R â s.o.):

Der Versicherte muss die Feststellung einer bestimmten Krankheit wie eine BK beanspruchen.

Die Voraussetzungen einer in der Anlage 1 zur BKV bezeichneten Krankheit dÃ¼rfen nicht vorliegen.

Die Voraussetzungen fÃ¼r die Bezeichnung der geltend gemachten Krankheit als Listen-BK durch den Verordnungsgeber nach Â§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII mÃ¼ssen erfÃ¼llt sein (es muss also eine bestimmte Personengruppe durch die versicherte TÃ¤tigkeit besonderen Einwirkungen in erheblich hÃ¶herem Grade als die Ã¼brige BevÃ¶lkerung ausgesetzt [gewesen] sein und es mÃ¼ssen medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse Ã¼ber das Bestehen einer Einwirkungs- und

Verursachungsbeziehung existieren).

Die zu Grunde liegenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse mÃ¼ssen neu sein.

SchlieÃlich mÃ¼ssen die unter 3. bezeichneten Voraussetzungen im individuellen Fall des Versicherten vorliegen.

Ausgehend hiervon ist die Rhinopathie nebst Hyposmie hier nicht als Wie-BK feststellbar.

Diese Erkrankungen sind bei der KlÃ¤gerin zunÃ¤chst gesichert (s.o.) und sie beansprucht auch deren Feststellung als Wie-BK. Ebenso erfÃ¼llen diese Krankheiten nicht die Voraussetzungen einer Listen-BK; insbesondere werden sie nicht vom Tatbestand der BK 4302 erfasst (s.o.). SchlieÃlich ist eine Krankheitsverursachung durch die berufsbedingte Einwirkung von Ammoniak bei der KlÃ¤gerin sogar unstrittig (s.o.). Der Feststellung der Rhinopathie/Hyposmie als Wie-BK steht aber entgegen, dass zur Ãberzeugung des Senats keine neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse hinreichend gesichert sind, wonach das Risiko, an diesen Leiden zu erkranken, bei irgendeiner abgrenzbaren Berufsgruppe erheblich Ã¼ber demjenigen der DurchschnittsbevÃ¶lkerung liegt und daher ein Kausalzusammenhang zwischen der beruflichen Einwirkung von Ammoniak und der Entstehung einer Rhinopathie bzw. Hyposmie wahrscheinlich wÃ¤re. Denn auch nach den Darlegungen PD Dr. S.s und Prof. Dr. B.s steht nicht fest, welche Versicherten konkret regelmÃ¤Ãig beruflich gegenÃ¼ber Ammoniak exponiert und somit Ã¼berhaupt im Sinne von Â§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII als Personengruppe bestimmbar sind.

Zwar sind an die bestimmte Personengruppe im Sinne von Â§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII hinsichtlich ihrer GrÃ¶Ãe oder sonstigen charakterisierenden Merkmale keine besonderen Anforderungen zu stellen (siehe nochmals BSG, Urteil vom 27. April 2010 â B 2 U 13/09 R â juris, Rn. 19). Weder fÃ¼r den Zeitpunkt des Erkrankungseintritts, des Erlasses des Bescheides vom 10. MÃ¤rz 2009 noch denjenigen der letzten BKV-Ãnderung durch Art. 1 der FÃ¼nften Verordnung zur Ãnderung der BKV vom 29. Juni 2021 (BGBl. I, S. 2245) sind jedoch neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich eines Ursachenzusammenhangs zwischen einer Ammoniakexposition und einer Rhinopathie/Hyposmie ersichtlich, die als gesichert zu berÃ¼cksichtigen wÃ¤ren (vgl. zum maÃgeblichen Zeitpunkt nochmals BSG, Urteil vom 13. Februar 2013 â B 2 U 33/11 R â s.o.). BezÃ¼glich der Rhinopathie wird entsprechendes ausdrÃ¼cklich auch von Prof. Dr. B. eingerÃ¤umt. Soweit vom SachverstÃ¤ndigen auf die Hyposmie abgestellt wird, ist hiermit inhaltlich im Wesentlichen Prof. Dr. M. angesprochen, der sich diesbezÃ¼glich vor allem im o.g. Aufsatz aus dem Jahr 1998 geÃ¤uÃert hat. Diskutiert wird hierin auf Basis zweier EinzelfÃ¤lle (Elektromechaniker bzw. Tankanlagenmonteur), die gegenÃ¼ber verschiedenen schleimhautreizenden Substanzen (z.B. Formaldehyd, organischen LÃ¶sungsmitteln) exponiert gewesen seien, allein die MÃ¶glichkeit, dass zahlreiche Substanzen aus der Arbeitswelt Hyp- und Anosmien verursachen kÃ¶nnen. Ein

hinsichtlich der beruflichen Einwirkung von Ammoniak ableitbarer Ursachenzusammenhang ist dort nicht hervorgehoben, den Prof. Dr. M. auch laut der Beklagten am 9. MÃ¤rz 2009 selbst in Abrede gestellt hat. Dies entspricht den Darlegungen PD Dr. S.s, wonach fÃ¼r Pauser auch statistisch kein berufsgruppenspezifisch erhÃ¶htes Hyposmierisiko nachweisbar ist.

Dem Ãrztlichen SachverstÃ¤ndigenbeirat â Berufskrankheitenâ liegt nach seinen eingeholten Mitteilungen nichts Anderes vor. Auch derzeit finden bei ihm zur Rhinopathie/Hyposmie weder Beratungen statt noch sind insoweit Empfehlungen ersichtlich (siehe unter: https://www.bmas.de/DE/Soziales/Gesetzliche-Unfallversicherung/Aerztlicher-Sachverstaendigenbeirat/aerztliche-sachverstaendigenbeirat.html).

Bis zum Zeitpunkt der mÃ¼ndlichen Verhandlung existieren folglich keine wissenschaftlichen Erkenntnisse Ã¼ber eine generelle Eignung zu einer Einwirkungs-Ursachenbeziehung zwischen beruflicher Ammoniakbelastung und Entstehung einer Rhinopathie/Hyposmie, mit denen der Verordnungsgeber sich hÃ¤tte auseinandersetzen bzw. eine Anerkennung oder Ablehnung dieser GesundheitsstÃ¶rungen (bei Pausern) als BK â ggf. durch Erweiterung der BK 4302 â hÃ¤tte prÃ¼fen kÃ¶nnen. Es fehlt damit an den abstrakten Erfordernissen des Â§ 9 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 Satz 2 SGB VII im Sinne der o.g. Voraussetzungen 3 und 4. Darauf, dass die KlÃ¤gerin entgegen PD Dr. S. auf keinem Einzelarbeitsplatz tÃ¤tig gewesen ist, hat die Beklagte bereits unter dem 14. September und 17. Oktober 2006 Ã¼berzeugend hingewiesen.

3. Die KlÃ¤gerin hat auch keinen Anspruch auf Verletztenrente.

Ein solcher setzt nach Â§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII voraus, dass die ErwerbsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin infolge der BK 4302 Ã¼ber die 26. Woche nach Eintritt des Versicherungsfalls hinaus um wenigstens 20 vH gemindert ist. Der Grad der MdE richtet sich gemÃ¤Ã Â§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII nach dem Umfang der sich aus der BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperlichen und geistigen LeistungsvermÃ¶gens ergebenden verminderten ArbeitsmÃ¶glichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens. Die Bemessung der MdE ist eine rechtliche Feststellung, die das Gericht gemÃ¤Ã Â§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Ãberzeugung unter BerÃ¼cksichtigung der in Rechtsprechung und im einschlÃ¤gigen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen ErfahrungssÃ¤tze trifft, die in Form von Tabellenwerten oder Empfehlungen zusammengefasst sind (siehe im vorliegenden Zusammenhang etwa Reichenhaller Empfehlung, S. 74 f.). Diese sind zwar nicht fÃ¼r die Entscheidung im Einzelfall bindend. Sie bilden aber die Grundlage fÃ¼r eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen ParallelfÃ¤llen der tÃ¤glichen Praxis und sind die Basis fÃ¼r den Vorschlag, den der medizinische SachverstÃ¤ndige dem Gericht zur HÃ¶he der MdE unterbreitet (vgl. nur BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 â B 2 U 14/03 R â juris; Urteil vom 18. MÃ¤rz 2003 â B 2 U 31/02 R â Breithaupt 2003, 565).

Ausgehend hiervon ist die bei der KlÃ¤gerin als BK 4302 bestehende Verengung der

mittleren und tieferen Atemwege nebst bronchialer HyperreagibilitÃ¤t im Sinne der zuletzt von Prof. Dr. B. belegten obstruktiven VentilationsstÃ¶rung entsprechend den Ã¼berzeugenden VorschlÃ¤gen Prof. Dr. W.s und Dr. A.s mit einer MdE um 10 vH zu bemessen. Denn angesichts der durchgehend lediglich grenzwertigen klinischen und lungenfunktionellen Befunde, der Ã¤rztlich mehrfach verneinten Erforderlichkeit einer medikamentÃ¶sen Therapie sowie der anamnestisch im Wesentlichen noch geringen Beschwerden ist insoweit entgegen Prof. Dr. B. noch keine MdE um 20 vH begrÃ¼ndbar (vgl. nochmals Reichenhaller Empfehlung, S. 74, f.).

Dieser MdE-Grad ist auch nicht um die von PD Dr. S., Prof. Dr. M. bzw. Prof. Dr. B. fÃ¼r die Rhinopathie nebst Hyposmie veranschlagte MdE um 10 bzw. 15 vH zu erhÃ¶hen. Zwar ist bei der MdE-Festsetzung ggf. auch zu berÃ¼cksichtigen, ob die Folgen des Versicherungsfalls andere gesundheitliche Leiden des Versicherten beeinflussen, wie dies typischerweise bei Betroffenheit derselben KÃ¶rperfunktion durch zwei SchÃ¤den/Erkrankungen der Fall sein kann. Die entsprechende GesundheitsstÃ¶rung muss dabei auch nicht ihrerseits als BK oder deren Folge anerkannt sein (vgl. insoweit zu VorschÃ¤den BSG, Urteil vom 5. September 2006 â□□ B 2 U 25/05 R â□□ juris, Rn. 11 ff. und 15 ff.). Hier hat jedoch kein eingeschalteter Gutachter bzw. SachverstÃ¤ndiger die Ansicht vertreten, dass die als BK 4302 anerkannte obstruktive VentilationsstÃ¶rung der mittleren und tiefen Atemwege die Rhinopathie/Hyposmie Ã¼berhaupt (erschwerend) beeinflusst.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Der Senat hat die Revision zugelassen, weil er der Frage der fehlenden AnerkennungsmÃ¶glichkeit einer Rhinopathie/Hyposmie als Folge einer BK 4302 bzw. wie eine BK bei zugleich unstrittiger individueller beruflicher Krankheitsverursachung fÃ¼r grundsÃ¤tzlich bedeutsam hÃ¤lt (Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

Erstellt am: 29.12.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024