L 1 U 4714/14
S 10 U 1994/14
SG Ulm

Verkündet
am 25.07.2016

Abdruck

# LANDESSOZIALGERICHT BADEN-WÜRTTEMBERG

Kächele
Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

**Gemäß Berichtigungsbeschluss vom 13.09.2016 wird das Urteil 1. Senats vom 25.07.2016 im Urteilstenor berichtigt.**
**Stuttgart, den 13.09.2016**

Angestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

BADEN WÜRTTEMBERG LANDESSOZIALGERICHT

DGB RECHTSSCHUTZ GMBH
ULM

23. SEP. 2016

MANDANT z. KT WV
ERL: FRIST/TERMIN

**Im Namen des Volkes**

# Urteil

**in dem Rechtsstreit**

[redacted]

- Kläger und Berufungskläger -

Proz.-Bev.: DGB Rechtsschutz GmbH,
Weinhof 23, 89073 Ulm

gegen

Berufsgenossenschaft Holz und Metall
vertreten durch den Geschäftsführer
Vollmoellerstr. 11, 70563 Stuttgart

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Der 1. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 25.07.2016 durch

die Präsidentin des Landessozialgerichts Haseloff-Grupp,
den Richter am Landessozialgericht Dr. Link und
den Richter am Landessozialgericht Dr. Toparkus
sowie durch die ehrenamtlichen Richter Friebe und Vaas

für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Ulm vom 08.10.2014 und unter Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 14.01.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.06.2014 verurteilt, dem Kläger wegen der Folgen der Berufskrankheit Nr. 2401 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung ab dem 02.02.2012 Verletztenrente nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit von *20 v.H., ab dem 01.06.2012 nach einem Grad der Minderung**

***30**

**der Erwerbsfähigkeit von 60 v.H. und ab dem 01.09.2012 nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100 v.H. zu gewähren.**

**Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen zu erstatten.**

*Berichtigt gemäß Berichtigungsbeschluss
vom 13.09.2016

Kächele
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

L 1 U 4714/14
S 10 U 1994/14
SG Ulm

Verkündet
am 25.07.2016

Kächele
Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

**LANDESSOZIALGERICHT BADEN-WÜRTTEMBERG**

DGB RECHTSSCHUTZ GMBH
- 1. AUG. 2016
MANDANT z. KT
ERL: FRIST/TERMIN

**Im Namen des Volkes**

# Urteil

**in dem Rechtsstreit**

[redacted]

- Kläger und Berufungskläger -

Proz.-Bev.: DGB Rechtsschutz GmbH,
Weinhof 23, 89073 Ulm

gegen

Berufsgenossenschaft Holz und Metall
vertreten durch den Geschäftsführer
Vollmoellerstr. 11, 70563 Stuttgart

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Der 1. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 25.07.2016 durch

die Präsidentin des Landessozialgerichts Haseloff-Grupp,
den Richter am Landessozialgericht Dr. Link und
den Richter am Landessozialgericht Dr. Toparkus
sowie durch die ehrenamtlichen Richter Friebe und Vaas

für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Ulm vom 08.10.2014 und unter Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 14.01.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.06.2014 verurteilt, dem Kläger wegen der Folgen der Berufskrankheit Nr. 2401 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung ab dem 02.02.2012 Verletztenrente nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 v.H., ab dem 01.06.2012 nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit von 60 v.H. und ab dem 01.09.2012 nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100 v.H. zu gewähren.**

**Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen zu erstatten.**

## Tatbestand

Die Beteiligten streiten darum, ob der Kläger aufgrund der gesundheitlichen Folgen einer von der Beklagten anerkannten Berufskrankheit (BK) Nr. 2401 der Berufskrankheiten-Liste (Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung - BKV) einen Anspruch auf Verletztenrente hat.

Der 1956 geborene Kläger stammt aus dem ehemaligen Jugoslawien und leistete dort von 1977 bis 1979 seinen Militärdienst bei der Marine ab. Danach emigrierte er im Jahr 1980 nach Deutschland und war nach seinen Angaben vom 16.05.2012 (Bl. 12 Verwaltungsakte der Beklagten - VA) bis 1982 als Dachdecker (Isolation von Häusern) beschäftigt, bevor er am 15.03.1982 eine versicherungspflichtige Beschäftigung bei den [redacted] aufnahm. Dort war er fortlaufend, bis ca. 1984, als Gussputzer, dann bis September 1987 als Gussputzer und Gussschweißer und nachfolgend nur noch als Gussschweißer bzw. Schweißer beschäftigt, bis er im Mai 2012 arbeitsunfähig wurde. Inzwischen ist der Kläger berentet.

Der Arzt für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin Dr. [redacted] zeigte der Beklagten mit der ärztlichen Anzeige vom 30.04.2012 den Verdacht auf eine Berufskrankheit an. Es bestehe eine ausgeprägte Sehminderung beider Augen. In der Vergangenheit sei es beim Schweißen häufig zum „Verblitzen" der Augen gekommen. Parallel bestehe ein Diabetes mellitus.

Die Beklagte leitete ein Feststellungsverfahren ein und bat den Kläger um ergänzende Angaben. Dieser teilte mit Erklärung vom 16.05.2012 mit, erstmals habe sich die Erkrankung 2006 bemerkbar gemacht; er habe Leseschwierigkeiten und Kopfschmerzen gehabt und nicht gut hören können. Betroffen seien die Augen und die Ohren. Er führe die Erkrankung auf die Tätigkeit als Schweißer mit Elektrodendämpfen und UV-Strahlen zurück. Er gab an, von 1982 bis 2012 in der Gießerei der Firma [redacted] gearbeitet zu haben, und zwar zwei Jahre als Gussputzer und 28 Jahre als Gussschweißer. In dem von der Beklagten beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der AOK Ostwürttemberg vom 22.06.2012 ist für den Zeitraum vom 18.10. bis zum 26.11.2010 eine Arbeitsunfähigkeitszeit mit der Diagnose „Spannungskopfschmerz bei vorheriger intraokularer Linsenimplantation" vermerkt. Am 25.02.2011 enthält das Verzeichnis zur Begründung der Arbeitsunfähigkeit die Diagnose eines nicht näher bezeichneten Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen. Vom 17.03.2011 bis 18.03.2011 ist die Diagnose eines Katarakta secundaria vermerkt. Vom 01.02.2012 bis zum 03.02.2012, 16.02.2012 bis

23.02.2012 und 11.05.2012 bis 22.06.2012 enthält das Register Arbeitsunfähigkeitszeiten mit der Diagnose Retinopathia diabetica.

Ausweislich der Befundberichte des Facharztes für Augenheilkunde Dr. Lenz vom 19.10.2010 und vom 09.11.2010 (Bl. 47 f. VA) wurden beim Kläger am 19.10.2010 (rechts) und am 09.11.2010 (links) jeweils ambulant Phako-Cataractextraktionen mit Hinterkammerlinsenimplantation durchgeführt. Der Operationsverlauf sei jeweils komplikationslos gewesen. Gemäß weiterem Befundbericht des Universitätsklinikums Ulm stellte sich der Kläger dort am 15.05.2012 in der ambulanten Sprechstunde vor. Prof. Dr. Lang stellte die Diagnosen einer proliferativen diabetischen Retinopathie mit Neovaskularisationen, eines zystoiden Maculaoedems, einer epiretinalen Membran der Macula, eines Zustandes nach panretinaler Laserkoagulation, einer Pseudophakie und eines Zustandes nach YAG-Kapsulotomie. Die Vorstellung sei zur Mitbeurteilung bei schwerer diabetischer Retinopathie mit Maculaoedem erfolgt. Der Visus rechts habe 0,2 betragen, links 0,125.

Mit beratungsärztlicher Stellungnahme vom 10.08.2012 legte der Facharzt für Arbeitsmedizin Dr. Kamp dar, dass der Kläger neben einem Netzhautschaden, der von Seiten der behandelnden Augenärzte zumindest bisher ursächlich als diabetische Retinopathie aufgefasst worden sei, auch unter einem Grauen Star (Katarakt) beidseits gelitten habe, welcher am 19.10.2010 bzw. 09.11.2010 operativ behandelt worden sei. Durch Infrarotstrahlung könnten Augenlinsentrübungen (Grauer Star, Katarakt) verursacht werden. Bei einer entsprechenden Exposition könne eine Anerkennung als BK grundsätzlich gemäß Nr. 2401 erfolgen. Zu einer gegenüber Infrarotstrahlung exponierten Berufsgruppe gehörten u.a. auch Schweißer. Hinsichtlich des Netzhautschadens des Klägers handle es sich um keine der in der Liste der Berufskrankheiten aufgeführte Erkrankung. Es sei jedoch bekannt, dass Netzhautveränderungen durch Infrarotstrahlung verursacht werden könnten. Die Anerkennung eines durch Infrarotstrahlung verursachten Netzhautschadens sei grundsätzlich gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII möglich. Der Auffassung der Beklagten, dass die berufliche Tätigkeit als Schweißer grundsätzlich nicht geeignet gewesen sei, die aufgetretenen Erkrankungen zu verursachen, könne er nicht zustimmen. Zunächst sei arbeitstechnisch zu prüfen, ob der Kläger im Rahmen der beruflichen Tätigkeit in entsprechendem Maße gegenüber Infrarotstrahlung exponiert worden sei. Dann müsse ein arbeitsmedizinisches Zusammenhangsgutachten, gegebenenfalls zusammen mit einem augenärztlichen Zusatzgutachten, eingeholt werden.

Der Präventionsdienst der Beklagten erstattete am 23.10.2012 eine Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition (Bl. 54 VA). Hiernach sei der Kläger vom 15.03.1982 bis ca. 1984 während seiner Tätigkeit als Gussputzer keiner Belastung durch Ultraviolett- oder Infrarot-Strahlung ausgesetzt gewesen. Er sei dann seit 1984 bis September 1987 nach und nach als Gussschweißer eingearbeitet worden und seit Oktober 1987 als Gussschweißer tätig gewesen. Von Oktober 1987 bis ca. 1994 habe er beim Gussschweißen Fehler in Gusswerkstücken von Stecknadelkopfgröße, Risse und Hohlräume mit bis zu 10 cm bis 20 cm Durchmesser und einem Volumen von wenigen Litern durch Aufschweißen von Zusatzwerkstoff repariert. Er habe im Lichtbogenhand-Schweißverfahren mit Elektroden gearbeitet, die einen Durchmesser von fünf bis sechs mm gehabt hätten. Etwa 80 bis 90% der Schweißarbeiten seien auf das Warmschweißen entfallen. Die Werkstücke seien in einem Vorwärmofen auf 600 ° C aufgeheizt worden. Dann seien sie im Arbeitsbereich auf 520 ° C abgekühlt. Geschweißt worden sei mit Gleichstrom und einer Stromstärke von 250 bis 260 (Grauguss) bzw. 260 Ampere (Sphäroguss). Bei Arbeiten mit den Amenit-Tropfelektroden sei der Lichtbogen sehr hell gewesen. Etwa 10 bis 20% der Schweißarbeiten seien auf das Kaltverschweißen von Kleinteilen aus Guss entfallen. Dabei sei mit drei bis vier mm dicken Elektroden bei einer Stromstärke zwischen 135 und 150 Ampere gearbeitet worden. Das vom Kläger verwendete Schweißer-Handschild habe die Schutzstufe 8 gehabt, die für die durchgeführten Arbeiten zu gering gewesen sei. Empfohlen werde bei einer Stromstärke von 150 Ampere die Schutzstufe 10 und bei 260 Ampere die Schutzstufe 12. Nach 1994/95 seien Scheiben mit der Schutzstufe 11 verwendet worden. Die Arbeitszeit habe bei durchschnittlich ca. zehn Stunden pro Tag gelegen, die reine Schweißzeit sei auf ein Drittel bis zwei Drittel der Arbeitszeit geschätzt worden. Ca. 1994 sei die Produktion umgestellt worden, Graugussteile seien fast nicht mehr hergestellt worden. Dadurch sei das Warmschweißen entfallen. An den Werkstücken sei ab diesem Zeitpunkt relativ lange an einem Stück geschweißt worden mit einer Stromstärke von 135 A. Es habe keinen externen Schweißarbeitsplatz mehr gegeben. Die meisten Schweißstellen hätten sich auf der Außenseite des Motorblocks befunden, ca. 10% der Arbeitszeit habe in den Hohlräumen des Motorblockes geschweißt werden müssen. Diese hätten einen Durchmesser von 50 cm bis 100 cm gehabt. An diesen Stellen sei das Tragen der Schutzausrüstung nicht immer möglich gewesen, weil nicht genug Platz für das Handschild vorhanden gewesen sei. Auch das Tragen eines Kopfschildes sei unter räumlich beengten Verhältnissen nicht immer gegangen. Deswegen habe der Kläger in den Hohlräumen zum Teil nur eine Schweißer-Schutzbrille mit Gläsern der Schutzstufe 9 benutzt. Um Verbrennungen zu vermeiden habe er das Gesicht zum Teil mit Lappen umwickelt (auch bei Verwendung des Handschildes). Trotzdem habe er öfter Verbrennungen im Gesicht, Brust- und Bauchbereich mit Blasen bekommen.

Durch die Verwendung des Handschildes, der erst nach Zünden des Lichtbogens vor das Gesicht gehalten worden sei, sei es häufig zu einem Verblitzen der Augen gekommen. Die Sicherheitsfachkraft habe bestätigt, den Kläger des Öfteren deshalb mit Augentropfen behandelt zu haben. Bis 2005 habe er sich nach eigener Schätzung durchschnittlich jeden zweiten Tag verblitzt. Ab 2005 sei mit einem Automatik-Schutzschild gearbeitet worden. Dieses sei am Tag der Begehung auf Stufe 12 eingestellt gewesen. Seit dem 05.05.2012 sei der Kläger arbeitsunfähig. Dr. Deutsch kam in ihrer Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass der Kläger im Zeitraum von 1984 bis ca. 1994 einer Wärmestrahlung ausgesetzt gewesen sei, die von den auf bis zu 600 ° C aufgeheizten Werkstücken ausgestrahlt worden sei. Zusätzlich sei er in der Zeit von 1984 bis ca. 2005 jeweils sehr kurzzeitig, beim Zünden des Lichtbogens, wenn er sich beim Ansetzen der Schweißnaht die Augen verblitzt habe, sehr intensiver Strahlung im ultravioletten, im sichtbaren und im Infrarotbereich ausgesetzt gewesen.

Der Augenarzt Topalidis teilte auf Anfrage der Beklagten mit, dass bei dem Kläger bei der ersten Behandlung am 08.07.2010 ein ausgeprägter Grauer Star festzustellen gewesen sei. Seit 2004 sei laut seinem Hausarzt Dr. Grasselt ein Diabetes mellitus bekannt. Am 25.02.2011 habe der Fernvisus ohne Korrektur rechts 0,8 betragen, links 0,6 (mit Korrektur 0,9/0,6), am 09.05.2011 rechts 1,0 und links 0,7. Am 08.12.2011 habe der Visus beidseits 0,8 betragen. Am 01.02.2012 habe der Fernvisus rechts 0,6 betragen und links 0,2. Am 22.03.2012 habe der Fernvisus rechts 0,6 betragen und links 0,4, am 05.04.2012 sei der Fernvisus dann auf rechts 0,5 und links 0,4 p abgesunken. Am 14.05.2012 habe der Fernvisus rechts noch 0,25 und links 0,16 betragen, ab dem 15.08.2012 bds. 0,05.

Der Kläger befand sich vom 21.06.2011 bis 01.07.2011 in stationärer Behandlung im Diabeteszentrum Mergentheim. Er sei wegen unter alleiniger Metformin-Mono-Therapie anhaltender, zunehmender Hyperglykämie mit HbA1c bei 11,3% aufgenommen worden und wolle wegen in den letzten Jahren zunehmenden Neuropathiebeschwerden seine Stoffwechseleinstellung verbessern lassen. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 20.11.2012 (Bl. 86 VA) habe sich eine milde Veränderung des Augenhintergrundes sowie eine relevante, wenn auch im Verlauf rückläufige Mikroalbuminurie, die eine Straffung der Blutzuckerstoffwechseleinstellung ebenso wie eine Blutdrucksenkung notwendig mache, gezeigt. Dies sei unter relativ niedrig dosiertem ACE-Hemmer effektiv möglich gewesen.

Der Präventionsdienst der Beklagten teilte mit ergänzender Stellungnahme vom 26.11.2012 mit, richtig sei, dass der Kläger den ganzen Tag Schweißarbeiten verrichtet habe. Neben der reinen Schweißzeit (Brenndauer des Lichtbogens) seien Vorbereitungsarbeiten durchgeführt worden, wie etwa das Einräumen des Materials in den Ofen oder das Wechseln der Elektroden. Die Brenndauer des Lichtbogens sei am 02.10.2012 von den Gesprächspartnern auf ein bis zwei Drittel der Arbeitszeit geschätzt worden. Diese Einschätzung stimme mit den Angaben im IFA-Ringbuch 9120 „Schweißrauche" überein, wo angegeben sei, dass beim Lichtbogenhand-Schweißverfahren für Vollzeitschweißer maximal 50% der Arbeitszeit auf die Lichtbogenbrenndauer entfalle. Da die Brenndauer des Lichtbogens bei maximal 50 v.H. der Arbeitszeit gelegen habe, müssten auf die reinen Schweißzeiten in den Hohlräumen wesentlich geringere Zeiten angesetzt werden. Hier hätten die Gesprächspartner am Tag der Begehung übereinstimmend eingeschätzt, dass 10 v.H. auf die Dauer des Lichtbogens in den Hohlräumen entfalle. Genaue Angaben könnten nicht gemacht werden, weil die Arbeiten immer von den aufgetretenen Gussfehlern abhingen. Hiernach ergäben sich folgende Änderungen an der Beurteilung: Der Kläger sei im Zeitraum von 1984 bis 1994 und danach sporadisch bis 2000/2002 einer Wärmestrahlung ausgesetzt gewesen, die von den auf 600 ° C aufgeheizten Werkstücken ausgestrahlt worden sei. Zusätzlich sei er in der Zeit von 1984 bis ca. 2005 jeweils sehr kurzfristig beim Zünden des Lichtbogens, wenn er sich beim Ansetzen der Schweißnaht die Augen verblitzt habe, sehr intensiver Strahlung im ultravioletten, im sichtbaren und im infraroten Bereich ausgesetzt gewesen.

Der Arbeitsmediziner Dr. Werle berichtete mit Schreiben vom 30.11.2012, dass die Berufskrankheitenanzeige deshalb erstellt worden sei, weil der Kläger selbst überzeugt sei, dass sein Augenleiden im Kern mit seiner Tätigkeit als Heißschweißer zusammenhänge. Es lägen Sehtestergebnisse aus der gesamten Beschäftigungszeit vor. Bis 2004 seien die Testergebnisse für die Ferne normal gewesen, 2007 hätte dann eine geringe Abweichung mit 80% Sehschärfe bestanden, 2010 sei eine drastische Verschlechterung auf 50% eingetreten. 2011 sei ein Katarakt beidseits operiert worden, danach habe es einmal ein etwas besseres Testergebnis gegeben, dann im April 2012 wieder deutlich schlechter mit unter 50%. Weitere Sehteste seien nicht durchgeführt worden. Aufgrund seiner massiven Sehminderung sei der Kläger stark behindert und könne keine Arbeiten im letztlich nicht ungefährlichen Umfeld einer Gießerei mehr machen.

Mit arbeitsmedizinischem Zusammenhangsgutachten vom 22.02.2013 stellte Prof. Dr. Triebig die Diagnosen einer Pseudophakie nach beidseitigem Katarakt und Linsenimplantationen beidseitig 2010, eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II (anamnestisch seit 2004) mit einem

aktuellen HbA1c-Wert von 55 mmol/mol und einer Retinopathie, Nephropathie (Proteinurie) und Polyneuropathie der Beine sowie einer arteriellen Hypertonie (medikamentös behandelt), Adipositas Grad I und einer Innenohrschwerhörigkeit beidseits, mit Hörgeräten versorgt. Er wies darauf hin, dass nach Durchsicht der postoperativen Sehtestungen durch den Augenarzt die Visusleistungen postoperativ nicht oder allenfalls leicht eingeschränkt gewesen seien. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die weiterhin „bestandene" Sehminderung auf andere Ursachen zurückzuführen sei. Beim Kläger bestehe eine familiäre Disposition (Mutter und eine Schwester) für einen Diabetes mellitus. Dem Aufnahmebericht des Diabeteszentrums Mergentheim vom 20.11.2012 sei zu entnehmen, dass die Aufnahme wegen anhaltender zunehmender Hyperglykämie mit HbA1c-Werten bei 11,3% und wegen zunehmenden Neuropathie-Beschwerden erfolgt sei. Die diabetische Retinopathie sei nach der altersbedingten Maculadegeneration die zweithäufigste Erblindungsursache im Erwachsenenalter. Nach mehr als 20-jähriger Dauer des Diabetes müsse bei etwa 90% der Patienten mit dem Auftreten von Netzhautveränderungen unterschiedlichen Ausmaßes gerechnet werden. Die Zuckerkrankheit des Klägers, die seit mindestens zehn Jahren bestehe - möglicherweise bereits seit 20 Jahren - stelle eine bedeutsame Ursache für den Grauen Star und die Retinopathie dar. Die von den Augenärzten beschriebenen Netzhautveränderungen in Form von Gefäßneubildungen und Maculaödem seien relativ charakteristisch für eine diabetische Retinopathie. Laut dem Merkblatt zur BK 2401 werde Grauer Star durch Einwirkung infraroter Strahlen verursacht. Grauer Star durch Wärmestrahlung entwickle sich in der Regel nach einer mehrjährigen, in der Regel 20 Jahre dauernden Exposition. Wärmestrahlung transmittiere die Hornhaut und werde in der Linse absorbiert. Entscheidend für die linsenschädigende Wirkung sei der Transmissionsgrad der Strahlung. Die einwirkende Strahlungsenergie werde wellenlängenabhängig von den verschiedenen Augenabschnitten absorbiert und könne zur Erwärmung der Linse führen. Die nicht vaskularisierte Linse könne die zugeführte Energie nicht ausreichend schnell abführen. Die Gefährdung resultiere aus Expositionsdauer, Temperatur des Emittenten, Größe der Strahlenfläche und dem Abstand des Auges zu der Strahlungsquelle. Eine weitere Gefährdung des Klägers sei die Einwirkung von ultravioletter Strahlung gewesen. Während die Kataraktgefährdung des Auges durch Infrarotstrahlung seit langem bekannt sei, zeigten aktuelle Untersuchungen bei der Glasbearbeitung mit Glasbrennern für die Beschäftigten eine zusätzliche, teilweise grenzwertüberschreitende Exposition gegen UV-B- und UV-C-Strahlung. Gesundheitlich relevant seien UV-Strahlen des energiereichen UV-B-Spektrums, die in der Linse absorbiert würden. Mit einer Wellenlänge zwischen 100 nm und 380 nm schließe UV-Strahlung an den kurzwelligen Teil des sichtbaren Lichts an. Neben der Entstehung einer Keratitis Photoelectrica (über die Hornhaut verteilter Epithelschaden) könne

auch die Netzhaut durch langjährige UV-Exposition Schäden entwickeln. Vor allem der kurzwellige Anteil des sichtbaren Lichts scheine hier pathogenetisch eine wichtige Rolle zu spielen. Es bestehe laut Studien für einzelne Kataraktarten ein Zusammenhang mit UV-B-Exposition. Durch die sehr starke Absorption der UV-Strahlung in der Kornea und der Linse erreiche nur sehr wenig UV-Strahlung unterhalb von 380 nm die Retina. Die UV-A-Strahlung und das sichtbare Licht könnten demgegenüber eine akute solare Retinopathie auslösen. Zur Strahlung beim Schweißen sei festzustellen, dass durch den Lichtbogen Strahlen vom UV- bis IR-Bereich entstünden. Beim Gasschweißverfahren dominiere Infrarotstrahlung. Bei den Lichtbogenschweißverfahren sei der wesentliche Faktor die UV-Strahlung zwischen 200 und 400 nm. Zur Fragestellung einer „Wie-BK" führte Prof. Dr. Triebig aus, ihm seien keine aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber bekannt geworden, wonach nach beruflicher Einwirkung von Infrarot- und UV-Strahlung vermehrt Erkrankungen einer Retinopathie aufgetreten seien. Die medizinischen Voraussetzungen für eine Wie-BK seien nicht erfüllt. Während für die Entstehung der Retinopathie der langjährige und schwer einstellbare Diabetes mellitus als wesentliche Ursache angesehen werden müsse, sei es aus arbeitsmedizinischer Sicht hinreichend wahrscheinlich, dass die berufliche Gefährdung in Gestalt des Schweißens von Guss mit einer Stromstärke von 260 Ampere von 1984 bis 2002 eine wesentliche Teilursache für die Entstehung des beidseitigen Katarakts (Grauer Star) beigetragen habe, denn die abgeschätzten Strahlungsstärken hätten den Expositionsgrenzwert von 100 Watt/m² deutlich überschritten. Es handle sich somit bei dem beidseitigen Katarakt des Klägers mit Wahrscheinlichkeit um eine Berufskrankheit Nr. 2401. Hinsichtlich der Höhe der MdE verwies er auf ein augenärztliches Gutachten.

Die Beklagte beauftragte sodann den Augenarzt Dr. Lenz mit einem Gutachten über den Kläger. Dieser führte in seinem Gutachten vom 26.06.2013 aus, die vorzeitige Kataraktentwicklung sei kausal mit der jahrelangen Berufsausübung als Schweißer mit einer inadäquaten Schutzbrille vereinbar und Folge der Berufskrankheit nach Nr. 2401. Nicht Folge der BK sei der seit Jahren bekannte und seit einem halben Jahr mit Insulin behandelte Diabetes mellitus mit der sich daraus entwickelten Makulopathie, Nephropathie und Polyneuropathie.

Der Beratungsarzt der Beklagten, der Augenarzt Dr. Zarth, bemängelte in seiner Stellungnahme vom 30.07.2013, dass das Datum der Untersuchung nicht ersichtlich sei und anstelle einer gutachterlich relevanten Sehschärfenfeststellung nur eine apparativ erhobene Sehschärfenfeststellung durchgeführt worden sei. Man wisse nicht, wie gut der Kläger mit einer Brillenkorrektion der geringen Kurzsichtigkeit bzw. der geringen zylindrischen Fehlsichtigkeit sehe. Allein von

daher sei das Gutachten nicht verwertbar. Insgesamt sei es wenig differenziert und gebe keine Auskünfte. Klar sei, dass erhebliche Schäden an der Netzhaut bestünden, die schicksalshaft krankheits- und nicht berufserkrankungsbedingt seien. Die Berufskrankheit habe zu einer Linsentrübung und zur Entfernung des Grauen Stars geführt. Die Sehschärfenminderung sei seines Erachtens ausschließlich durch die Folgen der systemischen Erkrankung des Diabetes mellitus bedingt.

Prof. Dr. Gümbel, Ärztlicher Direktor der Klinik für Augenheilkunde am Bundeswehrkrankenhaus Ulm, erstattete hierauf am 01.12.2013 ein weiteres Gutachten. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Entstehung des beidseitigen Grauen Stars (Katarakt) wahrscheinlich durch berufsbedingte Wärmestrahlung im Sinne einer Berufskrankheit Nr. 2401 hervorgerufen worden sei. Eine beidseitige Katarakt-Operation sei gemäß der vorliegenden Visuswerte und gemäß den augenärztlichen Beschreibungen indiziert gewesen und 2010 durchgeführt worden. Die beidseitige Pseudophakie sei Folge dieser Operation. Der zusätzlich vorliegende Zustand nach YAG-Kapsulotomie beidseits sei als Folge eines beidseitigen, sekundär aufgetretenen, regeneratorischen Nachstares (Kataracta Secundaria) zu verstehen. Die schwere, nicht-proliferative diabetische Retinopathie sei beidseits als eine sich an den Augen manifestierende Komplikation eines ca. 2002 erstdiagnostizierten Diabetes mellitus Typ II zu erachten. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Diabetes und einer möglichen beruflichen Einwirkung könne nicht hergestellt werden. Der Zustand nach panretinaler Laserkoagulation beidseits sowie der Zustand nach mehrfacher intravitrealer Injektion eines Medikaments beidseits seien als reguläre Therapiefolgen zu betrachten. Die ebenfalls diagnostizierte epiretinale Gliose sei beidseits als altersbedingt zu erachten. Zur MdE-Höhe führte er aus, da postoperativ der Fernvisus am rechten Auge im Maximum 1,0 (am 20.10.2010) und am linken Auge im Maximum 0,8 (am 08.12.2011) betragen habe, sei aufgrund des vorliegenden beidseitigen Linsenverlustes (hier: beidseits korrigiert durch intraokulare Kunstlinse) eine beruflich bedingte MdE von 10 v.H. anzunehmen. Diese bestehe seit der abgeschlossenen Katarakt-Operation am linken Auge am 09.11.2010.

Mit Bescheid vom 14.01.2014 erkannte die Beklagte eine Berufskrankheit nach Nr. 2401 der Berufskrankheiten-Liste (Grauer Star durch Wärmestrahlung) an und setzte den Eintritt des Versicherungsfalls auf den 08.07.2010 (Beginn der Behandlungsbedürftigkeit) fest. Ein Anspruch auf Rente wegen der Berufskrankheit bestehe nicht. Als Folgen der Berufskrankheit erkannte die Beklagte einen durch Wärmestrahlung verursachten Grauen Star mit leichter Sehminderung bei Zustand durch Implantation einer Kunstlinse korrigiertem Linsenverlust beidseits und nachfol-

gender YAG-Kapsulotomie an. Unabhängig von der BK bestünden eine durch schwere, diabetische Netzhautschädigung (Retinopathie) und epiretinale Gliose (Membranbildung im Bereich der Macula) bedingte hochgradige Sehminderung beidseits, ferner ein Zustand nach panretinaler Laser- und intravitrealer (in den Glaskörper) Injektionsbehandlung sowie chronische Gefäßveränderungen der Netzhaut infolge Bluthochdrucks (Fundus hypertonicus) und trockene Augen (Sicca-Syndrom). Die BK habe eine rentenberechtigende MdE nicht zur Folge. Die Entscheidung stütze sich auf die im Verwaltungsverfahren eingeholten Befundberichte und die Ergebnisse der gutachterlichen Untersuchungen durch Prof. Dr. Triebig sowie Prof. Dr.Gümbel.

Gegen den Bescheid erhob der Kläger am 22.01.2014 Widerspruch. Das Gutachten sei so nicht nachvollziehbar. Noch bei der Untersuchung bei Prof. Dr. Triebig habe dieser selbst dem Kläger mitgeteilt, seine Probleme mit den Augen kämen eindeutig vom Schweißen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 04.06.2014 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Die bestehenden Folgen der BK rechtfertigten keine MdE in rentenberechtigender Höhe. Die vorliegende schwere, nicht-proliferative diabetische Retinopathie sei beidseits als eine sich an den Augen manifestierende Komplikation eines ca. 2002 erstdiagnostizierten Diabetes mellitus Typ II zu sehen. Die diabetische Retinopathie sei eine durch die Zuckerkrankheit hervorgerufene Erkrankung der Netzhaut des Auges. Die zudem diagnostizierte epiretinale Gliose sei beidseits als altersbedingt zu sehen. Hierbei komme es auf der Netzhautoberfläche zu Ablagerungen von Zellen, welche mit der Zeit zunehmen und zur Ausbildung von Gewebsmembranen führen könnten. Diese Membranen könnten zur Schrumpfung führen und damit die zunächst gesunde Netzhaut verziehen und hierdurch erhebliche Sehstörungen verursachen. In der Folge liege eine hochgradige Sehbehinderung vor. Eine berufliche Ursache könne jedoch weder für die diabetische Retinopathie noch für die epiretinale Gliose festgestellt werden. Beide Erkrankungen und deren Folgen müssten daher bei der Bewertung der MdE unberücksichtigt bleiben.

Hiergegen hat der Kläger am 23.06.2014 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Zur Begründung hat er vorgetragen, seine Sehfähigkeit sei deutlich gemindert. Er sei fast vollständig erblindet und habe auf dem einen Auge nur noch 20% Sehfähigkeit, auf dem zweiten Auge noch 30%. Die Gutachten des Prof. Dr. Triebig und Prof. Dr. Gümbel seien nicht nachvollziehbar. Letzterer habe das Gutachten nicht selbst erstellt, sondern sein Assistenzarzt Schimmel. Prof. Dr. Gümbel habe den Kläger nur kurz gesehen und könne nicht tatsächlich eine Begutachtung durchgeführt haben. Auch inhaltlich sei in den Gutachten nicht überzeugend dargelegt, wieso die

Sehminderung des Klägers auf die Diabetes-Erkrankung und nicht auf die Schweißarbeiten und die damit einhergehende jahrelange Belastung durch Funken, Wärme und Blitze zurückzuführen sei. Angeregt werde, den Hausarzt Dr. Werle und die Ärztin der Diabetesklinik Bad Mergentheim als sachverständige Zeugen zu hören.

Das SG hat den behandelnden Augenarzt Topalidis schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat von der Behandlung des Klägers seit dem 08.07.2010 berichtet und ausgeführt, es bestehe bei einem Zustand nach beidseitiger Katarakt-Operation eine schwere diabetische Retinopathie mit Zustand nach Laserkoagulationen und intravitrealen Medikamenteninjektionen. Der Visus sei beidseitig massiv reduziert auf schlechter als 0,1. Die wesentliche Ursache für diese Augenerkrankung sei der systemisch vorhandene Diabetes mellitus.

Mit Gerichtsbescheid vom 08.10.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine Berücksichtigung der diabetischen Retinopathie bei der MdE-Bemessung komme nicht in Betracht, da diese weder dem umschriebenen Tatbestand entspreche, noch als eine Folge der Berufskrankheit angesehen werden könne. Bereits die Bezeichnung „diabetische Retinopathie" lasse erkennen, dass eine nicht berufsbedingte Ursache der Erkrankung gegeben sei. An der Diagnosestellung bestünden aufgrund des Berichtes des Universitätsklinikums Ulm von 2012, dem Reha-Entlassungsbericht der Klinik Bad Mergentheim von 2011, der Gutachten von Prof. Dr.Triebig und Prof. Dr. Gümbel und der im Klageverfahren eingeholten augenärztlichen Stellungnahme keine Zweifel. Zudem sei bereits in der ärztlichen Anzeige bei Verdacht auf das Vorliegen einer BK angegeben worden, dass als Erkrankung, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem wesentlichen Zusammenhang stehen könne, der Diabetes in Betracht komme. Auch Dr. Lenz gehe davon aus, dass es infolge des Diabetes zu einer Makulopathie gekommen sei. Die MdE liege unterhalb der rentenberechtigenden Höhe von 20 v.H.

Gegen den seiner Bevollmächtigten am 16.10.2014 gegen Empfangsbekenntnis zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 14.11.2014 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Er ist der Auffassung, die nach erfolgreicher Katarakt-Operation eingetretene Sehminderung sei zu Unrecht größtenteils dem Diabetes zugeordnet worden. Richtig sei, dass zunächst eine Verbesserung der Sehkraft von beidseitig 80 bis 100% eingetreten sei. Jedoch sei beim Kläger auch der negative Nebeneffekt einer Katarakt-OP, nämlich eine Verschlechterung der Netzhaut, aufgetreten. In der als Anlage zur Berufungsbegründung vorgelegten Stellungnahme habe der Augenarzt Topalidis auf die Internetseite der augenärztlichen Akademie

Deutschland (AAD) verwiesen, wo man lesen könne, dass auch Diabetiker ohne Maculaödem ein erhöhtes Risiko für Maculakomplikationen nach Katarakt-Operationen hätten. Folglich sei die auf die Operation erfolgte Sehminderung durch den Diabetes nur möglich gewesen, weil die Netzhaut bereits durch die Katarakt-OP erheblich vorgeschädigt gewesen sei. Der Sehschärfenverlust sei auf die Katarakt-Operationen zurückzuführen und somit als Folge der BK anzusehen. Eine Verletztenrente nach einer MdE von wenigstens 20 v.H. sei angemessen.

Der Kläger beantragt,

> den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 08.10.2014 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 14.01.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.06.2014 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen der Berufskrankheit Nr. 2401 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung Verletztenrente nach einer MdE von wenigstens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

> die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält den Gerichtsbescheid des SG für zutreffend.

Im Schreiben vom 10.11.2014 hat der Augenarzt Topalidis ausgeführt, dass zwar richtig sei, dass er eine schwere diabetische Retinopathie beim Kläger bestätigt und als wesentliche Erkrankung den Diabetes beschrieben habe. Wenn er allerdings den Krankheitsverlauf des Klägers und den Verfall seiner Sehschärfe ab dem Jahr 2012 in seiner Gesamtheit berücksichtige, stelle sich die Situation des Klägers deutlich differenzierter dar. Als er im Jahr 2010 an beiden Augen operiert worden sei, um einen fortgeschrittenen Grauen Star zu entfernen, sei er 54 Jahre alt gewesen. Das Alter, in dem Menschen wegen einer Katarakt operiert würden, liege für gewöhnlich bei über 70 Jahren. Beim Kläger könne angenommen werden, dass es durch den jahrzehntelangen Einfluss physikalischer Noxen, hier das tägliche Schweißen, zu einer deutlich vorzeitigen Katarakt-Entwicklung gekommen sei mit der Notwendigkeit einer operativen Entfernung, um wieder eine bessere Sehschärfe zu erlangen. Im Jahr 2011 habe der Kläger eine Sehleistung von beidseits 80 bis 100% gehabt. Dies sei der positive Aspekt kurz nach der Katarakt-Operation gewesen. Der negative Aspekt habe jedoch darin gelegen, dass der Zustand nach einer Katarakt-Operation die Netzhaut eines Diabetikers verschlechtern könne, so wie im Falle des Klägers geschehen. Zudem sei durch den verfrühten Wegfall der Filterfunktion der eigenen Linse die Netz-

haut ab dem Zeitpunkt ungeschützt vor weiterhin bestehender berufsbedingter starker physikalischer Exposition gewesen. Im Jahr 2012 sei es beim Kläger zu einem massiven Sehschärfenverlust auf beidseits ca. 5 bis 10% mit der Folge des Arbeitsplatzverlustes gekommen. Festzuhalten sei, dass die Katarakt, an deren verfrühter Entwicklung der Einfluss der Schweißarbeit als physikalische Noxe angenommen werden könne, mit der Folge einer operativen Linsen-Entfernung einen negativen Katalysator in der Verschlechterung der Netzhautsituation darstelle. Eine schwere diabetische Retinopathie sei beim Kläger zwar heute gegeben. Jedoch bleibe es nachzuweisen, ob sich die diabetische Netzhauterkrankung in diesem Zeitfenster ohne die Notwendigkeit einer Katarakt-Operation ebenso verschlechtert hätte, zumal die Langzeit-Blutzuckerwerte bei ihm nicht übermäßig hoch gewesen seien. Dies könne man verneinen, und sonst hätte der Kläger diesen massiven Sehschärfenverlust nicht erlitten.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin Grasselt hat auf Anfrage des Senats schriftlich als sachverständiger Zeuge mitgeteilt (Schreiben vom 06.04.2015), dass er erstmals im November 2002 beim Kläger, der seit 1993 in seiner regelmäßigen Behandlung sei, einen Diabetes mellitus wegen erhöhter Blutzuckerwerte diagnostiziert habe. Die Erkrankung habe sich nach der Erstdiagnose gleichbleibend entwickelt. Zunächst sei orale Behandlung erfolgt, später dann orale und s.c. Injektion von Insulin. Der HbA1c-Wert habe im November 2002 bei 7,7% gelegen. Zwischen Februar 2003 und Juni 2009 seien zweistellige Werte zwischen 10,1 und 12,0% festgestellt worden. Im Dezember 2009 habe der Wert 8,5% betragen, im Mai 2010 10,0, am 26.10.2010 8,9, am 04.04.2011 11,3%, am 25.11.2011 7,4%, am 03.02.2012 9,3%, am 12.07.2012 7,9%, am 22.02.2013 7,6% und am 28.10.2013 7,5%. Im März 2014 und Januar 2015 hätte der Wert 9,4% bzw. 9,1% betragen.

Die Beklagte hat hierzu eine beratungsärztliche Stellungnahme des Chefarztes der Klinik für Augenheilkunde des St. Johannes-Hospitals in Dortmund, Prof. Dr. Kohlhaas, vorgelegt. Dieser hat ausgeführt, eine Verblitzung sei eine Schädigung der Hornhautoberfläche bedingt durch das UV-Licht. Dies habe mit Wärmeeinwirkung nichts zu tun. Nach Aktenlage sei die Hornhautoberfläche (die oberflächlichste Zellschicht des Epithels) häufig verblitzt gewesen, sei aber immer folgenlos abgeheilt. Im Ganzen sei die Hornhaut als klar beschrieben. Auf S. 288 sei die beste Sehschärfe 2010 rechts mit 100% und links 2011 mit 80% (nach der Grauen-Star-Operation) beschrieben worden. Die angeblich regelmäßigen Verblitzungen hätten nicht dauerhaft zu einer Herabsetzung der Sehschärfe geführt. Der Kläger habe nach den Verblitzungen nicht regelmäßig einen Augenarzt aufgesucht zwecks Befundkontrolle und Dokumentation, son-

dern sich mit Augensalben wohl selbst behandelt. Für eine Verschlimmerung der anerkannten BK 2401 habe keine konkrete Gefahr bestanden. Die Hornhaut sei als klar beschrieben. Die zunehmende Sehverschlechterung sei nicht an der Augenoberfläche zu sehen, vielmehr komme hier der insulinpflichtige Diabetes zum Tragen, der nach seiner Meinung die Netzhaut irreversibel geschädigt habe. Er sehe „die Verschlechterung der Sehschärfe als alleinige Ursache durch den Diabetes". Dieser habe nicht nur beide Augen geschädigt, sondern auch über die Jahre eine Polyneuropathie und eine Nephropathie verursacht. Dies habe sicher auch damit zu tun, dass der HbA1c-Wert nicht wirklich zufriedenstellend eingestellt sei. Insgesamt sehe er nach Aktenstudium als altersbedingte Erkrankung den Grauen Star als gegeben an. Alles andere habe nichts damit zu tun, sondern gehe zu Lasten des Diabetes mellitus.

Am 11.05.2016 hat die Fachärztin für Augenkrankheiten Dr. Dr. Beisel ein Gutachten über den Kläger erstattet. Neben einer nur am rechten Auge bestehenden Hyperopie hat sie an beiden Augen einen Astigmatismus, eine Presbyopie, eine Pseudophakie bei Zustand nach Katarakt-Extraktion und Implantation einer Hinterkammerlinse, einen Zustand nach YAG-Laserkapsulotomie, eine proliferative diabetische Retinopathie, einen Zustand nach panretinaler Laserkoagulation, eine zentrale Netzhautnarbe bei Zustand nach cystoidem Maculaoedem, eine epiretinale Membran der Macula (Gliose), einen Zustand nach mehrfacher intravitrealer Medikamenteninjektion sowie eine hochgradige Gesichtsfeldeinschränkung diagnostiziert. Sie kam zu dem Ergebnis, die Eintrübung beider Linsen durch jahrelange berufsbedingte Infrarotexpositionen der Augen sei bereits von Prof. Dr. Triebig in seinem arbeitsmedizinischen Gutachten ausführlich und schlüssig als Berufskrankheit eingestuft worden. Wesentliche Ursache für die seit ca. 2012 eingetretene erhebliche Verschlechterung des Sehvermögens sei die Entstehung eines beiderseitigen Maculaoedems. Dieses sei nicht unmittelbar Folge der Katarakt-Operationen, denn es sei erst nach einem halben Jahr nach Wiederaufnahme seiner Tätigkeit als Schweißer eingetreten. Wahrscheinlich sei, dass die Entwicklung eines beiderseitigen Maculaoedems zumindest gleichwertig neben anderen Ursachen durch die Pseudophakie und den Wegfall der Filterfunktion der eigenen Linse verursacht worden sei. Gesundheitliche Folge der beiderseitigen Katarakt-Operation mit Implantation einer Kunstlinse sei der verminderte Schutz der Augen gegenüber der postoperativ weiter einwirkenden Wärme-, Infrarot- und UV-Strahlung am Arbeitsplatz des Klägers. Das Maculaoedem habe sich entwickelt, weil die körpereigene Linse mit ihrer Filterfunktion durch eine Kunstlinse ersetzt worden sei. Dadurch habe die thermische Strahlung ungehindert auf den hochsensiblen Maculabereich einwirken und ein Maculaoedem auslösen können. Zwar entstehe ein Maculaoedem auch im Rahmen einer Retinopathia diabetica. Vorlie-

gend sei jedoch auffallend, dass sich während der vielen Berufsjahre mit hoher Wärmestrahlung ein Maculaoedem nicht entwickelt habe, solange die körpereigenen Linsen ihre Schutzfunktion noch ausüben hätten können, und zwar trotz des schlecht eingestellten Diabetes mellitus und einer diagnostizierten und mit panretinaler Laserkoagulation behandelten Retinopathia diabetica. Nach Entfernung der körpereigenen Linsen sei das Sehvermögen fortlaufend schlechter geworden, da sich ein Maculaoedem beiderseits ausgebildet habe. Auslösend sei hierbei die unvermindert einwirkende Wärmestrahlung am Arbeitsplatz infolge der Schweißtätigkeit gewesen. Das Maculaoedem beiderseits sei erst unter Einwirkung der Wärmestrahlung entstanden, denn unmittelbar postoperativ sei die Sehschärfe auf beiden Augen nicht oder nur unwesentlich reduziert gewesen. Die Höhe der MdE habe ab dem 08.07.2010 10 v.H. betragen, ab dem 26.11.2010 15 v.H., ab dem 01.02.2012 wegen des auf 0,6 (rechts) bzw. 0,2 (links) herabgesetzten Visus für die Ferne 30 v.H. (20 v.H. wegen des herabgesetzten Sehvermögens und 10 v.H. wegen der Pseudophakie). Am 15.05.2012 habe der korrigierte Fernvisus rechts 0,2 rechts und 0,125 links betragen, entsprechend einer MdE von 50 v.H. zuzüglich 10 v.H. wegen der Retinopathia diabetica (richtig wohl: Pseudophakie), insgesamt also 60 v.H. Ab dem 15.08.2012 habe der Fernvisus beiderseits 0,05 betragen, was einer MdE von 100 v.H. entspreche. Abschließend hat Dr. Dr. Beisel ausgeführt, es sei nicht möglich, den Nachweis zu führen, ob sich die diabetische Netzhauterkrankung ohne die Notwendigkeit einer Katarakt-Operation ebenso verschlechtert hätte und das Maculaoedem mit dem massiven Sehschärfenverlust nicht eingetreten wäre. Der Verlust der körpereigenen Linse und der damit einhergehende Verlust der Schutzfunktion gegenüber der Strahlenbelastung sei jedoch so gravierend, dass die Folgen hieraus als berufskrankheitsbedingt zu werten seien, wenn auch nicht auszuschließen sei, dass ein Teil auf die diabetische Retinopathie zurückzuführen sei.

Die Beklagte ist diesem Gutachten mit Schriftsatz vom 30.05.2016 entgegengetreten. Nach Auffassung der Gutachterin habe durch die Ersetzung der körpereigenen Linsen durch Kunstlinsen die Filterfunktion der körpereigenen Linsen, die die Wärmestrahlung in gewissem Sinne absorbiert hätten, die thermische Strahlung ungehindert auf den hochsensiblen Maculabereich einwirken und ein Maculaoedem auslösen können. Da gemäß den Feststellungen des Präventionsdienstes der Beklagten vom 23.10.2012 und 26.11.2012 der Kläger seit 2005 keiner wärmegefährdenden Strahlung mehr ausgesetzt gewesen sei und er gegenüber Prof. Dr. Gümbel bei der Untersuchung am 23.10.2013 selbst angegeben habe, seit 2003 ausschließlich mit Kaltschweiß-Arbeiten beschäftigt gewesen zu sein, könne dem Gutachten nicht gefolgt werden, da die aufgestellte These, das Einsetzen der Kunstlinsen ohne Filterfunktion sei rechtlich wesentlich ursächlich für die

im Jahr 2012 eingetretene erhebliche Verschlechterung des Sehvermögens des Klägers, mangels vorliegender Wärmegefährdung nicht zu belegen und daher nicht schlüssig sei.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und die Prozessakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

## Entscheidungsgründe

Die nach den §§ 143, 144 und 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig und begründet.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 4 SGG zulässig. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 14.01.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.06.2014, mit welchem die Beklagte beim Kläger eine Berufskrankheit nach Nr. 2401 mit einem am 08.07.2010 eingetretenen Versicherungsfall und als gesundheitliche Folgen einen durch Wärmestrahlung verursachten Grauen Star mit leichter Sehminderung bei Zustand durch Implantation einer Kunstlinse korrigiertem Linsenverlust beidseits und nachfolgender YAG-Kapsulotomie anerkannt (festgestellt), aber die Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen der Berufskrankheit abgelehnt hat, weil sie die ab Februar 2012 eingetretene erhebliche Sehverschlechterung auf den Diabetes mellitus des Klägers zurückgeführt und bei der MdE-Bemessung nicht berücksichtigt hat.

Die Berufung des Klägers hat Erfolg. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen, weshalb der Gerichtsbescheid vom 08.10.2014 aufzuheben war. Der Bescheid der Beklagten vom 14.01.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.06.2014 ist, soweit sie die Gewährung von Verletztenrente abgelehnt hat, rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Da die sich seit Februar 2012 allmählich eingetretene erhebliche Verschlechterung des Sehvermögens aufgrund von beidseitigen Maculaoedemen, die neben den von der Beklagten anerkannten Gesundheitsstörungen zur Überzeugung des Senats weitere gesundheitliche Folgen der Berufskrankheit Nr. 2401 sind, bei der MdE-Bemessung mitzuberücksichtigen ist, hat der Kläger Anspruch auf die Gewährung von Verletztenrente wegen der gesundheitlichen Folgen der von der Beklagten anerkannten Berufskrankheit nach Nr. 2401 der Anlage 1 zur BKV.

Der Anspruch des Klägers auf Verletztenrente richtet sich nach den Vorschriften des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) sowie des auf seiner Grundlage erlassenen Rechts. Dies folgt aus § 214 Abs. 3 SGB VII. Danach gelten die Vorschriften über Renten, Beihilfen, Abfindungen und Mehrleistungen auch für Versicherungsfälle, die vor dem Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes eingetreten sind, wenn diese Leistungen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmals festzusetzen sind. Die hier begehrte Verletztenrente aufgrund der BK Nr. 2401 könnte frühestens mit dem Tag ihrer Anerkennung, dem 08.07.2010, beginnen. Die Rente ist daher erst nach Inkrafttreten des SGB VII erstmals festzusetzen.

Nach § 26 Abs. 1 SGB VII haben Versicherte wegen nachgewiesener Gesundheitsschäden, deren wesentliche Ursache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Versicherungsfall ist, Anspruch auf Entschädigungsleistungen u. a. in Form von Heilbehandlung (§ 27 SGB VII) oder Geldleistungen (Verletztengeld < § 45 SGB VII> und Verletztenrente <§ 56 SGB VII>). Nach § 56 Abs. 1 SGB VII erhalten Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente; die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern, vgl. § 56 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB VII.

Versicherungsfälle im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). BKen sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die Versicherte bei einer der in den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII genannten Tätigkeiten erleiden (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Nach § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII ist die Bundesregierung ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind, wobei sie auch bestimmen kann, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheiten ursächlich waren oder sein können. Von dieser Ermächtigung hat der Verordnungsgeber mit Erlass der Anlage 1 zur BKV, die eine Liste der BKen enthält, Gebrauch ge-

macht. Die BKV umschreibt den Tatbestand der BK Nr. 2401 wie folgt: „Grauer Star durch Wärmestrahlung".

Für die Feststellung einer Listen-BK ist im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist nach der Rechtsprechung des BSG keine Voraussetzung einer Listen-BK (BSG, Urteil vom 15.09.2011 - B 2 U 22/10 R = NZS 2012, 151). Dabei gilt für die Überzeugungsbildung des Gerichts hinsichtlich der "versicherten Tätigkeit", der "Verrichtung", der "Einwirkungen" und der "Krankheit" der Beweisgrad des Vollbeweises, also der an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit. Für die Überzeugungsbildung vom Vorliegen der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge und der rechtlich zu bewertenden Wesentlichkeit einer notwendigen Bedingung genügt indes der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 02.04.2009 - B 2 U 30/07 R = BSGE 103, 45 = SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 3101 Nr. 4 BKV, jeweils Rn. 16 m.w.N. und - B 2 U 9/08 R = BSGE 103, 59 = SozR 4-2700 § 9 Nr. 14 BKV, jeweils Rn. 9 m.w.N.; BSG, Urteil vom 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R = BSGE 108, 274).

Die erste Voraussetzung für die Gewährung von Verletztenrente, das Vorliegen eines Versicherungsfalls, ist erfüllt. In Anwendung der dargestellten Grundsätze hat die Beklagte in ihrem Bescheid vom 14.01.2014 zu Recht festgestellt, dass beim Kläger eine BK 2401 „Grauer Star durch Wärmestrahlung" mit einem am 08.07.2010 eingetretenen Versicherungsfall besteht und als dessen gesundheitliche Folgen einen durch Wärmestrahlung verursachten Grauen Star mit leichter Sehminderung bei Zustand durch Implantation einer Kunstlinse korrigiertem Linsenverlust beidseits und nachfolgender YAG-Kapsulotomie anerkannt (festgestellt). Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig (vgl. BSG, Urteil vom 18.11.2015 – SozR 4-3800 § 1 Nr. 22 –, juris, Rn. 26). Der Senat legt dies seiner Entscheidung zugrunde.

Die zweite Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge dieses Versicherungsfalls in rentenbegründender Höhe von wenigstens 20 v.H., ist ebenfalls, und zwar ab dem 01.02.2012, erfüllt. Der Senat stützt seine Überzeugung insoweit maßgeblich auf das schlüssige und nachvollziehbare Gutachten von Dr. Dr. Beisel. Zu

Unrecht hat die Beklagte die ca. 6 Monate nach den Augenoperationen vom 19.10.2010 und 09.11.2010 entstandenen Maculaoedeme an beiden Augen und eine infolgedessen eingetretene erhebliche Verschlechterung des Sehvermögens auf den Diabetes mellitus zurückgeführt und deshalb als BKFolge und somit auch bei der Bestimmung der MdE-Höhe unberücksichtigt gelassen und infolge dessen die Gewährung von Verletztenrente abgelehnt.

Ebenso wie die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheit(-erst-)schaden und Unfallfolge beim Arbeitsunfall (vgl. nur BSG vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - BSGE 96, 196 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 17, jeweils Rdnr. 10) ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen der berufsbedingten Erkrankung und den BKFolgen zwar keine Voraussetzung des Versicherungsfalles, aber Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente. Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalles muss ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen (vgl., auch zum Folgenden, BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R a.a.O., Rn. 12).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. zu den Unterschieden BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio-sine-qua-non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Diese Unterscheidung und Zurechnung erfolgt im Sozialrecht nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Nach dieser werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (grundlegend: Reichsversicherungsamt, AN 1912, S 930 f; übernommen vom BSG in BSGE 1, 72, 76; BSGE 1, 150, 156 f; st. Rspr., vgl. BSG vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 15, jeweils Rn. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSGE 1, 72, 76).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung (zusammenfassend BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R –, a.a.O., Rn. 15) folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte.

Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes und der zeitliche Ablauf des Geschehens – allerdings ist eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war – sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (vgl. BSGE 38, 127, 129 = SozR 2200 § 548 Nr. 4; BSG SozR 4-2200 § 589 Nr. 1, zusammenfassend BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R –, a.a.O., Rn. 16)

Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (stRspr BSGE 19, 52 = SozR Nr 62 zu § 542 aF RVO; BSGE 32, 203, 209 = SozR Nr 15 zu § 1263 aF RVO; BSGE 45, 285, 287 = SozR 2200 § 548 Nr 38, BSGE 58, 80, 83 = SozR 2200 § 555a Nr 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R –, a.a.O., Rn. 20)

Der Senat sieht es nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme als wahrscheinlich an, dass sich die von Dr. Dr. Beisel diagnostizierten beidseitigen Maculaoedeme infolge der grundsätzlich erfolgreichen operativen Behandlung des durch die Wärmestrahlung, welcher der Kläger infolge der Tätigkeit als Schweißer langjährig exponiert gewesen ist, entstandenen Grauen Stars bei weiter fortdauernder beruflich bedingter Einwirkung gegenüber IR- und UV-Strahlung entwickelt haben.

Nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII sind Folgen eines Versicherungsfalls auch Gesundheitsschäden infolge der Durchführung einer Heilbehandlung. Durch die operative Entfernung der körpereigenen Linsen rechts am 19.10.2010 und links am 09.11.2010 und die Ersetzung durch Kunstlinsen (Pseudophakie) ist die Filterfunktion der körpereigenen Linse entfallen, die die Netzhaut wesentlich besser vor Ultraviolett- (UV-) und Infrarot- (IR-) Strahlung schützt als eine Kunstlinse, wie Dr. Dr. Beisel in ihrem Gutachten ausgeführt hat. Bereits Prof. Dr. Triebig hat in seinem Gutachten vom 22.02.2013, welches der Senat im Urkundsbeweis verwertet hat, ausgeführt, dass gesundheitlich relevant die UV-Strahlen des energiereichen UV-B-Spektrums sind und diese in der (körpereigenen) Linse absorbiert werden. Ebenso transmittiert Wärmestrahlung (d.h. IR-Strahlen) die Hornhaut und wird in der (körpereigenen) Linse absorbiert (vgl. Gutachten Prof. Dr. Triebig, Bl. 29 und 31 <169 und 171 Verwaltungsakte>). Entscheidend für die linsenschädigende Wirkung ist der Transmissionsgrad der Strahlung. Die einwirkende Strahlungsenergie wird wellenlängenabhängig von den verschiedenen Augenabschnitten absorbiert und kann zur Erwärmung der Linse führen, was zur Entwicklung eines Grauen Stars führen kann (Bl. 170 VA). Nachdem die körpereigenen Linsen entfernt worden und durch Kunstlinsen ersetzt wurden, ist diese Filterfunktion entfallen. Die UV- und IR-Strahlung, welcher der Kläger nach Aufnahme der Tätigkeit als Kaltschweißer trotz Einhaltung der erforderlichen Schutzmaßnahmen wieder ausgesetzt wurde, konnte, wie Dr. Dr. Beisel in ihrem Gutachten ausgeführt hat, bei fehlenden körpereigenen Linsen durch die Kunstlinsen nicht oder nicht ausreichend gefiltert und konnte deshalb ungehindert auf die Netzhaut einwirken und diese insbesondere im hoch empfindlichen Maculabereich schädigen. So ist nachvollziehbar, dass die beiderseitigen Maculaoedeme sich nicht unmittelbar nach Durchführung der Cataract-Operationen entwickelt haben, sondern erst ca. 6 Monate später nach der Wiederaufnahme der Tätigkeit als Schweißer.

Die Theorie der wesentlichen Bedingung verlangt bei der Prüfung, ob eine Einwirkung einen wesentlichen Kausalbeitrag gesetzt hat, nicht abstrakt eine mindestens gleichwertige Bedeutung

für den Erfolg. So lässt sie es nach der Rechtsprechung des BSG zum Beispiel zu, ihre "Wesentlichkeit" für die festgestellte Erkrankung auch bei einem naturphilosophisch notwendigen Zusammenwirken mehrerer in der Anlage zur BKV bezeichneter schädigender Einwirkungen zu bejahen. Dem Zusammenwirken einzelner Mitbedingungen in einer Gruppe, die als Kollektiv für einen Erfolg wesentlich ist, kann so viel Eigenbedeutung zukommen, dass auch dem einzelnen Listenstoff des Einwirkungsgemischs wesentliche Bedeutung für den Erfolg i.S. eines BK-Tatbestands zukommt (BSG, Urteil vom 12. Januar 2010 – B 2 U 5/08 R –, SozR 4-2700 § 9 Nr 17, Rn. 38).

Eine vergleichbare Situation besteht hier. Die Entstehung der Maculaoedeme ist zwar keine unmittelbare Folge der Katarakt-Operationen, die für sich genommen erfolgreich verlaufen sind und in deren Folge sich zunächst eine Besserung des Sehvermögens des Klägers eingestellt hat. Gleichwohl sind diese eine wesentliche Ursache für die Entstehung der Maculaoedeme gewesen, auch wenn diese sich erst zeitverzögert, nach ca. 6 Monaten, entwickelt haben. Ohne Entfernung der körpereigenen Linsen hätte die fortdauernde UV- und IR-Strahlung während des Schweißens weiterhin auf diese eingewirkt, wäre zu einem großen Teil von diesen absorbiert worden und hätte nicht unmittelbar auf den hoch empfindlichen Maculabereich einwirken können. Mit der fortdauernden Exposition gegenüber IR- und UV-Strahlung hat es eine weitere wesentliche Ursache für die Entstehung der Maculaoedeme gegeben, aber das hindert den Senat nicht, hier in wertender Betrachtung entscheidend auf die operative Entfernung der körpereigenen Linsen abzustellen. Das gebietet auch der Schutzzweck der Norm. Mit der BK 2401 wurde vom Verordnungsgeber Trübungen der Augenlinse (Grauer Star, vgl. Merkblatt zu BK Nr. 28 der Anl. 1 zur 7. BKVO, Bekanntmachung des BMA v. 12.06.1963, BArbBl. Fachteil Arbeitsschutz 1963, 130 f., Teil II: Krankheitsbild und Diagnose, abgedruckt in: *Mehrtens/Brandenburg*, Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), M 2401, S. 1), die durch berufliche Einwirkung von Wärmestrahlung entstehen, als BK in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Dabei umfasst der Begriff der Wärmestrahlung in der BK-Definition der Nr. 2401 nicht nur die IR-Strahlung, sondern sämtliche Strahlungsarten, die typischerweise von einem unter hohen Temperaturen glühenden Material ausgehen, mithin neben IR-Strahlung auch UV-Strahlung. So hat das BSG entschieden, dass auch eine durch UV-Strahlung verursachte Linsentrübung eine Berufskrankheit i.S. der Anl. 1 Nr. 2401 zur BKVO (Grauer Star durch Wärmestrahlung) sein kann (BSG, Urteil vom 23.09.1997 – 2 RU 10/96 –, SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2401 Nr. 1, SozR 3-2200 § 551 Nr. 10, juris). Die Standardtherapie zur Behandlung des Grauen Stars besteht in den beim Kläger im Oktober/November 2010 durchgeführten Operationen, d.h. einer operativen Interven-

tion mit Implantation einer Kunstlinse (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin „Arbeit unter Einwirkung von Infrarotstrahlung <Wärmestrahlung> – Gefährdungen und Schädigungen von Augen und Haut, AWMF- <Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften> Register-Nr. 002/010, Stand 02/2012, Seite 5, Nr. 4.1; zur Relevanz der AWMF-Leitlinien zur Bestimmung des jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes vgl. BSG, Urteil vom 24.07.2012 – B 2 U 9/11 R –, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rn. 68). Wenn aber die Folge dieser – vorliegend erfolgreich durchgeführten – Therapie ist, dass die IR- und UV-Strahlung, welcher der Kläger berufsbedingt weiterhin ausgesetzt war, nicht mehr von der körpereigenen Linse „aufgefangen" wurde, sondern ungefiltert auf den empfindlichen Maculabereich einwirken konnte, und sich infolge dessen Maculaoedeme entwickelt haben, dann wird dies als Behandlungsfolge vom Schutzzweck der Norm mit umfasst, zumal die gesundheitliche Folge, eine starke Sehminderung, welche sich infolge dessen eingestellt hat, weitgehend identisch ist mit den Auswirkungen eines unbehandelten grauen Stars.

Der Senat ist davon überzeugt, dass der Kläger, anders als die Beklagte in ihrem Schriftsatz vom 30.05.2016 gemeint hat, nach seinen Augenoperationen berufsbedingt weiterhin relevanter UV- und IR-Strahlung und damit „Wärmestrahlung" im Sinne der BK-Definition in Nr. 2401 der Anlage zur Ziff. 1, ausgesetzt war. Der Kläger war krankheitsbedingt vom 18.10.2010 bis zum 26.11.2010 arbeitsunfähig (Vorerkrankungsbescheinigung der AOK Ostwürttemberg v. 22.06.2012, Bl. 38 VA) und ging danach wieder seiner Tätigkeit als Schweißer nach, die er bis zum Jahresende 2011 jeweils nur kurzzeitig (am 25.02.2011, 17./18.03.2011, vom 01.04. bis 08.04.2011, vom 01.06.2011 bis 08.07.2011, vom 31.08. bis zum 09.09.2011 und vom 08.12. bis 09.12.2011) krankheitsbedingt unterbrach. Auch im Jahr 2012 ging der Kläger seiner Tätigkeit als Schweißer noch bis zum Eintritt der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit am 11.05.2012 nach, unterbrochen durch Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 01. bis 03.02.2012, vom 16. bis 23.02.2012, 01.03. bis 05.04.2012. Aus den Stellungnahmen des Präventionsdienstes vom 23.10.2012 und vom 26.11.2012 entnimmt der Senat, dass der Kläger ab 1994 überwiegend und nach 2002 ausschließlich Arbeiten im Kaltschweißverfahren (Lichtbogenhand-Schweißverfahren) mit einer Stromstärke von 135 Ampere an großen Motorenblöcken zu verrichten hatte. Die davor dominierenden Arbeiten im Warmschweißverfahren waren entfallen. Die Lichtbogenbrenndauer betrug ca. 50 % der Arbeitszeit, davon entfielen wiederum ca. 10 % auf das Schweißen innerhalb von Hohlräumen mit einem Durchmesser innerhalb des Motorblocks. An diesen Stellen war das Tragen der Schutzausrüstung – zur Verfügung standen seit 2005 ein Automatik-Schutzschild mit einer Stärke Stufe 12, darüber hinaus ein Handschild (Stufe 11) – nicht immer möglich. Für ein

Handschild war nicht genug Platz und auch das Tragen eines Kopfschildes war dem Kläger wegen der räumlich beengten Verhältnisse nicht immer möglich. Deshalb benutzte er zum Teil nur eine Schweißer-Schutzbrille mit Gläsern der Schutzstufe 9 oder sogar, wie er im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 25.07.2016 glaubhaft angegeben hat, nur der Schutzstufe 7 und umwickelte sich – um Verbrennungen zu vermeiden – das Gesicht mit Lappen (auch bei Verwendung des Handschildes). Trotzdem bekam er öfter Verbrennungen im Gesichts-, Brust- und Bauchbereich mit Blasen. Von dem Lichtbogen ging sehr intensive Strahlung im ultravioletten, im sichtbaren und im Infrarotbereich aus, die dazu führte, dass er sich bis 2005, als das Handschild durch ein Automatik-Schutzschild ersetzt wurde, regelmäßig (durchschnittlich jeden 2. Tag) beim Ansetzen der Schweißnähte die Augen „verblitzte". Laut Aussage des arbeitsmedizinischen Sachverständigen Prof. Dr. Triebig (Bl. 172 VA) ist, während beim Gasschweißverfahren die Infrarotstrahlung dominiert, der wesentliche Faktor beim Lichtbogenschweißverfahren die UV-B-Strahlung, der bei langjähriger Exposition die Netzhaut schädigen kann. Die effektive Bestrahlungsstärke gegenüber UV-Strahlung beim Elektroschweißen lag im Falle des Klägers bei einer Stromstärke von 135 Ampere und einem Abstand von 0,6m bei 3,9 W/m (Präventionsbericht vom 23.10.2012, Bl. 57 VA). Die verwendeten Schutzgläser bzw. Schutzscheiben konnten zwar einen Teil der auftretenden Strahlung absorbieren, jedoch nicht die gesamte Strahlung, was der Präventionsdienst für die beim Lichtbogenhand-Schweißverfahren ebenfalls auftretende IR-Strahlung in der Stellungnahme vom 23.10.2012 (Bl. 57 VA) im Einzelnen belegt hat. Auf diese Ausführungen nimmt der Senat ergänzend Bezug.

Der Senat verkennt nicht, dass beim Kläger mit dem im November 2002 erstmals diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 eine relevante Konkurrenzursache bestanden hat, welche die Entstehung des Maculaoedems beider Augen begünstigt hat, mithin dafür teilursächlich ist. So hat Dr. Dr. Beisel in ihrem Gutachten ausgeführt, dass sie davon ausgeht, dass das Maculaoedem beider Augen auch durch den jahrelangen mangelhaft eingestellten Diabetes mellitus und die daraus entstandene diabetische Retinopathie verursacht wurde (Bl. 84 Senatsakte). Eine wesentliche Teilursache vermag der Senat darin jedoch nicht zu erkennen. Bei der vorzunehmenden wertenden Betrachtung kommt dem zeitlichen Verlauf wesentliche Bedeutung zu. Bereits präoperativ, am 08.07.2010, hatte der Augenarzt Topalidis beim Kläger u.a. eine milde diabetische Retinopathie diagnostiziert (Bl. 84 VA). Trotz des im November 2002 erstmals diagnostizierten Diabetes mellitus Typ II mit unter oraler Therapie deutlich erhöhten Langzeit-Blutzuckerwerten (HbA1c-Werte), die zwischen Februar 2003 und Juni 2009 im zweitstelligen Bereich zwischen 10,1% und 12,0% lagen, war die Sehfunktion nach den Katarakt-Operationen praktisch uneingeschränkt

(nach Linsentausch lag der Fernvisus rechts bei 1,0 und links bei 0,8), d.h. trotz jahrelanger unbefriedigend eingestellter Blutzuckerwerte hatten sich bis zu den Operationen weder eine stärkergradige diabetische Retinopathie noch Maculaoedeme entwickelt. Die präoperativ reduzierte Sehschärfe war lediglich durch die Eintrübung der Linsen bedingt. Erst Monate nach Entfernung der körpereigenen Linsen wurde das Sehvermögen infolge von sich beidseits neu ausbildenden Maculaoedemen schlechter. So betrug der unkorrigierte Fernvisus rechts am 29.11.2011 noch 1,0, am 08.12.2011 schon nur noch 0,8 (links zu dem Zeitpunkt ebenfalls 0,8, vgl. tabellarische Aufstellung im Gutachten des Prof. Dr. Gümbel vom 01.12.2013, Bl. 271 ff. VA [273 f.]), am 01.02.2012 dann nur noch rechts 0,6 und links 0,2. Dieser zeitliche Verlauf spricht dafür, dass die ungefiltert auf die Macula auftreffende UV- und IR-Strahlung infolge der beruflichen Exposition als Schweißer der wesentliche Faktor für die Entwicklung der Maculaoedeme, war.

Hinzu kommt, dass im Zeitraum, in dem sich die Maculaoedeme entwickelt haben, der Kläger zwar am 04.04.2011 mit 11,3 % und am 21.06.2011 mit 11,7 % (Aufnahmeuntersuchung im Diabetes-Zentrum Mergentheim) deutlich erhöhte Langzeit-Blutzuckerwerte aufgewiesen hat, diese aber auch nicht deutlich höher waren als die zwischen Februar 2003 und Mai 2010 von Dr. Grasselt erhobenen Werte, die zwischen 10,0% und 12,0% lagen. Die Hyperglykämie konnte während der stationären Behandlung durch eine Anpassung der Therapie (Umstellung von der rein oralen Therapie auf eine Kombinationstherapie mit einem NPH-Verzögerungsinsulin zur Nacht) weitgehend normalisiert werden. Der Langzeitblutzuckerwert, der vor der Hypoglykämie noch 8,9 % (Messung vom 26.10.2010) betragen hatte, betrug am 25.11.2011 nur noch 7,4 %. Am 03.02.2012 lag er mit 9,3% noch im einstelligen Bereich, ebenso am 12.07.2012 mit 7,9%. Bezogen auf den Zeitraum vom 21.06.2011 bis 01.07.2011, der stationären Behandlung des Klägers im Diabetes Zentrum Mergentheim, berichteten die behandelnden Ärzte im Entlassungsbericht vom 20.11.2012 (Bl. 86 ff. VA) von einer nur „milden" Veränderung des Augenhintergrundes.

Zwar haben die Vorgutachter bzw. die vor Erstattung des Gutachtens durch Dr. Dr. Beisel mit der Sache befassten Beratungsärzte als wesentliche Ursache der nach Durchführung der Katarakt-Operationen eingetretenen erheblichen Sehverschlechterung die diabetische Retinopathie benannt. Allerdings haben Dr. Lenz, Dr. Zarth und Prof. Dr. Gümbel die Auswirkungen des Entfallens der Schutzwirkung der körpereigenen Linse gänzlich unberücksichtigt gelassen und ohne andere mögliche Ursachen in Betracht zu ziehen und ohne eingehende Kausalitätserwägungen sogleich die diabetische Retinopathie als Ursache für die seit Frühjahr 2011 sich allmählich ein-

stellende Verschlechterung des Sehvermögens benannt. Prof. Dr. Triebig hat zwar auf die Gefährlichkeit nicht nur von IR-, sondern auch von UV-B-Strahlung hingewiesen, hat aber die Auswirkungen der Pseudophakie (Entfernen der körpereigenen Linse und Ersetzung durch eine Kunstlinse) in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt. Prof. Dr. Kohlhaas hat sich damit ebenfalls nicht vertieft auseinander gesetzt, sondern eingehende Ausführungen nur zur Frage einer dauerhaften Schädigung der Hornhautoberfläche durch „Verblitzen" gemacht, um dann den insulinpflichtigen Diabetes als wesentliche Ursache der Netzhautschädigung zu benennen.

Dem in der mündlichen Verhandlung gestellten Antrag der Beklagten, mittels Einholung eines weiteren augenärztlichen Gutachtens Beweis darüber zu erheben, ob die beim Kläger seit 2005 vorliegenden arbeitstechnischen Voraussetzungen nach einer wie beim Kläger vorgenommenen Katarakt-Operation mit Einsetzen künstlicher Linsen nach dem derzeit vorliegenden medizinischen Kenntnis- und Wissensstand zur Entstehung eines Maculaoedems führen kann, musste der Senat nicht nachkommen. Ausgehend vom Wortlaut des Antrags handelte es sich um eine bloße Beweisanregung, denn es fehlte bereits an einer bestimmten Tatsachenbehauptung (vgl. zu den Anforderungen an einen prozessordnungsgemäßen Beweisantrag – dem Aufstellen einer Tatsachenbehauptung unter Angabe des Beweismittels für die Tatsache – BSG, Beschluss vom 12.12.2003 – B 13 RJ 179/03 B – SozR 4-1500 § 160a Nr. 3, juris, Rn. 6 m.w.N.). Mit genau dieser Fragestellung hat sich die medizinische Sachverständige Dr. Dr. Beisel außerdem bereits in ihrem Gutachten vom 11.05.2016 eingehend auseinandergesetzt. Sie hat diese Frage eindeutig und mit für den Senat schlüssiger und nachvollziehbarer Begründung bejaht. Hält aber der Senat ein Gutachten für überzeugend, kann er den Antrag auf Einholung weiterer Gutachten zum selben Beweiskomplex zurückweisen (*Keller* in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG-Kommentar, 11. Auflage 2014, § 128 Rn. 7). Nur wenn ein Gutachten schwere Mängel aufweist, in sich widersprüchlich ist, von unzulässigen Voraussetzungen ausgeht oder Zweifel an der Sachkunde oder Sachdienlichkeit des Sachverständigen erweckt, könnte die Verpflichtung bestehen, ein weiteres Gutachten einzuholen (vgl. § 118 Abs. 1 SGG i.V.m. § 412 Abs. 1 der Zivilprozessordnung – ZPO, BSG, Beschluss vom 23.05.2006 – B 13 RJ 272/05 B –, Rn. 7, juris). Das aber ist hier nicht der Fall. Auch mit den Auswirkungen der Entfernung der körpereigenen durch künstliche Linsen hat sich Dr. Dr. Beisel hinreichend auseinandergesetzt und ausgeführt (S. 20 ihres Gutachtens), dass die durch die Schweißarbeiten entstehende Strahlung durch das Fehlen der köpereigenen Linsen durch die Kunstlinsen nicht oder jedenfalls nicht ausreichend gefiltert wurde. Weil aber die körpereigenen Linsen mit ihrer Filterfunktion durch Kunstlinsen ersetzt wurden, konnte die thermische Strahlung ungehindert auf den hoch sensiblen Maculabe-

reich einwirken und ein Maculaoedem auslösen (vgl. Seite 18 ihres Gutachtens). Das steht zur Überzeugung des Senats fest, so dass es zu der Frage, welcher Art die beim Kläger eingesetzten Kunstlinsen waren ebenso wenig weiterer Ermittlungen bedurft hat wie zu der Frage, welche Auswirkungen diese Linsen haben. Aus den genannten Gründen hat der Senat den Antrag der Beklagten mit im Termin verkündetem Beschluss abgelehnt.

Dr. Dr. Beisel hat in ihrem Gutachten die MdE aufgrund der BKFolgen zutreffend bemessen. Die von ihr vorgeschlagenen Werte berücksichtigen, dass Sehverschlechterung beim Kläger insgesamt aus beruflicher Ursache eingetreten ist. Sie stimmen zudem mit den Erfahrungssätzen der aktuellen unfallmedizinischen Literatur (vgl. *Schönberger/Mehrtens/Valentin*, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, 6.4.1 <S. 292> und 6.4.4. <S. 295 f.>) überein. Hiernach betrug nach den Operationen, bei einem Visus von zunächst 0,8 bis 1,0 rechts und 0,7 bis 0,8 links, die MdE wegen der intraokular korrigierten Linsenlosigkeit (bei einer Sehschärfe von mindestens 0,63 beidseits) 15 v.H., woraus, nachdem sog. „Stützrentenansprüche" vorliegend nicht geltend gemacht worden sind, kein Rentenanspruch resultiert. Ab dem 01.02.2012 betrug der korrigierte Fernvisus ausgehend von den vom Augenarzt Topalidis mitgeteilten Werten rechts korrigiert und unkorrigiert gleichermaßen 0,6 und links 0,2, was einer MdE von 20 v.H. wegen herabgesetzter Sehschärfe entspricht (*Schönberger* et al., a.a.O., S. 292), die wegen der Pseudophakie um 10 v.H. auf insgesamt 30 v.H. zu erhöhen ist (*Schönberger* et al., a.a.O., S. 296). Ab dem 15.05.2012 betrug der korrigierte Fernvisus rechts 0,2 und links 0,125 (Bericht der Augenambulanz des Universitätsklinikums Ulm vom 23.05.2012 über die Untersuchung vom 15.05.2012, Bl. 46 VA), was einer MdE von 50 v.H. wegen des Sehschärfenverlusts zuzüglich 10 v.H. wegen des verlorenen Anpassungsvermögens, mithin einer MdE von 60 v.H. entspricht. Erstmals am 15.08.2012 hat der Augenarzt Topalidis einen beiderseitigen Fernvisus von 0,05 beidseits (ohne Korrektur) gemessen. Auch mit Korrektur wurde nur noch dieser Wert erreicht (Messung vom 21.09.2012). Dies entspricht einer MdE von 100 v.H.

Der Rentenanspruch des Klägers beginnt am 02.02.2012. Nach § 72 Abs. 1 SGB VII werden Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem

1. der Anspruch auf Verletztengeld endet,

2. der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist.

Da beim Kläger Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nach Eintritt des Versicherungsfalls am 08.07.2010 ausweislich der Vorerkrankungsbescheinigung der AOK Ostwürttemberg sich entweder aus Erkrankungen ergeben haben, die keinen Bezug zu der streitgegenständlichen Berufskrankheit haben (z. B. Bronchitis im April 2011 oder Anpassungsstörungen im Juni/Juli 2011) oder aus einer diabetischen Retinopathie, die nicht BKFolge ist, ist vorliegend ein Anspruch auf Verletztengeld, der nach § 45 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII erfordert, dass Arbeitsunfähigkeit infolge des Versicherungsfalls eingetreten ist, nicht entstanden. Die Anspruch auf Verletztenrente des Klägers beginnt somit am 02.02.2012 (MdE von 30 v.H.)

§ 73 SGB VII bestimmt, dass, wenn sich aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen die Voraussetzungen für die Höhe einer Rente nach ihrer Feststellung ändern, die Rente in neuer Höhe nach Ablauf des Monats geleistet wird, in dem die Änderung wirksam geworden ist. Hierdurch hat der Gesetzgeber das Monatsprinzip für Änderungen der Rentenhöhe statuiert, wovon auch bei rückwirkender Rentenbemessung auszugehen ist (so die inzwischen allgemeine Auffassung in der Literatur, vgl. *Plum* in: Podzun, Unfallsachbearbeiter, Stand 1/16, Nr. 480 S. 25 m.w.N., *Kranig* in: Bereiter-Hahn/Mehrtens, A 845, § 73 SGB VII, Rz. 3.4, ders. in: Hauck/Noftz, SGB VII, Stand 06/07, § 73 Rn. 17). Deshalb hat der Kläger aufgrund des Eintritts einer MdE von 60 v.H. ab dem 15.05.2012 Anspruch auf Verletztenrente nach einer MdE von 60 v.H. ab dem 01.06.2012. Da ab dem 15.08.2012 auf Dauer die MdE von 100 v.H. beträgt, hat der Kläger ab dem 01.09.2012 einen entsprechenden Verletztenrentenanspruch.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

# Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

## I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht" in die elektronische Gerichtspoststelle des Bundessozialgerichts zu übermitteln ist. Weitere Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.
In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

## II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in die elektronische Gerichtspoststelle des Bundessozialgerichts zu übermitteln.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die per-

sönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Haseloff-Grupp Dr. Link Dr. Toparkus

## III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Die Übereinstimmung des Abdrucks
mit der Urschrift wird beglaubigt.
Stuttgart, den 29.07.2016

Kächele
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle