

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00160 vom 19. Februar 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-02-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2003.00160](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2003.00160)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00160 du 19 février 2004

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00160 del 19 febbraio 2004

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Gemäss Art. 9 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind, als Berufskrankheiten. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) hat er in Anhang I zur UVV eine Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt.

Nach der Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen. "Ausschliessliche" Verursachung hingegen meint praktisch 100 % des ursächlichen Anteils der schädigenden Stoffe oder bestimmten Arbeiten an der Berufskrankheit (BGE 119 V 200 Erw. 2a mit Hinweis).

1.2 Gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG gelten als Berufskrankheiten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen könnten, dass die bundesrechtliche Liste gemäss Anhang I zur UVV entweder einen schädigenden Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde (BGE 119 V 201 Erw. 2b mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des "ausschliesslichen oder stark überwiegenden" Zusammenhangs gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 126 V 186 Erw. 2b, 119 V 201 Erw. 2b mit Hinweis; RKUV 2000 Nr. U 408 S. 407).

1.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Ereignis die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person

beeinträchtigt hat, das Ereignis mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungsbeziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

1.5 Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges bei psychischen Fehlentwicklungen im Zusammenhang mit einer Berufskrankheit beurteilt sich - anders als im Zusammenhang mit Unfällen (vgl. BGE 115 V 133) - danach, ob die Berufskrankheit oder Geschehnisse in deren Zusammenhang nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet sind, psychische Störungen der aufgetretenen Art zu verursachen (BGE 125 V 456), mithin danach, ob der Eintritt des psychischen Gesundheitsschadens durch die Berufskrankheit allgemein als begründet erscheint (vgl. BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

1.6 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2. Die Beschwerdegegnerin verneinte das Vorliegen einer Berufskrankheit (Urk. 10/43), dies mit der Begründung, es sei kein in der Liste gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG vorliegendes Leiden diagnostiziert worden, es könne kein Verursachungsanteil von mindestens 75 % durch die Berufstätigkeit als Voraussetzung für ein Leiden gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG angenommen werden und für die psychische Komponente fehle es an der Adäquanz (Urk. 2 S. 4 Ziff. 2a-b).

Der Beschwerdeführer steht hingegen auf dem Standpunkt, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass er an einem sogenannten IEI-Syndrom leide und dies durch die Arbeitsplatzexposition ausgelöst worden sei, und dessen Einfluss auf das psychische Krankheitsbild sei nicht geklärt (Urk. 1 S. 5 Ziff. 13).

### E. 3

3.1 Gemäss der von Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, in seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. Januar 2003 (Urk. 10/42) zusammengefassten Vorgeschichte war der Beschwerdeführer seit Mitte Juni 1997 als Gerätereiniger bei der erwähnten

Arbeitgeberin tätig (wo er nach sechs Monaten Anstellung zum Leiter des Reinigungsteam befördert wurde; vgl. Urk. 10/46 S. 5 unten). Seit zirka Mitte Juli 1997 litt er an einer vorerst arbeitsabhängigen, vorwiegend gastrointestinalen Symptomatik (Nausea, Erbrechen, Gewichtsverlust), sowie Augenreizungen und Hautirritationen am Thorax, die im April/Mai 1999 dermatologisch abgeklärt wurden (vgl. Urk. 10/29). Ab Mai 2001 attestierte der Hausarzt, med. pract. C.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 10/2), eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Per Ende August 2002 wurde dem Beschwerdeführer gekündigt (vgl. Urk. 10/31). Sein Befinden verbesserte sich bis jedenfalls Januar 2003 nicht nachhaltig, abgesehen von den Hautirritationen, die seit langem verschwunden waren (Urk. 10/42 S. 1).

3.2 Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialärztin Dermatologie FMH, untersuchte den Beschwerdeführer am 14. April und 15. Mai 1999 und stellte am 17. Mai 1999 die Diagnose Exsikkationsdermatitis, toxische Einwirkung von Putzmitteln möglich (Urk. 10/29). Am 20. März 2002 teilte sie mit, der weitere Verlauf sei ihr nicht bekannt (Urk. 10/30).

3.3 Am 22. Mai 2001 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Magen-Darm-Krankheiten, über die von ihm durchgeführte Panendoskopie, die einen im Wesentlichen normalen Befund im Bereiche von Oesophagus, Magen und proximalem Duodenum ergeben habe, welcher die recht dramatische Symptomatologie mit einem ausserordentlich beunruhigenden Gewichtsverlust nicht erklären könne (Urk. 10/12).

3.4 Am 18. Juni 2001 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Chefarzt-Stellvertreter, Gastroenterologie, Spital Limmattal, über die von ihm durchgeführten Abklärungen und führte aus, es bestehe seines Erachtens ein Bezug der Beschwerden zur Arbeit mit hochtoxischen Reinigungsmitteln. Dafür spreche insbesondere, dass die Beschwerden sofort regredient seien, wenn der Beschwerdeführer in den Ferien sei oder nicht mehr arbeite (Urk. 10/13 S. 1 unten).

Eine am 3. Juli 2001 durchgeführte Ileo-Koloskopie ergab unauffällige Befunde (Urk. 10/14).

3.5 Am 31. Oktober 2001 teilte Dr. B.\_\_\_\_ dem Hausarzt mit, die Abklärung am Arbeitsplatz habe ergeben, dass die notwendigen Schutzmassnahmen eingehalten würden. Die in den verwendeten Desinfektions- und Reinigungsmitteln hauptsächlich vorkommenden Substanzen wiesen vorwiegend irritativen Charakter auf. Die beobachteten Hautveränderungen könnten allenfalls damit im Zusammenhang stehen. Die gastrointestinalen Symptome des Beschwerdeführers gehörten hingegen nicht zu den üblichen Nebenwirkungen (Urk. 10/7 S. 1).

3.6 Am 17. Januar 2002 führte Dr. B.\_\_\_\_ eine fachärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch (Urk. 10/25), bei welcher der ORL-Status von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH ORL, erhoben wurde (Urk. 10/25 S. 4 oben). Seit dem 21. Mai 2001 bestehe laut Zeugnis eine Arbeitsunfähigkeit, unterbrochen von einem gescheiterten Arbeitsversuch von zwei Wochen im November 2001 (Urk. 10/25 S. 2 oben). Dr. B.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen (Urk. 10/25 S. 5 oben):

■ Verdacht auf Aversionsreaktion gegenüber chlorhaltigen Reinigungs- und Desinfektionsmitteln

■ Verdacht auf depressive Episode nach ICD-10

## ■ Sinusitis maxillaris links und Rhinopathie bei Septumdeviation

In seiner Beurteilung führte Dr. B. aus, das vorwiegend durch gastrointestinale Symptome geprägte Beschwerdebild ziehe sich nun seit mehr als vier Jahren hin und zeige eine zunehmende Tendenz. Auffallend sei, dass sich seit der Niederlegung der Arbeit im Frühsommer 2001 bis heute keine nachhaltige Besserung oder sogar Abheilung der Beschwerden eingestellt habe. Man müsse deshalb davon ausgehen, dass sich das Beschwerdebild bis zu einem gewissen Grad vom Arbeitsplatz abgelöst und selbstständig habe. Dies komme auch darin zum Ausdruck, dass geringfügige geruchliche, ja sogar optische Reize, die mit Chlor in Zusammenhang gebracht würden, genügt, um erneut Nausea und Erbrechen auszulösen, eine Situation, die an einen bedingten Reflex denken lasse (Urk. 10/25 S. 5 oben).

Die verwendeten Produkte hätten allesamt - dosisabhängig - als ätzend beziehungsweise haut- und schleimhautirritierend zu gelten. Neben akuten Augen-, Nasen- und Rachenreizungen lösten diese Stoffe vor allem Atemwegssymptome wie zum Beispiel Husten aus. Bei extremeren Belastungen würden in Einzelfällen auch Nausea und Erbrechen beobachtet. Hingegen gebe es keine Hinweise, dass die genannten Verbindungen mit ihren kurzen biologischen Halbwertszeiten chronische Langzeitfolgen verursachen könnten, ausgenommen chronisch-bronchitische Beschwerden, die hier keine Rolle spielten (Urk. 10/25 S. 5 Mitte).

Es sei vorstellbar, dass der Beschwerdeführer gelegentlich kurzfristig erhöhten Konzentrationen der genannten Produkte gegenüber ausgesetzt gewesen sei. Diese hätten möglicherweise die ersten Beschwerden ausgelöst, die sich im Laufe der Zeit selbstständig hätten, ohne nachweisbare adäquate somatische Befunde zu hinterlassen. Diese Selbstständigkeit könnte auch erklären, warum nach Expositionskarenz keine deutliche Besserung eingetreten sei. Als Zufallsbefund habe sich eine Sinusitis maxillaris ergeben, welche die vom Beschwerdeführer ebenfalls geschilderten Kopfschmerzen erklären würde (Urk. 10/25 S. 5 unten).

Dr. B. empfahl zum weiteren Vorgehen eine psychiatrische Exploration und allenfalls Therapie (Urk. 10/25 S. 6 oben).

3.7 Am 15. Oktober 2002 erstattete Dr. med. I., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten (Urk. 10/38).

Dr. I. hielt als aktuelle Beschwerden fest, der Beschwerdeführer fühle sich ungesund, schwach und müde. Er wiege zur Zeit etwa 62 kg. Er reagiere allergisch auf Gerüche von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln, aber auch von Kerzen (Sterine), im Sinne von Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen. Ferner habe er alle 2-3 Tage frontale Kopfschmerzen und gelegentliche Knieschmerzen (Urk. 10/38 S. 4 oben).

Dr. I. diagnostizierte eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01), wofür die erhöhte Ermüdbarkeit, der Energiemangel, Einengung von Interesse und mangelnde Freude, Verlust des Selbstvertrauens, Appetitmangel und Gewichtsverlust sprächen. Differentialdiagnostisch lasse sich auch noch an eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) denken, wofür es aber weder in der Vorgeschichte noch in der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers genügend Hinweise gebe. Auch eine Anpassungsstörung (ICD-10: F34.2) auf die gesundheitliche Belastung am Arbeitsplatz erfülle nicht die geforderten Kriterien, insbesondere nicht in zeitlicher

Hinsicht (Urk. 10/38 S. 7 Mitte).

Die Arbeitsfähigkeit betrage aus psychiatrischer Sicht 50 %, steigerungsfähig sukzessive wieder auf 100 % (Urk. 10/38 S. 7 unten).

In Beantwortung der entsprechenden Fragen erklärte Dr. I. \_\_\_\_, die psychische Störung sei durch bio-psycho-soziale Faktoren ausgelöst worden und werde durch diese unterhalten (Urk. 10/38 S. 2 und 8 Ziff. 5.6). Der Einfluss der Persönlichkeitsstruktur dürfe das Beschwerdebild akzentuieren (Urk. 10/38 S. 2 und 8 Ziff. 5.4). Als belastende Faktoren könnten die Fremdheit (Migration) und sozio-kulturelle Anpassung des Beschwerdeführers angesehen werden (Urk. 10/38 S. 2 und 8 Ziff. 5.5).

Am 7. Januar 2003 erstellte Dr. B. \_\_\_\_ eine ärztliche Beurteilung, insbesondere zur Frage, ob das weiterhin bestehende und heute als leichte depressive Episode mit Somatisierung bezeichnete Krankheitsbild des Beschwerdeführers als Berufskrankheit taxiert werden könne (Urk. 10/42 S. 1 unten).

Eine chronische systemische Intoxikation durch die in Frage kommenden Substanzen beurteilte Dr. B. \_\_\_\_ als unwahrscheinlich, da diese vorwiegend lokale irritative Effekte, jedoch keine systemischen Langzeitwirkungen auslösten. Im Sinne einer beruflichen Einwirkung sei lediglich die schon 1999 von Dr. D. \_\_\_\_ bestatigte Exsikkationsdermatitis zu betrachten; sie nehme im gesamten Krankheitsbild jedoch eine völlig untergeordnete Rolle ein und sei in der Zwischenzeit längst wieder abgeklungen (Urk. 10/42 S. 2 Mitte).

Eine weitere Differentialdiagnose sei das sogenannte Multiple chemical sensitivity-Syndrom (MCS), neu auch als "idiopathic environmental intolerance" (IEI) bekannt, bei dem umstritten sei, ob es sich dabei überhaupt um ein echtes Krankheitsbild handle. Es handle es sich um ein bis heute kaum objektivierbares Geschehen, einen durch inhalative Exposition gegenüber verschiedenen Umweltschadstoffen ausgelösten, mindestens drei Monate dauernden Symptomenkomplex, bei dem mindestens drei verschiedene Organsysteme einschliesslich das Zentralnervensystem, beteiligt seien (vgl. Urk. 10/40-41). Etliche der betroffenen Patienten wiesen gleichzeitig Störungen aus dem psychiatrischen Formenkreis auf (Urk. 10/42 S. 2 unten). Es sei denkbar, dass die Symptomatik des Beschwerdeführers einem IEI zugeordnet werden könnte, ebenso die schon früher rein deskriptiv diagnostizierte Aversionsreaktion. Es sei jedoch festzuhalten, dass das IEI keineswegs einem allgemein anerkannten Krankheitsbild entspreche (Urk. 10/42 S. 3 oben).

Als weitere Differentialdiagnose sei diejenige des Psychiaters - depressive Episode mit somatischem Syndrom - zu erwähnen. Da derartige Störungen bei einem IEI gehäuft auftreten, ergäben sich im Fall des Beschwerdeführers in der Tat Überschneidungen zwischen der psychiatrischen Diagnose und dem idiopathischen Umweltunverträglichkeitssyndrom (Urk. 10/42 S. 3).

Somit bleibe die Frage, ob das gemäss Dr. I. \_\_\_\_ vorwiegend im psychiatrischen Fachbereich einzuordnende Krankheitsbild des Beschwerdeführers in überwiegender Masse berufsbedingt sei oder nicht. Dies sei nach seiner Auffassung zu verneinen, weil es sich weder um ein organisch klinisch kaum fassbares Geschehen handle noch die erwähnten Arbeitsplatzsubstanzen dafür bekannt seien, in überwiegender Masse psychische Störungen, wie sie beim Beschwerdeführer diagnostiziert worden seien,

auszulassen (Urk. 10/42 S. 3 Mitte).

3.9. Am 2. April 2003 nahm Dr. B. noch einmal Stellung (Urk. 10/49), nachdem in der Einsprache vom 10. März 2003 unter anderem argumentiert worden war, der Beschwerdeführer sei Listenstoffen gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG ausgesetzt gewesen, Dr. B. habe das Krankheitsbild des Beschwerdeführers einem IEI zugeordnet und es bestehe qualifizierter Kausalzusammenhang zwischen den verursachenden Reinigungs- und Desinfektionsmitteln und der Krankheit (Urk. 10/46 S. 3 ff. Ziff. 5 ff.).

Dr. B. führte aus, ein zeitliches Zusammentreffen von Exposition und Beschwerden belege bekanntlich noch keinen ursächlichen Zusammenhang. Zudem sei zu unterscheiden: Selbst wenn Haut- und Schleimhautreizungen als Folgen der damaligen Exposition gegenüber Reinigungs- und Desinfektionsmitteln zu bejahen seien, so gelte dies nicht automatisch auch für die übrigen (gastrointestinalen) Beschwerden (Urk. 10/49 S. 1 Ziff. 5).

Zur Überschneidung zwischen der Diagnose einer depressiven Episode mit somatischem Syndrom einerseits und dem IEI und den oft damit verbundenen Symptomen andererseits führte Dr. B. aus, es sei ausserordentlich schwierig zu unterscheiden, welcher Art und in welchem Umfang depressive Symptome der eigentlichen depressiven Episode und welche dem IEI zugeordnet werden müssten, ganz abgesehen davon, dass es sich teilweise ohnehin um die gleichen Symptome handle (Urk. 10/49 S. 2 Ziff. 8).

Rein schulmedizinisch-toxikologisch gebe es keinen Grund dafür, dass der Beschwerdeführer heute noch unter vorwiegend gastrointestinalen Symptomen leiden müsste. Eine mögliche Erklärung der vorwiegend psychischen Beschwerden und damit ein allfälliger Zusammenhang mit der früheren Berufstätigkeit ergebe sich höchstens, wenn man dazu ein Hilfskonstrukt heranziehe, nämlich das der Aversionsreaktion beziehungsweise des IEI. Diese seien jedoch alles andere als schulmedizinisch anerkannte, mit objektiven Befunden belegbare Diagnosen. Ausserdem werde in der Fachliteratur ausgeführt, dass viele IEI-Patienten zu psychopathologischen Störungen neigten beziehungsweise solche im Rahmen des IEI zum Ausdruck brächten. Deshalb habe er denn auch die Auffassung vertreten, dass das IEI im vorliegenden Fall nicht unbedingt hilfreich sei, um zu einer klaren Diagnose und damit letztendlich zur Anerkennung einer überwiegend beruflichen Kausalität der Beschwerden zu gelangen (Urk. 10/49 S. 2 unten).

Letztlich sei es auch eine Frage der Adäquanz, ob nach allgemeiner Erkenntnis und Lebenserfahrung und dem üblichen Gang der Dinge eine Exposition gegenüber Reinigungs- und Desinfektionsmitteln im vorliegenden Ausmass das heute vom Beschwerdeführer gezeigte Beschwerdebild erwartet werden könne. Vielmehr sei es so, dass dieses durch die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers, wie von Dr. I. ausgeführt, zumindest akzentuiert werde (Urk. 10/49 S. 3 oben).

Die Beschwerden des Beschwerdeführers könnten nicht im Sinne einer chronischen Vergiftung erklärt werden. Auch ein persistierendes Hautleiden oder eine somatisch bedingte Erkrankung aus dem Bereich des Verdauungstraktes sei aufgrund der Anamnese und der erfolgten Abklärungen unwahrscheinlich. Wenn Übelkeit, gelegentliches Erbrechen und Untergewicht über das Expositionsende hinaus andauerten, müsste es dafür eine andere Ursache geben. Angesichts des Gesamtbildes komme dabei

in erster Linie ein Leiden aus dem psychiatrischen Formenkreis und hier wiederum eine depressive Episode mit somatischem Syndrom in Betracht. Alternativ käme als hypothetischer Erklärungsversuch die von ihm erwähnte Möglichkeit der Aversionsreaktion beziehungsweise des IEI in Betracht, die jedoch keine anerkannte Diagnose sei (Urk. 10/49 S. 3 Ziff. 9).

Die Beschwerden des Beschwerdeführers hätten zwar am Arbeitsplatz begonnen und die seinerzeitigen Haut- und Schleimhautreaktionen könnten zwanglos mit den damaligen Expositionen erklärt werden. Die übrigen Beschwerden, allenfalls im Sinne einer depressiven Episode mit somatischem Syndrom, seien jedoch erst im Laufe der weiteren Monate hinzugetreten und seien deshalb auch unter dem Aspekt der Adäquanz zu prüfen (Urk. 10/49 S. 3 unten).

#### **E. 4**

4.1 Zu beurteilen ist, ob gestützt auf die bisher getätigten Abklärungen die Frage einer überwiegend berufsbedingten Verursachung des beim Beschwerdeführer gegebenen Beschwerdebilds im Sinne von Art. 9 UVG zu bejahen oder verneinen ist, oder ob dazu - wie vom Beschwerdeführer beantragt (Urk. 1 S. 5 Ziff. 13) - weitere Abklärungen erforderlich sind.

4.2 Der Beschwerdeführer, der seit Mai 2001 nicht mehr arbeitet, leidet - auch gemäss seinen eigenen Angaben (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 7) - anhaltend an Nausea, Brechreiz und Erbrechen, Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen (vorstehend Erw. 3.6-7). Hautirritationen, die im Jahr 1999 dermatologisch abgeklärt wurden (vorstehend Erw. 3.2), sind seit der Niederlegung der Arbeit vollends abgeklungen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 8).

Aus psychiatrischer Sicht wurde eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert (vorstehend Erw. 3.7), wobei die im psychiatrischen Gutachten erwähnten Elemente der Ermüdbarkeit, des Energiemangels, der Interesseneinengung und mangelnden Freude der attestierten Depressivität zuzuordnen sind und die vorstehend genannten vorwiegend gastrointestinalen Beschwerden das somatische Syndrom darstellen. Die ebenfalls genannten Kopfschmerzen wurden von Dr. B. mit der von Dr. H. festgestellten Sinusitis maxillaris erklärt (vorstehend Erw. 3.6).

4.3 Unzutreffend ist die Darstellung des Beschwerdeführers, es sei aufgrund der medizinischen Berichte überwiegend wahrscheinlich, dass er an einem IEI-Syndrom leide (Urk. 1 S. 5 Ziff. 13). Dr. B., welcher auf dieses Konzept hingewiesen hatte (vorstehend Erw. 3.6), hat in seiner Beurteilung vom April 2003 ausführlich und differenziert dargelegt, inwiefern diese bereits in der Einsprache vom Beschwerdeführer vertretene Auffassung eine unzutreffende Interpretation seiner Ausführungen darstellt (vorstehend Erw. 3.8). Darauf ist, anstelle einer nochmaligen Erläuterung, zu verweisen. Dies gilt auch für weitere, ebenfalls bereits einspracheweise vorgetragene Interpretationen der Darlegungen Dr. B.s zum IEI und zum Stellenwert der psychiatrischen Diagnose (Urk. 1 S. 3 f., Ziff. 9 und 11).

4.4 Der Beschwerdeführer war im Rahmen seiner Arbeit, welche den Umgang mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln erforderte, verschiedenen Substanzen ausgesetzt, die in der Liste gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG enthalten sind.

Die verwendeten Substanzen haben - dosisabhängig - eine ätzende beziehungsweise haut- und schleimhautreizierende Wirkung. Sie lösen neben Augen-, Nasen- und Rachenreizungen vor allem Atemwegssymptome, namentlich Husten, aus sowie in Einzelfällen und bei extremen Belastungen auch Nausea und Erbrechen. Aufgrund ihrer kurzen biologischen Halbwertszeiten verursachen sie, ausser allfällige chronisch-bronchitische Beschwerden, keine chronischen Langzeitfolgen (vorstehend Erw. 3.6).

4.5 Beim Beschwerdeführer traten im Juli 1997, einen Monat nach Aufnahme seiner Tätigkeit, die ersten Beschwerden auf. Seit Mai 2001 abte der Beschwerdeführer, abgesehen von einem gescheiterten kurzen Arbeitsversuch im November 2001, keine Arbeit mehr aus. Seine Beschwerden hielten bis jedenfalls zum Zeitpunkt des Beginns des vorliegenden Verfahrens (August 2003) an.

Angesichts dieses Verlaufs und der beschriebenen Eigenschaften der betreffenden Substanzen (vorstehend Erw. 4.4) ist die Schlussfolgerung Dr. B. nachvollziehbar und einleuchtend, wonach die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht im Sinne einer chronischen Vergiftung infolge Exposition während des Arbeitsverhältnisses erklärbar sind und dass diese Exposition höchstens während des Arbeitsverhältnisses aufgetretene somatische Beschwerden ausgelöst haben könnte, nicht aber das danach über Jahre anhaltende Beschwerdebild zu erklären vermag (vorstehend Erw. 3.9).

4.6 Für die anhaltenden gastrointestinalen Beschwerden sind somit keine verursachenden Faktoren im Zusammenhang mit der im Mai 2001 eingestellten Arbeit mit entsprechender Langzeitwirkung ersichtlich (vorstehend Erw. 4.5). Andere somatische Ursachen konnten ebenfalls nicht eruiert werden (vorstehend Erw. 3.6).

Für das ursprüngliche Verständnis der erwähnten Beschwerden ist die psychiatrische Diagnose (depressive Episode mit somatischem Syndrom), verbunden mit einer Arbeitsfähigkeit von vorerst 50 % mit Steigerungspotential auf 100 %, einzubeziehen. In dieser Perspektive werden sie medizinisch fassbar als die somatische Komponente des fachärztlich diagnostizierten psychischen Beschwerdebilds (vorstehend Erw. 3.7), wobei Dr. B. nachvollziehbar dargelegt hat, in welchem Verhältnis die psychiatrische Diagnose, der von ihm verwendete Begriff der Aversionsreaktion und die nicht als Diagnose anerkannte Figur des IEI zu einander stehen (vorstehend Erw. 3.9).

Zur Frage der Kausalität der psychischen Störung führte der begutachtende Psychiater aus, sie sei durch bio-psycho-soziale Faktoren ausgelöst worden und werde durch diese unterhalten; der Einfluss der Persönlichkeitsstruktur dürfte das Beschwerdebild akzentuieren und die Migrations- und die sozio-kulturelle Situation dürften weitere Belastungsfaktoren darstellen (vorstehend Erw. 3.7).

4.7 Somit ergibt sich aus den vorliegenden medizinischen Beurteilungen, dass das aktuelle Beschwerdebild als Ausdruck einer psychischen Beeinträchtigung zu verstehen ist, die ihre Ursache gemäss der Einschätzung des gutachtenden Psychiaters nicht in der früheren Arbeitsplatzsituation hat (vorstehend Erw. 4.6).

An sich ist deshalb schon das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen aktuellem Beschwerdebild und dem früheren Umgang mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln zu verneinen.

Wäre ein natürlicher Kausalzusammenhang bezüglich der aktuellen psychischen Erkrankung bejaht, wäre zusätzlich dessen Adäquanz zu prüfen (vorstehend Erw. 1.6): Dass der typische Umgang mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln allenfalls Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen auslösen konnte, erscheint dabei nachvollziehbar. Hingegen wäre dies nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet, zu einer psychischen Beeinträchtigung in Form einer depressiven Episode, verbunden mit der Reaktion nicht nur auf die gleichen Gerüche, sondern auch auf den blossen Anblick einschlägiger Objekte (vgl. Urk. 10/25 S. 2 Mitte) und auf andere Gerüche (vgl. Urk. 10/38 S. 4 oben), und zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu führen (vgl. BGE 125 V 464 Erw. 5e, RKUV 2002 Nr. U 468 S. 520 f. Erw. 3b). Somit wäre jedenfalls das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhanges zu verneinen.

4.8 Es zeigt sich, dass gestützt auf die vorhandenen medizinischen Beurteilungen, die zudem alle praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend Erw. 1.6) vollumfänglich erfüllen, die Frage der Kausalität des aktuellen Beschwerdebilds zu verneinen ist, sich diese entscheidungswesentliche Frage mithin beantworten lässt, ohne dass es zusätzlicher Abklärungen bedürfte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit ist der anspruchsverneinende angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 13. Februar 2004 einen Aufwand von 8 Stunden 35 Minuten geltend gemacht (Urk. 15). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist sie somit mit Fr. 1'847.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die unentgeltliche Rechtsbeiständin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson, wird mit Fr. 1'847.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson

- Rechtsanwalt Mathias Birrer

- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie an:

- die Gerichtskasse

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.