

L 9 U 224/16

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Wiesbaden (HES)

Aktenzeichen

S 32 U 39/13

Datum

30.09.2016

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 9 U 224/16

Datum

25.09.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Anerkennung einer Krankheit (Silikose) als BK nach Nr. 4101 der Anlage 1 zur BKV setzt zwingend voraus, dass der Vollbeweis für das Vorliegen einer Silikose erbracht worden sein muss. Eine Silikose kann bildgebend durch Röntgen- und/ oder

Computertomographieaufnahmen nach Maßgabe der einschlägigen Klassifikationen (ILO / ICOERD) oder histologisch gesichert werden.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 30. September 2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander für das Klage- und Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist das Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) nach der Nr. 4101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) streitig.

Der 1936 geborene Kläger war vom 1. Dezember 1951 bis zum 31. März 1967 bei der E. (F.) als Bergbauarbeiter tätig. Vom 1. März 1967 bis zum 6. Januar 1986 arbeitete er bei der Firma G.-Raffinerie in G-Stadt als Anlagenfahrer in der Messwarte. Schließlich war er noch vom 6. Januar 1986 bis zum 30. September 1994 bei der H. AG im Bereich des Tanklagers tätig. Seit Januar 1997 bezieht der Kläger eine Altersrente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Im Mai 2010 zeigte die Fachärztin für Innere Medizin, Pneumologie und Notfallmedizin Dr. J. der Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH bei der Beklagten den Verdacht auf eine BK an. Bei dem Kläger bestehe ein retrosternales Druckgefühl und Dyspnoe bei Belastung. Bei einer Computertomographie des Thorax hätten sich fibrotische Veränderungen gezeigt. Die Bronchoskopie habe eine Anthrakose erbracht, die BAL (Bronchoalveoläre Lavage) eine lymphozytäre Alveolitis. Zudem seien eine Silikoanthrakose und ca. acht Asbestkörper nachgewiesen worden. Die Beschwerden seien erstmals im Oktober 2009 aufgetreten, eine aktuelle Behandlungsbedürftigkeit bestehe nicht. Im Rahmen der Sachermittlungen von Amts wegen zog die Beklagte Stellungnahmen zur Arbeitsplatzexposition ihres Präventionsdienstes vom 24. Juni 2010 (G.-Raffinerie), vom 6. Juli 2010 und 2. September 2010 (E.) und vom 16. September 2010 (K.-AG) bei. In medizinischer Hinsicht ermittelte sie bei Dr. J., dem Hausarzt des Klägers Herrn L. und auch bei dem behandelnden Pneumologen Dr. M ... Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Knappschaft-Bahn-See bestätigte unter dem 18. Oktober 2010 Beschäftigungszeiten des Klägers im Bergbau als Berglehrling (1. Dezember 1951 bis 17. März 1955), als Knappe (18. März 1955 bis 20. März 1958) sowie als Hauer (21. Februar 1958 bis 31. März 1967). Auf Veranlassung der Beklagten erstattete sodann Dr. N., Chefarzt der Klinik für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin der Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH, am 16. Februar 2011 nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 30. November 2010 ein fachinternistisches und pneumologisches Gutachten mit den Diagnosen Asbestose, Pneumokoniose der Kohlenbergerarbeiter, Mischstaub-Pneumokoniose bzw. "coal workers pneumokoniosis" und Quarzstaublungenenerkrankung. Der Sachverständige führte dazu aus, dass sich im Hinblick auf die Berufsanamnese und den radiologischen Befund in Form von HRCT der Thoraxorgane die für die Asbestose typische Pleurabeteiligung mit Fibrosebildung ergäbe und auch der histologische Nachweis von Asbestkörpern beim bronchoskopischen Gewebeprobegewinn das Vorliegen einer Asbeststaublungenenerkrankung bestätige. Mittels bronchoalveolärer Lavage habe bei dem Kläger außerdem eine mäßige lymphozytäre Alveolitis nachgewiesen werden können. Anamnestisch, laborchemisch, bildgebend und endoskopisch hätten sich keine anderen bedeutsamen Erkrankungen (abgesehen von der Silikose) feststellen lassen. Auch sei zu erwähnen, dass der Kläger in seinem Leben niemals geraucht habe und anhand der Untersuchungsverfahren keine congenialen Dispositionen wie z. B. eine

Allergieneigung bestehe. Nach der ausführlichen Eigen- und Berufsanamnese sei eine andere Ursache für die Noxenexposition (Asbest) außer berufsbedingt unwahrscheinlich. Im pulmokardialen Bereich diagnostizierte Dr. N. eine Asbeststaublungenenerkrankung und eine durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura mit leicht- bis mittelgradiger restriktiver Ventilationsstörung sowie eine leichtgradige Ruhehypoxämie. Radiologisch lasse sich bei dem Kläger eine Silikose nicht eindeutig begründen. Eine kausale Zuordnung der fibrotischen Veränderungen zur Einwirkung quarzhaltiger Stäube sei daher erschwert und nicht möglich. Zu der Expertise äußerte sich der beratende Arzt der Beklagten Dr. O. am 15. Juli 2011. Er kam im Ergebnis dazu, dass sich nach Auswertung der Computertomographien der Thoraxorgane vom 30. November 2010 eine mit der im Versicherungsrecht geforderten Wahrscheinlichkeit typische, als asbestassoziiert zu bewertende Veränderung von Lunge und Pleura nicht abgrenzen lasse. Aufgrund der dokumentierten beruflichen Asbestexposition von nur 0,1 Faserjahren sei ein Ursachenzusammenhang mit der computertomographisch dokumentierten segmental begrenzten Fibrosierung des Lungenparenchyms unwahrscheinlich. Auch zeigten sich keine eindeutigen silikotischen Fleckschatten. Mit Bescheid vom 26. August 2011 lehnte die Beklagte die Anerkennung der BK nach den Nrn. 4101 und 4102 der BK-Liste ab. Sie führte aus, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers die Voraussetzungen einer BK nach dem Ergebnis ihrer Ermittlungen nicht erfüllten. Eine BK nach Nr. 4101 liege vor, wenn sichere Quarzstaublungenveränderungen festgestellt würden, eine BK nach Nr. 4102, wenn sichere Quarzstaublungenveränderungen mit einer aktiven Lungentuberkulose zusammenträfen. Die bei der Untersuchung des Klägers am 30. November 2010 angefertigten HRCT-Aufnahmen zeigten keine sicheren Quarzstaublungenveränderungen, eine aktive Lungentuberkulose läge nicht vor.

Im Widerspruchsverfahren zog die Beklagte ein fachradiologisches Gutachten von Dr. P., auch zu der von dem Kläger in einem anderen Verfahren geltend gemachten BK Nr. 4103 (Asbeststaublungenenerkrankung oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura) bei. In seiner Expertise vom 7. Mai 2012 führte der Sachverständige aus, dass die von ihm im Rahmen dieses Gutachtens angefertigte Computertomographie der Lunge morphologisch eine Asbestose ersten Grades und diskrete Parenchym-/Pleuraveränderungen zeige, wie sie bei einer Silikose vorkommen könnten. Im Verlauf seien seit April 2010 bis auf diskret progrediente Bronchiektasen keine Veränderungen der Lunge festzustellen. Ein Malignom suspekter oder ein frisch-entzündlicher Befund lasse sich ausschließen. Für sich alleine betrachtet seien die im CT detektierbaren diskreten Veränderungen der Lunge nicht ausreichend beweisend für eine Asbestose oder Silikose. Da aber eine sichere Histologie vorliege, die bekanntermaßen eine höhere Sensitivität und Spezifität als die HRCT aufweise, müsse zusammen mit den erkennbaren Veränderungen im HRCT von dem Vorliegen einer BK Nr. 4103 und 4101 ausgegangen werden.

Dazu zog die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme noch von Prof. Dr. Q. vom 1. August 2012 bei. Dieser vermochte die Auffassung von Dr. P. nur partiell zu teilen. Es treffe zu, dass aufgrund der computertomographischen Befunde weder eine Asbestose noch eine Silikose gesichert sei, so auch die Stellungnahme von Dr. O ... Nicht geteilt werde die Auffassung, dass eine "sichere Histologie" vorläge, könne dem nicht gefolgt werden. Nach dem Befundbericht vom 10. Mai 2010 ließen nicht erkennen, dass ein histologischer Befund vorgelegen habe, der "sicher" eine BK Nr. 4101 oder 4103 beweisen könne. Eine BK lasse sich daher wie bisher nicht feststellen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22. Februar 2013 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 26. August 2011 zurück. Die Anerkennung der BK nach den Nrn. 4101 oder 4102 setze den Nachweis eindeutiger quarzstaubbedingter Lungenveränderungen voraus. Diese lägen nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand vor, wenn Streuung und Ausdehnung der Veränderungen mindestens das Ausmaß 1/1 der Internationalen Staublungenklassifikation ILO 2000 erreichten. Die im Widerspruchsverfahren angefertigten Bildbefunde des Brustkorbes belegten derartige Veränderungen nicht. Soweit Dr. P. gleichwohl davon ausgehe, dass eine Silikose aufgrund des histologischen Befundes belegt sei, könne dem nicht gefolgt werden. Nach dem Befundbericht vom 10. Mai 2010 sei anhand eines Zytosentrifugenpräparates die Diagnose einer Silikoanthrakose gestellt worden. Dies lasse sich aus dem Befund jedoch nicht herleiten. Das zytologische Verfahren sei für den Nachweis silikotischer Granulome nicht hinreichend geeignet und könne über das Ausmaß etwaiger silikotischer Veränderungen keine Aussage treffen.

Seine Ansprüche hat der Kläger mit Klage vor dem Sozialgericht Wiesbaden, dort eingegangen am 14. März 2013, weiterverfolgt.

Mit Beschluss vom 25. Februar 2014 hat das Sozialgericht dieses Verfahren mit einem weiteren dort anhängigen ([S 8 U 40/13](#)) wegen Anerkennung der BK Nr. 4103 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Im Rahmen der Sachermittlungen von Amts wegen hat das Sozialgericht ein arbeitsmedizinisches Sachverständigengutachten von Prof. Dr. R. vom 17. Dezember 2014 eingeholt, das dieser unter Einbeziehung eines radiologischen Zusatzgutachtens von Prof. Dr. D. vom 1. Oktober 2014 erstattet hat. Danach liege bei dem Kläger auf lungenfachärztlichem Gebiet eine Lungenfibrose vor. Es handele sich um eine Quarzstaublungenenerkrankung (Silikose) im Sinne der BK Nr. 4101. Die Diagnose einer Silikose werde vornehmlich auf radiologischem Fachgebiet gestellt. Im Befundbericht des MVZ Bad Soden vom 2. Dezember 2010 würden die definitiv vorhandenen fibrotischen Veränderungen der Lunge eher mit einer Asbestose als mit einer Silikose in Zusammenhang gestellt. Das fachradiologische Gutachten von Dr. P. vom 7. Mai 2012 sehe die Silikose allein aufgrund der CT nicht hinreichend gesichert, bejahe aber im Zusammenhang mit der Histologie das Vorliegen einer Silikose. Das aktuelle fachradiologische Gutachten von Prof. Dr. D. bestätige nun den typischen Befund einer Silikose bzw. Silikoanthrakose des Ausmaßes 1/1 nach der ILO Klassifikation 2011. Er bestätige das Vorhandensein nicht nur von retikulären Veränderungen, sondern das Vorliegen von typischen Knötchen (Mikronoduli) über allen Lungengeschossen mit Zusammenfließen kleinster Knötchen zu größeren. Zusätzlich konstatierte Prof. Dr. D. das Vorliegen einer mediastinalen und hilären Lymphadenopathie; der Befall der Hilus-Lymphknoten sei ebenfalls für eine Silikose typisch. Hinzu komme als stützende Evidenz der Nachweis einer Silikoanthrakose in der Zytologie der bronchoalveolären Lavage vom 11. Mai 2010 sowie ein Nachweis einer ausgeprägten fleckförmigen Anthrakose in der Gewebsprobe eines Bronchus. Das Krankheitsbild der Silikose sei damit aus arbeitsmedizinischer Sicht mit dem Gutachten von Prof. Dr. D. im Vollbeweis gesichert. Eine Quarzstaublungenenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose im Sinne der BK Nr. 4102 liege nicht vor, weil die hierfür erforderliche Tuberkulose nicht bestehe. Eine Asbeststaublungenenerkrankung oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura im Sinne der BK Nr. 4103 sei vor allem wegen der fehlenden hinreichenden Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs bei nur geringer arbeitsbedingter Asbestfaserstaubbelastung nicht gesichert, hinzu komme die fehlende sichere Feststellung der entsprechenden röntgenologischen Veränderungen. Die auf die BK zurückzuführende Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) setzte der Sachverständige mit 30 vom Hundert (v. H.) an. In Ergänzung seiner Expertise übersandte Prof. Dr. R. am 3. Februar 2015 noch diverse Untersuchungsergebnisse.

Der von der Beklagten wiederum mit der Streitfrage befasste Prof. Dr. Q. führte in einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 10. August

2015 aus, dass eindeutige pathologische Befunde im Rahmen der Untersuchung bei Prof. Dr. R. nicht nachgewiesen seien. Die Bezugnahme auf ältere, von anderer Seite erhobene, erheblich variierende Befunde sei problematisch. Die Computertomographie vom 25. April 2014 zeige – ebenso wie die früheren – keine eindeutige Silikose. Unverständlich bleibe, weshalb eine korrekte Beurteilung der Untersuchung mit der Klassifikation nach ICOERD nicht erfolgt sei. Im Ergebnis hätten weder die gutachterliche Untersuchung vom 25. April 2014 noch die radiologischen noch die funktionsanalytischen Untersuchungen eindeutige Befunde im Sinne einer BK Nr. 4101 ergeben.

Prof. Dr. R. hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 5. Oktober 2015 gleichwohl an seinen Feststellungen festgehalten.

Prof. Dr. Q. hat sich dazu in einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme nochmals unter dem 16. November 2015 geäußert und hervorgehoben, dass entgegen der mehrfach aktenkundigen gutachterlichen Ausführungen der histologische Befund einer Silikose nicht erfolgt sei, da das für eine Silikose kennzeichnende histologische Merkmal, nämlich typische silikotische Granulome, nicht gesichert worden seien. Zytologisch könne die Diagnose einer Silikose nicht gestellt werden. Die für eine Silikose im Röntgenbild bzw. im CT des Thorax zu fordernden silikotischen runden Schatten mit einer Mindeststreuung von ILO 1/1 mit Betonung der Lungenoberfelder seien nicht feststellbar. Die basal betonte leichtgradige Lungenfibrose ohne derartige silikotische Knötchen lasse sich nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit als Folge einer BK Nr. 4101 bewerten.

Seine Klagen hat der Kläger im Kammertermin vor dem Sozialgericht Wiesbaden auf die Anerkennung der BK Nr. 4101 beschränkt. Das Sozialgericht hat der Klage mit Urteil vom 30. September 2016 stattgegeben, den Bescheid der Beklagten vom 26. August 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Februar 2013 aufgehoben und festgestellt, dass bei dem Kläger eine BK Nr. 4101 (Silikose) vorliege und die Beklagte verurteilt, dem Kläger wegen dieser BK ab Dezember 2010 eine Verletztenrente nach einer MdE von 30 v. H. zu gewähren. Die Voraussetzungen für die Feststellung der BK Nr. 4101 lägen vor. Der Kläger sei während der insgesamt über 13 Jahre ausgeübten Tätigkeit im Steinkohlebergbau untätig einer Belastung durch Quarzstaub ausgesetzt gewesen. Er leide an einer Pneumokoniose, was alle behandelnden und begutachtenden Mediziner bestätigt hätten und auch die Beklagte nicht bestreite. Entgegen der Auffassung der Beklagten halte das Gericht auch eine Silikose als Unterform einer Pneumokoniose für nachgewiesen. Zu berücksichtigen sei, dass der Kläger als Bergarbeiter im Ruhrgebiet keiner reinen Quarzstaubbelastung ausgesetzt gewesen sei, sondern ein Staubgemisch eingeatmet habe. Das Bild einer reinen Silikose sei als Folge nicht zu erwarten. Dem entspreche die erste Diagnose der behandelnden Lungenfachärzte, die histologisch eine ausgeprägte Anthrakose und bildgebend eine Anthrakosilikose festgestellt gehabt hätten. Hinsichtlich der Bewertung der Pneumokoniose des Klägers als Silikose folge das Gericht dem arbeitsmedizinischen Gutachten von Prof. Dr. R. und dem radiologischen Zusatzgutachten von Prof. Dr. D. Prof. Dr. D. sei für die Auswertung radiologischer Befunde in hohem Maße spezialisiert. Er habe eine eigene CT-Begutachtung durchgeführt und lege seiner Bewertung – wie dies von der Bochumer und der Falkensteiner Empfehlung gefordert werde – die von der International Labour Organization entwickelte ILO-Klassifikation 2011 zugrunde. Seiner Bewertung eines typischen Befundes einer Silikose bzw. Silikoanthrakose habe sich Prof. Dr. R. angeschlossen. Prof. Dr. R. sei ein erfahrener Arbeitsmediziner und auch mit Erkrankungen von Bergleuten vertraut; sein Gutachten sei durchgängig sehr gut verständlich und nachvollziehbar. Die Diagnose werde auch nicht dadurch erschüttert, dass die im Verwaltungsverfahren beteiligten Gutachter Dres. N. und P. weniger eindeutige Aussagen getroffen hätten. Dies lasse sich zum einen mit der geringeren Spezialisierung und gutachterlichen Erfahrung der Ärzte, zum anderen mit dem Fortschreiten der Erkrankung erklären. Das Gericht teile auch nicht die Bedenken der Beklagten bzw. des von ihr befragten beratenden Arztes. Der Beratungsarzt begründe seine Zweifel an der Diagnose nicht näher und erläutere auch nicht, welche zusätzlichen Erkenntnisse bei Verwendung bzw. Vorlage des von ihm geforderten ICOERD-Formulars zu erwarten gewesen wären. Zudem verenge der Beratungsarzt den Anwendungsbereich der BK Nr. 4101 auf "eindeutige" Silikosen, wofür das Gesetz keinen Anhaltspunkt biete. Der medizinische Sachverhalt sei aufgeklärt, eine weitere Beweiserhebung, wie von der Beklagten gefordert, nicht erforderlich. Die MdE sei mit 30 v. H. zu bemessen. Der Rentenbeginn entspreche dem Antrag des Klägers. Erkrankungen und Funktionseinbußen im tenorierten Ausmaß seien durch das Gutachten von Dr. N. belegt, der den Kläger Ende November 2010 untersucht gehabt habe.

Gegen die ihr am 24. Oktober 2016 zugestellte Entscheidung hat die Beklagte am 7. November 2016 Berufung bei dem Hessischen Landessozialgericht angebracht. Die Anerkennung einer Silikose setze den Nachweis eindeutiger quarzstaubbedingter Lungenveränderungen voraus. Die Computertomographien vom 4. und 13. April 2012 zeigten keine Veränderungen, die die hierfür nach dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand erforderliche Kategorie 1/1 ILO erreichten. Die radiologische Beurteilung von Prof. Dr. D., auf die sich Prof. Dr. R. berufe, sei nach den Feststellungen ihres beratungsärztlichen Arztes, Prof. Dr. Q., dem sie folge, nicht zutreffend. Es seien weitere Ermittlungen angezeigt.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 30. September 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Auf Antrag der Beklagten hat die Vorsitzende des Senats mit Beschluss vom 5. Dezember 2016 im Wege der einstweiligen Anordnung die Vollstreckung aus dem Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 30. September 2016 bis zur Erledigung des Rechtsstreits in der Rechtsmittelinstanz ausgesetzt.

Nach Beiziehung der bildgebenden Befunde von Prof. Dr. D. hat der Senat Prof. Dr. A. mit der Erstattung eines fachradiologischen Gutachtens nach Aktenlage beauftragt. Seine Expertise hat der Sachverständige am 20. Juli 2017 unter Auswertung der Computertomografien des Thorax vom 30. November 2010, 4. April 2012, 13. April 2012 und 25. April 2014 vorgelegt. Zusammenfassend zeige sich bei dem Kläger danach eine Lungenfibrose, betont im apikalen Unterlappensegment rechts, zusätzlich auch rechts basal und im linken Unterlappen. Es zeigten sich lediglich zwei knotige Veränderungen rechts, die eher dem Lappenspalt zuzuordnen seien als dem Lungenparenchym, in direkter Nachbarschaft kämen flächige pulmonale Verdichtungen zur Darstellung, die als fixierte Dystelektasen am ehesten nach lobären pulmonalen Prozessen anzusehen seien. In der Lingula fänden sich zwei weitere verkalkte Rundherde, die am ehesten als Granulome zu werten seien. Disseminierte Knötchen, wie sie bei einer Silikose auftreten könnten, ließen sich nicht nachweisen. Insoweit sei der beratungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. Q. zuzustimmen. Darüber hinaus zeigten sich vergrößerte hiläre Lymphknoten

beidseits. Eierschalenartige Verkalkungen, wie sie typisch für eine Silikose seien, ließen sich nicht nachweisen. Eine ILO-Klassifikation werde bei thorakalen CT Aufnahmen nicht durchgeführt, sie erfolge ausschließlich bei konventionellen Röntgenaufnahmen des Thorax. Eine Einstufung nach IOCERD fügte Prof. Dr. A. bei. Zusammenfassend führte er aus, dass bei zusätzlich fehlenden knotigen Veränderungen und fehlenden Lymphknoten mit Silikateinlagerungen die Fibrose nicht in direktem Zusammenhang mit der stattgehabten Exposition im Sinne einer BK Nr. 4104 (richtig: 4101) stehe.

Die Beteiligten haben sich schriftsätzlich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sachverhalt und wegen des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf die Verwaltungsakte und die Gerichtsakten ergänzend Bezug genommen, die sämtlich Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -).

Die Berufung der Beklagten ist form- und fristgerecht eingelegt ([§ 87 Abs. 1 Satz 2](#) i. V. m. [§ 153 Abs. 1 SGG](#), [151 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig ([§ 143 SGG](#)). Sie ist zudem begründet.

Zunächst ist die Klage unzulässig, soweit der Kläger über die Feststellung der BK hinaus auch die Gewährung von Versicherungsleistungen geltend macht. Über die Gewährung von Sozialleistungen wie die Verletztenrente ist vor Klageerhebung in einem Verwaltungsverfahren zu befinden, das mit einem Verwaltungsakt abschließt, gegen den die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage oder Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig ist ([§ 54 Abs. 1, 2, 4 SGG](#)). Vorliegend hat die Beklagte in dem angefochtenen Bescheid vom 26. August 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Februar 2013 nur über die Anerkennung der BK Nr. 4101 bei dem Kläger entschieden. Die darüber hinausgehende abstrakte Feststellung, dass "Ansprüche auf Leistungen" nicht bestünden, führt zu keinem anderen Ergebnis. Denn eine konkrete Entscheidung in Bezug auf eine Verletztenrente wurde insoweit nicht getroffen, die Leistung selbst auch mit überhaupt gar keinem Wort erwähnt. Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens ist damit allein die Feststellung der BK Nr. 4101 der Anlage 1 zur BKV. Nachdem die Beklagte eine Entschädigung schon dem Grunde nach abgelehnt hatte, weil kein Versicherungsfall eingetreten sei, konnte es dem Kläger in der Sache daher zunächst nur um die Anerkennung seiner Lungenerkrankung als Berufskrankheit, also um die Feststellung des Bestehens eines Rechtsverhältnisses, aus dem im weiteren Verlauf gegebenenfalls Leistungsansprüche abgeleitet werden können, gehen. Das Begehren, "aus Anlass einer Berufskrankheit nach Nr. 4101 bzw. 4102 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung eine Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von mindestens 20 v. H. zu gewähren" (vgl. Seite 2 der Klageschrift vom 12. März 2013), hat in dieser Situation keine eigenständige Bedeutung, sondern beschreibt nur die rechtlichen Folgerungen, die sich im Falle der beantragten Feststellung ergeben. Die Gewährung konkreter Entschädigungsleistungen - hier einer Verletztenrente - wegen dieser Berufskrankheit ist aus den genannten Gründen nicht streitgegenständlich, die hierauf gerichtete Klage in Ermangelung einer gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) anfechtbaren Entscheidung der Beklagten unzulässig (zum Ganzen siehe auch BSG vom 7. September 2004 - [B 2 U 35/03 R](#); BSG vom 30. Oktober 2007 - [B 2 U 4/06 R](#)). Eine Verurteilung (auch) zur Leistungsgewährung hätte durch das Sozialgericht entsprechend nicht erfolgen dürfen.

Im Übrigen ist der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 26. August 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. März 2013 nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Es kann nicht festgestellt werden, dass die Erkrankung des Klägers eine BK nach [§ 9 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) der Nr. 4101 der Anlage 1 zur BKV ist. Das erstinstanzliche Urteil konnte daher keinen Bestand haben.

Versicherungsfälle sind neben Arbeitsunfällen auch Berufskrankheiten, [§ 7 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII). Nach [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) sind Berufskrankheiten solche Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet hat und die ein Versicherter infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleidet.

Voraussetzung für die Feststellung jeder Erkrankung als Berufskrankheit ist, dass die versicherte Tätigkeit, die schädigenden Einwirkungen sowie die Erkrankung, für die Entschädigungsleistungen beansprucht werden, im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen sind. Eine absolute Sicherheit ist bei der Feststellung des Sachverhalts nicht zu erzielen. Erforderlich ist aber eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, wonach kein vernünftiger Mensch mehr am Vorliegen vorgenannter Tatbestandsmerkmale zweifelt (BSGE 6, 144; Keller in: Meyer-Ladewig / Keller / Leitherer / Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 128 Rn. 3b m. w. N.). Es muss ein so hoher Grad von Wahrscheinlichkeit vorliegen, dass alle Umstände des Einzelfalles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung hiervon zu begründen ([BSGE 45, 285, 287; 61, 127, 128](#)).

Zur Anerkennung einer Berufskrankheit muss zudem ein doppelter ursächlicher Zusammenhang bejaht werden. Die gesundheitsgefährdende schädigende Einwirkung muss ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein (sog. haftungsbegründende Kausalität) und diese Einwirkung muss die als Berufskrankheit zur Anerkennung gestellte Krankheit verursacht haben (sog. haftungsausfüllende Kausalität - dazu: Schwerdtfeger in: Lauterbach, Gesetzliche Unfallversicherung, SGB VII, Kommentar, Anm. 54 zu [§ 8 SGB VII](#)). Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im Recht der Berufskrankheit gilt dabei, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Theorie der wesentlichen Bedingung (BSG vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05](#)). Die Theorie der wesentlichen Bedingung basiert auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der Ursache eines Erfolges jedes Ereignis ist, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (sog. *conditio sine qua non*). Aufgrund der Unbegrenztheit der Bedingungstheorie werden im Sozialrecht als rechtserheblich aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. "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 anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Als Beweismaßstab genügt für den Ursachenzusammenhang statt des Vollbeweises die Wahrscheinlichkeit, d. h., dass bei vernünftiger Abwägung aller für und gegen den Zusammenhang sprechenden Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Erwägungen so stark überwiegen müssen,

dass die dagegen sprechenden billigerweise für die Bildung und Rechtfertigung der richterlichen Überzeugung außer Betracht bleiben können (BSG in SozR Nr. 20 zu § 542 RVO). Der Ursachenzusammenhang ist jedoch nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist ([BSGE 60, 58, 59](#)).

Nach Nr. 4101 der Anlage zur BKV (BKV vom 31. Oktober 1997, [BGBl. I S. 2623](#), zuletzt geändert Art. 1 der Verordnung zur Änderung der Berufskrankheitenverordnung vom 22. Dezember 2014, [BGBl. I S. 2397](#)) gehört zu den BKen auch die Quarzstaublungenenerkrankung (Silikose). Dabei handelt es sich um eine Erkrankung an Lungenfibrose durch Einatmung von Staub, welcher in unterschiedlichen Anteilen freie kristalline Kieselsäure enthält. Diese freie kristalline Kieselsäure kommt im Wesentlichen als Quarz, Cristobalit oder Tridymit an zahlreichen Arbeitsplätzen vor (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, "Arbeitsunfall und Berufskrankheit", 9. Aufl. 2017, S. 1052). Derartige Arbeitsplätze finden sich typischerweise im Steinkohlebergbau, in der Natursteinindustrie, im Gießereiwesen, in der Glasindustrie, in der Email- und keramischen Industrie sowie bei der Herstellung feuerfester Steine (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 1055).

Nach Maßgabe der vorgenannten Grundsätze setzt die Anerkennung der BK Nr. 4101 zwingend voraus, dass der Vollbeweis für das Vorliegen einer Silikose erbracht worden sein muss. Die Krankheit als solche muss voll bewiesen sein, d. h. ihr Vorliegen muss mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur für den ursächlichen Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (Urteil vom BSG vom 31. Mai 2005 - [B 2 U 12/04 R](#)). Lassen sich unter Berücksichtigung dieser Grundsätze die den Anspruch begründenden Tatsachen nicht nachweisen, gelingt insbesondere nicht der Nachweis des Vorliegens einer Krankheit im Sinne der geltend gemachten BK, so geht dies nach dem auch im Sozialrecht geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Versicherten, wenn er aus diesen Voraussetzungen eine für ihn günstige Rechtsfolge herleiten will (BSG vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) und vom 12. Mai 1992 - [2 RU 26/91](#)).

Vorliegend und zwischen den Beteiligten auch unstreitig war der Kläger zwar während seiner Tätigkeit im Bergbau vom 1. Dezember 1951 bis zum 31. März 1967 als Berglehrling, Knappe und Hauer untertage der Einwirkung von Quarzstäuben ausgesetzt. Allerdings liegt zur Überzeugung des Senats entgegen den Feststellungen des Sozialgerichts ein einschlägiges Erkrankungsbild im Sinne der BK Nr. 4101 nicht im Sinne des Vollbeweises vor. Die Verdachtsdiagnose einer Silikose wird derzeit in erster Linie durch das Röntgenbild der Lunge gestellt. Charakteristisch sind disseminierte, mehr oder minder rundliche Verschattungen unterschiedlicher Größe und Dichte, eventuell mit zusätzlichen größeren sog. Schwielenbildungen, vorwiegend lokalisiert in den Ober- und Mittelfeldern, eventuell konfluierend und/oder zerfallend. Die Befundung erfolgt standardisiert nach der Staublungenklassifikation der International Labor Organisation (ILO). Von der ILO wurde zur quantitativen Erfassung der röntgenmorphologischen Veränderungen ein Befundungsschema festgelegt, in dem an Hand von Standardvergleichsfilmern die Größe, Zahl und Lage runder und unregelmäßiger Verschattungen, Pleuraplaques und -verkalkungen und anderer Veränderungen in einer p. a. Thoraxübersichtsaufnahme, d. h. einer Röntgenaufnahme, bei welcher der Strahlengang in Bezug auf den Körper von hinten (posterior) nach vorne (anterior) erfolgt. Für eine Silikose spricht dabei das Vorliegen kleiner rundlicher Schatten vom Typ p, q oder r im Röntgenbild des Thorax mit einer Gewissenhaftigkeit und gleichmäßiger Verteilung im Sinne eines Streuungsgrades nach ILO 2000 von 1/1 oder höher (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 1056; Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenenerkrankungen (Silikosen) "Bochumer Empfehlungen", S. 17). Soweit Prof. Dr. D. und Prof. Dr. R. bei ihrer Bewertung auf die ILO 2011 abheben, ist zu bemerken, dass für die Klassifizierung analoger Röntgenbilder weiterhin der Text der vorherigen Ausgabe (2000) gültig ist; die überarbeitete Ausgabe (2011) der Richtlinien für die Anwendung der Internationalen Klassifikation des IAA von Pneumokoniose-Filmen erweitert die Anwendung der Klassifikation lediglich auf die - heute üblichen - digital angefertigten Thoraxaufnahmen (vgl. Richtlinien für die Anwendung der Internationalen Klassifikation des IAA von Pneumokoniose-Ro&776;ntgenfilmen / Internationales Arbeitsamt. &8722; Revised edition 2011. &8722; Genf: IAA, 2012 48 p. - Occupational safety and health series, No. 22. S. vii, 16). Da in etlichen Studien belegt wurde, dass Sensitivität und Spezifität der konventionellen Röntgendiagnostik begrenzt sind und der insoweit häufig bestehenden Unsicherheiten bei der Beurteilung der Röntgenaufnahmen, insbesondere bei geringgestreuter Silikose, ist im Rahmen der Erstbegutachtung die CT in High-resolution-Technik erforderlich, um die Diagnose einer Silikose zu sichern oder auszuschließen. Die HRCT wird in Analogie zur ILO semiquantitativ nach ICOERD (International Classification of HRCT for Occupational and Environmental Respiratory Diseases) klassifiziert. Diese Klassifikation ist ein Instrument, um pulmonale und pleurale Befundmuster auf der Basis der HR-Phänomenologie standardisiert zu beurteilen, diese Einschätzung weltweit zu vereinheitlichen sowie vergleichbar und epidemiologisch nutzbar zu machen. Aus Gründen der Reproduzierbarkeit und Vergleichbarkeit ist dabei ein standardisiertes Untersuchungsprotokoll zwingend erforderlich (Anwendung der CT-Klassifikation ICOERD - International Classification of Occupational and Environment Respiratory Diseases). Um die Diagnose einer Silikose in der CT-Untersuchung zu stellen, ist der Nachweis scharf berandeter Verdichtungen in beiden Oberlappen, die in Lungenkern und Lungenmantel lokalisiert sein können, erforderlich. Beim Vergleich mit dem Referenzfilm muss mindestens die Streuungskategorie 1 im rechten wie auch im linken Oberfeld erreicht sein (Gesamtstreuung mindestens 2, vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 1058; Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenenerkrankungen (Silikosen) "Bochumer Empfehlungen", S. 23). Eine diesen - heutigen und maßgebenden - Erkenntnisanforderungen gerecht werdende Diagnostik liegt nicht vor.

Blickt man auf die Ergebnisse der medizinischen Sachverhaltsermittlung im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren, findet sich keine sichere Diagnose einer Silikose. Dr. N. war in Auswertung der CT vom 30. Oktober 2010 in seinem Gutachten vom 5. Januar 2011 zu dem Ergebnis gelangt, dass im Falle des Klägers keine radiologisch typische Erscheinungsform der Silikose vorliege und diese eher unwahrscheinlich sei. Eindeutige silikotische Fleckschatten vermochte auch der zunächst gehörte Beratungsarzt der Beklagten Dr. O. (Stellungnahme vom 15. Juli 2011) in den CT nicht zu erkennen. Zum gleichen Ergebnis gelangte der Radiologe Dr. P. nach eigener computertomographischer Untersuchung der Lunge vom 4. April 2012 und 13. April 2012 in seinem Gutachten vom 7. Mai 2012. Unter Befundung nur diskreter pneumonaler Veränderungen führte er aus, dass diese "durchaus mit einer Asbestose und auch geringer mit einer Silikose vereinbar" seien, die im CT detektierbaren diskreten Veränderungen jedoch nicht ausreichend beweisend für eine Silikose seien. Lediglich unter Hinweis auf eine seiner Auffassung nach "eindeutige Histologie" war Dr. P. in seiner abschließenden Beurteilung zu dem Vorliegen einer BK (u. a.) der Nr. 4101 gelangt. Ungeachtet der Aussagekraft eines histologischen Befundes - dazu gleich - verweist Dr. P. hierzu auf das Gutachten von Dr. N. vom 16. Februar 2011. Zu bemerken ist insoweit, dass im Rahmen der Begutachtung dort kein eigener histologischer Befund erhoben wurde, sondern lediglich anamnestisch der frühere Befund vom 10. Mai 2010 wiedergegeben wurde.

Eine Silikose kann zwar auch durch histologische Befunde definiert werden. Zur Diagnosesicherung im Rahmen eines BK-Verfahrens dient dabei die Biopsie. Erfahrungsgemäß ist die Sensitivität und Spezifität der Diagnosestellung anhand von Gewebeproben sogar sensitiver und

spezifischer als die HRCT-Diagnostik, wenn ausreichend geeignetes und repräsentatives Gewebe vorliegt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 1058). Als unwesentlich sind dabei Befunde anzusehen, bei denen weniger als fünf Silikoseknötchen pro Lungenflügel palpatorisch erfasst und histologisch bestätigt werden und seltene nicht fibröse Formen der Silikose wie eine rein makuläre Silikose ausgeschlossen werden können (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 1058). Vorliegend findet sich in den Akten lediglich ein histologischer Befund der Gemeinschaftspraxis Pathologie Dres. S. und T. aus T-Stadt vom 10. Mai 2010, wo nach Bronchoskopie und Biopsie (erfolgt am 7. Mai 2010 im Rahmen der stationären Behandlung des Klägers in den Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Dr. N.) aus dem Unterlappen S8 rechts feingewebliche Untersuchungen vorgenommen worden waren. Festgestellt wurden dabei eine geringe fleckförmige chronische Bronchitis mit verstärktem Stromaoedem, eine kapilläre Hyperämie und auch eine ausgeprägte fleckförmige Anthrakose in einem rechten Unterlappenbronchus. Vorliegend wurde das durch die Biopsie vom 7. Mai 2010 gewonnene Lungengewebe sowohl histologisch als auch zytologisch ausgewertet. Als abnormer Befund war in der Histologie lediglich eine auch zu den Pneumokoniosen gehörende ausgeprägte fleckförmige Anthrakose (Kohlestaublunge) nachweisbar. Dies ist jedoch kein silikosespezifischer Befund, sondern Folge von Kohlepartikel- und Rußstaubinhalationen, wie sie mit arbeitsmedizinischem Hintergrund, aber auch bei langjährigen Großstadtbewohnern auffindbar sind. Unter einer Anthrakose versteht man pathologische Veränderungen der Lunge, die durch das Einatmen und Einlagern von Ruß- oder Kohlepartikeln verursacht werden. Bewohner von Industriestädten nehmen deutlich mehr von derartigen Rußpartikeln auf als die ländliche Bevölkerung. Eine stärkere Exposition findet im Kohlenbergbau statt. Relevante gesundheitliche Beeinträchtigungen werden hierdurch in der Regel nicht hervorgerufen, falls nicht extrem hohe Belastungen stattfinden (vgl. Matthys / Seeger "Klinische Pneumologie", 4. Aufl. 2008, Kap. 4.8.8). Im Röntgenbild zeigen sich bei einer Anthrakose fein noduläre Verschattungen. Diese Knoten oder Knötchen sind jedoch, im Gegensatz zur Silikose, weicher gezeichnet und unscharf begrenzt (vgl. Hien "Praktische Pneumologie", 1. Aufl. 2000, Seite 289). Zytologisch fand sich zwar Fremdmateriale (Staubbestandteile und Asbestfasern) in der Spülflüssigkeit. Histologisch zeigten sich jedoch keine Indizien für eine hierdurch entstandene Lungenerkrankung im Sinne einer Silikose oder Asbestose, z. B. in Form von Fremdkörpergranulomen.

Wenn die Gutachter Dres. N. und P., Prof. Dr. D. und auch Prof. Dr. R. in ihren Ausführungen postulieren, dass im vorliegenden Fall die Silikose "histologisch gesichert" sei, deckt sich dies nicht mit dem einzigen vorliegenden histologischen Ergebnis (Befund vom 10. Mai 2010), das allenfalls einen unspezifischen Befund im Sinne einer Staubbelaftung des Klägers, konkret einer Anthrakose, erbracht hat. Im Verlauf der gutachterlichen Beurteilung haben diese Sachverständigen offenbar den Begriff einer "histologischen Silikosesicherung" unreflektiert voneinander übernommen, ohne selbst den Quellbefund (Histologie vom 10. Mai 2010) zur Kenntnis zu nehmen, der eben keine histologische Silikosesicherung beschreibt. Die diesbezüglichen Feststellungen von Prof. Dr. Q., der auf diese Problematik mehrfach hingewiesen hat, sind insoweit zutreffend.

Liegt kein histologischer Befund einer Silikose vor, verbleibt es bei der Definition der Erkrankung über die bildgebende Diagnostik, vorliegend über die HRCT- Beurteilung.

Soweit das Sozialgericht in seinen Entscheidungsgründen darauf abgehoben hat, dass Prof. Dr. D. aufgrund seiner Tätigkeit am Institut für Diagnostische Radiologie der Universitätsklinik Göttingen in hohem Maße spezialisiert sei, was die Auswertung radiologischer Befunde anbelange und Prof. Dr. R. als erfahrener Arbeitsmediziner auch mit Erkrankungen von Bergleuten vertraut sei und auf das durchgängig sehr gut verständliche und nachvollziehbare Gutachten verwiesen hat, verzichtet der Senat auf eine auf die BK Nr. 4101 bezogene fachliche Bewertung der Qualifikation dieser Sachverständigen. Beide Expertisen überzeugen nicht und werden zudem dem an eine standardisierte Befundung einer Silikose nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu fordernden Verfahren nicht gerecht.

Der Befund von Prof. Dr. D. ist für den Senat nicht nachvollziehbar mit den o. g. für die Silikose charakteristischen Veränderungen vereinbar. Darüber hinaus fehlt es an der Benennung der Diagnose- und Klassifizierungskriterien nach der ICOERD, die in der Bochumer Empfehlung beschrieben sind und ohne die eine Silikose-Diagnose nicht verifizierbar und im Sinne des Vollbeweises sicher nachgewiesen ist. Prof. Dr. D. hat die von ihm am 25. April 2014 angefertigten Computertomographien unter Anwendung der ILO-Klassifikation 2011 ausgewertet. Sein Ergebnis, dass "der Befund (...) typisch für eine Silikose mit CT- Veränderungen entsprechend einem Ausmaß 1/1 nach ILO-Klassifikation 2011" sei, ist bereits deshalb nicht verwertbar, weil die ILO- Klassifikation für die Klassifizierung von HRCT-Aufnahmen nicht anwendbar ist. Hierauf hat auch der Sachverständige Prof. Dr. A. in seiner Expertise hingewiesen. Wie bereits ausgeführt, ermöglicht die ILO nur die systematische Beschreibung und Aufzeichnung von auffälligen thorakalen Ro&776;ntgenbefunden, die durch die Inhalation von Sta&776;uben hervorgerufen wurden. Sie wird zur Beschreibung von Ro&776;ntgenbefunden genutzt, die bei den unterschiedlichen Formen der Pneumokoniose auftreten und ist ausschließlich für solche Befunde bestimmt, die auf Ro&776;ntgenbildern gesehen werden. Soweit andere Projektionen und bildgebende Techniken wie z.B. das HRCT oder die MRT erforderlich sind, wurde die ILO-Klassifikation nicht für die Beschreibung solcher Befunde entworfen (Richtlinien für die Anwendung der internationalen Klassifikation des IAA von Pneumokoniose-Ro&776;ntgenfilmen / Internationales Arbeitsamt. &8722; Revised edition 2011. &8722; Genf: IAA, 2012 48 p. - Occupational safety and health series, No. 22. S. 1). Trotz mehrfacher gerichtlicher Aufforderung im erstinstanzlichen Verfahren haben weder Prof. Dr. D. noch Prof. Dr. R. den für die standardisierte Befundung einer Silikose unabdingbaren Beurteilungsbogen für die CT- Klassifikation nach ICOERD vorgelegt. Prof. Dr. R. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 5. Oktober 2015 (Seite 6/ Bl. 204 der Gerichtsakte Bd. I) zudem erkennen lassen, dass er mit diesem Beurteilungsverfahren überhaupt nicht vertraut ist.

Insgesamt erweist sich das Gutachten von Prof. Dr. R. für die Fragestellung, ob bei dem Kläger eine Silikose vorliegt oder nicht, als nicht aussagekräftig. Eigene pathologische Befunde hat der Sachverständige im Rahmen seiner Untersuchung hierfür nicht erhoben. Seine Feststellung, dass eine Silikose aus arbeitsmedizinischer Sicht im Vollbeweis gesichert sei, gründet ausschließlich in den Ergebnissen der (unbrauchbaren) radiologischen Begutachtung durch Prof. Dr. D., auf die Prof. Dr. R. insoweit schlicht verweist (S. 25 des Gutachtens/ S. 148 der Gerichtsakte Bd. I).

Für den Senat überzeugender präsentieren sich insoweit die Expertisen von Prof. Dr. Q. und Prof. Dr. A., an denen kein Anlass zu Zweifeln besteht. Bei beiden Ärzten handelt es sich um erfahrene und hochspezialisierte Gutachter, was Lungenerkrankungen anbelangt. Bis zu seiner Emeritierung war Prof. Dr. Q. Direktor der Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin am Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum mit wissenschaftlichem Schwerpunkt der Silikose. Prof. Dr. A. ist stellvertretender Direktor und leitender Oberarzt am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitäts-Klinikum Frankfurt am Main, daneben Fachbereichsleiter der radiologischen Abteilung der DKD Helios Klinik Wiesbaden. Sein Schwerpunkt liegt in der radiologischen Befundung des Thorax, speziell der Lunge und des Bronchialsystems. In dem Standardwerk von Freyschmidt/Galanski

"Handbuch diagnostische Radiologie: Thorax" hat Prof. Dr. A. das Kapitel "Erkrankungen der Atemwege" bearbeitet.

Prof. Dr. A. hat bei dem Kläger eine Lungenfibrose diagnostiziert. Scharf markierte disseminierte Knötchen, wie sie üblicherweise bei einer Silikose auftreten, konnte er ebenso wenig nachweisen wie die für diese Erkrankung typischen eierschalenartigen Verkalkungen der Lymphknoten. Auch findet sich seinen Feststellungen zufolge die Fibrosierung ohne Bevorzugung der Lungenoberfelder, was bei einer Silikose zu erwarten wäre. Seine Befundung hat der Sachverständige nach der CT-Klassifikation ICOERD mit dem Ergebnis vorgenommen, dass die Fibrose des Klägers nicht als im direkten Zusammenhang mit der stattgehabten Exposition im Sinne einer BK Nr. 4101 stehe. Dem folgt der Senat und ist, auch unter Berücksichtigung der insoweit hiermit übereinstimmenden radiologischen Befundungen und Bewertungen von Dres. N., P., O., insbesondere aber auch der von Prof. Dr. Q., entsprechend nicht im nach [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) gebotenem Maße davon überzeugt, dass bei dem Kläger das für diese BK einschlägige Krankheitsbild einer Silikose im Sinne des Vollbeweises vorliegt.

Der Berufung war daher stattzugeben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-01-04