

L 1 U 2119/22

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1.
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 1060/20
Datum
21.06.2022
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 2119/22
Datum
19.02.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Ein Antrag auf Feststellung einer bestimmten Form einer Krankheit, die insgesamt bereits als Listen-BK anerkannt ist, ist unzulässig (hier: Anerkennung einer "Mischstaubpneumokoniose" bei bereits anerkannter BK 4101).
2. Die Anerkennung einer gesundheitlichen Folge einer anerkannten BK setzt voraus, dass der Unfallversicherungsträger durch Verwaltungsakt zumindest dem Grunde nach die Feststellung dieser Folge abgelehnt hat. Eine bloße Erwähnung einer solchen BK-Folge in der Begründung eines Bescheids reicht insoweit nicht. Dies gilt mindestens dann, wenn der Versicherte die Feststellung der fraglichen gesundheitlichen Folge im Verwaltungsverfahren gar nicht begehrt hatte.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21. Juni 2022 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt eine Verletztenrente aufgrund einer anerkannten Berufskrankheit Nummer 4101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (Quarzstaublungenenerkrankung, Silikose; künftig: BK 4101).

Der 1933 in Rumänien geborene Kläger besuchte dort bis 1946 die Schule. Anschließend verrichtete er bis 1950 Feldarbeit. Danach absolvierte er bis 1954 eine Maurerlehre. Von 1954 bis 1956 leistete er seinen Wehrdienst. Danach war er bis 1960 als Maurer tätig. Von Januar 1961 bis April 1989 arbeitete er in Rumänien als Industrieofenmaurer. Er war im Bereich der Instandhaltung in einer Fabrik tätig, die Haushaltsgegenstände mit Emaille-Überzug herstellte. Seit 1991 lebt er in Deutschland, wo er nicht mehr berufstätig gewesen ist. Seit 1993 bezieht er eine Altersrente. Der Kläger ist als Spätaussiedler anerkannt worden.

K1 (R1-Krankenhaus, Klinik S1) diagnostizierte am 25. Februar 2016 anlässlich einer stationären Schlafüberwachung des Klägers u.a. ein schwergradiges Schlafapnoesyndrom, Asthma bronchiale und Adipositas. S2 diagnostizierte in einem Arztbrief vom 4. April 2016 ebenfalls eine Schlafapnoe sowie Asthma (nicht allergisch, aktuell nicht wesentlich obstruktiv).

Mit Schreiben vom 25. Oktober 2016 zeigte der behandelnde Arzt R2 gegenüber der Beklagten den Verdacht einer beim Kläger bestehenden BK in Form einer Silikose an.

Die Beklagte beauftragte eine Stellungnahme des Präventionsdienstes, dieser teilte am 12. Januar 2018 zusammenfassend mit, es sei davon auszugehen, dass der Kläger von 1961 bis 1989 quarzhaltigen Feinstäuben in beträchtlichem Ausmaß ausgesetzt gewesen sei.

Daraufhin veranlasste die Beklagte die Einholung eines pneumologischen Gutachtens bei G1. Dieser führte in seinem Gutachten vom 16. August 2018 aus, es liege eine geringfügige Quarzstaublungenenerkrankung im Sinne der BK 4101 vor. Seit 1995 sei zudem ein Asthma bronchiale bekannt. Es bestünden nur diskrete radiologische Veränderungen der Lunge, die erstmals durch eine Computertomographie (CT) vom 26. August 2016 nachgewiesen worden seien. Die Lungenfunktionsprüfung am Untersuchungstag habe einen Normalbefund ergeben. Unter Medikation habe eine komplette Normalisierung der Atemflüsse und -volumina vorgelegen. Hinweise auf eine Restriktion ergäben sich

nicht. Die Leistung und die Sauerstoffaufnahme bei einem Belastungstest (Spiroergometrie) hätten im Normbereich gelegen. Es bestünden keine auf die Quarzstaublungenenerkrankung zurückzuführenden Funktionseinschränkungen. Die MdE belaufe sich auf 0 vH. Unabhängig von der Lungenfunktion steige die Herzfrequenz des Klägers nur unzureichend an. Im Echokardiogramm habe sich hinsichtlich des Herzens eine leicht- bis mittelgradige Einschränkung der linksventrikulären Funktion gezeigt. Die Ursache der Dyspnoe liege in erster Linie im kardialen Bereich. Hinweise auf eine relevante Lungenfunktionsstörung lägen nicht vor.

Mit Bescheid vom 27. August 2018 erkannte die Beklagte beim Kläger das Vorliegen einer BK 4101 an. Ansprüche auf Rente oder sonstige Leistungen bestünden nicht. In der Begründung führte die Beklagte aus, beim Kläger seien quarzstaubbedingte Veränderungen der Lunge, verstärkt im rechten Oberfeld, ohne dadurch bedingte Einschränkungen der Atmungs- und Kreislauffunktion röntgenologisch nachweisbar. Die BK sei nicht behandlungsbedürftig und habe auch keine rentenberechtigende MdE zur Folge. Unabhängig von der Berufskrankheit leide der Kläger an Asthma Bronchiale, arterieller Hypertonie, Herzinsuffizienz, Schlafapnoesyndrom und Adipositas.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und führte zur Begründung aus, er habe schon 1991 unter einer Silikose gelitten und sei deswegen erwerbsunfähig geworden. Später habe sich deswegen das Asthma entwickelt. Während des laufenden Widerspruchsverfahrens erlitt der Kläger im Januar 2019 einen Herzinfarkt und ihm wurden hiernach mehrere Stents implantiert.

Die Beklagte holte im Widerspruchsverfahren eine Stellungnahme des Beratungsarztes S3 ein, der sich im Ergebnis den Ausführungen G1 anschloss und diese bestätigte. Die seither vorgelegten diversen Behandlungsunterlagen und dort genannte Erkrankungen könnten nicht in einen Zusammenhang mit der BK 4101 gebracht werden.

Darauf gestützt wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15. April 2020 zurück. Eine wesentliche Lungenfunktionsstörung bestehe nicht.

Der Kläger hat hiergegen am 20. April 2020 Klage vor dem Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben, mit der er die Gewährung einer Verletztenrente sowie später dann mit Schreiben vom 12. Mai 2022 auch die Anerkennung einer obstruktiven Ventilationsstörung und einer chronischen Bronchitis als Folgen der BK 4101 begehrt.

Das SG hat zur weiteren Aufklärung ein lungenfachärztliches Gutachten bei B1 eingeholt. B1 hat in seinem Gutachten vom 4. Januar 2021 eine MdE von 0 vH angenommen. Auf lungenärztlichem Fachgebiet liege beim Kläger ein seit 2009 bekanntes effektiv mit CPAP behandeltes Schlafapnoesyndrom, ein nicht allergisches Asthma bronchiale ohne relevante Lungenfunktionsstörung und eine morphologisch (nur radiologisch nachweisbare) minimale Silikose vor. Aufgrund einer Parkinson-Krankheit sei der Kläger nicht in der Lage, mehr als einige Schritte zu gehen. Die aufgrund der radiomorphologischen Befunde und der durch die ermittelte berufliche Tätigkeit festgestellte Silikose sei mit Wahrscheinlichkeit wesentlich durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden. Eine relevante durch die anerkannte Berufskrankheit verursachte Einschränkung der körperlichen Funktionen (z.B. Lungenfunktion in Ruhe) sei jedoch beim Kläger bis dato nie nachweisbar gewesen. Die vorliegenden radiomorphologischen Befunde (zuletzt im Juli 2020 ein CT des Thorax) seien so gering ausgeprägt (lediglich minimale grenzwertige Lymphknotenvergrößerungen zwischen den beiden Lungen und maximal und maximal bis zu 2 mm große für Silikose verdächtige Knötchen und nur in den oberen Lungenbereichen), dass sie kaum in der Lage sein könnten, eine Lungenfunktionseinschränkung in Ruhe und/oder Belastung zufolge zu haben. Auf lungenärztlichem Fachgebiet seien keine relevanten Lungenfunktionseinschränkungen aufgrund der anerkannten Silikose nachweisbar.

Der Kläger hat die Aussagekraft der eingeholten Gutachten angezweifelt, da die Lungenfunktionsuntersuchung jeweils ohne vorheriges Absetzen der Medikation durchgeführt worden sei.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat das SG sodann ein Gutachten bei dem Arbeitsmediziner B2 eingeholt. B2 hat in seinem Gutachten vom 26. Oktober 2021 ausgeführt, die Silikose gehe in allen Stadien typischerweise mit einer chronischen Bronchitis und einer therapieindizierten obstruktiven Ventilationsstörung, wie sie im vorliegenden Fall bestehe, einher. Eine restriktive Ventilationsstörung, die beim Kläger in geringem Maße vorliege, trete insbesondere im fortgeschrittenen Stadium hinzu. Insgesamt sei die durch ärztliche Befunde seit 1997 belegte bronchopulmonale Funktionseinschränkung mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich der Mischstaub-Silikose zuzuordnen und nicht einem separaten Asthma bronchiale, für das sich anamnestisch und im Allergietest kein Anhalt ergebe. Das aktuelle Beschwerdebild werde überlagert durch berufsunabhängige Erkrankungen, insbesondere eine koronare Herzerkrankung, ein chronisches Wirbelsäulenleiden mit schwerer Kyphose und ein Schlafapnoesyndrom. Die häufige Ursache einer obstruktiven Atemwegserkrankung, das inhalative Zigarettenrauchen, scheidet aus, da der Kläger „Nieraucher“ sei. Entgegen anderweitiger Interpretationen sei auch das geringe bis mäßige Übergewicht des Klägers nicht für eine Restriktion verantwortlich zu machen. Als BK-Folge beständen eine durchgängig behandlungsbedürftige und auch entsprechend therapierte obstruktive Ventilationsstörung mit intermittierend belegter bronchialer Hyperreagibilität sowie eine leichte restriktive Ventilationsstörung. Die MdE sei in Anbetracht der durch die BK bedingten schweren chronischen Bronchitis mit therapiebedürftiger kombinierter Ventilationsstörung seit dem 12. Mai 1997 auf 20 vH zu veranschlagen. Die Vorgutachten der G1 und B3 hätten nicht bzw. nicht gebührend gewürdigt, dass seit 1997 Ventilationsstörungen wiederholt von den behandelnden Lungenfachärzten beschrieben worden seien, die obstruktive Ventilationsstörung typisch für eine Silikose sei und andere Krankheitsursachen nicht erkennbar seien.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 21. Juni 2022 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der Kläger habe keinen Anspruch auf Verletztenrente. Die Annahme einer MdE von 20 vH bei der BK 4101 setze zumindest geringgradige Minderungen der Lungenfunktion und eine Insuffizienz bei hoher Belastung im Rahmen der Spiroergometrie voraus. Beide Kriterien seien nicht erfüllt. Dies ergebe sich aus allen drei vorliegenden Gutachten, insbesondere auch aus jenem von B2. Die Klage mit dem Ziel der Anerkennung weiterer Folgen der anerkannten BK sei bereits unzulässig. Hinsichtlich der Anerkennung einer obstruktiven Ventilationsstörung und einer chronischen Bronchitis bestehe keine Klagebefugnis. Mit den angegriffenen Bescheiden sei hinsichtlich dieser Erkrankungen keine Verwaltungsentscheidung getroffen worden.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 6. Juli 2022 zugestellte Urteil hat der Kläger am 25. Juli 2022 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, entgegen der Ansicht des SG sei die Klage mit dem Ziel der Anerkennung weiterer Folgen der Berufskrankheit zulässig, da im angefochtenen Bescheid zumindest konkludent die Belastungsatmenot und ein Asthma Bronchiale als Folge

der Berufskrankheit abgelehnt worden seien. Des Weiteren hat er ausgeführt, das SG habe die Ausführungen des B2 nicht gewürdigt bzw. nicht verstanden. Der Kläger habe im Jahr 1989 seine Arbeit aufgeben müssen und sei in Rumänien mit dem Befund Silikose verrentet worden. B2 habe die Befunde aus den Jahren ab 1997 als therapiebedürftige kombinierte Lungenfunktionseinschränkung mit obstruktiven und restriktiven Elementen sowie einer schweren Bronchitis interpretiert und unter Bezug auf die herrschende Auffassung in der medizinischen Literatur betont, dass die nachgewiesene bronchopulmonale Funktionseinschränkung des Klägers mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich der Mischstaub-Silikose zuzuordnen sei. Die chronisch obstruktive Bronchitis sei durch Behandler und Gutachter z. T. als Asthma bronchiale fehlinterpretiert worden und die Ergebnisse der Vorgutachter und des SG seien fehlerhaft. Sie befassten sich entweder nicht mit der chronischen Bronchitis in Ursächlichkeit und MdE oder fehlinterpretieren diese als (BK-) unabhängig, ohne hierfür auch nur ansatzweise nachvollziehbare Begründung zu liefern. Die sehr oberflächlich begründeten Gutachten der G1 sowie B1 stellten nur auf die aktuellen Befunde ab, unterlägen allerdings dem Irrtum, dass eine Korrelation mit dem Ausmaß der radiologischen Veränderungen bestehen müsse, was bei einer Mischstaub-Silikose nicht gefordert werden könne.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21. Juni 2022 und den Bescheid vom 27. August 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2020 aufzuheben und festzustellen, dass es sich bei der anerkannten BK 4101 um eine Mischstaubpneumokoniose mit kombinierter Ventilationsstörung (restriktive und obstruktive Ventilationsstörung mit chronischer Bronchitis) handelt sowie die Beklagte zu verurteilen, eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 vH zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die Entscheidung des SG für zutreffend.

Der Senat hat zur weiteren Sachverhaltsaufklärung jeweils eine ergänzende Stellungnahme bei den Gutachtern B1 und B2 eingeholt.

B1 hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. März 2023 ausgeführt, objektiv finde man in dem Gutachten von B2 keine Daten, welche eine wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion nachwiesen. B2 habe zwar Lungenfunktionskurven unter anderem aus 1997 vorgelegt, womit er seine MdE-Einschätzung rückwirkend ab 1997 begründet habe, es sei aber darauf hinzuweisen, dass die Angaben zur Körpergröße des Klägers und damit zu einem Übergewicht in den Akten variierten. Unabhängig von den verschiedenen Längenangaben des Klägers hätten alle Messwerte auch schon 1997 in der "normalen Bandbreite" gelegen. Eine wesentliche Einschränkung der totalen Lungenkapazität als wichtiges Zeichen für das Vorliegen einer pulmonal bedingte ventilatorische Restriktion sei nicht dokumentiert worden, sodass eine pulmonale Restriktion auch damals schon unwahrscheinlich gewesen sei und eine Obstruktion auch 1997 nicht nachweisbar gewesen sei. Somit gebe es keine plausible Erklärung, weshalb dem Kläger rückwirkend ab 1997 eine MdE von 20 vH zuerkannt werden sollte. Die Lungenfunktionsdaten nach G1 würden zu den geringen radiologischen Veränderungen passen. Eine schwere Bronchitis möge der Kläger gehabt haben oder noch haben, diese müsse als unabhängig von der Berufskrankheit betrachtet werden. Zusammenfassend bleibt es somit bei der bisherigen Beurteilung.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat hiergegen Einwendungen erhoben. Er hat insbesondere eingewandt, B2 habe einen für das Jahr 1997 höchstplausiblen Größenwert von 168 cm zu Grunde gelegt. Die auf diesem Wege ermittelte Verminderung der Vitalkapazität auf 79 % des Referenzwertes stelle nach allgemeiner Auffassung einen eindeutig pathologischen Befund dar. B1 stelle sich ohne nachvollziehbare Sachargumente gegen den medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand und die Diagnostik- bzw. Begutachtungs-Leitlinien, die bekanntlich von B2 initiiert und wesentlich mitgestaltet worden seien.

B2 hat in seiner am 25. Oktober 2023 beim Gericht eingegangenen ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, zusammenfassend entsprächen die erhobenen Lungenfunktionsbefunde nach den (wegen der Kyphose) erforderlichen Referenzwert-Korrekturen zweifelsfrei einer leichten restriktiven Ventilationsstörung. Beim Kläger bestehe seit 2002 eine erhebliche abnorme und zunehmende Abnahme der Körpergröße, die von der automatisch arbeitenden, sich auf gesunde Referenzkollektive ohne Kyphose beziehenden Lungenfunktions-Software nicht berücksichtigt werde. Das Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung ergebe sich auch aus den von den behandelnden Lungenfachärzten vielfach mitgeteilten Befundinterpretationen sowie der wiederholt gestellten Diagnose Asthma, wobei allerdings teilweise eine Verkennung der Krankheitsursache vorliege, denn für ein Asthmaleidenden ergäben sich keine Hinweise, insbesondere seien keine hierfür typischen Atemwegs-Allergien und keine Asthmaanfalle in den Aktenunterlagen verzeichnet. Auch die ärztlicherseits seit etwa 2002 erfolgte leitlinienentsprechende Behandlung mit bronchialerweiternden und später auch entzündungshemmenden Medikamenten belege, dass eine obstruktive Atemwegserkrankung seither vorliege. Das weitgehende Fehlen von obstruktiven Parametern im weiteren Verlauf unter einer fortgesetzten Therapie mit bronchialerweiternden und entzündungshemmenden Medikamenten, spreche im Gegensatz zu der Interpretation des B1 keineswegs gegen das Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung oder deren Persistieren. Die Behandlung maskiere lediglich die funktionellen Einschränkungen ohne die Krankheit zu beseitigen.

Die Beklagte hat hiergegen Einwendungen erhoben. Die Bochumer Empfehlungen seien eindeutig, was das Krankheitsbild obstruktive Ventilationsstörung im Sinne einer COPD angehe. Wenn der Kläger mit Medikamenten wegen eines Asthmas bronchiale behandelt werde, dann sei dieser Teil der obstruktiven Ventilationsstörung nicht Bestandteil der anerkannten BK-Folgen. Eine COPD sei nicht reversibel. Die Erkrankung des Klägers schon.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist statthaft, da Berufungsausschlussgründe nicht eingreifen (vgl. [§§ 143, 144 Absatz 1 Nummer 1 SGG](#)). Die zulässige Berufung ist jedoch nicht begründet.

1.)

Gegenstand des Rechtsstreits ist die mit Bescheid vom 27. August 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2020 verfügte Ablehnung der Gewährung einer Verletztenrente. Die hiergegen erhobene kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) ist statthaft und zulässig.

Soweit der Kläger darüber hinaus die Feststellung begehrt, dass es sich bei der anerkannten BK 4101 um eine Mischstaubpneumokoniose mit kombinierter Ventilationsstörung (restriktive und obstruktive Ventilationsstörung mit chronischer Bronchitis) handelt, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Beklagte eine beim Kläger bestehende BK 4101 bereits mit Bescheid vom 27. August 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2020 anerkannt hat. Die BK 4101 umfasst sämtliche Erkrankungen an Lungenfibrose durch Einatmung von Staub, welcher unterschiedlichen Anteile freie kristalliner Kieselsäure enthält und insbesondere auch sog. Mischstaubpneumokoniosen, die wesentlich durch Begleitstäube mitgeprägt sind. Die meisten Silikosen sind Mischstaubpneumokoniosen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Ziffer 17.2, S. 1052 und 1055). Das Klagebegehren auf Feststellung einer Mischstaubpneumokoniose ist daher unzulässig, da die bereits anerkannte BK 4101 auch die Mischstaubpneumokoniose umfasst. Der Kläger hat insoweit kein Rechtsschutzbedürfnis und im Übrigen auch keinen Anspruch, dass die BK in der von ihm gewünschten Diktion festgestellt wird, zumal B2 auf ausdrückliche Nachfrage des Prozessbevollmächtigten des Klägers mitgeteilt hat, die Mischstaubsilikose unterscheide sich hinsichtlich der Diagnostik und Beurteilung nicht wesentlich von einer Silikose und anderen Pneumokoniosen.

Auch die des Weiteren beehrte Feststellung, dass eine kombinierte Ventilationsstörung (restriktive und obstruktive Ventilationsstörung mit chronischer Bronchitis) Folge der BK 4101 ist, ist unzulässig, da der Bescheid vom 27. August 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2020 keine hinreichend eindeutige Regelung zur Anerkennung von BK-Folgen trifft. Der Regelungssatz beschränkt sich vielmehr auf die Anerkennung der BK sowie die Ablehnung von Leistungen, insbesondere eine Verletztenrente („1. Ihre durch quarzhaltige Feinstäube verursachte Lungenerkrankung ist eine Berufskrankheit nach Nr. 4101 der Berufskrankheiten-Liste in Verbindung mit § 5 Fremdrengengesetz - 2. Ansprüche auf Rente oder sonstige Leistungen wegen der Berufskrankheit bestehen nicht.“).

Eine kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage oder auch Verpflichtungsklage ist daher mangels einer überprüfbaren Ausgangsentscheidung der Beklagten nicht zulässig. Soweit die Beklagte zur Begründung der Rentenablehnung im Bescheid vom 27. August 2018 Ausführungen zum ursächlichen Zusammenhang zwischen der anerkannten BK und hierdurch bedingten Erkrankungen macht, kann hierin keine rechtsverbindliche Regelung über BK-Folgen gesehen werden. Dabei ist unerheblich, ob die Beklagte die Absicht hatte mit dem Bescheid eine endgültige Regelung ([§ 31 SGB X](#)) hinsichtlich der BK-Folgen zu treffen (BSG, Urteil vom 17. Juni 2008 - [B 8 AY 8/07 R](#) -, Rn. 12, juris; aA offenbar LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 5. Dezember 2018 - [L 17 U 27/18](#) -, Rn. 34, juris, da dort auf den mutmaßlichen Regelungswillen der Beklagten abgestellt wird). Entscheidend ist vielmehr, ob ein verständiger, objektiver Erklärungsempfänger den Bescheid vom 27. August 2018 zum Zeitpunkt seines Erlasses als endgültige Regelung zur Feststellung von BK-Folgen verstehen musste (BSG - [B 8 AY 8/07 R](#) -, a.a.O.). Eine Regelung liegt (nur dann) vor, wenn die Behörde eine potentiell verbindliche Rechtsfolge gesetzt hat (Luthe in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 2. Aufl., [§ 31 SGB X](#), Stand: 7. Oktober 2021, Rn. 39). Bei der Auslegung von Verfügungssätzen ist des [§ 31 SGB X](#) ist vom Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten auszugehen, wobei alle Zusammenhänge zu berücksichtigen sind, die die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133 BGB](#)) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat. Maßgebend ist der objektive Sinngehalt der Erklärung bzw. das objektivierte Empfängerverständnis. Zur Bestimmung des objektiven Regelungsgehaltes eines Verwaltungsaktes kommt es mithin darauf an, wie Adressaten und Drittbetroffene ihn nach Treu und Glauben verstehen mussten bzw. durften (vgl. BVerwG Urteil vom 7.6.1991 - [7 C 43/90](#) - [NVwZ 1993, 177](#), 179).

Grundsätzlich ist die Beklagte berechtigt in einem Bescheid über eine Rentenablehnung mit einem besonderen Verfügungssatz festzustellen, dass bestimmte Gesundheitsschäden Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind, wenn dies für andere Leistungen relevant werden kann oder eine frühzeitige Klärung des Ursachenzusammenhangs im Hinblick auf mögliche zukünftige Rentenansprüche zweckmäßig erscheint (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 36/03 R](#) -, Rn. 19, juris). Es obliegt insoweit der Beklagten durch Aufbau und Formulierung ihres Bescheides eindeutig und unmissverständlich klarzustellen, ob eine solche Regelung durch den Bescheid getroffen werden soll. Sähe man dies anders, legte man dem Kläger das Risiko von Fehlinterpretationen auf und dieser müsste Bescheide selbst dann anfechten, wenn er mit ihrem eigentlichen Tenor einverstanden ist, um eine etwaige Bestandskraft von „versteckten“ Verfügungssätzen zu vermeiden.

Gegen eine verbindliche Regelung der BK-Folgen mit Bescheid vom 27. August 2018 spricht eindeutig dessen Aufbau mit Trennung zwischen den Verfügungssätzen BK-Anerkennung und Rentenablehnung ([§§ 31 Satz 1](#) und [§ 33 Abs. 1 SGB X](#)) einerseits sowie der hierzu abgegebenen Begründung ([§ 35 SGB X](#)) andererseits. Auch unter Berücksichtigung der Ausführungen der Beklagten im Rahmen der Begründung des Bescheides vom 27. August 2018 (*„Unsere Entscheidung begründen wir wie folgt: ... Ihre Berufskrankheit [Quarzystaublungenenerkrankung] hat zu nachstehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt: ...Folgende Beeinträchtigungen Ihres Gesundheitszustandes liegen unabhängig von der Berufskrankheit vor: ...“Die Entscheidung zu den Folgen der Berufskrankheit und zur MdE stützt sich auf die ärztlich erhobenen Befunde“*) ist der Bescheid als Ganzes in diesem Punkt allenfalls mehrdeutig interpretierbar und führt bei einem Adressaten und Drittbetroffene nach Treu und Glauben nicht zu dem Schluss, dass die im Tenor unter Ziffern 1. und 2. getroffenen Verfügungen unvollständig sind und um eine weitere Regelung erweitert werden sollen. Insbesondere der Umstand, dass in dem angefochtenen Bescheid BK-Folgen und nicht als BK-Folgen anzuerkennende Gesundheitsstörungen ausdrücklich voneinander abgegrenzt wurden, belegt nach Auffassung des Senates nicht, dass der Bescheid eine verbindliche Regelung der BK-Folgen beinhaltet (aA LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 5. Dezember 2018 - [L 17 U 27/18](#) -, Rn. 34, juris unter Abstellung auf den mutmaßlichen Regelungswillen der Behörde), sondern diese Abgrenzung ist eine Vorfrage für die tatsächlich entschiedene Frage, ob ein Anspruch auf Verletztenrente besteht und damit - wie von der Beklagten explizit formuliert - ein reines Begründungselement. Für diese Auslegung spricht im Übrigen auch der Inhalt des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2020, der dem Bescheid vom 27. August 2018 seine endgültige Gestalt gibt, und keine Anhaltspunkte dafür bietet, dass hierdurch eine verbindliche Feststellung von BK-Folgen erfolgen sollte.

Das Klagebegehren ist auch nicht als isolierte Feststellungsklage statthaft und zulässig. Das Interesse gerade an einer gerichtlichen Feststellung ist grundsätzlich erst dann "berechtigt", nachdem sich der Versicherte an den Unfallversicherungsträger gewandt und ihm Gelegenheit gegeben hat, das (Nicht-)Vorliegen einer Unfall- bzw. BK-Folge behördlich festzustellen. Nur in eng begrenzten Ausnahmen ist

die Feststellungsklage auch ohne damit verbundene Anfechtungsklage zulässig, nämlich dann wenn die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens reine Förmerei wäre (Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Auflage, § 55, Rn. 3 b). Ein derartiger Ausnahmefall ist insbesondere dann anerkannt, wenn es dem Versicherten nicht zuzumuten ist, die Verwaltungsentscheidung abzuwarten oder die Behörde besonderen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat (vgl. BSG, Beschluss vom 15. Dezember 2020 - [B 2 U 142/20 B](#) -, Rn. 8, juris, m.w.N.). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. Vielmehr hat der Kläger das Begehren auf Anerkennung bzw. Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen als BK-Folgen erstmals im gerichtlichen Verfahren (und dort mehr als 2 Jahre nach Klageerhebung) mit Schriftsatz vom 12. Mai 2022 artikuliert. Im Verwaltungsverfahren und auch zunächst im SG-Verfahren hatte er hingegen ausschließlich geltend gemacht, dass eine „MdE in rentenberechtigendem Ausmaß“ vorliegt, so dass die Beklagte zutreffend auch nur hierüber entschieden hat.

2.) Die zulässige Klage auf Gewährung einer Verletztenrente ist nicht begründet. Die Ablehnung der begehrten Verletztenrente erweist sich als rechtmäßig, da beim Kläger keine BK-bedingte MdE von mindestens 20 vH vorliegt und somit kein Anspruch auf Verletztenrente besteht.

Anspruch auf Verletztenrente haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles ([§ 7 SGB VII](#)) - hier eines Arbeitsunfalls nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) - über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 vH gemindert ist. Anspruch besteht auch bei einer MdE um wenigstens 10 vH, wenn weitere Versicherungsfälle oder Schädigungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht vorliegen, die ihrerseits Dauerschäden zurückgelassen haben, die eine MdE von wenigstens 10 vH (oder einen entsprechenden Grad der Schädigungsfolgen) zurückgelassen haben ([§ 56 Abs. 1 Sätze 2 bis 4 SGB VII](#)). Derartige Stützrententatbestände sind weder vorgetragen noch ersichtlich.

Um das Vorliegen der hiernach maßgeblichen MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen - ausgehend von konkreten Funktionseinbußen - beeinträchtigt ist, und in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rn. 15, 17). Maßgeblich ist hierbei die anhand allgemeiner Erfahrungssätze zu bestimmende - durch die jeweiligen Funktionseinschränkungen verursachte - in Prozent oder vom Hundert ausgedrückte Möglichkeit, sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Lebensgrundlage in Form eines Erwerbs zu verschaffen, wobei gleiche gesundheitliche Einschränkungen prinzipiell zur gleichen Höhe der MdE führen (sog. Prinzip der abstrakten Schadensberechnung). Der Verlust oder die Einschränkung der Nutzungsmöglichkeiten besonderer beruflicher Kenntnisse oder Fähigkeiten des Versicherten sind - außerhalb der Sonderregelung des [§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII](#) - grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urteil vom 14. November 1984 - [9b RU 38/84](#) -, juris, Rn. 21). Die Feststellung der durch den Versicherungsfall bedingten MdE erfolgt durch Vergleich der unmittelbar vor dem Versicherungsfall bestehenden individuellen Erwerbsfähigkeit (einschließlich etwaiger Vorschädigungen) mit der Situation nach dem Versicherungsfall, wobei unabhängig von dem Versicherungsfall eintretende Änderungen der Erwerbsfähigkeit außer Betracht bleiben. Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, das diese gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG - [B 2 U 5/10 R](#) -, a.a.O., Rn. 16). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel. Die objektive Beweislast für das Vorliegen eines Gesundheitsschadens, der nach allgemeinen Erfahrungssätzen eine bestimmte MdE bedingt, trägt der Versicherte, d. h. es geht zu seinen Lasten, wenn der in Rede stehende Gesundheitsschaden und die Funktionseinschränkung nicht mit ausreichender Gewissheit aufgeklärt werden können.

Von diesen Maßstäben ausgehend ist die Erwerbsfähigkeit des Klägers in Folge der anerkannten BK 4104 nicht in rentenberechtigendem Ausmaß gemindert. Der Senat folgt den Gutachtern G1 und B1, die überzeugend dargelegt haben, dass die Folgen der BK 4101 keine MdE bedingen.

Der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung umfasst nicht nur die BK als solche, sondern auch diejenigen weiteren gesundheitlichen Folgen, die sich durch die BK ergeben. Für die haftungsbegründende Kausalität zwischen Einwirkungen und Erkrankung gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung mit der Bedingungstheorie als erstem und der wertenden Zurechnung als zweitem Prüfungsschritt. Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalles muss daher zwischen dem Versicherungsfall (hier der BK 4101 und der dieser zu Grunde liegenden Einwirkungen) und den geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (restriktive und obstruktive Ventilationsstörung mit chronischer Bronchitis) entweder mittels des Gesundheitserstschadens oder direkt ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen. Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (*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 (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, juris). Kriterien für die Wesentlichkeit der nach der Bedingungstheorie als Ursache festgestellten versicherten Einwirkungen sind, wenn andere festgestellte konkurrierende Ursachen in Betracht kommen, Art und Ausmaß der Einwirkungen, die konkurrierenden Ursachen, das Krankheitsbild sowie die gesamte Krankengeschichte, so dass letztlich in der Regel eine Gesamtbetrachtung anzustellen ist (BSG Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 13/05 R](#) -, juris). Entscheidungsbasis für die Kausalitätsbeurteilung muss der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand sein (BSG - [B 2 U 1/05 R](#) -, a.a.O.). Erforderlich ist aber jeweils eine einzelfallbezogene positive Feststellung sowohl der Verursachung nach der Bedingungstheorie als auch der wesentlichen Verursachung der vorliegenden Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen. Das bloße Fehlen von konkurrierenden Ursachen genügt bei komplexen Krankheitsgeschehen, die mehrere Ursachen haben können, gerade nicht (BSG - [B 2 U 1/05 R](#) -, a.a.O.).

Beweismaßstab für die haftungsbegründende Kausalität ist die hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 9/08 R](#) -, juris, Rn. 26). D.h. eine Krankheit ist Folge einer BK, wenn sie mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch Einwirkungen verursacht worden ist (haftungsbegründende Kausalität). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei einer ggfs. wertenden Zusammenschau aller Umstände (Indizien) mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht. Dabei reicht allerdings nicht eine bloße Möglichkeit aus (vgl. hierzu und zum Folgenden BSG - [B 2 U 1/05 R](#) -, a.a.O., Rn. 20). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist auf der Basis des aktuellen

wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über Ursachenzusammenhänge zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung einer Krankheit festzustellen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Sofern mehrere, zumindest teilweise nicht versicherte Ursachen zu der Entstehung des Schadens beigetragen haben, ist die Entscheidung, ob die versicherte Ursache wesentlich war, aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens zu treffen (zu den Einzelheiten auch BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 - [B 2 U 23/05 R](#) -, juris).

Vor diesem rechtlichen Hintergrund vermag der Senat insbesondere einen hinreichend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen der BK 4101 und den beim Kläger bestehenden leichtgradigen Atembeschwerden nicht festzustellen, so dass der Senat auch keine MdE feststellen kann.

Die Quarzstaublungenerkrankung BK 4101 ist dadurch gekennzeichnet, dass der in die Lungenbläschen eingedrungene Quarzstaub u.a. Fibrosen erzeugt, d. h. einen narbigen Umbau der Lunge, der zu einer Versteifung des Gewebes führt. Im Lauf der Zeit nimmt das Lungengewebe dann eine narbenartige Struktur an. Dabei bilden sich knotenförmige Ansammlungen von Makrophagen mit gespeicherten Staubpartikeln, die sich vergrößern und zu Schwielen zusammenwachsen (Merkblatt zur BK-Nr. 4101, Bundesarbeitsblatt 4/1998, S. 61). Das vom Tatbestand der BK-Nr. 4101 geforderte Krankheitsbild setzt grundsätzlich keine MdE oder messbare Störungen der Lungenfunktion voraus. Der Versicherte hat ein berechtigtes Interesse auch bereits in einem frühen Stadium seiner Erkrankung - auch bei nur geringfügig silikotischen Veränderungen ohne messbare Einschränkung der Atmung -, einen Anerkennungsbescheid zu erhalten (Becker in Becker/Burchardt/Krasney/Kruschinsky/Heinz/Bieresborn, SGB VII-Komm § 9, S. 330; Mehrtens/Brandenburg, BKV M 4101, Anm. 4; Römer in: Hauck/Noftz SGB VII, 1. Ergänzungslieferung 2024, BK-Nr. 4101, 4102 und 4112, Rn. 4, 13). Ob die gemessenen Lungenfunktionswerte krankhaft sind und - wenn ja - in welchem Ausmaß, wird durch Vergleich mit Lungenwerten eines dem Versicherten in Größe und Alter entsprechenden Gesunden festgestellt (Römer a.a.O., Rn. 26).

Beim Kläger sind seit vielen Jahren (leichtgradige) Atembeschwerden bekannt und in einer Vielzahl von ärztlichen Berichten festgehalten. Diese Beschwerden wurden von den Gutachtern G1 und B1 wie auch den behandelnden Ärzten durchgängig und übereinstimmend als (BK-unabhängiges) Asthma bronchiale diagnostiziert (vgl. ergänzend beispielhaft und nicht abschließend: Bericht K1 vom 25. Februar 2016; Bericht R3 7. Februar 2014, Arztbriefe S2 vom 2. Januar 2013, 28. März 2013, 13. Juni 2013, 20. Februar 2014, 18. August 2014, 17. Oktober 2014, 25. Februar 2015, 26. Mai 2015 und 4. April 2016 [Asthma, nicht allergisch, aktuell nicht wesentliche obstruktiv]). Soweit B2 dieser übereinstimmenden Diagnose Asthma bronchiale widersprochen hat und Ventilationsstörungen (restriktive und obstruktive Ventilationsstörung mit chronischer Bronchitis) diagnostiziert hat, kann insoweit offenbleiben, ob diese - von allen Behandlern und bisherigen Gutachtern abweichende - diagnostische Zuordnung zutreffend ist. Der diagnostische Dissens zwischen B2 einerseits und andererseits G1, B1 und den behandelnden Ärzten, ist für die im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung maßgeblichen Frage, welche funktionsbeeinträchtigende Gesundheitsstörung sich den beruflichen Einwirkungen kausal zuordnen lassen, ohne entscheidende Aussagekraft, und greift der eigentlichen Kausalitätsbewertung vor, die daher vorrangig zu untersuchen ist.

Für den Senat steht fest, dass der Kläger an (unter Medikation) leichtgradigen Atembeschwerden leidet, die sich ungeachtet ihrer Ursache als Ventilationsstörungen bezeichnen lassen. Die reine diagnostische Bezeichnung des Krankheitsbildes als Ventilationsstörungen ist daher für die Antwort auf die maßgebliche Frage, ob die Atembeschwerden des Klägers auf die berufliche Tätigkeit des Klägers zurückzuführen und damit BK-bedingt sind, nicht entscheidungserheblich. Ventilationsstörungen sind definiert als Störungen der Lungenbelüftung, wobei obstruktive Ventilationsstörungen und (seltener) restriktive Ventilationsstörungen unterschieden werden (vgl. hierzu und zum Folgenden: Hollstein in Pschyrembel online, Ventilationsstörungen; Stand November 2022). Obstruktive Ventilationsstörungen sind Folge von obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD, Asthma bronchiale) mit Erhöhung des Strömungswiderstands in den Atemwegen. Restriktive Ventilationsstörungen sind Behinderung der Lungenausdehnung durch Thoraxdeformitäten (Kyphoskoliose, Trichterbrust u. a.), Pleuraschwarte oder verminderte Dehnbarkeit des Lungengewebes (Lungenfibrose). D.h. weder die Diagnose einer obstruktiven noch einer restriktiven Ventilationsstörung lässt für sich genommen Rückschlüsse auf die Beurteilung des Kausalzusammenhangs mit der BK 4101 zu, da diese Störungen der Lungenbelüftung nicht nur Folge der beruflichen Einwirkungen durch Quarzstäube, sondern auch durch ein hiervon unabhängiges Asthma (Obstruktive Ventilationsstörung) und die beim Kläger mittlerweile bestehende Kyphose (Restriktive Ventilationsstörung) verursacht sein können. Gleiches gilt für eine chronische Bronchitis (Entzündung der Bronchialschleimhaut mit Husten und Auswurf an den meisten Tagen während mindestens je 3 Monaten in 2 aufeinander folgenden Jahren), die ebenfalls keinen Rückschluss auf die Beurteilung des Kausalzusammenhangs mit der BK 4101 zulässt.

Der Senat schließt sich im Ergebnis den Gutachtern G1 und B1 an, nach deren Feststellungen die beim Kläger bestehenden Atemwegsbeschwerden bereits auf der ersten Stufe der Kausalitätsprüfung nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit spezifisch durch den Gesundheitserstschaden der BK 4101 verursacht worden sind und dementsprechend auch keine MdE bedingen.

G1 hat überzeugend dargelegt, dass beim Kläger nur diskrete radiologische Veränderungen der Lunge bestehen (erstmalig durch CT vom 26. August 2016 nachgewiesen), wobei die Lungenfunktionsprüfung am Untersuchungstag einen Normalbefund ergab, unter Medikation eine komplette Normalisierung der Atemflüsse und -volumina vorlagen und sich insbesondere keine Hinweise auf eine Restriktion ergaben (bei einer restriktiven Lungenerkrankung verliert die Lunge teilweise ihre Flexibilität, wodurch die Dehnbarkeit des Lungengewebes abnimmt). Da nach seiner Feststellung zudem die Leistung und die Sauerstoffaufnahme bei einem Belastungstest (Spiroergometrie) im Normbereich lagen, hat er für den Senat nachvollziehbar argumentiert, dass keine auf die Quarzstaublungenerkrankung zurückzuführenden Funktionseinschränkungen nachweisbar sind. Diese Bewertung wurde durch B1 in allen wesentlichen Punkten bestätigt. B1 hat überzeugend dargelegt, dass durch die BK 4101 vor allem Beschwerden und Befunde im Sinne einer chronischen obstruktiven Bronchitis und/oder eines Lungemphysems verursacht werden, deren Hauptsymptome Belastungsluftnot und/oder Husten und Auswurf sind. Hierbei handelt es sich um vieldeutige Symptome, so dass altersabhängig eine sorgfältige Differentialdiagnostik erforderlich ist. Er hat betont, dass beim Kläger subjektiv eine Gehstrecke von unter 100m und eine Dyspnoe in Ruhe bestehe, aber weder bei der Klinik noch bei den objektivierbaren Untersuchungen und den Lungenfunktionsmessungen in Ruhe (Ganzkörper-Plethysmografie, Diffusionsmessungen, Spirometrie inklusive Blutgasanalyse in Ruhe) relevante Einschränkungen nachweisbar waren und die Mobilität des Klägers wesentlich durch eine bestehende Parkinson-Erkrankung eingeschränkt sei. Er hat als Ergebnis seines Gutachtens ebenfalls festgehalten, dass beim Kläger eine morphologisch (nur radiologisch nachweisbare) minimale Silikose vorliegt, jedoch eine hierdurch bedingte Einschränkung der körperlichen Funktionen (z.B. Lungenfunktion in Ruhe) nie nachweisbar war. Er bewertete die vorliegenden (zuletzt im Juli 2020 durch CT-Thorax) radiomorphologischen

Befunde als so gering ausgeprägt (lediglich minimale grenzwertige Lymphknotenvergrößerungen zwischen den beiden Lungen und maximal und maximal bis zu 2mm große für Silikose verdächtige Knötchen und nur in den oberen Lungenbereichen), dass diese kaum in der Lage sein könnten, eine Lungenfunktionseinschränkung in Ruhe und/oder Belastung zufolge zu haben. Er kam daher nachvollziehbar und für den Senat überzeugend zu dem Ergebnis, dass sich auf lungenärztlichem Fachgebiet aufgrund der anerkannten Silikose (mit hinreichender Wahrscheinlichkeit) keine relevanten Lungenfunktionseinschränkungen nachweisbar sind und die BK 4101 daher keine naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingung für die beim Kläger bestehenden Atemschwierigkeiten bzw. Ventilationsstörung ist.

Demgegenüber hält der Senat die Ausführungen B4 nicht für geeignet, um hierauf gestützt einen hinreichend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen den zur BK 4101 führenden beruflichen Einwirkungen und den beim Kläger bestehenden Atembeschwerden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festzustellen. B2 verfügt als Mitherausgeber der S2k -Leitlinie nach AWMF-Schema der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin zur Diagnostik und Begutachtung der BK Ziff. 4101 Quarzstaublungenenerkrankung (Silikose) der BKV (S2k-Leitlinie) über eine besonders fundierte Fachkenntnis und seine Ausführungen, die Silikose gehe in allen Stadien typischerweise mit einer chronischen Bronchitis und einer therapieindizierten obstruktiven Ventilationsstörung einher, entsprechen vollumfänglich der einschlägigen Fachliteratur (vgl. beispielhaft: Bochumer Empfehlungen, Update 2019, S. 15 sowie S2k-Leitlinie, S. 26).

Auch in Anbetracht dieser ohne Zweifel grundsätzlich zutreffenden und fachkundigen Darlegungen, vermag der Senat aber einen konkreten hinreichend wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Folgen der BK 4101 und den beim Kläger bestehenden Atembeschwerden nicht festzustellen. Die Feststellung einer BK 4101 enthält gerade noch keine nachvollziehbare Zuordnung zu deren Folgen und dass eine BK „typischerweise“ zu bestimmten Folgen führt, ersetzt die im Einzelfall unter Berücksichtigung aller Umstände vorzunehmende Kausalitätsbewertung nicht. Die Ausführungen B4 überzeugen den Senat im Ergebnis zwar von einem durchaus möglichen, nicht aber von einem hinreichend wahrscheinlichen Zusammenhang. Für die Überzeugung von einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit ist aber erforderlich, dass mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG - [B 2 U 1/05 R](#) -, a.a.O., Rn. 20).

Der Senat vermisst bei den Darlegungen B4 insbesondere eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der konkreten Situation des hochbetagten und an einer Vielzahl schwerer, BK-unabhängiger, Erkrankungen leidenden Klägers. B2 ist es nicht gelungen, die von den Behandlern und Vorgutachtern erhobenen Befunden, die gegen einen Kausalzusammenhang mit der BK 4101 sprechen, für den Senat überzeugend zu entkräften. Wie oben bereits dargelegt, lassen weder die Feststellung einer obstruktiven noch einer restriktiven Ventilationsstörung für sich genommen belastbare Rückschlüsse auf die Beurteilung des Kausalzusammenhangs mit der BK 4101 zu. Auch wenn man der Annahme B4 folgt, durch die Lungenfunktions-Software sei bei den erhobenen Lungenfunktionsbefunden die Kyphose nicht hinreichend berücksichtigt worden und von einer leichten restriktiven Ventilationsstörung ausgeht, erklärt dies noch nicht die Ursache einer möglichen Ventilationsstörung, zumal es gerade bei einer stark ausgeprägten Kyphose auch zu hierdurch bedingten Atembeschwerden kommen kann (Kroegel/Costabel, Klinische Pneumologie, S. 562; Thieme Duale Reihe Innere Medizin, Auflage: 4, 2018, S. 454). B2 hat zur Begründung seiner Annahmen ausgeführt, insgesamt seien die durch ärztliche Befunde seit 1997 belegten bronchopulmonalen Funktionseinschränkungen mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich der Mischstaub-Silikose zuzuordnen und nicht einem separaten Asthma bronchiale, für das sich anamnestisch und im Allergietest kein Anhalt ergebe. Dies stellt aus Sicht des Senats allerdings keine argumentative Begründung, sondern zunächst nur eine - wenn auch fachkundige - Behauptung dar.

Eine überzeugende Begründung, weshalb die diagnostische Bewertung als Asthma durch sämtliche behandelten Ärzte unzutreffend sei, erkennt der Senat nicht. S2 hat ausdrücklich ein nicht allergisches Asthma diagnostiziert (vgl.: Pschyrembel online, intrinsisches Asthma bronchiale; Stand Juli 2023), so dass die Argumentation im Allergietest habe sich kein Hinweis auf Asthma ergeben, ebenso wenig weiterführend ist, wie der Verweis auf die anamnestischen Angaben des Klägers, die gerade nicht im Einklang mit den Bewertungen der behandelnden Ärzte stehen. Auch ist der Kläger bei K1 in der Lungenfachklinik S1 untersucht und stationär behandelt worden; auch dabei ist ein Asthma bronchiale festgestellt worden.

Die Darlegung B4, die Behandlung mit bronchialerweiternden und später auch entzündungshemmenden Medikamenten belege, dass eine obstruktive Atemwegserkrankung seither vorliege, bleibt (bei Asthma-Diagnose durch die behandelnden Ärzte) für die Bewertung des Kausalzusammenhangs mit der BK 4101 letztlich ebenso ohne nachvollziehbaren Erkenntnisgewinn. B2 hat hierzu selbst ausgeführt, dass die Behandlung einer bronchialobstruktiven Erkrankung unabhängig von der Genese ist und sowohl bei einem Asthmaleiden als auch bei einer Obstruktion infolge einer Silikose/Mischstaub-Silikose Bronchodilatoren und entzündungshemmende Kortikosteroide zur Behandlung mit Verringerung der Beschwerden eingesetzt werden, so dass für den Senat unklar bleibt, weshalb er diese Behandlung als Indiz für einen Kausalzusammenhang wertet. Soweit er ausführt, die chronische bronchitische Symptomatik sei Folge der durch die Quarzstaublagerungen in der Lunge und in den Atemwegen hervorgerufenen chronischen Entzündung, wobei auch Verengungen und Verziehungen der Atemwege hinzutreten können, beschreibt dies nachvollziehbar einen abstrakt möglichen Kausalzusammenhang, steht aber im nicht überzeugend aufgeklärten Widerspruch zu den Befundbewertungen durch B1, wonach die zuletzt im Juli 2020 durch CT-Thorax radiomorphologischen Befunde so gering ausgeprägt sind, dass diese kaum in der Lage sein könnten, eine Lungenfunktionseinschränkung in Ruhe und/oder Belastung zufolge zu haben. Auch die recht knappen Ausführungen B4, andere Krankheitsursachen seien nicht erkennbar, überzeugen den Senat nicht. B2 hat selbst dargelegt, dass das aktuelle Beschwerdebild durch berufsunabhängige Erkrankungen überlagert wird (erwähnt hat er explizit eine koronare Herzerkrankung, ein chronisches Wirbelsäulenleiden mit schwerer Kyphose und ein Schlafapnoesyndrom, hinzu kommen eine Parkinson Erkrankung, der Zustand nach Herzinfarkt im Januar 2019 und die mehrfach beschriebene beginnende Demenz), ohne jedoch diese Erkrankungen als konkurrierende kausale Faktoren für die beim Kläger bestehenden Funktionseinschränkungen von den Folgen der BK 4101 für den Senat nachvollziehbar und überzeugend abzugrenzen.

Soweit er ausgeführt hat, entgegen anderweitiger Interpretationen sei auch das geringe bis mäßige Übergewicht des Klägers nicht für eine Restriktion verantwortlich zu machen und seine gegenüber den Vorgutachtern abweichende Bewertung u.a. auch mit vorliegenden weiteren Befunden begründet hat, ist anzumerken, dass zwar zu keinem Zeitpunkt eine Adipositas im hoch pathologischen Bereich vorgelegen haben mag, dennoch haben die behandelnden Ärzte, die beim Kläger beobachtete Belastungsdyspnoe in Anbetracht der persönlichen Wahrnehmung durchaus nachvollziehbar und überzeugend auf Übergewicht und einen unzureichenden Trainingszustand zurückgeführt. B4 Gutachten war u.a. ein „ärztlicher Befundschein“ des Hausarztes W1 über eine Behandlung im Jahr 1991 beigelegt, dem wörtlich folgendes entnommen werden kann: „Die am 28.10.1991 durchgeführte Lungenfunktionsprüfung ergab restriktive Ventilationsstörung mittleren

Ausmaßes. Der Patient ist bei 1,62 m Körperlänge und 82 kg (unbekleidet) deutlich übergewichtig. Die umseitig geltend gemachten Atembeschwerden sind vordergründig zurückzuführen auf eine Belastungs-Dyspnoe bei absolutem Übergewicht und einem absolut untrainierten Körper.“ B2 Gutachten hat diesen Bericht als erstmaligen Nachweis einer restriktiven Ventilationseinschränkung gewertet, wobei er einschränkend angemerkt hat, dass der diesbezügliche Originalbefund in den übermittelten Akten nicht aufzufinden ist. Die damalige Beobachtung und Wertung des Behandlers nicht nur zu einem „absolutem Übergewicht“, sondern auch zu „einem absolut untrainierten Körper“ hat er hingegen nicht aufgegriffen und thematisiert.

Zusammenfassend verbleiben beim Senat deutliche Zweifel, die der Annahme eines hinreichend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen der BK 4101 und den bestehenden Atemwegbeschwerden entgegenstehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-03-11