## S 23 U 151/16

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Hessen

Sozialgericht Sozialgericht Frankfurt Unfallversicherung

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

#### 1. Instanz

Aktenzeichen S 23 U 151/16 Datum 01.02.2019

#### 2. Instanz

Aktenzeichen L 9 U 50/19 Datum 09.12.2022

### 3. Instanz

Datum 03.05.2023

I. Â Die Berufung der KlÃxgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. Februar 2019 wird zurÃ $\frac{1}{4}$ ckgewiesen.

II. Â Die Beteiligten haben einander auch für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten.

III. Â Â Die Revision wird nicht zugelassen.

#### **Tatbestand**

Die KlAzgerin ist die Witwe des 1924 geborenen und 2016 verstorbenen B. A. (im

Folgenden: Versicherter), der von 1947 bis 1965 im Steinkohlebergbau tAxtig war.

Mit bestandskräftigem Bescheid vom 12. Juli 1994 der Bergbau-BG, Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden einheitlich Beklagte), erkannte diese eine bei dem Versicherten diagnostizierte Silikose als BK Nr. 4101 (Quarzstaublungenerkrankung; Silikose) der Anlage 1 zur BKV an, lehnte einen Rentenanspruch mangels rentenberechtigender Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) jedoch ab. Hiergegen erhob der Versicherte Klage vor dem Sozialgericht GieÃ□en. Im Klageverfahren legte er dabei einen Befundbericht des Dr. E. vom 22. Februar 1995 vor, in welchem dieser u. a. über eine durchgeführte Lungenfunktionsanalyse berichtete. Eine sichere obstruktive Ventilationsstörung liege bei dem Versicherten nicht vor. Nach Vorlage eines für ihn negativen internistischen Gutachtens des Prof. Dr. F. vom 11. Juli 1995 nahm der Versicherte die Klage sodann zurück.

Im Rahmen weiterer Ã□berprüfungsverfahren lehnte die Beklagte jeweils mit bestandskråxftigen Bescheiden vom 14. Oktober 1997, 28. Måxrz 2000 und 16. Juli 2004 einen Rentenanspruch des Versicherten aufgrund der anerkannten BK Nr. 4101 weiterhin ab. Nach dem Widerspruch des Versicherten gegen den letzten ablehnenden Bescheid vom 16. Juli 2004 war von der Beklagten dabei auch das Vorliegen der BK Nr. 4111 geprüft worden. Die Beklagte hatte in diesem Zusammenhang zunĤchst eine Stellungnahme ihres technischen Aufsichtsdienstes (TAD) zum Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK Nr. 4111 eingeholt. In der Stellungnahme vom 5. August 2004 kam der Vertreter des TAD G. zu dem Ergebnis, dass sich bei dem Versicherten unter Zugrundelegung des differenzierten worst-case-Szenario fýr die berufliche TÃxtigkeit von 1947 bis 1965 eine Staubbelastungsdosis von 150,2 mg/FSJ ergebe und die beruflichen Voraussetzungen der BK Nr. 4111 damit mit Sicherheit gegeben seien. Die Beklagte holte daraufhin bei Dr. H. ein internistisch-pneumologisches Gutachten vom 22. Juli 2005 ein, welcher zu dem Ergebnis kam, dass eine BK Nr. 4111 aufgrund des von 1942 bis 1964 konkurrierend betriebenen Nikotinkonsums nicht eindeutig nachzuweisen und die MdE bezüglich der BK Nr. 4101 weiterhin nicht rentenberechtigend sei.

Im Jahr 2009 wurde von der Beklagten von Amts wegen eine Nachuntersuchung bezýglich der BK Nr. 4101 eingeleitet. In diesem Zusammenhang erstattete Dr. M. unter dem 1. März 2011 ein internistisch-pneumologisches Gutachten. Aufgrund seiner Begutachtung diagnostizierte Dr. M. neben der Silikose eine COPD sowie einen Verdacht auf pulmonale Hypertonie bei dem Versicherten. Diesbezýglich ging der Sachverständige von einer chronischen Bronchitis aus. Klinisch wie auch funktionsanalytisch hätten sich schon erstmalig bei den Untersuchungen von Dr. E. (22. Februar 1995) Hinweise auf eine chronische Bronchitis und eine Lungenýberblähung gezeigt. Die gutachterliche Untersuchung des Klägers durch Prof. Dr. F. habe die anamnestischen Bezþge einer chronischen Bronchitis bestätigt. Prof. Dr. F. habe in seinem Gutachten zudem ein leichtgradiges Lungenemphysem beschrieben. Zum selben Befund sei auch Dr. H. gekommen. Auch habe er eine nicht obstruktive Bronchitis beschrieben. Aufgrund eigener Untersuchung des Versicherten ergäbe sich betreffend die Lungenfunktion unter

Berücksichtigung des Alters und des Broca-Indexes und einer wohl altersbedingt wechselnden Mitarbeit des Versicherten in Ruhe am 14. Januar 2011 und am 18. Februar 2011 eine leichtgradige, peripher betonte Obstruktion mit deutlicher ̸berblähung und dadurch bedingter Pseudorestriktion. Eine eindeutige restriktive VentilationsstĶrung habe bei normaler totaler LungenkapazitĤt direkt nicht gesehen werden kA¶nnen. Eine Broncholyse mit Salbutamol habe keine VerĤnderungen der obstruktiven Ventilationsparameter ergeben. Auch die ̸berblähungsparameter hätten sich nicht zurückgebildet. Nach fahrradergometrischer Belastung sei es nicht zu einer VerstĤrkung der Obstruktionsparameter gekommen. Mittels CO-Diffusionsmessung habe sich eine mäÃ∏iggradig eingeschränkte Diffusionskapazität gezeigt, die jedoch auf die Volumen-Einheit bezogen wieder normal sei. Das konstant erhĶhte Residualvolumen müsse als Ausdruck einer fixierten Ã∏berblähung im Sinne eines Lungenemphysems gedeutet werden. Im Ruhe-EKG habe sich kein Hinweis auf eine DruckerhĶhung im kleinen Kreislauf ergeben. AuffĤllig sei jedoch in Ruhe und unter Belastung (Ergo-Spiro-Oxymetrie) eine vorhandene, am Ende der Belastung sich verstÄxrkende Extrasystolie. Unter Belastung sei es zu einem deutlichen Abfall der Sauerstoffwerte gekommen. Es habe sich somit eine belastungsbedingte EinschrÄxnkung der kĶrperlichen LeistungsfÄxhigkeit gezeigt, wobei nicht entschieden werden kA¶nne, inwieweit es primA¤r eine kardiale oder pulmonale EinschrĤnkung gewesen sei. Die FunktionsstĶrungen kĶnnten mit Wahrscheinlichkeit auf die Quarzstaub-Lungenerkrankung zurÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ckgefÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hrt werden. Ob die in Vorbefunden beschriebene leichtgradige pulmonale Hypertonie Folge der Silikose sei, kA¶nne aufgrund der durchgefA¼hrten Untersuchungen und der vorliegenden Befunde nicht entschieden werden. Diese Frage kA¶nne nur durch eine Rechtsherzkatheteruntersuchung entschieden werden, auf die jedoch wegen des Alters und der fehlenden Duldungspflicht dieser Untersuchung verzichtet worden sei.

Dr. M. schätzte sodann die MdE bei dem Versicherten vom 22. Februar 1995 (Untersuchung durch Dr. E.) bis zum Tag vor der Untersuchung bei Dr. H. (11. November 2004) auf 20 v. H., sowie ab diesem Datum auf 30 v. H. ein, da Dr. H. eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität festgestellt habe, die mit Wahrscheinlichkeit auf die feinstaubinduzierte Lungenerkrankung zurÃ⅓ckzufÃ⅓hren sei. Ab dem Untersuchungstag bei ihm am 18. Februar 2011 liege eine MdE von 40 v. H. vor, da aufgrund der durchgefÃ⅓hrten Belastungsuntersuchung nunmehr auch von einer latenten respiratorischen Partialinsuffizienz auszugehen sei. Im Gutachten äuÃ□erte Dr. M. des Weiteren, dass bei dem Kläger auch eine BK Nr. 4111 vorliege, die sich mit der BK Nr. 4101 Ã⅓berlappe.

Mit einer Stellungnahme vom 24. März 2011 wandte sich der Beratungsarzt der Beklagten Dr. L. gegen das Gutachten des Dr. M. und fýhrte aus, dass nach den gemessenen Werten das Leistungsvermögen des Versicherten durchaus altersgemäÃ $\square$  befriedigend gewesen sei und es zudem Hinweise auf eine Herzinsuffizienz gebe. In der Gesamtschau der Befunde könne von einer leistungsmindernden Atemfunktionsstörung durch Folgen der langjährigen leichtgradigen Silikose nicht ausgegangen werden.

Dr. M. gab hierzu unter dem 13. April 2011 eine ergänzende Stellungnahme ab, wonach die gemessenen Werte eine belastungsinduzierte respiratorische Partialinsuffizienz bewiesen. Hierzu legte der Beratungsarzt Dr. L. eine weitere Stellungnahme vom 24. Mai 2011 vor.

Am 20. Oktober 2011 fand sodann eine weitere gutachtliche Untersuchung des Versicherten bei Dr. M. statt, in der geklĤrt werden sollte, ob rezidivierende Lungenembolien stattgefunden hÄxtten, die differentialdiagnostisch eine ErklĤrung der von Dr. M. anlĤsslich seines Gutachtens vom 1. MĤrz 2011 gefundenen respiratorischen Partialinsuffizienz unter Belastung sein kalnnten. Der Sachverständige teilte hierzu in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Oktober 2011 nach Untersuchung des Versicherten mit, dass ein Angio-CT zur KIärung rezidivierender Lungenembolien aus medizinischen Gründen nicht möglich sei. Eine erneute lungenfunktionsanalytische Untersuchung habe keine entscheidenenden VerÄxnderungen zu den letzten Untersuchungen gezeigt. Weiterhin zeigten sich Hinweise auf eine obstruktive VentilationsstĶrung mit ̸berblähung. Rezidivierende Lungenembolien halte er zur Erklärung der latenten respiratorischen Partialinsuffizienz nicht für wahrscheinlich, sondern weiterhin die Silikose primĤr hierfþr verantwortlich. Aufgrund einer weiteren beratungsÄxrztlichen Stellungnahme des Dr. L. vom 8. November 2011 holte die Beklagte dann bei Prof. Dr. P. eine Stellungnahme zu dem Gutachten sowie den ergĤnzenden gutachterlichen Stellungnahmen des Dr. M. ein. Prof. Dr. P. empfahl in einer gutachterlichen Stellungnahme vom 8. Dezember 2011 eine Wiederholung der Ergo-Spiro-Oxymetrie, mit der die Beklagte daraufhin wiederum Dr. M. beauftragte. Diesbezüglich teilte Dr. M. in einer Stellungnahme vom 28. Februar 2012 mit, dass sich aus der am Vortag erneut durchgefļhrten Untersuchung keine neuen Anhaltspunkte ergäben, die eine Ã∏nderung der vorbefundlichen Bewertung bedingten. Unter einer geringeren Belastung habe sich bei in Ruhe ausreichenden O2-Werten unter Belastung eine signifikante Reduktion der O2-Spannung ergeben, wobei nach Ende der Belastung der Ausgangswert noch nicht vollstĤndig erreicht worden sei.

Am 24. April 2012 wurde bei dem Versicherten sodann ein HR-CT des Thorax durchgeführt. Im Befundbericht vom gleichen Tag führte Dr. S. aus, dass Zeichen einer Silikose nicht erkennbar seien, bei dem Versicherten vielmehr Bronchiektasen links deutlicher als rechts bestünden. Die Beklagte holte anschlieÃ∏end bei Prof. Dr. N., Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil, eine gutachtliche Stellungnahme nach Aktenlage zu den eingeholten Befunden und Gutachten ein.

Unter dem 16. Juli 2012 führte Prof. Dr. N. in Auswertung der von Dr. M. erhobenen Messdaten der Ganzkörperplethysmographie, Spirometrie, Diffusionsmessung, Blutgasanalyse und der Spiroergometrie zusammenfassend aus, dass im Rahmen der Begutachtung bei Dr. M. weder eine Ventilationsstörung mit gutachterlich ausreichender Sicherheit festgestellt worden sei noch sei die körperliche Leistungsfähigkeit des Versicherten alterskorrigiert signifikant eingeschränkt gewesen. Dr. M. habe bei seinen Untersuchungen die ATS-Kriterien der Lungenfunktionsprüfung nur teilweise eingehalten. Der Versicherte habe bei

der Spiroergometrie die Belastung bis 83 Watt toleriert, so dass bei dem Alter des damals 86-jÄxhrigen sicher von einer altersüberdurchschnittlichen Belastbarkeit ausgegangen werden ka ¶nne. Die Beurteilung des Dr. M. mit einer belastungsbedingten EinschrÄxnkung der kĶrperlichen LeistungsfÄxhigkeit kĶnne insbesondere deshalb nicht nachvollzogen werden, weil der Versicherte zum Zeitpunkt des Abbruchs weder kardial noch respiratorisch ausbelastet gewesen sei. Die von Dr. M. vorgebrachte Argumentationskette, wonach eine Silikosebedingte Belastungshypoxämie eine MdE von 40 v. H. begründe, sei insofern nicht schlüssig. Es sei vielmehr festzustellen, dass eine Silikose, welche weder zu einer relevanten VentilationsstĶrung noch zu einer DiffusionsstĶrung gefļhrt habe, medizinisch betrachtet weder eine BelastungshypoxÄxmie noch eine pulmonale Hypertonie begründen könne. Soweit Dr. M. in diesem Zusammenhang auf ein EKG von Prof. Dr. R. (Bericht vom 11. Februar 2008) verwiesen habe, in dem eine pulmonale Hypertonie festgestellt worden sei, werde dort allerdings auch eine beginnende diastolische RelaxationsstĶrung und eine Hypertrophie des Ventrikelseptums auf 12 mm berichtet, so dass eine pulmonale Hypertonie in diesem Zusammenhang mit hĶchster Wahrscheinlichkeit auf eine diastolische FunktionsstĶrung des linken Ventrikels bei hypertensiver Herzerkrankung und Wandhypertrophie des linken Ventrikels zurļckzufļhren sei. Letztere begrýnde auch zwanglos die unter Belastung beschriebene geringgradige Hypoxämie. An der gutachterlichen Beurteilung des Dr. M. bestünden daher begrÃ1/4ndete Zweifel. Denn in Bezug auf die unzweifelhaft vorliegende Silikose bei dem Versicherten seien keine dazu passenden LungenfunktionseinschrÄxnkungen dokumentiert. Auch unter Berücksichtigung der Silikose-Leitlinien aus dem Jahr 2008 seien die Voraussetzungen fA1/4r eine MdE bei dem Versicherten nicht erfA1/4llt, weil die dort dargestellten Kriterien auf den Versicherten nicht zutrĤfen. Die der BK Nr. 4101 zuzuordnende MdE sei insgesamt mit 10 v. H. ab der Begutachtung des Versicherten bei Dr. M. am 14. Januar 2011 einzuschĤtzen.

Dr. M. nahm zur gutachtlichen Stellungnahme des Prof. Dr. N. unter dem 30. Juli 2012 Stellung. Hierin verwies er darauf, dass es lungenfunktionsanalytische Vergleichswerte fýr die Altersgruppe des Versicherten nicht gebe, dass bei dem Versicherten gleichwohl eine langjĤhrige chronische Bronchitis bestehe und dass es eine Vermutung sei, die pulmonale Hypertonie auf eine diastolische FunktionsstĶrung des linken Ventrikels zurückzuführen. Es sei bei dem Versicherten bei den durchgeführten Belastungen zweimal zu einer Sauerstoffreduktion gekommen, so dass zweifelsfrei von einer respiratorischen Partialinsuffizienz unter Belastung zu sprechen sei. Auf die CT des Thorax sei Prof. Dr. N. gar nicht eingegangen. Hier sei ein Emphysem zu sehen, wobei die Untersuchung eingeschrÄxnkt gewesen sei durch die zwischenzeitlich erfolgte Implantation eines Herzschrittmachers mit entsprechenden StĶrphĤnomenen. Au̸erdem sei zu berücksichtigen, dass sich beim Versicherten die BK Nr. 4101 und die BK Nr. 4111 überlappten, wobei die Silikose in der Regel für fibrotische VerĤnderungen im Sinne einer Restriktion verantwortlich sei, wĤhrend die chronische Bronchitis mit Emphysem bei Bergarbeitern mehr die obstruktive FunktionsbeschrĤnkung begļnstige. Fļr die Bildung der MdE und damit fļr die HA¶he einer Rente seien daher sowohl die FunktionseinschrA¤nkungen zu berücksichtigen, die als typische Folge der Fibrosierung anzusehen seien, als auch jene, die sich aus dem komplexen Krankheitsbild bei chronischer obstruktiver Bronchitis und Emphysem herausbilden kalnnten.

Im Rahmen eines anschlieà enden sozialgerichtlichen Verfahrens (S 23 U 207/12), dessen Inhalt die Rentengewà hrung aufgrund der anerkannten BK Nr. 4101 war, holte das Sozialgericht Frankfurt am Main von Amts wegen ein Sachverstà ndigengutachten bei Prof. Dr. T. ein. In einer das Gutachten ergà nzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 20. April 2015 à nuà erte sich Prof. Dr. T. sodann dahingehend, dass die berufliche Feinstaubexposition eine wesentliche Teilursà nchlichkeit fà 1/4 r die Flussminderung der kleinen Atemwege bei dem Versicherten darstelle. Da arbeitstechnisch die Voraussetzungen der BK Nr. 4111 mit Sicherheit gegeben seien, sei eine BK Nr. 4111 wahrscheinlich zu machen. Dies grà 1/4 nde sich auch auf die Angabe des Versicherten, dass eine chronische Bronchitis seit mindestens 1995 bestehe. Es sei daher von einer rentenberechtigenden MdE hinsichtlich der BK Nr. 4111 auszugehen.

Aufgrund dieser EinschĤtzung des gerichtlichen Gutachters leitete die Beklagte im September 2015 Ermittlungen zum Vorliegen einer BK Nr. 4111 bei dem Versicherten ein. Sie beauftragte nach AnhĶrung des Versicherten Prof. Dr. Q. mit der Erstellung eines arbeitsmedizinischen Gutachtens nach Aktenlage.

Der KlĤger verstarb sodann 2016. Seine Ehefrau, die jetzige KlĤgerin, führt das Verfahren fort.

In seinem Gutachten vom 11. März 2016 kam Prof. Dr. Q. zu dem Ergebnis, dass das Vorliegen einer chronischen Bronchitis bei dem Versicherten seit mindestens 1995 gesichert sei, eine obstruktive Ventilationsstörung sich jedoch in den lungenfunktionsanalytischen Messungen von 1995 bis 2012 nicht gezeigt habe und der sichere Nachweis auch in einer Messung 2014 nicht erbracht worden sei. Ebenso wenig bestehe ein Lungenemphysem. Für die wiederholt gezeigte leichte Lungenüberblähung habe sich morphologisch im Jahr 2014 kein Korrelat im Sinne eines Emphysems gefunden. Eine Gasaustauschstörung sei nicht nachgewiesen und die Diffusionsmesswerte hätten normgerechte Werte gezeigt. Damit seien die medizinischen Voraussetzungen der BK Nr. 4111 nicht erfüllt.

Mit Bescheid vom 11. Mai 2016 lehnte die Beklagte daraufhin die Feststellung der BK Nr. 4111 sowie die Gew $\tilde{A}$  $^{\mu}$ hrung von Hinterbliebenenleistungen gegen $\tilde{A}$  $^{\mu}$ ber der Kl $\tilde{A}$  $^{\mu}$ gerin ab. Die ablehnende Entscheidung st $\tilde{A}$  $^{\mu}$ tzte sie auf das Ergebnis des Gutachtens von Prof. Dr. Q.

Den von den ProzessbevollmĤchtigten der KlĤgerin hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 9. August 2016 zurĽck. Hiergegen hat die KlĤgerin, vertreten durch ihre ProzessbevollmĤchtigten, am 12. September 2016 Klage zum Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben mit dem Antrag, die BK Nr. 4111 anzuerkennen und der KlĤgerin als Sonderrechtsnachfolgerin hieraus eine Verletztenrente zu gewĤhren sowie der KlĤgerin Hinterbliebenenleistungen aus Anlass des Todes des Versicherten zu gewĤhren im Sinne eines Sterbegeldes sowie einer Witwenrente.

Das Sozialgericht hat bei Prof. Dr. T. von Amts wegen ein Gutachten nach Aktenlage vom 20. Dezember 2016 eingeholt. In diesem hat Prof. Dr. T. ausgeführt, dass eine umfassende lungenfunktionsanalytische Begutachtung des Versicherten bei Dr. H. am 11. November 2004 erfolgt sei. Hier sei eine obstruktive VentilationsstĶrung mit Flussminderung der kleinen und groÄ\(\text{\pi}\)en Atemwege im Vollbeweis gesichert worden. Auch im weiteren Krankheitsverlauf sei eine periphere obstruktive VentilationsstĶrung feststellbar gewesen. Die Parameter einer LungenüberblÃxhung seien lungenfunktionsanalytisch eindeutig pathologisch. Als Folge hiervon habe auch eine beginnende DiffusionsstĶrung bestanden. Zwar sei es richtig, dass sich röntgenologisch inklusive CT kein Hinweis für ein Emphysem ergeben habe, hierbei sei jedoch zu bedenken, dass sich ausschlie̸lich histologisch durch ein Mikroskop detektierbare Lungenemphyseme einer Bildgebung auch mittels hochauflĶsender CT-Untersuchung entziehen kĶnnten. Zur Anerkennung einer BK Nr. 4111 sei jedoch der histologische oder radiologische Nachweis eines Lungenemphysems nicht erforderlich, vielmehr komme der lungenfunktionsanalytischen Untersuchung die entscheidende Bedeutung zu. Die BK Nr. 4111 liege spĤtestens seit dem Gutachten des Dr. H. vom 22. Juli 2005 vor. Trotz des Rauchkonsums des Versicherten von kumulativ etwa 22 Packungsjahren sei dabei die ermittelte Staubdosis von mehr als 150 Feinstaubjahren wesentlich teilursÃxchlich für die Erkrankung, denn der Versicherte überschreite mit 150 Feinstaubjahren deutlich den unteren Grenzwert der Ermittlungsdosis für das Erkrankungsrisiko von Rauchern, der bei 100 Feinstaubjahren liege. Schwierig gestalte sich allerdings die EinschĤtzung der MdE beim Vorliegen sowohl der BK Nr. 4101 als auch der BK Nr. 4111. Auf diesbezügliche Abgrenzungsschwierigkeiten habe bereits Dr. M. in seinem Gutachten vom 1. MĤrz 2011 hingewiesen. Da sich anlÄxsslich seiner (des SachverstÄxndigen T.) Begutachtung die Durchfļhrung der Lungenfunktionsanalyse schwierig gestaltet habe, seien die Voruntersuchungen von Dr. M. und von Dr. H. der EinschĤtzung zugrunde zu legen. Er schlie̸e sich dem gestaffelten MdE-Vorschlag des Dr. M. an. Vor dem Hintergrund der am 19. August 2014 feststellbaren Rechtsherzbelastung mit einem cor pulmonale, fÃ1/4r die konkurrierende Ursachen nicht nachweisbar seien, sei der medizinisch-funktionelle Anteil der MdE ab diesem Zeitpunkt auf 50 v. H. einzuschAxtzen.

Die Beklagte hat hierzu eine beratungsĤrztliche Stellungnahme des Prof. Dr. P. vom 7. Februar 2017 vorgelegt. Prof. Dr. P. verweist darin auf die VariabilitĤt der Befunde bei dem Versicherten, insbesondere eine starke Schwankung der EinsekundenkapazitĤt, welche zur Folge habe, dass weder die Spirometrie noch der Quotient RV%TLC verwendbar seien. Die gemessenen Schwankungen offenbarten eine unzureichende Atemtechnik des Versicherten. Aufgrund der VariabilitĤt der Befunde sei er nicht davon überzeugt, dass bei dem Versicherten eine BK Nr. 4101 oder 4111 vorgelegen habe. Die Argumentation des Prof. Dr. T. überzeuge ihn wegen Widersprüchlichkeiten nicht. Mit einer offensichtlichen Linksherzinsuffizienz, die zum Tode des Versicherten geführt habe, liege ein BKunabhängiges Leiden vor, das dessen Beschwerden erklären könne. Die Anerkennung der BK Nr. 4111 sei ohnehin ausgeschlossen, wenn die Latenz zwischen Abkehr von der beruflichen Tätigkeit und dem Beginn von Brückensymptomen mehr als 20 Jahre betrage.

In einer ergĤnzenden Stellungnahme vom 10. Oktober 2017 ist Prof. Dr. T. der EinschĤtzung von Prof. Dr. P. entgegengetreten. Bei dem Versicherten sei durch verschiedene Gutachter ein Lungenemphysem funktionsanalytisch nachgewiesen worden. Zudem sei die genannte Latenzzeit vom Gesetzgeber im Rahmen der BK Nr. 4111 nicht festgelegt worden. Ein Lungenemphysem kĶnne sich erst Ĺ¼ber Jahre hinweg entwickeln, so dass auch aus diesem Grund ein lĤngerer Abstand zwischen Ausscheiden aus der belastenden TĤtigkeit und Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen der BK gegeben sein kĶnne. Auch der Vollbeweis einer obstruktiven Bronchitis sei erbracht worden, nĤmlich durch die eingeschrĤnkten MEF50-Werte, die eine Flussminderung belegten. Soweit der Versicherte im weiteren Verlauf unter einer Linksherzinsuffizienz gelitten habe, sei diese nicht auf die BK Nr. 4101 oder 4111 zurļckzufļhren.

Die Beklagte hat daraufhin eine beratungsAxrztliche Stellungnahme des Dr. K. vom 15. Dezember 2017 vorgelegt. Dieser führt aus, dass bei dem Versicherten weder eine chronisch obstruktive Bronchitis noch ein Lungenemphysem vorgelegen habe. Es bedeute eine nicht akzeptable Ã\(\text{Dberstrapazierung der Untersuchungsmethode}\) â∏Lungenfunktionâ∏, wenn bei bekannt unzureichender Kooperation des Versicherten der Vollbeweis der Erkrankung aus einer oder mehreren Lungenfunktionsbefunden abgeleitet werde. Denn es habe bei dem Versicherten insgesamt eine erhebliche Limitierung der Verwertbarkeit der Lungenfunktion vorgelegen (fortgeschrittenes Alter, KomorbiditÃxt), so dass verlÃxssliche Aussagen mit dieser Untersuchungsmethode nicht hÄxtten gewonnen werden kĶnnen. Bereits 1995 â∏ zu welchem Zeitpunkt der Versicherte bereits das 70. Lebensjahr vollendet gehabt habe â∏ werde in dem Arztbericht des Dr. E. explizit festgehalten, dass sich die Messung der Lungenfunktion schwierig gestaltet habe. Der Patient sei teilweise nicht in der Lage gewesen, die SpirometriemanĶver exakt auszufļhren. Es habe sich teilweise eine exspiratorische Pressatmung mit entsprechender Verminderung der 1-SekundenkapazitÄxt gezeigt, auch sei keine optimale maximale Inspiration erzielbar gewesen. Es gebe keinen Grund anzunehmen, dass sich die Kooperation des Versicherten im Laufe der letzten 20 Jahre verbessert habe, eher sei das Gegenteil anzunehmen. Bis auf die Messung der Lungenfunktion aus dem Jahr 2004 mit Prüfung der unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität genüge keine der durchgeführten Messungen den Qualitätsanforderungen (starke Schwankungen der Messwerte einzelner Parameter, keine Reproduzierbarkeit von AuffÄxlligkeiten, Flussvolumenkurven ohne ausreichende Mitarbeit bzw. mit inakzeptablen Schwankungen der Messwerte). Hinzu komme, dass sAxmtliche der in Rede stehenden Messwerte auf die Sollwerte der EuropÄxischen Gemeinschaft fļr Kohle und Stahl (EGKS) bezogen worden seien, welche aber nur für ein Lebensalter bis maximal 70 Jahre Gültigkeit habe. Jenseits des 70. Lebensjahres gebe es für einige Lungenfunktionsparameter der Spirometrie seit 2012 neue Sollwerte. Allerdings sei im Fall des Versicherten die Beurteilung insbesondere der bodyplethysmografisch gemessenen Parameter nach wie vor anhand der EGKS erfolgt, für die es aber ab dem 70. Lebensjahr gar keine Sollwerte gebe. Dies bedeute, dass selbst bei zuverlĤssiger Messung der Lungenfunktion jenseits des 70. Lebensjahres fÃ1/4r wesentliche bodyplethysmografische Parameter, insbesondere solche, die das Lungenemphysem betrĤfen, keine sichere Aussage getroffen werden kĶnne. Aus

den beim Versicherten gemessenen, ohnehin nicht verlÄxsslichen spirometrischen Parametern kA¶nne die Diagnose einer obstruktiven VentilationsstA¶rung nicht gewonnen werden. Aus den Daten der Bodyplethysmografie kA¶nne abgeleitet werden, dass bei dem Versicherten eine wechselhaft ausgeprĤgte, reversible, obstruktive VentilationsstĶrung bestanden haben kĶnnte bei einer unspezifischen bronchialen HyperreagibilitÃxt. Derartige Befunden fÃxnden sich vorrangig bei Personen mit Asthma, könnten jedoch auch im Rahmen einer Linksherzinsuffizienz (vorliegend) oder auch in fortgeschrittenem Lebensalter ohne zwingend pathologisches Korrelat auftreten. Eine dauerhafte, irreversible, obstruktive VentilationsstĶrung, die den Tatbestand der BK Nr. 4111 erfülle, liege damit nicht im Vollbeweis vor. Dies führe dazu, dass die im Vollbeweis gesicherte und unstreitig vorliegende Silikose nicht mit einer MdE einhergehe, da keine dauerhafte obstruktive VentilationsstA¶rung und keine pulmonale GasaustauschstA¶rung gesichert sei, und dass der Tatbestand der BK Nr. 4111 mangels einer vollbeweislich gesicherten dauerhaft vorhandenen obstruktiven VentilationsstĶrung im Sinne einer COPD nicht erfļllt sei. Was die Diagnose Lungenemphysem anbetreffe, so sei diese weder radiologisch, noch durch die Lungenfunktionsprüfungen, noch durch die Bodyplethysmografie nachweisbar, da in der Gesamtschau der von 2004 bis 2014 gemessenen Werte ein Normalbefund mit gelegentlich dokumentierter Lungenüberblähung vorliege. Die in den Jahren 2004 und 2011 durchgeführten Spiroergometrien lieÃ∏en eine kardiale Limitierung der kA¶rperlichen Belastbarkeit erkennen, Hinweise auf eine pulmonale Limitierung der kA¶rperlichen Belastbarkeit (insbesondere durch eine obstruktive Ventilationsstörung) lieÃ∏en sich nicht erkennen. Zudem sei neben der beschriebenen Sollwertproblematik zu bemerken, dass die Messwerte bei dem Versicherten nicht reproduzierbar und aufgrund mangelnder Mitarbeit auch nicht repräsentativ für die tatsächlichen Verhältnisse gewesen seien. Der angegebene Tabakkonsum sei bei der gesamten Diskussion irrelevant, da es vorliegend nicht um eine Abgrenzung von KausalitÄxten gehe. Prof. Dr. P. sei bezüglich der Beurteilung der Begutachtung durch Prof. Dr. T. insgesamt zuzustimmen.

Mit Urteil vom 1. Februar 2019 wies das Sozialgericht im Verfahren <u>S 23 U 207/12</u> (zu welchem es zwischenzeitlich noch ein Klageverfahren der Beteiligten auf GewĤhrung von Pflegegeld nach dem SGB VII aufgrund der anerkannten BK Nr. 4101 hinzuverbunden hatte) die Klagen der KlĤgerin ab. Die KlĤgerin legte hiergegen vertreten durch ihre ProzessbevollmĤchtigten Berufung zum Hessischen Landessozialgericht ein, welches das Verfahren zuletzt unter dem Aktenzeichen <u>L 9 U 49/19</u> fýhrte.

Ebenfalls mit Urteil vom 1. Februar 2019 hat das Sozialgericht die Klage im Verfahren <u>S 23 U 151/16</u> abgewiesen. Die Klage sei zulĤssig, soweit sie auf die GewĤhrung von Hinterbliebenenleistungen aus eigenem Recht, als auch auf die Feststellung des Versicherungsfalls aus abgeleitetem Recht (<u>§Â§ 56</u>, <u>59 Satz 2 SGG</u>) gerichtet sei. Auch hinsichtlich der rýckwirkenden Gewährung einer Lebzeitenrente sei die Klage zulässig, obwohl die Beklagte in ihrer angefochtenen Entscheidung hierzu keine (explizite) Regelung getroffen habe. Denn es sei bloÃ□e Förmelei, diesbezÃ⅓glich auf ein weiteres sozialgerichtliches Vorverfahren zu

bestehen: die Beklagte  $w\tilde{A}^{1/4}$ rde den Rentenanspruch schon deshalb ablehnen, weil nach ihrer Entscheidung keine BK Nr. 4111 vorliege.

Die zulĤssige Klage führe indes in der Sache nicht zum Erfolg. Die Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin des Versicherten habe keinen Anspruch auf die Feststellung einer BK Nr. 4111 bei dem Versicherten und damit auch keinen Anspruch auf rückwirkende Gewährung einer diesbezÃ⅓glichen Rente, weil schon die Erkrankung nicht im Vollbeweis nachgewiesen sei.

Eine BK Nr. 4111 habe bei dem Versicherten nicht vorgelegen. Hierzu sei es erforderlich, eine chronisch obstruktive Bronchitis oder ein Lungenemphysem vollbeweislich nachzuweisen, was nicht gelungen sei. Damit kĶnne auch kein BK-bedingtes cor pulmonale nachgewiesen werden, das sich in fortgeschrittenen FĤllen aus einer chronischen obstruktiven Bronchitis mit einem Lungenemphysem entwickeln kĶnne. Das Gericht schlieÄ□e sich insoweit aus eigener Ä□berzeugung den Feststellungen des Prof. Dr. T. in seinem Gutachten vom 27. August 2014 sowie seiner ergĤnzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 an, die dieser in dem Rechtsstreit \$ 23 U 207/12 erstattet habe. Zwar hĤtten sich die dortigen medizinischen Aussagen des Prof. Dr. T. auftragsgemĤÄ□ auf die BK Nr. 4101 und nicht auf die BK Nr. 4111 bezogen, jedoch seien bei beiden Berufskrankheiten dieselben FunktionsbeeintrĤchtigungen relevant. Der Unterschied sei, dass zur Feststellung der BK Nr. 4111 eine chronisch obstruktive Bronchitis im Vollbeweis vorliegen mĽsse.

Prof. Dr. T. habe anhand seiner Untersuchungen des Versicherten in dem Gutachten vom 27. August 2014 sowie seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 weder eine Diffusions- noch eine Gasaustauschstörung festgestellt, sondern eine mitarbeitsbedingte Einschränkung der Vitalkapazität und des Atemgrenzwertes. Die lungenfunktionsanalytisch gemessene Ã∏berblähung (als Zeichen einer chronischen obstruktiven Bronchitis) habe CT-morphologisch kein Korrelat gehabt. Es sei kein Lungenemphysem und auch keine zentrale obstruktive Ventilationsstörung nachgewiesen. Den erhöhten pulmonalen Druck habe der Sachverständige daher auch nicht als Rückwirkung einer chronischen obstruktiven Bronchitis mit Lungenemphysem auf das Herz (cor pulmonale) angesehen, sondern als BK-unabhängige Folge der chronischen (Links-) Herzinsuffizienz.

Soweit Prof. Dr. T. in seiner ergĤnzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 20. April 2015 ausgefļhrt habe, dass eine BK Nr. 4111 wahrscheinlich zu machen sei, habe sich dies zunĤchst auf die arbeitstechnischen Voraussetzungen dieser BK bezogen. Aus der Annahme, dass eine chronische Bronchitis seit mindestens 1995 bestehe, habe der SachverstĤndige sodann die Rentenberechtigung abgeleitet, hierbei offenbar in medizinischer Hinsicht verkennend, dass nach seinen eigenen medizinischen Befunden das Erkrankungsbild der BK Nr. 4111 mangels obstruktiver VentilationsstĶrung und mangels Lungenemphysems gar nicht erfļllt gewesen sei. Der gutachtlichen Stellungnahme vom 20. April 2015 kĶnne daher, soweit hierin das Vorliegen der BK Nr. 4111 mitsamt Rentenberechtigung bejaht werde, seitens des erkennenden Gerichts nicht gefolgt werden.

Soweit Prof. Dr. T. in seiner späxteren, im hiesigen Verfahren erstatteten, gutachterlichen Stellungnahme vom 20. Dezember 2016 die bestehende Aktenlage dahingehend ausgewertet habe, dass bei dem Versicherten â∏∏ entgegen seinem vorherigen Gutachten vom 27. August 2014 und seiner ergĤnzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 â∏ eine obstruktive Ventilationsstörung, eine Lungenüberblähung sowie eine beginnende Diffusionsstörung bestanden habe und ein Lungenemphysem nachgewiesen sei, kA¶nne dies gerichtlicherseits nicht nachvollzogen werden. Zur Begründung habe dem Sachverständigen hierbei die ̸berlegung gedient, dass wegen der schwierigen Gestaltung der bei ihm durchgefýhrten Lungenfunktionsanalyse nicht seine Messwerte, sondern die Messwerte der Voruntersuchungen von Dr. M. und von Dr. H. zugrunde zu legen seien. Allerdings habe Dr. M. bei seinen Untersuchungen vom 14. Januar 2011 und vom 18. Februar 2011 nur eine leichtgradige, peripher betonte Obstruktion bei normaler DiffusionskapazitÄxt gesehen und in der Krankengeschichte habe sich keine obstruktive VentilationsstĶrung gezeigt. Im Jahr 1995 hĤtten sowohl der behandelnde Arzt Dr. E. als auch der SachverstĤndige Prof. Dr. F. keine obstruktiven Bronchitiden nachgewiesen und auch Dr. H. habe im Jahr 2005 solche nicht gesehen, was Dr. M. selbst ausfļhre. Die von Dr. M. gestellte Diagnose einer chronischen obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD) sei deshalb nach der ̸berzeugung des erkennenden Gerichts nicht vollbeweislich nachgewiesen. Dr. M. habe zudem offen gelassen, inwieweit der in der Ergo-Spiro-Oxymetrie zutage getretenen belastungsbedingten EinschrĤnkung der kĶrperlichen LeistungsfĤhigkeit des Versicherten eine primĤr kardiale (mithin nicht BKrelevante) oder eine pulmonale EinschrĤnkung zugrunde liege. Dr. H. habe bei seiner Untersuchung des Versicherten am 11. November 2004 lungenfunktionsanalytisch ebenfalls keine (fixierte) Obstruktion festgestellt. Auch sei die Belastungsuntersuchung beendet worden, weil der Versicherte die Belastungsgrenze erreicht habe und nicht, weil Dyspnoe oder Erschä¶pfung ihn zum Abbruch gezwungen hAxtten.

Die Stellungnahme des Prof. Dr. T. vom 20. Dezember 2016 könne daher seine vorherigen, anlässlich des Gutachtens vom 27. August 2014 erhobenen, Befunde und deren Bewertung nicht in Zweifel ziehen, zumal diese sich auf einer Linie bewegten mit den Feststellungen der Sachverständigen F., H. und N. Auch Prof. Dr. Q. habe in seinem Gutachten vom 11. März 2016 unter Auswertung des Akteninhalts bestätigt, dass bei dem Versicherten keine obstruktive Ventilationsstörung und kein Lungenemphysem nachgewiesen seien, was er mit der Auswertung weiterer Messungen aus dem Jahr 2014 untermauert habe.

Mangels Vorliegens der BK Nr. 4111 bei dem verstorbenen Versicherten könne diese somit weder zu Gunsten der Klägerin festgestellt noch ein Rentenanspruch hieran geknüpft werden. Auch einen Anspruch auf Gewährung von Hinterbliebenenleistungen nach <u>§ 63 Abs. 1 Satz 1 SGB VII</u> scheide aus diesem Grund aus.

Gegen das den ProzessbevollmĤchtigten der KlĤgerin am 1. MĤrz 2019 zugestellte Urteil haben diese am 20. MĤrz 2019 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht erhoben. Zur Begrļndung lĤsst die KlĤgerin vortragen,

dass sich die Auswirkungen der BK Nr. 4101 und der BK Nr. 4111 ýberlappten und sich die Ursachenketten beider Berufskrankheiten nicht realiter teilen lassen würden. Neben der bereits anerkannten BK Nr. 4101 sei deshalb auch die BK Nr. 4111 anzuerkennen und mit einer Rente nach einer MdE bis zu 50 v. H. zu entschädigen. Prof. Dr. T. habe seinen Standpunkt gegenüber seinen früheren gutachterlichen Ã□uÃ□erungen geändert, weil ihm zunächst die Staubbelastungsdosis von 150 Feinstaubjahren entgangen sei. Hinsichtlich der Hinterbliebenenleistungen gelte der Anscheinsbeweis, dass die schwere Atemwegserkrankung des Versicherten zu einer LebenszeitverkÃ⅓rzung von mindestens einem Jahr geführt habe. Die Beklagte mÃ⅓sse deshalb Sterbegeld und Witwenrente leisten.

Die KlÄxgerin beantragt schriftsÄxtzlich wĶrtlich,

unter Abänderung/Aufhebung des am 01.03.2019 zugestellten Urteils des Sozialgerichts Frankfurt am Main, <u>S 23 U 151/16</u>, vom 01.02.2019, wird nach den Anträgen aus der I. Instanz erkannt, d.h. auf die Verurteilung der Beklagten, eine Berufskrankheit 4111 sowie eine diesbezügliche Rentengewährung anzuerkennen sowie aus eigenem Recht die Gewährung von Hinterbliebenenleistungen zu erbringen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurļckzuweisen.

Ihrer Auffassung nach ist die erstinstanzliche Entscheidung nicht zu beanstanden.

Auf Antrag der KlĤgerin hat der Senat ein arbeitsmedizinisches und internistischpneumologisches Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage bei Prof. Dr. J. eingeholt. In seinem Gutachten vom 16. Dezember 2021 kommt Prof. Dr. J. zu dem Ergebnis, dass die im Fall des Versicherten errechnete kumulative Dosis von 150 Feinstaubjahre in aller Regel mit einer anhaltenden bronchitischen Symptomatik verbunden sei, d. h. mit chronischem Hustenreiz und vermehrtem Auswurf, welche häufig Exazerbationen aufweisen wýrden. Dies entspreche auch seiner klinischen Erfahrung, der im Zeitraum von 1990-2000 weit A¼ber 1000 ehemalige Bergleute anamnestiziert und klinisch sowie lungenfunktionsanalytisch untersucht habe. Da eine solche Symptomatik quasi unter ehemaligen Bergleuten normal sei und in der Regel zunĤchst nicht mit hĶhergradigen Beschwerden verbunden sei, werde hierüber meist auch nicht geklagt. Insofern sei auch im Fall des Versicherten von dem Vorliegen einer chronischen Bronchitis, die Ĥrztlicherseits 1995 als schon einige Jahre bestehend erwĤhnt werde, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszugehen. Diesbezüglich werde auf die anamnestischen Angaben sowie die frühesten Ãxrztlichen Dokumentationen (Gutachten von Prof. Dr. F. und Untersuchung von Dr. E.) verwiesen.

Die Wiedergabe der Lungenfunktionswerte im zeitlichen Verlauf zeige, dass die VitalkapazitÄxt Schwankungen aufweise, wobei ab dem 22. MÄxrz 1995 durchweg grenzwertig niedrige bzw. verminderte Werte gemessen worden seien. Bereits in

den ersten vorliegenden Lungenfunktionsmessungen 1995 hÄxtten bei beklagten Atembeschwerden eine erhebliche Verminderung von VitalkapazitÃxt (VC) und FEV1 bei erhA¶htem RV/TLC-VerhAxltnis (58 %, Referenzwert 35 %) und auffallenden Diskrepanzen zwischen bodyplethysmografischen und mittels Fremdgas bestimmten Lungenvolumina sowie verzĶgerte Expirationskurven vorgelegen. Diese VerÄxnderungen hÄxtten eine LungenblÄxhung angezeigt, welche auf eine Einengung der peripheren Atemwege im Sinne einer obstruktiven VentilationsstĶrung zurļckgegangen sei, auch wenn bei dadurch bedingter gleichartiger Reduktion von VitalkapazitÄxt und FEV1 formal FEV1NC noch im Normbereich gelegen habe. Seit 2011 l\tilde{A}\timesgen die f\tilde{A}^1\sqrt{4}r die Funktionserfassung der peripheren Atemwege wichtigen Fluss-Volumen-Kurven vor. Diese zeigten korrespondierend zu den Vorbefunden durchgĤngig EinschrĤnkungen ebenfalls im Sinne einer peripheren obstruktiven VentilationsstĶrung mit ErhĶhungen des RV Body, der FRC Body sowie groA teils auch der AtemwegswiderstA nde. Die erhöhten Atemwegswiderstände belegten eine vorwiegend die groÃ∏en Atemwege betreffende Verengung im Sinne einer obstruktiven VentilationsstĶrung. Die gleichzeitig festgestellten Verminderungen der VitalkapazitÃxt und der FEV1 bei formal meist im Referenzbereich liegender TLC Body und verminderter TLC Fremdgas spr\( \tilde{A}\) xchen ebenfalls f\( \tilde{A}\) i ve eine obstruktive VentilationsstĶrung mit LungenblĤhung. Entgegen der Annahme des beratenden Arztes der Beklagten liege bei dieser Konstellation eine obstruktive VentilationsstĶrung vor, auch wenn das VerhĤltnis von FEV1/FVC noch im Referenzbereich liege. Die vorgelegene LungenblĤhung stelle zumindest zu einem wesentlichen Teil eine Folge der obstruktiven VentilationsstĶrung dar. UrsĤchlich könne teilweise auch ein geringgradig ausgeprägtes, radiologisch noch nicht feststellbares Lungenemphysem infrage kommen. Die klinisch nicht mĶgliche quantitative Erfassung des Anteils der LungenblĤhung und des Anteils des zweifelsohne als nachrangig einzustufenden Lungenemphysems sei im vorliegenden Fall nicht relevant, da beide StĶrungen sowohl bei der BK Nr. 4111 als auch bei der BK Nr. 4101 vorkämen und hinsichtlich der MdE jeweils zu berücksichtigen seien.

Dass das Ausma̸ der eine obstruktive Ventilationsstörung anzeigenden ParametereinschrĤnkungen unter anderem in AbhĤngigkeit von durch die früheren Schadstoffexpositionen begünstigten Atemwegsinfekten, Expositionen gegenüber inhalativen Reizstoffen, Medikation und dergleichen variiere, sei für alle obstruktiven Atemwegserkrankungen, auch die BK Nr. 4101 und BK Nr. 4111 typisch, und spreche keineswegs gegen deren Vorliegen. Den AusfÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hrungen des Dr. K. sei zu widersprechen. Im Hinblick auf die monierten Limitationen infolge der nicht optimalen AtemmanĶver in den Lungenfunktionsuntersuchungen, die von den Untersuchern im Januar und Februar 2011 sowie im August 2014 bei dem geschwĤchten ca. 90-jĤhrigen Versicherten erwĤhnt und von ihm nach Einsichtnahme der Lungenfunktionsregistrierungen bestÄxtigt wļrden, sei auf die vorgegebenen Kriterien der Akzeptabilität und Reproduzierbarkeit maà gebender Fachgesellschaften zu verweisen. Der Versicherte habe ganz offensichtlich aufgrund seines reduzierten Gesundheitszustandes und Alters nicht mehr ausatmen kA¶nnen als in den Atemkurven wiedergegeben sei. In einer solchen Situation seien die bestmĶglich registrierten Atemkurven entgegen den Ausfļhrungen des Dr. K. als akzeptabel einzustufen und entsprechend zu bewerten. Zumindest ein Gro̸teil der

vorliegenden Lungenfunktionsmessungen sei als qualitativ ausreichend einzustufen und folglich hinsichtlich des Funktionszustandes des bronchopulmonalen Systems gutachterlich zu verwerten. Hinsichtlich der Messungen im Januar und Februar 2011 sowie am 19. August 2014, in denen eine wechselnde Mitarbeit bzw. wiederholtes Einschlafen wĤhrend der Lungenfunktionsprļfung angefļhrt worden seien, sei eine kritische Bewertung der erhobenen Messparameter erforderlich. Infolge dieser mitarbeitsbedingten Limitierung in den Untersuchungen Anfang 2011 und in 2014 ergebe sich, dass die hier verzeichneten Verschlechterungen der spirometrischen Parameter nicht sicher bronchopulmonaler Genese seien, sondern zumindest zu einem erheblichen Teil auf den reduzierten Gesundheitszustand des Versicherten zurļckzufļhren seien. Abgesehen von den vorgenannten Untersuchungen hÃxtten die Untersucher keine EinschrÃxnkung der Mitarbeit angeführt; dabei seien überwiegend ausreichend gute Atemkurven dokumentiert (wenn auch nicht entsprechend den Leitlinienanforderungen mit jeweils mehrfach dargestellten Messungen). Dies betreffe auch die Fluss-Volumen-Messungen, welche gro̸teils von ausreichend guter QualitAxt und reproduziert seien, wenn auch A¼berwiegend die geforderte Registrierung von mindestens drei akzeptierten AtemmanĶvern nicht den Akten zu entnehmen sei.

Insgesamt ergebe sich folglich kein vernünftiger Zweifel an dem Vorliegen einer Obstruktion der peripheren Atemwege unter forcierter Atmung. Die erstmals am 11. Juli 1995 und ab 2004 regelmäÃ∏ig erfolgten weitgehend mitarbeitsunabhängigen ganzkörpergrafischen Messungen zeigten seither erhöhte totale und/oder spezifische Atemwegswiderstände unter Ruhebedingungen und/oder unter körperlicher Belastung, also eine obstruktive Ventilationsstörung vorwiegend im Bereich der groÃ∏en Atemwege.

Bezüglich der im Zeitraum 2004 bis 2014 vorliegenden und ab dem 14. Januar 2011 als im pathologischen Bereich liegend einzustufenden DiffusionskapazitÄxtswerte sei anzufļhren, dass bei einer obstruktiven VentilationsstĶrung der erhobene Messwert fehlerbehaftet sein kĶnne, da der obstruktionsbedingte verlĤngerte Gasverbleib in der Lunge mit einer vermehrten CO-Diffusion einhergehe. Das typischerweise wechselnde AusmaÄ der obstruktiven VentilationsstĶrung gehe infolgedessen auch mit Schwankungen der gemessenen DiffusionskapazitÃxt und auch des KCO einher. Von dieser Konstellation sei im vorliegenden Fall auszugehen, d. h. die formal teils leicht vermindert bzw. grenzwertig ausgewiesenen Messwerte unterschätzten wahrscheinlich die vorgelegene DiffusionseinschrĤnkung. Insgesamt seien die als diskret vermindert einzustufenden Messwerte der DiffusionskapazitÄxt mit einem leichten Lungenemphysem vereinbar; aber auch mit den interstitiellen fibrotischen VerĤnderungen der Silikose. Bei dem seit mindestens 1990 an einer chronischen Bronchitis leidenden Versicherten bestehe zudem zweifelsohne seit dem 22. Februar 1995 eine obstruktive VentilationsstĶrung im Bereich der kleinen Atemwege.

Im Hinblick auf die BK Nr. 4111 l\tilde{A}\timesgen sowohl die arbeitstechnischen als auch die medizinischen Voraussetzungen in Form einer chronisch obstruktiven Ventilationsst\tilde{A}\tilde{\text{frung}}\text{ und einer chronisch obstruktiven Bronchitis vor. Ab Februar 1995 seien bei dem Versicherten durchg\tilde{\text{A}}\tilde{\text{m}}\text{ngig funktionelle Einschr\tilde{\text{A}}\tilde{\text{m}}\text{nkungen}

dokumentiert worden. Entgegen der EinschĤtzung des Beratungsarztes L. habe sich bei der Untersuchung von Dr. M. und Dr. H. eine GasaustauschstĶrung bei dem Versicherten gezeigt. Der Beurteilung von Prof. Dr. P. sei entgegenzuhalten, dass bei dem Versicherten fýr die erhebliche Beschwerdesymptomatik keine andere vorherrschende Ursache als die 18-jÄxhrige hohe Schadstoffexposition unter Leichenschaubericht keine eindeutigen Zeichen einer Linksherzinsuffizienz gegeben gewesen. Schlie̸lich würden die von dem Beratungsarzt Dr. K. geforderten, dauerhaft nachgewiesenen LungenfunktionseinschrÄxnkungen weder in der Definition noch in den MerkblĤttern und wissenschaftlichen Begrļndungen der Berufskrankheiten Nummern 4101 und 4111 gefordert. In der wissenschaftlichen Begründung zur BK Nr. 4111 werde nur eine â∏wenigstens zeitweise gemessene ErhA¶hung des zentralen oder peripheren Atemwegswiderstandes oder eine erhebliche Verminderung des in der ersten Sekunde exspirierten Atemvolumensâ∏∏ gefordert. Dementsprechend sei der Tatbestand der BK Nr. 4111 bei dem Versicherten auch zweifelsohne erfüllt. Dr. K. habe die bei dem Versicherten seit 2004 erhobenen Befunde völlig auÃ∏er Acht gelassen. Zwar sei es richtig, dass für den Altersbereich des Versicherten keine bodyplethysmografischen Referenzwerte vorlĤgen, der Atemwegswiderstand zeige jedoch im gesamten Erwachsenenalter keine nennenswerte Altenabhängigkeit, sodass im vorliegenden Fall keine relevante Unsicherheit bezüglich der Interpretation der gemessenen AtemwegswiderstĤnde bestehe. Im Hinblick auf die ganzkĶrperplethysmografisch erfassten Parameter ITGV (FRC Body), TLC und RV sei anzuführen, dass die heutigen Lungenfunktionsrechner durchwegs die diesbezüglichen alterskorrigierten, nach wie vor favorisierten EGKS-Referenzwerte zugrunde legten, was auch in den vorliegenden Untersuchungen erfolgt sei; â∏ bessereâ∏ und aktuellere Referenzwerte lĤgen derzeit nicht voll umfĤnglich vor, sodass auch kein anderer Bezug für die Befundinterpretation sinnvoll erscheine.

In vivo sei ein geringgradig ausgepr $\tilde{A}$ xgtes Lungenemphysem in der Regel nicht ausreichend zuverl $\tilde{A}$ xssig zu sichern, Ausnahmen seien mittel- bis h $\tilde{A}$ xhergradige Auspr $\tilde{A}$ xgungen, die mittels CT objektiviert werden k $\tilde{A}$ xnnten. Im vorliegenden Fall, bei dem es nicht um ein mittel- oder h $\tilde{A}$ xhergradiges Lungenemphysem gehe, seien die radiologischen und lungenfunktionsanalytischen Befunde mit einem gering ausgepr $\tilde{A}$ xgten Lungenemphysem gut vereinbar; endg $\tilde{A}$ xdltig lasse sich eine solche Diagnose aber nur mittels Obduktion und histopathologischen Untersuchungen sichern bzw. ausschlie $\tilde{A}$ x

Hinsichtlich der von Dr. K. angeführten Qualitätskriterien der Spirometrie sei auf die von seinen Ausführungen zum Teil erheblich abweichenden Standardwerke der American Thoracic Society (Miller, Crapo et al. 2005, Miller, Hankinson et al. 2005b) sowie die Leitlinie zur Spirometrie der DGP (Criee, J. et al. 2015) zu verweisen. Hier sei darauf hinzuweisen, dass die erfassten Spirogramme nicht nur zu akzeptieren seien, wenn sie frei von Artefakten seien, einen guten Exspirationsbeginn besäÃ□en und die Exspirationsdauer mindestens 6 Sekunden mit Plateau betrage, sondern auch dann, wenn z. B. infolge einer Erkrankung, eines sogenannten Spirometrie-Asthmas, allgemein körperlicher Schwäche oder auch altersbedingt trotz vorzeitiger Beendigung der Exspiration ein Plateau erreicht

worden sei oder der Patient nicht weiter ausatmen kA¶nne oder solle.

Pathologische VerĤnderungen der peripheren Atemwege seien nicht reversibel und somit als fortbestehend einzustufen, auch wenn in spĤteren Messungen infolge eines deutlich reduzierter Allgemeinzustand und kĶrperlicher SchwĤche des Versicherten nicht mehr immer optimale Atemkurven hĤtten registriert werden kĶnnen. Mehrere spirometrische Messungen mit nicht optimalen Atemkurven bei eingeschrĤnkter Mitarbeit in den Jahren 2011 und 2014 seien zwar nur eingeschrĤnkt beurteilbar, die dabei erhobenen Befunde stĹ¼nden aber nicht im Widerspruch zu den vorgenannten und zu den akzeptierten Messungen, die eine periphere obstruktive VentilationsstĶrung bewiesen und die funktionellen Voraussetzung einer BK Nr. 4111 erfĹ¼llten. Das stĤndige Vorliegen eines erhĶhten Atemwegswiderstandes werde zudem wie bereits ausgefĹ¼hrt von der BK Nr. 4111 auch nicht gefordert.

Hinsichtlich der MdE sei A<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ber die Beschwerdesymptomatik und die vorliegende vorgenannte periphere und zentrale obstruktive und leichte restriktive VentilationsstĶrung sowie diskrete EinschrĤnkung der DiffusionskapazitĤt hinaus auch die 2011 dokumentierte leichte BelastungshypoxĤmie sowie die 2004 festgestellte und mit den anamnestischen Angaben des Versicherten gegenļber Dr. H. übereinstimmende unspezifische bronchiale HyperreagibilitÃxt zu berücksichtigen. Jedoch sei die nicht als schwergradig einzustufende unspezifische bronchiale HyperreagibilitÃxt ein üblicher Befund bei einer obstruktiven VentilationsstĶrung und der Versicherte habe in der ergometrischen Untersuchung am 18. Februar 2011 eine altersbezogen eher überdurchschnittliche Belastung (83 W) toleriert. Eine höhergradige restriktive VentilationsstĶrung sei anhand der festgestellten wechselnd stark reduzierten Werte der VitalkapazitĤt und FEV1 nicht abzuleiten, zumal die Untersuchungen am 27. Februar 2012 und am 18. Februar 2011 nach vorausgegangenen stĤrkeren Erniedrigungen nur leichtere Referenzwertabweichungen zeigten. Wie ausgefļhrt, sei jedoch von einer leichtgradigen, auf die Silikose zurĽckzufļhrenden restriktiven VentilationsstĶrung bei eingeschrĤnkter Beurteilbarkeit der Totalkapazität auszugehen. Die dadurch bedingte und für beide Berufskrankheiten integrativ einzuschÄxtzende MdE sei ab dem 22. Februar 1995 auf 20 % zu veranschlagen. Die am 11. November 2004 und in den spätteren Lungenfunktionsuntersuchungen beschriebenen gesundheitlichen Verschlechterungen (Luftnot nach 2 Etagen, zum Teil erheblich eingeschrÄxnkte Lungenfunktionswerte) stünden insoweit in einem gewissen Widerspruch zu der in den ergometrischen Untersuchungen 2004, 2011 und 2012 dokumentierten guten körperlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten. Die angegebenen gesundheitlichen Verschlechterungen seien im Anbrigen infolge der nicht immer optimalen Lungenfunktionsmessungen bei reduziertem allgemeinen Gesundheitszustand, hohem Alter und zuletzt bestandenen Herzinsuffizienzzeichen nur stark eingeschrĤnkt hinsichtlich ihres BK-bedingten Anteils beurteilbar und insgesamt nicht ausreichend belegt.

Ob der Versicherte an den Folgen der Berufskrankheiten verstorben sei, bleibe letztlich unklar. Ob bei dem Tod des Versicherten ein auf die vorliegenden

berufsbedingten LungenverĤnderungen zurļckzufļhrendes cor pulmonale und eine Rechtsherzinsuffizienz maÄngeblich mitbeteiligt gewesen seien, kĶnne anhand der vorliegenden Befunde nicht sicher beurteilt werden. Die Beklagte hat bezüglich des Gutachtens von Prof. Dr. J. eine beratungsÄxrztliche Stellungnahme von Dr. K. vorgelegt. In der Stellungnahme vom 20. April 2022 führt Dr. K. aus, dass es zur Feststellung der BK Nr. 4111 einer vollbeweislichen Sicherung eines Lungenemphysems oder einer chronisch obstruktiven Bronchitis bedürfe. Ein Lungenemphysem habe bei dem Versicherten radiologisch nicht nachgewiesen werden kA¶nnen. DarA¼ber hinaus hA¤tten auch keine lungenfunktionellen Parameter gesichert werden kA¶nnen, die diese Diagnose nahelegten. Hinsichtlich der chronisch obstruktiven Bronchitis sei festzustellen, dass die aktenkundigen LungenfunktionsprÄ1/4fungen aufgrund des fortgeschrittenen Alters und relevanter erheblicher KomorbiditAxten des Versicherten nicht in der Lage seien, den Vollbeweis für das Vorliegen einer solchen Erkrankung zu erbringen. Der Nachweis einer chronisch obstruktiven Bronchitis kA¶nne mittels spirometrischer Parameter oder bodyplethysmografischer Messwerte gefÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hrt werden, wobei die Bodyplethysmografie deutlich weniger mitarbeitsabhĤngig sei. Im Fall des Versicherten seien die spirometrischen Messparameter durch die ungewollt unzureichende Kooperation des Versicherten in ihrer Aussagekraft derart eingeschrÄxnkt, dass sie diagnostisch nicht verwertbar seien. Der Verweis von Prof. Dr. J. auf die besonderen Bedingungen bei Äxlteren Menschen und unzureichender Mitarbeit (Kriterien von Miller und Hankinson) sei nur statthaft, wenn zu den jeweils durchgeführten Messzeitpunkten sÃxmtliche übrigen QualitÃxtskriterien einer Spirometrie erfüllt gewesen wären, was jedoch vorliegend nicht der Fall gewesen sei. So sei zum Beispiel keine mehrfache Registrierung von Spirometrien zum selben Zeitpunkt angefertigt bzw. explizit geprüft worden, dass die Abweichung mehrerer nacheinander registrierter Spirometrien sich innerhalb der gesetzten Grenzen bewegt hÄxtten. Mit den qualitativ unzureichenden spirometrischen Messparametern sei es nicht mĶglich, das Vorliegen einer obstruktiven VentilationsstĶrung eindeutig und reproduzierbar nachzuvollziehen. Dies sei jedoch notwendig, um den Tatbestand einer BK Nr. 4111 im Vollbeweis zu belegen. Hinsichtlich der Ausfļhrungen von Prof. Dr. J., dass nach der wissenschaftlichen Begründung zur BK Nr. 4111 eine zeitweise Erhöhung des zentralen oder peripheren Atemwiderstandes genüge, sei auszuführen, dass ein zentraler oder peripherer Atemwiderstand im Rahmen einer gewĶhnlichen Lungenfunktionsprüfung gar nicht registriert werde. Zudem beziehe sich der Begriff der chronisch obstruktiven Bronchitis nicht nur auf die Bronchitis, sondern auch auf die Obstruktion, womit eine dauerhafte Obstruktion als Grundlage der Diagnose impliziert werde. Der im Rahmen einer Bodyplethysmografie erhobene Wert sRtot sei am aussagekrÄxftigsten fÃ1/4r das Vorliegen einer obstruktiven VentilationsstĶrung. Eine solche Diagnose kĶnnen jedoch nur bei einer dauerhaften ErhĶhung des Messwertes erfolgen. Bei dem Versicherten seien zwar mehrere Messungen mit erhĶhten Werten fù/4r sRtot erfolgt, jedoch im Wechsel mit eindeutig normalen Messwerten für diesen Parameter, zuletzt etw bei der Messung 2011. Zu diesem Zeitpunkt habe bei dem Versicherten also sicher keine obstruktive VentilationsstĶrung vorgelegen. Im Zeitraum 2004 bis 2014 seien dabei mehrfach normale Messwerte fýr sRtot erhoben worden. Bei der Messung im Jahr 2004 hÃxtten die Werte für sRtot unter Belastung zudem eine sich in

kurzer Zeit stark Ĥndernde obstruktive VentilationsstĶrung angezeigt, was typisch für ein Asthma sei und eine chronisch obstruktive Bronchitis nahezu ausschlie̸e. Asthma unterfalle der BK Nr. 4111 jedoch nicht. Insgesamt könne daher weder den spirometrisch noch den bodyplethysmografisch erhobenen Messwerten ein Nachweis für das Vorliegen einer BK Nr. 4111 entnommen werden. Der EinschĤtzung von Prof. Dr. J. kĶnne nicht gefolgt werden, da die im zeitlichen Verlauf mehrfach dokumentierten LungenfunktionseinschrĤnkungen in allererster Linie auf eine unzureichende Kooperation des Versicherten bei Durchführung der Spirometrien zurückzuführen sei. Die Aussagekranft der Spirometrien hÃxnge insoweit ganz wesentlich von der Reproduzierbarkeit der Untersuchungen ab, die hier fehle. Zwar kA¶nne man dem Versicherten hinsichtlich der Kooperation nichts vorwerfen, dies k\( \tilde{A} \) nne aber umgekehrt auch nicht dazu führen, dass über die Limitierung der Messmethode hinwegzusehen sei. Hinsichtlich der teilweise als erhĶht gemessenen Werte fýr sRtot sei auf den Wechsel mit normalen Messungen â∏∏ teilweise innerhalb eines Tages â∏∏ hinzuweisen, was nicht typisch für eine chronisch obstruktive Bronchitis sei, sondern eher für ein Asthma spreche.

Die Beteiligten haben sodann schriftsĤtzlich ihr EinverstĤndnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mýndliche Verhandlung erklĤrt. Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sachverhalt und zu dem Vorbringen der Beteiligten im Ã□brigen wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und die Gerichtsakte sowie die zum Verfahren beigezogenen Verwaltungs- und Gerichtsakten aus dem Verfahren L 9 U 49/19 verwiesen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

# Entscheidungsgründe

Der Senat kann gemäÃ∏ <u>§Â§ 153 Abs. 1</u>, <u>124 Abs. 2</u> Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erteilt haben.

Die statthafte ( $\hat{A}$ § $\hat{A}$ § 143, 144 SGG) und auch im  $\tilde{A}$ Drigen zul $\tilde{A}$ xssige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte ( $\hat{A}$ § 151 SGG) Berufung ist unbegr $\tilde{A}$ 1/4ndet. Der Bescheid der Beklagten vom 11. Mai 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. August 2016 ist rechtm $\tilde{A}$ x $\tilde{A}$ 0 ig und verletzt die Kl $\tilde{A}$ xgerin nicht in ihren Rechten ( $\hat{A}$ § $\hat{A}$ § 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG).

Die Klage auf GewĤhrung einer Rente aus der BK Nr. 4111 ist bereits unzulĤssig, die Klage auf Feststellung der BK Nr. 4111 sowie die GewĤhrung von Hinterbliebenenleistungen ist zwar zulĤssig, aber unbegrļndet.

Soweit die Klägerin im vorliegenden Verfahren die Gewährung einer Rente aus der begehrten BK Nr. 4111 einklagt, ist die Klage entgegen der Auffassung des Sozialgerichts unzulässig. Denn die Beklagte hat in dem hier streitigen Bescheid vom 11. Mai 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. August 2016 eine (ablehnende) Entscheidung ýber einen Rentenanspruch der Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin des Versicherten nicht getroffen. Der streitige Bescheid

beinhaltet lediglich die Ablehnung der Feststellung der BK Nr. 4111 sowie der GewĤhrung von Hinterbliebenenleistungen gegenüber der Klägerin. Es fehlt somit bereits an einer Verwaltungsentscheidung bezüglich der begehrten Rente. Hierbei handelt es sich auch angesichts der Ablehnung der BK Nr. 4111 nicht um bloÃ□e Förmelei â□□ wie das Sozialgericht meint -, sondern um eine zwingende Zulässigkeitsvoraussetzung des sozialgerichtlichen Verfahrens.

Im Ã\[]brigen ist die Klage zul\tilde{A}\tilde{x}ssig. Hinsichtlich der begehrten Feststellung der BK Nr. 4111 klagt die Kl\tilde{A}\tilde{x}gerin als Sonderrechtsnachfolgerin ihres verstorbenen Ehemanns, denn eine Sonderrechtsnachfolge hat das BSG in seiner Entscheidung vom 16. M\tilde{A}\tilde{x}rz 2021 (Az.: \frac{B 2 U 17/19 R}) auch f\tilde{A}\tilde{4}r den Fall angenommen, dass ein Kl\tilde{A}\tilde{x}ger das Klageverfahren eines Verstorbenen auf Feststellung eines Versicherungsfalls zul\tilde{A}\tilde{x}ssig fortf\tilde{A}\tilde{4}hrt, um anschlie\tilde{A}\tilde{e}nd auf ihn als Sonderrechtsnachfolger i. S. des \frac{\tilde{A}\tilde{S} 56 SGB I}{\tilde{A}\tilde{4}}bergangene Anspr\tilde{A}\tilde{4}che auf laufende Geldleistungen geltend zu machen. Dies ist vorliegend der Fall. Hinsichtlich der geforderten Hinterbliebenenleistungen klagt die Kl\tilde{A}\tilde{x}gerin aus eigenem Recht.

Soweit die Klage zulĤssig ist, ist sie jedoch unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 1. Februar 2019 zu Recht abgewiesen.

Die KlĤgerin hat keinen Anspruch auf die Feststellung einer BK Nr. 4111 bei ihrem verstorbenen Ehemann. Denn bei dem Versicherten lagen zwar die arbeitstechnischen Voraussetzungen der streitigen BK unzweifelhaft vor. Zur Ä\[
\text{D}berzeugung des Senats bestand bei dem Versicherten zu Lebzeiten aber weder ein Lungenemphysem noch eine chronische obstruktive Bronchitis, so dass die medizinischen Voraussetzungen der BK Nr. 4111 nicht gegeben sind.

Eine chronisch obstruktive Bronchitis lag bei dem Versicherten nicht im Vollbeweis vor. Bereits Dr. E. kommt in seinem Befundbericht vom 22. Februar 1995 zu dem Ergebnis, dass bei dem Versicherten keine zentrale Atemwegsobstruktion bestehe, die geklagte Atemnot vielmehr auf dem Ä\(\text{Dergewicht und der Hypertonie beruhe.}\) Auch Prof. Dr. F. hat in seinem internistischen Gutachten vom 11. Juli 1995 zwar eine leichtgradige Bronchitis, jedoch keine sichere obstruktive VentilationsstĶrung bei dem Versicherten festgestellt. Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 22. Juli 2005 in Auswertung der Messungen von Prof. Dr. F. ebenfalls keine Hinweise für eine Obstruktion gesehen und im Rahmen der selbst durchgefļhrten Lungenfunktionsprüfung auch keine fixierte Obstruktion bei dem Versicherten festgestellt. Prof. Dr. N. verneint in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 16. Juli 2012, in welcher er die aktenkundigen Messergebnisse des Versicherten ausgewertet hat, ebenfalls das Vorhandensein einer VentilationsstĶrung bei dem Versicherten. Prof. Dr. T. hat sich sodann in seinem Gutachten vom 27. August 2014 der EinschÄxtzung von Prof. Dr. F., Dr. H. und Prof. Dr. N. nach eigener Untersuchung des Versicherten angeschlossen. In seiner ergĤnzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 hat er eine obstruktive VentilationsstĶrung bei dem Versicherten nochmal explizit verneint. SchlieA lich kommt auch Prof. Dr. Q. in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 11. MÃxrz 2016 zu dem Ergebnis, dass die bei dem Versicherten vorgenommenen Spirometrie-Messungen keine Obstruktion

zeigten und der Versicherte somit zwar unter einer chronischen Bronchitis, nicht aber unter einer chronisch obstruktiven Bronchitis gelitten habe. Die medizinischen Voraussetzungen der BK Nr. 4111 hÄxtten bei dem Versicherten nicht vorgelegen.

Diesen zahlreichen Expertisen, die unter Erhebung und Auswertung von Lungenfunktionswerten des Versicherten  $\tilde{A}^{1}$ ber einen Zeitraum von fast zwei Jahrzehnten (1995 bis 2014) erfolgt sind, schlie $\tilde{A}$ t der Senat sich vollumf $\tilde{A}$ xnglich an. Die Gutachter haben ihre Einsch $\tilde{A}$ xtzung jeweils schl $\tilde{A}^{1}$ 4ssig begr $\tilde{A}^{1}$ 4ndet und das Vorliegen einer chronisch obstruktiven Bronchitis bei dem Versicherten  $\tilde{A}^{1}$ 4berzeugend verneint. Der Senat ist deshalb nicht davon  $\tilde{A}^{1}$ 4berzeugt, dass bei dem Versicherten zu Lebzeiten eine chronisch obstruktive Bronchitis vorgelegen hat.

Soweit sich Dr. M. in seinem Gutachten vom 1. MĤrz 2011 und in seinen nachfolgenden ergĤnzenden Stellungnahmen sowie Prof. Dr. T. in seinem spĤteren Gutachten vom 20. Dezember 2016 und einer ergĤnzenden Stellungnahme vom 10. Oktober 2017 dahingehend geĤuÄ∏ert haben, dass bei dem Versicherten eine chronisch obstruktive Bronchitis im Vollbeweis gesichert sei, kann sich der Senat hieran nicht anschlieÄ∏en. Zum einen fù¼hrt Dr. M. in seinem Gutachten selbst aus, dass die von ihm erhobenen Befunde nicht wesentlich von der Voruntersuchung bei Dr. H. abwichen, welcher jedoch eine fixierte Obstruktion ausgeschlossen hat. Zum anderen hat Prof. Dr. N. in seiner Stellungnahme vom 16. Juli 2012 darauf hingewiesen, dass der Versicherte im Rahmen der von Dr. M. durchgefù¼hrten Spiroergometrie altersù¼berdurchschnittlich belastbar und er beim Abbruch der Untersuchung weder kardial noch respiratorisch ausbelastet gewesen sei. Auch Dr. L., Prof. Dr. Q. und Dr. K. haben bei Auswertung der von Dr. M. erhobenen Messwerte bei dem Versicherten keinen Nachweis einer obstruktiven Bronchitis gefunden.

Ebenfalls nicht anschlieÄ en kann sich der Senat der EinschÄ zung von Prof. Dr. J. in seinem arbeitsmedizinischen und internistisch-pneumologischen Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage vom 16. Dezember 2021. Darin nimmt der Gutachter zunÄ zchst eine chronische Bronchitis bei dem Versicherten allein aufgrund dessen anamnestischer Angaben und mit der BegrÄ 4ndung an, dass das Vorliegen dieser Erkrankung bei dem Versicherten seinen klinischen Erfahrungen mit rund 1000 Bergleuten entspreche. Eine Diagnose kann jedoch nicht allein auf die Angaben des Betroffenen und statistische Wahrscheinlichkeiten gestÄ 4tzt werden, sondern bedarf eines klinischen Nachweises. Soweit Prof. Dr. J. sodann bei dem Versicherten anhand der aktenkundigen lungenfunktionsanalytischen Parameter eine obstruktive VentilationsstÄ ¶rung mit LungenblÄ zhung diagnostiziert, ist dem entgegen zu halten, dass Prof. Dr. T. in seinem Gutachten vom 27. August 2014 darauf hingewiesen hat, dass die bei dem Versicherten lungenfunktionsanalytisch gemessene Ä berblÄ zhung auf eine mangelnde Ausatmung mit eingeschrÄ znkter VitalkapazitÄ zurÄ 4ckzufÄ 4hren sei.

Die mangelnde Atemtechnik bzw. altersbedingt eingeschrĤnkte Mitarbeit des Versicherten wĤhrend der Lungenfunktionsprļfungen, die neben Prof. Dr. T. auch von Dr. E. und Dr. M. beschrieben wurde, führt darüber hinaus dazu, dass

die erhobenen Werte nicht bzw. nur eingeschrĤnkt verwertbar sind. Dies fļhrt Prof. Dr. P. in seiner beratungsÃxrztlichen Stellungnahme vom 7. Februar 2017 überzeugend aus. Auch für den Senat steht fest, dass die im Rahmen einer oder mehrerer Spirometrien erhobenen Messwerte bei nachgewiesen unzureichender Atemtechnik den Vollbeweis fýr das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung nicht erbringen kĶnnen. Wie Dr. K. in seiner beratungsĤrztlichen Stellungnahme vom 20. April 2022 zutreffend ausführt, ist es anhand qualitativ unzureichender spirometrischer Messparameter nicht mĶglich, das Vorliegen einer obstruktiven VentilationsstĶrung eindeutig und reproduzierbar nachzuvollziehen. Gerade der Reproduzierbarkeit der erhobenen Werte kommt dabei eine entscheidende Rolle hinsichtlich des Vorliegens der Erkrankung im Vollbeweis, also zur vollen richterlichen ̸berzeugung, zu. Diese Reproduzierbarkeit war bei dem Versicherten jedoch gerade nicht hinreichend gegeben, da die erhobenen Werte von Untersuchung zu Untersuchung stark schwankten. Soweit Prof. Dr. J. diesbezüglich selbst die eingeschränkte Verwertbarkeit der Messungen zwischen 2011 und 2014 bestÄxtigt, als Schlussfolgerung hieraus aber auf die 1995 und 2004 erhobenen Werte abstellt, die die von ihm angenommene Erkrankung belegten, ist dem nicht zu folgen. Denn Prof. Dr. J. stellt selbst fest, dass pathologische VerĤnderungen der peripheren Atemwege nicht reversibel sind. Wenn sich jedoch dann Messungen mit pathologischen Werten mit solchen mit eindeutig normalen Werten abwechseln, worauf Dr. K. in seiner beratungsĤrztlichen Stellungnahme vom 20. April 2022 hinweist, können die pathologischen Werte nur auf eine unzureichende QualitÃxt der Messung zurückgeführt werden. Prof. Dr. J. bestÃxtigt insoweit auch, dass viele der durchgeführten Messungen nicht entsprechend den Leitlinienanforderungen mit jeweils mehrfach dargestellten Messungen erfolgt sind und auch bei den Fluss-Volumen-Messungen A<sup>1</sup>/<sub>4</sub>berwiegend die geforderte Registrierung von mindestens drei akzeptierten Atemmanövern nicht den Akten zu entnehmen ist. Damit steht jedoch fest, dass die Erhebung der Spirometrie-Parameter und die mittels Bodyplethysmografie erhobenen Werte bei dem Versicherten nicht unter Einhaltung der fļr alle Versicherten geltenden Leitlinien erfolgt ist.

Hinzu kommt, dass für das Alter des Versicherten mit über 70 Jahren keine Referenzwerte für die mittels Spirometrie und Bodyplethysmografie erhobenen Werte vorhanden sind. Hierauf weist Dr. K. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 zutreffend hin. Auch Dr. M. und Prof. Dr. J. bestätigen dies. Ohne wissenschaftlich belegte Referenzwerte ist es jedoch nur eingeschränkt möglich, die bei dem Versicherten erhobenen Parameter ins Verhältnis zu gesunden Menschen desselben Alters setzen und eine Aussage darüber zu treffen, ob es sich bei den erhobenen Befunden überhaupt um pathologische Werte handelt. Es dürfte insoweit grundsätzlich unstreitig sein, dass die Lungenfunktion mit zunehmendem Alter nachlässt. Die festgestellten Werte des Versicherten können dementsprechend nicht ohne weiteres an den für unter 70-jährige geltenden Parametern gemessen werden.

Hierauf kommt es jedoch im Ergebnis nicht an, da nach dem oben Gesagten, die erhobenen lungenfunktionsanalytischen Werte aufgrund der mitarbeitsbedingten VariabilitÃxt der Befunde (Schwankungen und Widersprýchlichkeiten aufgrund

unzureichender Atemtechnik des Versicherten) und der fehlenden Einhaltung der Leitlinien-Vorgaben ohnehin den Vollbeweis f $\tilde{A}^{1}_{4}$ r das Vorliegen einer chronisch obstruktiven Bronchitis nicht erbringen k $\tilde{A}^{9}$ nnen.

Zur Ä\[]berzeugung des Senats ist somit der Vollbeweis daf\[A\]\\^4r, dass der Versicherte zu Lebzeiten unter einer chronisch obstruktiven Bronchitis gelitten hat, nicht erbracht.

Dasselbe gilt für das Lungenemphysem. Zwischen den Sachverständigen unstreitig konnte ein solcher Befund bei dem Versicherten radiologisch nicht gesichert werden. Zwar weist Prof. Dr. T. insoweit in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 20. Dezember 2016 darauf hin, dass ein Lungenemphysem auch ohne Nachweis im CT vorliegen kann. Dann jedoch müsste es zumindest lungenfunktionsanalytisch belegt werden. Dieser Nachweis ist bei dem Versicherten entgegen der Einschätzung von Dr. M. und Prof. Dr. T. nicht erbracht.

So weisen etwa eine Gasaustauschstä¶rung bzw. ein eingeschrä¤nkter CO-Transferfaktor bei obstruktiven Atemwegserkrankungen auf das Vorhandensein eines Lungenemphysems hin (Schannberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 1072). Eine solche GasaustauschstĶrung konnte von Prof. Dr. T. im Rahmen der Begutachtung des Versicherten für das Gutachten vom 27. August 2014 jedoch nicht festgestellt werden. Auch Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 22. Juli 2005 ausgeführt, dass die durchgeführte Blutgasanalyse bei dem Versicherten normale Werte und keine Hinweise auf eine DiffusionsstA¶rung ergeben habe. Soweit Dr. H. und Dr. M. bei dem Versicherten (trotzdem) eine leichte ̸berblähung der Lunge und damit ein leichtes Lungenemphysem diagnostiziert haben, muss das bereits oben gesagt auch hier gelten: Da ein Lungenemphysem nicht reversibel ist und nach den pathologischen Messungen von Dr. M. Messungen von Prof. Dr. T. im Normalbereich erfolgten, mýssen die pathologischen Werte auf eine mangelhafte Ausatmung / Atemtechnik des Versicherten zurÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ckgefÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hrt werden. Dass die lungenfunktionsanalytischen Befunde auf eine mangelnde Ausatmung mit eingeschrĤnkter VitalkapazitĤt zurückzuführen seien, erläutert Prof. Dr. T. in seinem Gutachten vom 27. August 2014 auch.

Im Ergebnis fehlt es damit mangels radiologischem und lungenfunktionsanalytischem Nachweis auch am Vollbeweis fýr ein Lungenemphysem des Versicherten. Insoweit bestätigt auch Prof. Dr. J., dass ein Lungenemphysem bei dem Versicherten vorgelegen haben könne, dies aber nicht sicher sei. Auch Prof. Dr. Q. verneint das Vorliegen eines Lungenemphysems bei dem Versicherten.

Damit lagen die medizinischen Voraussetzungen der BK Nr. 4111 bei dem Versicherten zu dessen Lebzeiten nicht vor, so dass die Beklagte die Feststellung der BK zutreffend abgelehnt hat. Ebenfalls zutreffend hat sie dementsprechend die GewĤhrung von Hinterbliebenenleistungen an die KlĤgerin verneint, denn Voraussetzung eines jeden Hinterbliebenenrechts (§Â§ 64 bis 71 SGB VII) ist, dass in der Person des Versicherten ein Versicherungsfall eingetreten war und er

infolgedessen verstorben ist (BSG vom 4. Dezember 2014 â $\square$  B 2 U 18/13 R -). Da der Versicherungsfall in Form einer BK Nr. 4111 bei dem Versicherten jedoch nicht vorlag, bestehen auch keine Anspr $\tilde{A}^{1}$ che der Kl $\tilde{A}$  $^{1}$ gerin auf Hinterbliebenenleistungen.

Die Berufung konnte daher insgesamt keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf  $\frac{\hat{A}\S 193 \ SGG}{193 \ SGG}$ . Die Kostenprivilegierung der Kl $\tilde{A}$  $^{\times}$ gerin als Sonderrechtsnachfolgerin und Hinterbliebenenleistungsempf $\tilde{A}$  $^{\times}$ ngerin ergibt sich aus  $\frac{\hat{A}\S 183 \ Satz \ 1 \ SGG}{193 \ SGG}$ .

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des  $\frac{\hat{A}\S 160}{Abs. 2 Nrn}$ . 1 und 2 SGG nicht vorliegen.

Erstellt am: 09.06.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024