S 23 U 207/12

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Hessen

Sozialgericht Sozialgericht Frankfurt Unfallversicherung

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen S 23 U 207/12 Datum 01.02.2019

2. Instanz

Aktenzeichen L 9 U 49/19 Datum 09.12.2022

3. Instanz

Datum 03.05.2023

I. Â Die Berufung der Kl \tilde{A} ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. Februar 2019 wird zur \tilde{A} ½ckgewiesen.

II. Â Die Beteiligten haben einander auch f $\tilde{A}^{1/4}$ r das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten.

III. Â Â Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Pflegegeld sowie einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Sozialgesetzbuch Siebtes Buch â∏ SGB VII -) infolge einer festgestellten Berufskrankheit (BK) Nr. 4101 nach der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) streitig.

Die KlĤgerin ist die Witwe des 1924 geborenen und 2016 verstorbenen B. A. (im Folgenden: Versicherter), der von 1947 bis 1965 im Steinkohlebergbau tĤtig war.

Mit bestandskrĤftigem Bescheid vom 12. Juli 1994 der Bergbau-BG,

Rechtsvorgängerin der Beklagten (im folgenden einheitlich Beklagte), erkannte diese die Erkrankung des Versicherten 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. ù¼ber eine durchgefù¼hrte Lungenfunktionsanalyse berichtete. Eine sichere obstruktive Ventilationsstörung liege bei dem Versicherten nicht vor. Nach Vorlage eines fù¼r ihn negativen internistischen Gutachtens des Prof. Dr. F. vom 11. Juli 1995 nahm der Versicherte die Klage sodann zurù¼ck.

Im Rahmen weiterer ̸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 (â∏chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren ((mg/cbm) x Jahre)â∏∏) geprüft worden. Die Beklagte hatte in diesem Zusammenhang zunächst 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 worstcase-Szenario für die berufliche Tätigkeit 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. Mit Bescheid vom 30. September 2005 lehnte die Beklagte daraufhin eine Rente infolge der BK Nr. 4101 erneut ab.

Im Jahr 2009 wurde von der Beklagten von Amts wegen eine Nachuntersuchung bezüglich der BK Nr. 4101 eingeleitet. In diesem Zusammenhang erstattete Dr. M. unter dem 1. März 2011 ein internistisch-pneumologisches Gutachten. Aufgrund der von ihm durchgeführten Begutachtung diagnostizierte Dr. M. neben der Silikose eine COPD sowie einen Verdacht auf pulmonale Hypertonie bei dem Versicherten. Diesbezüglich ging der Sachverständige von einer chronischen Bronchitis bei dem Versicherten 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 Lungenüberblähung gezeigt. Die gutachterliche Untersuchung des Klägers durch Prof. Dr. F. habe die anamnestischen Bezüge 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 ergä¤be 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 Anberbläkhung und dadurch bedingter Pseudorestriktion. Eine eindeutige restriktive VentilationsstĶrung habe bei normaler totaler LungenkapazitÃxt direkt nicht gesehen werden können. Eine Broncholyse mit Salbutamol habe keine VerÄxnderungen der obstruktiven Ventilationsparameter ergeben. Auch die ̸berblähungsparameter hätten sich nicht zurĽckgebildet. Nach fahrradergometrischer Belastung sei es nicht zu einer VerstÄxkung 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 zurļckgeführt 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. MÃxrz 2011 wandte sich der Beratungsarzt der Beklagten Dr. L. gegen das Gutachten des Dr. M. und fÃ 1 /4hrte aus, dass nach den gemessenen Werten das LeistungsvermÃ 1 gen des Versicherten durchaus altersgemÃ x Ã 1 befriedigend gewesen sei und es zudem Hinweise auf eine Herzinsuffizienz gebe. In der Gesamtschau der Befunde kÃ 1 nne von einer leistungsmindernden AtemfunktionsstÃ 1 rung durch Folgen der langjÃ x hrigen

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 geklärt werden sollte, ob rezidivierende Lungenembolien stattgefunden härten, die differentialdiagnostisch eine Erklärung der von Dr. M. anlärsslich seines Gutachtens vom 1. März 2011 gefundenen respiratorischen Partialinsuffizienz unter Belastung sein kä¶nnten. Der Sachverstärndige teilte hierzu in seiner ergärnzenden Stellungnahme vom 21. Oktober 2011 nach Untersuchung des Versicherten mit, dass ein Angio-CT zur Klärung rezidivierender Lungenembolien aus medizinischen Grä¼nden nicht mä¶glich sei. Eine erneute lungenfunktionsanalytische Untersuchung habe keine entscheidenden Verärnderungen zu den letzten Untersuchungen gezeigt. Weiterhin zeigten sich Hinweise auf eine obstruktive Ventilationsstä¶rung mit ä∏berblärhung. Rezidivierende Lungenembolien halte er zur Erklärung der latenten respiratorischen Partialinsuffizienz nicht fä¼r wahrscheinlich, sondern weiterhin die Silikose primär hierfä¼r verantwortlich.

Aufgrund einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. L. vom 8. November 2011 holte die Beklagte dann bei Prof. Dr. P. eine Stellungnahme zu dem Gutachten sowie den ergänzenden 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 durchgeführten 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 vollständig 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 bestþnden. 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 eingeschrĤnkt 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-jĤhrigen 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 Silikose-bedingte 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 zurÄ¹/₄ckzufÄ¹/₄hren sei. Letztere begrýnde auch zwanglos die unter Belastung beschriebene geringgradige Hypoxämie. An der gutachterlichen Beurteilung des Dr. M. bestünden daher begründete 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 erfA¹/₄Ilt, 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 einzuschÄxtzen.

Dr. M. nahm zur gutachtlichen Stellungnahme des Prof. Dr. N. unter dem 30. Juli 2012 Stellung. Hierin verwies er darauf, dass es lungenfunktionsanalytische Vergleichswerte für die Altersgruppe des Versicherten nicht gebe, dass bei dem Versicherten gleichwohl eine langiährige 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 eingeschrĤnkt 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. Für die Bildung der MdE und damit für die Höhe einer Rente seien daher sowohl die FunktionseinschrĤnkungen 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 könnten.

Mit Bescheid vom 20. August 2012 lehnte die Beklagte sodann gegen $\tilde{A}^{1}/_{4}$ ber dem Versicherten einen Anspruch auf Rente infolge der BK Nr. 4101 weiterhin ab. Zur Begr $\tilde{A}^{1}/_{4}$ ndung f $\tilde{A}^{1}/_{4}$ hrte sie aus, dass sie dem Gutachten des Dr. M. sowie seinen erg \tilde{A} nzenden Stellungnahmen nicht folgen k \tilde{A} nne. Vielmehr schlie \tilde{A} e sie sich den gutachtlichen \tilde{A} u \tilde{A} erungen des Prof. Dr. N. an.

Gegen den Bescheid legte der Versicherte vertreten durch seine ProzessbevollmĤchtigten Widerspruch ein, welchen die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 8. November 2012 zurĽckwies.

Hiergegen hat der Versicherte, vertreten durch seine Prozessbevollm \tilde{A} ¤chtigten, am 10. Dezember 2012 Klage zum Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben, welche unter dem Aktenzeichen $\frac{S}{23}$ U $\frac{207}{12}$ gef \tilde{A} ½hrt wurde.

Mit einem Schriftsatz vom 19. Februar 2014 beantragte die KlĤgervertreterin unter Bezugnahme auf die festgestellte BK Nr. 4101 sodann die GewĤhrung eines Pflegegeldes nach dem SGB VII. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 14. April 2014 ab. Zur Begrù⁄₄ndung berief sie sich darauf, dass die Silikose bisher keine leistungsberechtigenden Folgen habe, so dass eine eventuell vorliegende Hilflosigkeit des Klägers nicht auf die BK Nr. 4101 zurù⁄₄ckzufù⁄₄hren sei. Den vom Versicherten dagegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Juni 2014 mit gleichlautender Begrù⁄₄ndung zurù⁄₄ck.

Hiergegen hat der Versicherte, vertreten durch seine ProzessbevollmĤchtigten, am 14. Juli 2014 ebenfalls Klage zum Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben, welche zunĤchst unter dem Aktenzeichen S 23 U 90/14 geführt und sodann durch Beschluss des Sozialgerichts vom 25. August 2014 ausgesetzt worden ist.

Das Sozialgericht hat im Verfahren <u>S 23 U 207/12</u> von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines SachverstĤndigengutachtens bei Prof. Dr. T. In seinem Gutachten vom 27. August 2014 hat sich Prof. Dr. T. den Begutachtungen und Stellungnahmen von Prof. Dr. F. vom 11. Juli 1995, Dr. H. vom 11. November 2004 sowie Prof. Dr. N. vom 16. Juli 2012 betreffend die EinschĤtzung des medizinischfunktionellen Anteils der MdE der BK Nr. 4101 angeschlossen und die MdE auf unter 20 v. H. eingeschĤtzt. Bei seiner gutachtlichen Untersuchung des KlĤgers sei aufgrund des hohen Alters des KlĤgers von 90 Jahren und bei Vorliegen multipler konkurrierender Erkrankungen eine Belastungsuntersuchung nicht durchfļhrbar gewesen. Auch die Durchfļhrung der Lungenfunktionsanalyse habe sich schwierig gestaltet, da der Versicherte wĤhrend der Untersuchung mehrfach eingeschlafen sei. In Ruhe sei weder eine Diffusions- noch eine GasaustauschstĶrung festgestellt worden. Es habe sich eine mitarbeitsbedingte EinschrĤnkung der VitalkapazitĤt

und des Atemgrenzwertes ergeben. Die lungenfunktionsanalytisch gemessene Ä\[
\text{berbl}\tilde{A}\tilde{\text{mung}} habe CT-morphologisch kein Korrelat. Es sei kein Emphysem nachgewiesen. Daher sei dieser lungenfunktionsanalytische Befund auf eine mangelnde Ausatmung mit eingeschr\tilde{A}\tilde{\text{mung}} nkter Vitalkapazit\tilde{A}\tilde{\text{mung}} t zur\tilde{A}\tilde{\text{4}}\text{ckzuf}\tilde{A}\tilde{\text{4}}\text{hren.} \]

Die Flussminderung in den kleinen Atemwegen k\tilde{A}\tilde{\text{nne}} auf einen ehemaligen Rauchkonsum mit kumulativ 22 Packungsjahren zur\tilde{A}\tilde{\text{4}}\text{ckgef}\tilde{A}\tilde{\text{4}}\text{hrt werden. Eine auf die silikotischen Granulome zur\tilde{A}\tilde{\text{4}}\text{ckf}\tilde{A}\tilde{\text{4}}\text{hrbare funktionelle Einschr\tilde{\text{mung}}\text{nkung sei bei regelrechter Diffusionskapazit\tilde{\text{mund regelrechter Blutgasanalyse nicht nachweisbar. Der erh\tilde{\text{4}}\text{hte pulmonale Druck werde als Folge der chronischen (Links-)Herzinsuffizienz angesehen.

In einer ergĤnzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 20. April 2015 hat sich der Sachverständige T. sodann dahingehend geäuÃ∏ert, dass ihm bei der Beurteilung im Gutachten vom 27. August 2014 die Staubbelastungsdosis von kumulativ 150,2 mg Feinstaubjahren entgangen sei. Diese sei bei einer 18-jĤhrigen TĤtigkeit unter Tage ausreichend, um eine Flussminderung der kleinen Atemwege zu verursachen. Die berufliche Feinstaubexposition stelle somit eine wesentliche TeilursÄxchlichkeit fļr die Flussminderung der kleinen Atemwege dar, so dass sich eine wesentliche ̸nderung in der Kausalzusammenhangs-beurteilung ergebe. Da arbeitstechnisch die Voraussetzungen der BK Nr. 4111 mit Sicherheit gegeben seien, sei eine BK Nr. 4111 wahrscheinlich zu machen. Dies gründe sich auch auf die Angabe, dass eine chronische Bronchitis seit mindestens 1995 bestehe. Es sei daher von einer rentenberechtigenden MdE hinsichtlich der BK Nr. 4111 auszugehen. Schwierig gestalte sich aber die EinschÄxtzung der MdE bei Vorliegen sowohl der BK Nr. 4101 als auch der BK Nr. 4111. Im Falle des Versicherten sei die DiffusionskapazitÃxt regelrecht gewesen und auch eine GasaustauschstĶrung habe nicht nachgewiesen werden kA¶nnen. CT-morphologisch habe kein zentrilobulAxres Emphysem und auch keine zentrale obstruktive VentilationsstĶrung bestanden. Daher seien Rückwirkungen der Silikose auf das Herz nicht zu erwarten. Aufgrund dessen sei der medizinisch-funktionelle Anteil der MdE bezüglich der BK Nr. 4101 weiterhin auf unter 20 v. H. einzuschĤtzen.

Vor dem Hintergrund der ergĤnzenden Stellungnahme des Prof. Dr. T. vom 20. April 2015 leitete die Beklagte parallel zum laufenden Klageverfahren ein Feststellungsverfahren betreffend die BK Nr. 4111 ein.

Der KlĤger ist sodann 2016 verstorben. Seine Ehefrau, die jetzige KlĤgerin, hat die Verfahren fortgeführt.

Mit Bescheid vom 11. Mai 2016 lehnte die Beklagte die Feststellung der BK Nr. 4111 sowie die Leistung von Hinterbliebenenleistungen gegenüber der jetzigen Klägerin ab. Die ablehnende Entscheidung stþtzte die Beklagte dabei auf ein von ihr bei Prof. Dr. Q. eingeholtes arbeitsmedizinisches Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage vom 11. März 2016. Prof. Dr. Q. war hierin zu dem Ergebnis gelangt, dass das Vorliegen einer chronischen Bronchitis seit mindestens 1995 gesichert sei, eine obstruktive Ventilationsstörung sich jedoch in den Messungen von 1995 bis 2012 nicht gezeigt habe und der sichere Nachweis auch in der

Messung 2014 nicht erbracht worden sei. Ebenso wenig bestehe ein Lungenemphysem. Fýr 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.

Der die BK. Nr. 4111 sowie die Hinterbliebenenleistungen betreffende Bescheid der Beklagten ist sodann nach Durchf $\tilde{A}^{1/4}$ hrung des Vorverfahrens Gegenstand eines weiteren Rechtsstreits vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main geworden, der unter dem Aktenzeichen S 23 U 151/16 gef $\tilde{A}^{1/4}$ hrt wurde.

In dem Klageverfahren <u>S 23 U 151/16</u> hat das Sozialgericht 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 bei Dr. H. am 11. November 2004 erfolgt sei. Hier sei eine obstruktive Ventilationsstörung mit Flussminderung der kleinen und groÃ∏en Atemwege im Vollbeweis gesichert worden. Auch im weiteren Krankheitsverlauf sei eine periphere obstruktive VentilationsstĶrung feststellbar gewesen. Die Parameter einer Lungenüberblähung seien lungenfunktions-analytisch 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 få¼r das Erkrankungsrisiko von Rauchern, der bei 100 Feinstaubjahren liege. Schwierig gestalte sich allerdings weiterhin die Einschäxtzung 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 anlägsslich seiner (des Sachverstägndigen T.) Begutachtung die Durchfļhrung der Lungenfunktionsanalyse schwierig gestaltet habe, seien die Voruntersuchungen von Dr. M. und von Dr. H. der Einschätzung 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, für die konkurrierende Ursachen nicht nachweisbar seien, sei der medizinisch-funktionelle Anteil der MdE ab diesem Zeitpunkt auf 50 v. H. einzuschĤtzen.

Die Beklagte hat im Verfahren <u>S 23 U 151/16</u> hierzu eine beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. P. vom 7. Februar 2017 vorgelegt, in der sich dieser zu

den Ausfļhrungen des Prof. Dr. T. geĤuÃ□ert hat. Prof. Dr. P. verweist darin auf die Variabilität der Befunde bei dem Versicherten, insbesondere eine starke Schwankung der Einsekundenkapazität, 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 Variabilität der Befunde sei er nicht davon Ã⅓berzeugt, dass bei dem Versicherten eine BK Nr. 4101 oder 4111 vorgelegen habe. Die Argumentation des Prof. Dr. T. (auch zur BK Nr. 4111) Ã⅓berzeuge ihn wegen WidersprÃ⅓chlichkeiten nicht. Mit einer offensichtlichen Linksherzinsuffizienz, die zum Tode des Versicherten gefÃ⅓hrt habe, liege ein BK-unabhängiges 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 Ľber 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-SekundenkapazitÃxt 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 genýge keine der durchgeführten Messungen den QualitÃxtsanforderungen

(starke Schwankungen der Messwerte einzelner Parameter, keine Reproduzierbarkeit von AuffĤlligkeiten, Flussvolumenkurven ohne ausreichende Mitarbeit bzw. mit inakzeptablen Schwankungen der Messwerte). Hinzu komme, dass sÄxmtliche 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 zuverlÄxssiger Messung der Lungenfunktion jenseits des 70. Lebensjahres fýr wesentliche bodyplethysmografische Parameter, insbesondere solche, die das Lungenemphysem betrĤfen, keine sichere Aussage getroffen werden kĶnne. Aus den beim Versicherten gemessenen, ohnehin nicht verlägsslichen 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, kA¶nnten 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 erfĽlle, liege damit nicht im Vollbeweis vor. Dies fýhre 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 erfĽllt 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 reprĤsentativ 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.

Nach Wiederaufruf des ausgesetzten Verfahrens S 23 U 90/14 unter dem Aktenzeichen S $\underline{8~U~9/19}$ ist dieses sodann durch Beschluss des Sozialgerichts vom

15. Januar 2019 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung mit dem Rechtsstreit S 23 U 207/12 verbunden worden.

Mit Urteil vom 1. Februar 2019 wies das Sozialgericht im Verfahren <u>S 23 U 151/16</u> die Klage der Kl \tilde{A} ¤gerin sodann ab. Die Kl \tilde{A} ¤gerin legte hiergegen vertreten durch ihre Prozessbevollm \tilde{A} ¤chtigten Berufung zum Hessischen Landessozialgericht ein, welches das Verfahren zuletzt unter dem Aktenzeichen <u>L 9 U 50/19</u> f \tilde{A} ½hrte.

Ebenfalls mit Urteil vom 1. Februar 2019 hat das Sozialgericht die Klagen im Verfahren <u>S 23 U 207/12</u> abgewiesen. Die KlĤgerin als Sonderrechtsnachfolgerin des Versicherten habe keinen Anspruch auf GewĤhrung einer Rente nach <u>§ 56 SGB VII</u> infolge der bei ihrem Ehemann festgestellten BK Nr. 4101, denn dessen MdE sei nicht rentenberechtigend gewesen. DarĽber hinaus habe sie auch keinen Anspruch auf die GewĤhrung von Pflegegeld nach <u>§ 44 SGB VII</u>, denn die Hilflosigkeit des Versicherten sei nicht BK-bedingt.

Das Gericht schlieà e sich hinsichtlich der MdE der BK Nr. 4101 aus eigener à berzeugung dem Gutachten des Prof. Dr. T. vom 27. August 2014 sowie seiner ergà nzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 an, der sich wiederum den Sachverstà ndigengutachten des Prof. Dr. F., des Dr. H. sowie des Prof. Dr. N. angeschlossen habe.

Prof. Dr. T. habe anhand seiner, auf dieser Diagnostik basierenden Untersuchungen zum Gutachten vom 27. August 2014 bei dem Versicherten weder eine Diffusionsnoch eine GasaustauschstĶrung festgestellt, sondern eine mitarbeitsbedingte EinschrĤnkung der VitalkapazitĤt und des Atemgrenzwertes. Die lungenfunktionsanalytisch gemessene Ä□berblĤhung habe CT-morphologisch kein Korrelat gehabt. Es seien somit kein Lungenemphysem und auch keine zentrale obstruktive VentilationsstĶrung nachgewiesen. Den erhĶhten pulmonalen Druck habe der SachverstĤndige daher auch nicht als Rückwirkung der Silikose auf das Herz (cor pulmonale), sondern als BK-unabhĤngige Folge der chronischen (Links-)Herzinsuffizienz angesehen. Auf dieser Grundlage ergebe sich â□□ wie von Prof. Dr. T. eingeschĤtzt â□□ weiterhin eine nicht rentenberechtigende MdE von unter 20 v. H.

Soweit der SachverstĤndige T. in seiner gutachterlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 20. Dezember 2016 im Klageverfahren <u>S 23 U 151/16</u> 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 VentilationsstĶrung, eine Lungenüberblähung sowie eine beginnende DiffusionsstĶrung bestanden habe und ein Lungenemphysems lungenfunktionsanalytisch nachgewiesen sei, könne das Gericht dies nicht nachvollziehen. Zur Begründung habe Prof. Dr. T. angeführt, dass wegen der schwierigen Gestaltung der bei ihm durchgeführten Lungenfunktionsanalyse nicht diese 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 DiffusionskapazitĤt gesehen und in der Krankengeschichte habe sich auch keine obstruktive VentilationsstĶrung gefunden, womit die von Dr. M. gestellte Diagnose einer chronischen obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD) nach der Ä∏berzeugung des erkennenden Gerichts nicht vollbeweislich nachgewiesen sei.

Dr. M. habe zudem offen gelassen, inwieweit der in der Ergo-Spiro-Oxymetrie zutage getretenen belastungsbedingten EinschrĤnkung der kĶrperlichen LeistungsfĤhigkeit eine primĤr kardiale (mithin nicht BK-relevante) oder pulmonale EinschrĤnkung zugrunde liege. Dr. H. habe auÄ∏erdem bei seiner Untersuchung des Versicherten am 11. November 2004 lungenfunktionsanalytisch keine fixierte Obstruktion festgestellt. Auch sei die Belastungsuntersuchung beendet worden, weil der Versicherte die Belastungsgrenze erreicht habe und nicht, weil Dyspnoe oder ErschĶpfung ihn zum Abbruch gezwungen hĤtten.

Die Stellungnahme des Prof. Dr. T. vom 20. Dezember 2016 kĶnne damit seine vorherigen, anlĤsslich 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 SachverstĤndigen F., H. und N. Auch Prof. Dr. Q. habe in seinem Gutachten vom 11. MĤrz 2016 unter Auswertung des Akteninhalts bestĤtigt, dass bei dem Versicherten keine obstruktive VentilationsstĶrung und kein Lungenemphysem nachgewiesen sei, was er mit der Auswertung weiterer Messungen aus dem Jahr 2014 untermauert habe. Daher kĶnne Prof. Dr. T. weder in seinem nunmehrigen Anschluss an die MdE-Staffelung des Dr. M. gefolgt werden, noch in seiner eigenen weiteren MdE-ErhĶhung um 10 v. H. auf 50 v. H., begrĽndet mit der anlĤsslich seines Gutachtens vom 27. August 2014 festgestellten Rechtsherzbelastung mit einem cor pulmonale, das er â□□ entgegen seinem vorherigen Gutachten â□□ nunmehr ohne BegrÃ⅓ndung der Silikose zugeordnet habe.

Auch das Gutachten des Dr. M. vom 11. März 2011 sowie seine ergänzenden gutachtlichen Stellungnahmen hätten das Gericht nicht davon ýberzeugen können, dass die MdE des Versicherten in Bezug auf die BK Nr. 4101 rentenberechtigend sei. Hinzu komme, dass Dr. M. fachlich unstatthaft die Tatbestandsvoraussetzungen der BK Nr. 4101 und der BK Nr. 4111 miteinander vermischt und sodann in der Sache eine integrative MdE gebildet habe, obwohl insoweit eine Abgrenzung erforderlich sei.

Da infolge der BK Nr. 4101 somit keine rentenberechtigende MdE bei dem Versicherten bestanden habe, sei die Klage auf RentengewĤhrung abzuweisen gewesen.

Ebensowenig habe eine Hilflosigkeit im Sinne des § 44 SGB VII bei dem Versicherten bestanden. Da weder ein Lungenemphysem noch eine zentrale obstruktive Ventilationsstörung nachgewiesen seien, seien auch die geltend gemachten Herzschmerzen und der Luftmangel nicht BK-bedingt. Soweit Rþckenbeschwerden und Blindheit als BK-bedingt geltend gemacht worden seien,

sei ein medizinischer Zusammenhang mit der Nr. BK 4101 bzw. deren Folgen weder vorgetragen noch erkennbar.

Gegen das den ProzessbevollmĤchtigten der KlĤgerin am 1. MĤrz 2019 zugestellte Urteil haben diese am 20. MĤrz 2019 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung beruft sich die KlĤgerin auf das Gutachten von Dr. M., der die MdE infolge der anerkannten BK Nr. 4101 auf zunĤchst 20 v. H. und sodann auf 30 v. H. und ab 18. Februar 2011 auf 40 v. H. geschätzt habe. Der Versicherte sei infolge des diagnostizierten Lungenemphysems atemlos gewesen und habe die Pflegestufe II anerkannt bekommen. AuÃ□erdem habe er unter einer chronischen Bronchitis und einem BK-bedingten cor pulmonale gelitten. Der Versicherte habe 18 Jahre untertage im Bergbau gearbeitet. Das Sozialgericht habe insoweit geltende Kausalitätsnormen unbeachtet gelassen, da eine wesentliche Mitverursachung der Beschwerden durch die beruflichen Bedingungen völlig ausreichend sei.

Die KlÄxgerin beantragt schriftsÄxtzlich wĶrtlich,

unter Abänderung/Aufhebung des am 01.03.2019 zugestellten Urteils des Sozialgerichts Frankfurt am Main, <u>S 23 U 207/12</u>, vom 01.02.2019, wird nach den Anträgen aus der I. Instanz erkannt, d.h. auf die Verurteilung der Beklagten, der Klägerin die Lebzeitenleistungen zu gewähren, und zwar insbesondere die Gewährung von Pflegegeld und Verletztenrente aus Anlass der festgestellten BK 4101.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Ihrer Auffassung nach ist die erstinstanzliche Entscheidung nicht zu beanstanden.

Auf Antrag der KlĤgerin hat der Senat im Verfahren <u>L 9 U 50/19</u> ein arbeitsmedizinisches und internistisch-pneumologisches 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 hĤufig Exazerbationen aufweisen würden. Dies entspreche auch der klinischen Erfahrung des Unterzeichners, der im Zeitraum von 1990-2000 weit über 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 hierļber meist auch nicht geklagt. Insofern sei auch im Fall des Versicherten von dem Vorliegen einer chronischen Bronchitis, die Äxrztlicherseits 1995 als schon einige Jahre bestehend erwĤhnt werde, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszugehen. Diesbezüglich werde auf die anamnestischen Angaben sowie die frühesten ärztlichen Dokumentationen (Gutachten von Prof. Dr. F. und

Untersuchung von Dr. E.) verwiesen.

Die Wiedergabe der Lungenfunktionswerte im zeitlichen Verlauf zeige, dass die VitalkapazitÃxt Schwankungen aufweise, wobei ab dem 22. MÃxrz 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 VitalkapazitÄxt (VC) und FEV1 bei erhå¶htem RV/TLC-Verhå¤ltnis (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 lĤgen die fýr 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 sprächen ebenfalls fýr eine obstruktive VentilationsstĶrung mit LungenblĤhung. Entgegen der Annahme des beratenden Arztes der Beklagten liege bei dieser Konstellation eine obstruktive Ventilationsstå¶rung vor, auch wenn das Verhå¤ltnis 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 vorkAmmen und hinsichtlich der MdE jeweils zu berA¼cksichtigen seien.

Dass das Ausmaà der eine obstruktive Ventilationsstörung anzeigenden ParametereinschrĤnkungen unter anderem in Abhängigkeit 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 Ausführungen des Dr. K. sei zu widersprechen. Im Hinblick auf die monierten Limitationen infolge der nicht optimalen Atemmanöver in den Lungenfunktionsuntersuchungen, die von den Untersuchern im Januar und Februar 2011 sowie im August 2014 bei dem geschwächten ca. 90-jährigen Versicherten erwähnt und von ihm nach Einsichtnahme der Lungenfunktionsregistrierungen bestätigt würden, sei auf die vorgegebenen Kriterien der Akzeptabilität und Reproduzierbarkeit maÃ∏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 zurückzuführen seien. Abgesehen von den vorgenannten Untersuchungen hätten die Untersucher keine Einschränkung 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 QualitÃxt und reproduziert seien, wenn auch überwiegend die geforderte Registrierung von mindestens 3 akzeptierten Atemmanövern 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}\tilde{x}gen sowohl die arbeitstechnischen als auch die medizinischen Voraussetzungen in Form einer chronisch obstruktiven Ventilationsstå¶rung und einer chronisch obstruktiven Bronchitis vor. Ab Februar 1995 seien bei dem Versicherten durchgĤngig funktionelle EinschrĤnkungen dokumentiert worden. Entgegen der Einschätzung 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-j\(\tilde{A}\)\(\tilde{p}\) hohe Schadstoffexposition unter Tage erkennbar sei. Zudem seien au̸er in einem Befund von 2014 und dem 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 ausgeprĤgtes Lungenemphysem in der Regel nicht ausreichend zuverlĤssig zu sichern, Ausnahmen seien mittel- bis hĶhergradige AusprĤgungen, die mittels CT objektiviert werden kĶnnten. Im vorliegenden Fall, bei dem es nicht um ein mittel- oder hĶhergradiges Lungenemphysem gehe, seien die radiologischen und lungenfunktionsanalytischen Befunde mit einem gering ausgeprĤgten Lungenemphysem gut vereinbar; endgÄ⅓ltig lasse sich eine solche Diagnose aber nur mittels Obduktion und histopathologischen Untersuchungen sichern bzw. ausschlieÄ∏en.

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 besĤÄ∏en und die Exspirationsdauer mindestens 6 Sekunden mit Plateau betrage, sondern auch dann, wenn z. B. infolge einer Erkrankung, eines sogenannten Spirometrie-Asthmas, allgemein kĶrperlicher SchwĤche oder auch altersbedingt trotz vorzeitiger Beendigung der Exspiration ein Plateau erreicht worden sei oder der Patient nicht weiter ausatmen kĶnne 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 stļnden 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 erfļllten. Das stĤndige Vorliegen eines erhĶhten Atemwegswiderstandes werde zudem wie bereits ausgefļhrt von der BK Nr. 4111 auch nicht gefordert.

Hinsichtlich der MdE sei Ã1/4ber 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 Belastungshypoxämie 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 VitalkapazitÃxt 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 zurÄ¹/₄ckzufÄ¹/₄hrenden restriktiven VentilationsstĶrung bei eingeschrĤnkter Beurteilbarkeit der Totalkapazität auszugehen. Die dadurch bedingte und für beide Berufskrankheiten integrativ einzusch Axtzende MdE sei ab dem 22. Februar 1995 auf 20 % zu veranschlagen. Die am 11. November 2004 und in den späxteren Lungenfunktionsuntersuchungen beschriebenen gesundheitlichen Verschlechterungen (Luftnot nach 2 Etagen, zum Teil erheblich eingeschrÄxnkte Lungenfunktionswerte) stýnden 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 Ä\(\text{D}\)brigen 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.

Die Beklagte hat bezüglich des Gutachtens von Prof. Dr. J. im Verfahren L9U 50/19 eine beratungsĤrztliche 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 hÃxtten auch keine lungenfunktionellen Parameter gesichert werden können, die diese Diagnose nahelegten. Hinsichtlich der chronisch obstruktiven Bronchitis sei festzustellen, dass die aktenkundigen Lungenfunktionsprļfungen 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 geführt werden, wobei die Bodyplethysmografie deutlich weniger mitarbeitsabhängig sei. Im Fall des Versicherten seien die spirometrischen Messparameter durch die ungewollt unzureichende Kooperation des Versicherten in ihrer Aussagekraft derart eingeschrĤnkt, dass sie diagnostisch nicht verwertbar seien. Der Verweis von Prof. Dr. J. auf die besonderen Bedingungen bei Ĥlteren Menschen und unzureichender Mitarbeit (Kriterien von Miller und Hankinson) sei nur statthaft, wenn zu den jeweils durchgeführten Messzeitpunkten sämtliche übrigen Qualitätskriterien einer Spirometrie erfüllt gewesen wären, was vorliegend jedoch nicht der Fall gewesen sei. So sei zum Beispiel keine mehrfache Registrierung von Spirometrien zum selben Zeitpunkt angefertigt bzw. explizit geprýft 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 AusfA¹/₄hrungen von Prof. Dr. J., dass nach der wissenschaftlichen Begründung zur BK Nr. 4111 eine zeitweise Erhöhung des zentralen oder peripheren Atemwiderstandes genüge, sei auszufýhren, dass ein zentraler oder peripherer Atemwiderstand im Rahmen einer gewĶhnlichen Lungenfunktionsprļfung 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 aussagekrĤftigsten fļr 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 fļr 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 für sRtot

erhoben worden. Bei der Messung im Jahr 2004 hÃxtten die Werte für sRtot unter Belastung zudem eine sich in kurzer Zeit stark Äxndernde obstruktive VentilationsstĶrung angezeigt, was typisch fýr ein Asthma sei und eine chronisch obstruktive Bronchitis nahezu ausschlie̸e. Asthma unterfalle der BK Nr. 4111 jedoch nicht. Insgesamt kå¶nne daher weder den spirometrisch noch den bodyplethysmografisch erhobenen Messwerten ein Nachweis fÄ¹/₄r das Vorliegen einer BK Nr. 4111 entnommen werden. Der Einschägtzung von Prof. Dr. J. kä¶nne nicht gefolgt werden, da die im zeitlichen Verlauf mehrfach dokumentierten LungenfunktionseinschrĤnkungen in allererster Linie auf eine unzureichende Kooperation des Versicherten bei Durchfļhrung der Spirometrien zurückzuführen sei. Die Aussagekranft der Spirometrien hänge insoweit ganz wesentlich von der Reproduzierbarkeit der Untersuchungen ab, die hier fehle. Zwar könne man dem Versicherten hinsichtlich der Kooperation nichts vorwerfen, dies könne aber umgekehrt auch nicht dazu führen, dass über die Limitierung der Messmethode hinwegzusehen sei. Hinsichtlich der teilweise als erhä¶ht gemessenen Werte für 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 fýr ein Asthma spreche.

Die Beteiligten haben sodann schriftsÄxtzlich ihr EinverstÄxndnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklÄxrt.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sachverhalt und zu dem Vorbringen der Beteiligten im ̸brigen wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und die Gerichtsakte sowie die zum Verfahren beigezogenen Verwaltungs- und Gerichtsakten aus dem Verfahren <u>L 9 U 50/19</u> 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 (§Â§ 143, 144 SGG) und auch im Ã\[\]brigen zul\(\tilde{A}\)\(\tilde{x}\)ssige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte (\(\tilde{A}\)\(\tilde{s}\) 151 SGG) Berufung ist unbegr\(\tilde{A}\)\(\frac{1}{4}\)ndet. Die Bescheide der Beklagten vom 20. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. November 2012 sowie vom 14. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Juni 2014 sind rechtm\(\tilde{A}\)\(\tilde{A}\)\(\tilde{A}\)\(\tilde{a}\)\(\tilde{a}\)\(\tilde{s}\)\(\tilde{A}\)\(\tilde{s}\)\(\tilde{157}\), 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Das Sozialgericht hat die Klagen durch Urteil vom 1. Februar 2019 zu Recht abgewiesen.

Die kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklagen sind unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente aus der festgestellten BK Nr. 4101 sowie die Gewährung von Pflegegeld im Wege der Sonderrechtsnachfolge nach ihrem 2016 verstorbenen Ehemann.

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) stehen fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen beim Tod des Berechtigten dem Ehegatten zu, wenn dieser mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes â∏ wie vorliegend â∏ in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat. Zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten war bezüglich der hier streitigen Renten- und Pflegegeldleistungen auch bereits ein Verwaltungsverfahren bei der Beklagten anhängig (§ 59 Satz 2 SGB I). Die materiellen Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente aus der anerkannten BK Nr. 4101 sowie eines Pflegegeldes liegen jedoch nicht vor.

Die Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen der bei dem Versicherten anerkannten BK Nr. 4101.

Unter Nr. 4101 ist in der Anlage 1 zur BKV die â∏Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)â∏ erfasst. Eine solche Silikose lag bei dem Versicherten unstreitig vor und die Beklagte hat das Vorliegen einer BK Nr. 4101 bei dem Versicherten mit Bescheid vom 12. Juli 1994 bindend anerkannt. Wegen der anerkannten BK stand dem Versicherten jedoch keine Rente nach dem SGB VII zu, diese hat die Beklagte mit dem hier streitigen Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheids zutreffend abgelehnt.

Anspruchsgrundlage fýr die begehrte Rentengewährung ist <u>§ 56 SGB VII</u>. Nach dessen Abs. 1 Satz 1 haben Versicherte Anspruch auf Rente, deren Erwerbsfähigkeit infolge des Versicherungsfalles ýber die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (<u>§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII</u>). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet; sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes. Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wird Teilrente geleistet; sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der MdE entspricht (Abs. 3 der Vorschrift).

Die Bemessung des Grades der MdE wird vom Bundessozialgericht (BSG) in stĤndiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht nach § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Ã\[\text{Derzeugung trifft (vgl. Urteil vom 5. September 2006 â\[\text{Derzeugung trifft (vgl. Urteil vom 2. Mai 2001 â\[\text{Derzeugung B 2 U 25/05 R â\[\text{Derzeugung trifft (vgl. Urteil vom 2. Mai 2001 â\[\text{Derzeugung B 2 U 24/00 R â\[\text{Derzeugung des Heistung der M. N.).} Dies gilt f\[\text{A}\]\'\r die Feststellung der Beeintr\[\text{A}\]\"\r chtigung des Leistungsverm\[\text{A}\]\"\gens des Versicherten ebenso wie f\[\text{A}\]\'\r die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungss\[\text{A}\]\"\r zehtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsm\[\text{A}\]\"\gens glichkeiten. \[\text{A}\]\"\r ztliche Meinungs\[\text{A}\]\"\under u\[\text{Meinungs higheit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentN.liche Grundlage f\[\text{A}\]\"\r die richterliche Sch\[\text{A}\]\"\r tzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die k\[\text{A}\]\"\r prerlichen und geistigen F\[\text{A}\]\"\r higkeiten

des Verletzten durch die Unfallfolgen beeintr \tilde{A} xchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungss \tilde{A} xtze \tilde{A}^{1} 4ber die Auswirkungen bestimmter k \tilde{A} ¶rperlicher oder seelischer Beeintr \tilde{A} xchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsm \tilde{A} ¶glichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Ber \tilde{A}^{1} 4cksichtigung der gesamten Umst \tilde{A} xnde des Einzelfalles kann die H \tilde{A} ¶he der MdE gesch \tilde{A} xtzt werden (BSG, Urteil vom 2. Mai 2001 s. o.). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungss \tilde{A} xtze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht f \tilde{A}^{1} 4r die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage f \tilde{A}^{1} 4r eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelf \tilde{A} xllen der t \tilde{A} xglichen Praxis und unterliegen einem st \tilde{A} xndigen Wandel (BSG, Urteil vom 5. September 2006 s. o.; Urteil vom 22. Juni 2004 \hat{a} 1 B 2 U 14/03 R \hat{A} 1 SozR 4-2700 \hat{A} 8 56 Nr. 1). \hat{A}

Von diesem MaÃ□stab ausgehend sind die sich aus der anerkannten BK Nr. 4101 bei dem Versicherten ergebenden Funktionseinschränkungen vorliegend nicht mit einer MdE von mindestens 20 v. H. zu bewerten. Zu dieser Ã□berzeugung gelangt der Senat aufgrund einer Gesamtwù⁄₄rdigung der in den Akten enthaltenen medizinischen Stellungnahmen und gutachterlichen Ausfù⁄₄hrungen, insbesondere aufgrund der gutachterlichen Einschätzungen des Dr. H., Prof. Dr. N., Prof. Dr. T. und Prof. Dr. Q.

Dr. H. kommt in seinem internistisch-pneumologisches Gutachten vom 22. Juli 2005 zu dem Ergebnis, dass bei dem Versicherten hinsichtlich der anerkannten BK Nr. 4101 aufgrund der erhobenen Befunde keine rentenberechtigende MdE vorliege. Die Blutgasanalyse habe insoweit normale Werte und keine Hinweise auf eine DiffusionsstĶrung ergeben. Die fahrradergometrische Belastung des Versicherten habe eine dem Alterssoll entsprechende kĶrperliche LeistungsfĤhigkeit gezeigt, die Limitierung sei dabei vorrangig cardial bedingt gewesen, nicht pulmonal. Lungenfunktionsanalytisch konnte bei der Begutachtung zudem keine fixierte Obstruktion festgestellt werden, die zu Beginn der Untersuchung teilweise leicht erhĶht gemessenen Werte u. a. fļr den Atemwiderstand waren nach Angabe des Gutachters unter Belastung komplett reversibel. Insgesamt kommt Dr. H. in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, dass der Versicherte trotz subjektiv anderem Empfinden in seiner Belastbarkeit nicht eingeschrĤnkt war.

Dr. M. ist sodann aufgrund eigener Untersuchung des Versicherten zu dem Ergebnis gekommen, dass die Lungenfunktion des Versicherten unter Berücksichtigung seines Alters und des Broca-Indexes und einer wohl altersbedingt wechselnden Mitarbeit in Ruhe am 14. Januar 2011 und am 18. Februar 2011 eine leichtgradige, peripher betonte Obstruktion mit deutlicher Ã□berblähung und dadurch bedingter Pseudorestriktion unterliege. Die Diffusionskapazität sei auf die Volumen-Einheit bezogen normal gewesen. Das konstant erhöhte Residualvolumen müsse als Ausdruck einer fixierten Ã□berblähung im Sinne eines Lungenemphysems gedeutet werden. Unter Belastung sei es zu einem deutlichen Abfall der Sauerstoffwerte gekommen. Es habe sich somit eine belastungsbedingte Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit gezeigt, wobei nicht

entschieden werden könne, inwieweit es primär eine kardiale oder pulmonale Einschränkung gewesen sei. Dr. M. schätzte sodann die MdE bei dem Versicherten ab dem 22. Februar 1995 (Untersuchung durch Dr. E.) gestuft zunächst auf 20 v. H., später auf 30 v. H. und ab dem Untersuchungstag bei ihm am 18. Februar 2011 auf 40 v. H. ein.

Der EinschÄxtzung des Dr. M. ist Prof. Dr. N. entgegengetreten. Dieser kommt in seiner gutachterlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 16. Juli 2012 unter Auswertung der von Dr. M. erhobenen Messdaten der Ganzkörperplethysmographie, Spirometrie, Diffusionsmessung, Blutgasanalyse, und der Spiroergometrie zu dem Ergebnis, dass bei dem Versicherten im Rahmen der Begutachtung bei Dr. M. weder eine VentilationsstĶrung mit gutachterlich ausreichender Sicherheit festgestellt worden sei, noch die kA¶rperliche Leistungsfåxhigkeit des Versicherten alterskorrigiert signifikant eingeschråxnkt gewesen sei. Der Versicherte habe bei der Spiroergometrie die Belastung bis 83 Watt toleriert, so dass bei dem Alter des damals 86-JAxhrigen sicher von einer altersýberdurchschnittlichen Belastbarkeit ausgegangen werden könne. Der Versicherte sei zum Zeitpunkt des Abbruchs der Belastung weder kardial noch respiratorisch ausbelastet gewesen. In Bezug auf die unzweifelhaft vorliegende Silikose bei dem Versicherten seien keine dazu passenden LungenfunktionseinschrĤnkungen dokumentiert. 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 einzuschÄxtzen.

In seinem sozialgerichtlichen Gutachten vom 27. August 2014 hat sich sodann Prof. Dr. T. den Begutachtungen und Stellungnahmen von Prof. Dr. F. vom 11. Juli 1995, Dr. H. vom 11. November 2004 sowie von Prof. Dr. N. vom 16. Juli 2012 hinsichtlich der Einschäutzung des medizinisch-funktionellen Anteils der MdE der BK Nr. 4101 angeschlossen und die MdE auf unter 20 v. H. eingeschÄxtzt. In Ruhe habe bei dem Versicherten im Rahmen der Untersuchung weder eine Diffusions- noch eine GasaustauschstĶrung festgestellt werden kĶnnen. Es habe sich eine mitarbeitsbedingte EinschrĤnkung der VitalkapazitĤt und des Atemgrenzwertes ergeben. Die lungenfunktionsanalytisch gemessene Ã\berbl\(\tilde{A}\)\nuhung habe CTmorphologisch aber kein Korrelat. Es sei kein Emphysem nachgewiesen. Daher sei dieser lungenfunktionsanalytische Befund auf eine mangelnde Ausatmung mit eingeschrĤnkter VitalkapazitĤt zurļckzuführen. Eine auf die silikotischen Granulome zurückführbare funktionelle Einschränkung des Versicherten sei bei regelrechter DiffusionskapazitÄxt und regelrechter Blutgasanalyse nicht nachweisbar. Der erhĶhte pulmonale Druck werde als Folge der chronischen (Links-) Herzinsuffizienz angesehen.

Auch in seiner erg \tilde{A} ¤nzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 hat Prof. Dr. T. den medizinisch-funktionelle Anteil der MdE bez \tilde{A} ½glich der BK Nr. 4101 weiterhin auf unter 20 v. H. eingesch \tilde{A} ¤tzen.

Prof. Dr. Q. kommt schlieÃ□lich in seinem arbeitsmedizinischen Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage vom 11. März 2016 ebenfalls zu dem Ergebnis, dass bei dem Versicherten zwar das Vorliegen einer chronischen

Bronchitis seit mindestens 1995 gesichert sei, eine obstruktive VentilationsstĶrung sich jedoch in den Messungen von 1995 bis 2012 nicht gezeigt habe und der sichere Nachweis auch in der Messung 2014 nicht erbracht worden sei. Ebenso wenig bestehe ein Lungenemphysem und für die wiederholt gezeigte leichte Lungenüberblähung habe sich morphologisch im Jahr 2014 kein Korrelat im Sinne eines Emphysems gefunden. Zudem sei eine Gasaustauschstörung bei dem Versicherten nicht nachgewiesen und die Diffusionsmesswerte hätten normgerechte Werte gezeigt.

Für den Senat steht aufgrund dieser fachärztlichen Einschätzungen fest, dass bei dem Versicherten infolge der anerkannten BK Nr. 4101 keine hinreichenden Einschränkungen der Lungenfunktion nachgewiesen werden konnten, die eine MdE von wenigstens 20 v. H. bedingt haben. Die durchgeführten lungenfunktionsanalytischen Untersuchungen bei dem Versicherten haben insoweit den dafür erforderlichen Nachweis nicht erbracht. Soweit insbesondere Dr. M. sowie später auch Prof. Dr. T. und Prof. Dr. J. diesbezÃ⅓glich eine andere Auffassung vertreten, konnte der Senat sich hieran nicht anschlieÃ∏en.

Dr. M. hat insoweit bei dem Versicherten eine gestaffelte MdE ab der Untersuchung bei Dr. E. 1995 angenommen, woran sich Prof. Dr. T. in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 20. Dezember 2016 sowie seiner ergĤnzenden Stellungnahme vom 10. Oktober 2017 angeschlossen hat. Sowohl Dr. M. als auch Prof. Dr. T. gehen dabei jedoch neben der anerkannten BK Nr. 4101 davon aus, dass bei dem Versicherten auch eine BK Nr. 4111 vorlag und bilden sodann â□□ insoweit zutreffend (vgl. Schannberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 1073) â∏ eine integrative MdE für beide Berufskrankheiten, ohne hierbei zu differenzieren. Prof. Dr. T. hat jedoch in seinem Gutachten vom 27. August 2014 sowie der ergĤnzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 explizit die MdE für die BK Nr. 4101 auf weniger als 20 v. H. eingeschätzt und diese Aussage in seinen spĤteren Ã∏uÃ∏erungen auch nicht widerrufen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. Oktober 2017 erklärt er dazu ausdrýcklich, dass zwischen seinen Gutachten und Stellungnahmen keine WidersprÃ¹/₄che bestÃ¹/₄nden, da das erste Gutachten (vom 27. August 2014) sich auf die BK Nr. 4101 bezogen habe, wÄxhrend das nachfolgende Gutachten (vom 20. Dezember 2016) sich auf die BK Nr. 4111 beziehe. Prof. Dr. J. wiederum veranschlagt fýr die integrative MdE beider von ihm bejahten Berufskrankheiten insgesamt 20 v. H. Darüber hinaus führt Prof. Dr. J. in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 16. Dezember 2021 selbst aus, dass die am 11. November 2004 und in den spÄxteren Lungenfunktionsuntersuchungen beschriebenen gesundheitlichen Verschlechterungen (Luftnot nach 2 Etagen, zum Teil erheblich eingeschrÄxnkte Lungenfunktionswerte) in einem gewissen Widerspruch zu der in den ergometrischen Untersuchungen 2004, 2011 und 2012 dokumentierten guten körperlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten stünden. Die angegebenen gesundheitlichen Verschlechterungen seien im Änbrigen 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. Diese von Prof. Dr. J. gesehenen und auch von

anderen Gutachtern bestĤtigten Widersprüchlichkeiten und Schwankungen in den erhobenen Messwerten sprechen jedoch gegen eine nachgewiesene Funktionseinschränkung der Lunge des Versicherten.

Es muss insoweit belegt sein, dass bei dem Versicherten FunktionseinschrĤnkungen vorlagen, die mit einer MdE von mindestens 20 v. H. zu bewerten waren. Dieser Nachweis ist zur Ä∏berzeugung des Senats nicht erbracht. Denn der EinschĤtzung von Dr. M. sind mehrere Experten unter Auswertung der von Dr. M. erhobenen Befunde entgegengetreten. Die Ausfļhrungen von Prof. Dr. N., aber auch von Prof. Dr. Q. und Prof. Dr. T. hĤlt der Senat fļr ļberzeugend und schlieÄ∏t sich hieran vollumfĤnglich an.

Diesbezüglich kann auch nicht auÃ∏er Betracht bleiben, dass eine Vielzahl von behandelnden ̸rzten und Gutachtern festgehalten haben, dass die Mitarbeit des Versicherten bei den Untersuchungen nicht optimal gewesen sei. Dies hat bereits Dr. E. im Jahr 1995 festgestellt und auch Dr. M. hat sich dahingehend in seinem Gutachten und den ergĤnzenden Stellungnahmen geĤuÄ∏ert. Auch bei der Untersuchung bei Prof. Dr. T. konnte der Versicherte die geforderten Atemmanöver nicht oder jedenfalls nicht wie erforderlich durchführen und schlief wĤhrend der Untersuchung mehrfach ein. Prof. Dr. P. hat diesbezüglich in seiner beratungsÄxrztlichen Stellungnahme vom 7. Februar 2017 zu Recht darauf hingewiesen, dass aufgrund der belegten unzureichenden Atemtechnik die Untersuchungsergebnisse nicht verwertbar seien. Die unzureichende Mitarbeit bzw. Ausführung der erforderlichen Manöver während der Lungenfunktionsprüfungen haben bei dem Versicherten zu einer Variabilität der Befunde geführt, die eine Beurteilung der tatsächlichen körperlichen LeistungsfĤhigkeit des Versicherten nicht oder zumindest nur eingeschrĤnkt möglich macht.

Dr. K. hat in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 auÃ□erdem darauf hingewiesen, dass es für das Alter des Versicherten mit über 70 Jahren fþr die maÃ□geblichen Lungenfunktionstests keine Referenzwerte gebe. Auch Dr. M. und Prof. Dr. J. haben bestätigt, dass es keine lungenfunktionsanalytischen Vergleichswerte für die Altergruppe des Versicherten gibt. 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 Ã⅓berhaupt 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-lährige geltenden Parametern gemessen werden.

Hierauf kommt es jedoch im Ergebnis nicht an, da nach dem oben Gesagten, die erhobenen lungenfunktionsanalytischen Werte zum einen aufgrund der mitarbeitsbedingten VariabilitĤt der Befunde (Schwankungen und Widersprľchlichkeiten aufgrund unzureichender Atemtechnik des Versicherten) eine Beurteilung der tatsĤchlichen kĶrperlichen LeistungsfĤhigkeit des

Versicherten ohnehin nur eingeschr \tilde{A} xnkt m \tilde{A} yglich ist. Zum anderen haben \hat{a} y wie ausgef \tilde{A} y4hrt \hat{a} y0 zahlreiche Gutachter eine Einschr \tilde{A} xnkung der Lungenfunktion bei dem Versicherten ausdr \tilde{A} y4cklich verneint.

Damit steht nicht zur vollen Ã□berzeugung des Senats fest, dass der Versicherte infolge der anerkannten BK Nr. 4101 unter einer Einschränkung der Lungenfunktion gelitten hat, die eine MdE von wenigstens 20 v. H. bedingt hat. Die Beklagte hat somit die Gewährung einer Rente nach dem SGB VII gegenüber dem Versicherten mit Bescheid vom 20. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. November 2012 zu Recht abgelehnt.

Ebenfalls zutreffend hat die Beklagte mit Bescheid vom 14. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Juni 2014 gegenüber dem Versicherten die Gewährung eines Pflegegeldes nach dem SGB VII aufgrund der anerkannten BK Nr. 4101 abgelehnt.

Die Voraussetzungen des <u>ŧ 44 Abs. 1 SGB VII</u> waren im Fall des Versicherten nicht erfĽllt. Nach dieser Vorschrift wird Pflegegeld gezahlt, solange der Versicherte infolge des Versicherungsfalls so hilflos ist, dass er für die gewöhnlichen und regelmäÃ∏ig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedarf. Vorliegend war der Versicherte zur Ã∏berzeugung des Senats nicht hilflos im Sinne der Norm bzw. mögliche Einschränkungen beruhten jedenfalls nicht ursächlich auf der anerkannten BK.

Soweit die Klägerin vorgetragen hat, dass der Versicherte aufgrund einer eingetretenen Blindheit und Atemlosigkeit auf ihre ständige Unterstützung angewiesen gewesen sei, fehlt es zum einen an einem Kausalzusammenhang zur anerkannten BK Nr. 4101 (Blindheit) und zum anderen an objektiven Belegen für die geklagten Einschränkungen. Denn es haben â∏ wie bereits oben dargestellt â∏ zahlreiche Gutachter bei dem Versicherten eine Einschränkung der Lungenfunktion sowie der körperlichen Belastbarkeit verneint. Eine Hilflosigkeit des Versicherten infolge der BK Nr. 4101 ist damit aus den oben genannten Grþnden nicht bewiesen.

Die Berufung konnte somit insgesamt keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf $\frac{\hat{A}\S 193 \ SGG}{\hat{A}\S 193 \ SGG}$. Die Kostenprivilegierung der KI \hat{A} \times gerin als Sonderrechtsnachfolgerin ergibt sich aus $\frac{\hat{A}\S 183 \ Satz \ 1 \ SGG}{\hat{A}\S 193 \ SGG}$.

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des <u>ŧ 160</u> Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG nicht vorliegen.

Erstellt am: 09.06.2023

	_		
Zuletzt verändert am: 23.12.2024	4		