

L 9 U 50/19

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Frankfurt (HES)
Sachgebiet
Unfallversicherung
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 23 U 151/16
Datum
01.02.2019
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 9 U 50/19
Datum
09.12.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 4/23 B
Datum
03.05.2023
Kategorie
Urteil

- I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. Februar 2019 wird zurückgewiesen.
- II. Die Beteiligten haben einander auch für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) Nr. 4111 nach der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) („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)“), einer hierauf basierenden Rentengewährung sowie die Gewährung von Hinterbliebenenleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) streitig.

Die Klägerin ist die Witwe des 1924 geborenen und 2016 verstorbenen B. A. (im Folgenden: Versicherter), der von 1947 bis 1965 im Steinkohlebergbau tätig 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 (Quarzstaublungenenerkrankung; 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 Gießen. 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 Überprüfungsverfahren lehnte die Beklagte jeweils mit bestandskräftigen Bescheiden vom 14. Oktober 1997, 28. März 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 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 worst-case-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, welches 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 bezüglich 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. Diesbezüglich 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 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 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 Überblähung und dadurch bedingter Pseudorestriktion. Eine eindeutige restriktive Ventilationsstörung habe bei normaler totaler Lungenkapazität direkt nicht gesehen werden können. Eine Broncholyse mit Salbutamol habe keine Veränderungen der obstruktiven Ventilationsparameter ergeben. Auch die Überblähungsparameter hätten sich nicht zurückgebildet. Nach fahrradergometrischer Belastung sei es nicht zu einer Verstärkung der Obstruktionsparameter gekommen. Mittels CO-Diffusionsmessung habe sich eine mäßiggradig eingeschränkte Diffusionskapazität gezeigt, die jedoch auf die Volumen-Einheit bezogen wieder normal sei. Das konstant erhöhte Residualvolumen müsse als Ausdruck einer fixierten Überblähung im Sinne eines Lungenemphysems gedeutet werden. Im Ruhe-EKG habe sich kein Hinweis auf eine Druckerhöhung im kleinen Kreislauf ergeben. Auffällig sei jedoch in Ruhe und unter Belastung (Ergo-Spiro-Oxymetrie) eine vorhandene, am Ende der Belastung sich verstärkende Extrasystolie. 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. Die Funktionsstörungen könnten mit Wahrscheinlichkeit auf die Quarzstaub-Lungenerkrankung zurückgeführt werden. Ob die in Vorbefunden beschriebene leichtgradige pulmonale Hypertonie Folge der Silikose sei, könne aufgrund der durchgeführten Untersuchungen und der vorliegenden Befunde nicht entschieden werden. Diese Frage könne 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 zurückzuführen sei. Ab dem Untersuchungstag bei ihm am 18. Februar 2011 liege eine MdE von 40 v. H. vor, da aufgrund der durchgeführten Belastungsuntersuchung nunmehr auch von einer latenten respiratorischen Partialinsuffizienz auszugehen sei. Im Gutachten äußerte Dr. M. des Weiteren, dass bei dem Kläger auch eine BK Nr. 4111 vorliege, die sich mit der BK Nr. 4101 überlappe.

Mit einer Stellungnahme vom 24. März 2011 wandte sich der Beratungsarzt der Beklagten Dr. L. gegen das Gutachten des Dr. M. und führte aus, dass nach den gemessenen Werten das Leistungsvermögen des Versicherten durchaus altersgemäß 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 geklärt werden sollte, ob rezidivierende Lungenembolien stattgefunden hätten, die differentialdiagnostisch eine Erklärung der von Dr. M. anlässlich seines Gutachtens vom 1. März 2011 gefundenen respiratorischen Partialinsuffizienz unter Belastung sein könnten. Der Sachverständige teilte hierzu in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Oktober 2011 nach Untersuchung des Versicherten mit, dass ein Angio-CT zur Klärung rezidivierender Lungenembolien aus medizinischen Gründen nicht möglich sei. Eine erneute lungenfunktionsanalytische Untersuchung habe keine entscheidenden Veränderungen zu den letzten Untersuchungen gezeigt. Weiterhin zeigten sich Hinweise auf eine obstruktive Ventilationsstörung mit Überblähung. Rezidivierende Lungenembolien halte er zur Erklärung der latenten respiratorischen Partialinsuffizienz nicht für wahrscheinlich, sondern weiterhin die Silikose primär hierfür 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 Änderung 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 bestünden. Die Beklagte holte anschließend 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-jährigen sicher von einer altersüberdurchschnittlichen Belastbarkeit ausgegangen werden könne. Die Beurteilung des Dr. M. mit einer belastungsbedingten Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit könne 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 Ventilationsstörung noch zu einer Diffusionsstörung geführt habe, medizinisch betrachtet weder eine Belastungshypoxämie 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 Relaxationsstörung und eine Hypertrophie des Ventrikelseptums auf 12 mm berichtet, so dass eine pulmonale Hypertonie in diesem Zusammenhang mit höchster Wahrscheinlichkeit auf eine diastolische Funktionsstörung des linken Ventrikels bei hypertensiver Herzerkrankung und Wandhypertrophie des linken Ventrikels zurückzuführen sei. Letztere begründe 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 Lungenfunktionseinschränkungen

dokumentiert. Auch unter Berücksichtigung der Silikose-Leitlinien aus dem Jahr 2008 seien die Voraussetzungen für eine MdE bei dem Versicherten nicht erfüllt, weil die dort dargestellten Kriterien auf den Versicherten nicht zuträfen. 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 einzuschätzen.

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 langjährige chronische Bronchitis bestehe und dass es eine Vermutung sei, die pulmonale Hypertonie auf eine diastolische Funktionsstörung 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 eingeschränkt gewesen sei durch die zwischenzeitlich erfolgte Implantation eines Herzschrittmachers mit entsprechenden Störphänomenen. Außerdem 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 Veränderungen im Sinne einer Restriktion verantwortlich sei, während die chronische Bronchitis mit Emphysem bei Bergarbeitern mehr die obstruktive Funktionsbeschränkung begünstige. Für die Bildung der MdE und damit für die Höhe einer Rente seien daher sowohl die Funktionseinschränkungen 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.

Im Rahmen eines anschließenden sozialgerichtlichen Verfahrens ([S 23 U 207/12](#)), dessen Inhalt die Rentengewährung aufgrund der anerkannten BK Nr. 4101 war, holte das Sozialgericht Frankfurt am Main von Amts wegen ein Sachverständigengutachten bei Prof. Dr. T. ein. In einer das Gutachten ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 20. April 2015 äußerte sich Prof. Dr. T. sodann dahingehend, dass die berufliche Feinstaubexposition eine wesentliche Teilursächlichkeit für 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 gründe 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 Einschätzung des gerichtlichen Gutachters leitete die Beklagte im September 2015 Ermittlungen zum Vorliegen einer BK Nr. 4111 bei dem Versicherten ein. Sie beauftragte nach Anhörung des Versicherten Prof. Dr. Q. mit der Erstellung eines arbeitsmedizinischen Gutachtens nach Aktenlage.

Der Kläger verstarb sodann 2016. Seine Ehefrau, die jetzige Klägerin, 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 Gewährung von Hinterbliebenenleistungen gegenüber der Klägerin ab. Die ablehnende Entscheidung stütze sie auf das Ergebnis des Gutachtens von Prof. Dr. Q.

Den von den Prozessbevollmächtigten der Klägerin hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 9. August 2016 zurück. Hiergegen hat die Klägerin, vertreten durch ihre Prozessbevollmächtigten, am 12. September 2016 Klage zum Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben mit dem Antrag, die BK Nr. 4111 anzuerkennen und der Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin hieraus eine Verletztenrente zu gewähren sowie der Klägerin Hinterbliebenenleistungen aus Anlass des Todes des Versicherten zu gewähren 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 Ventilationsstörung mit Flussminderung der kleinen und großen Atemwege im Vollbeweis gesichert worden. Auch im weiteren Krankheitsverlauf sei eine periphere obstruktive Ventilationsstörung feststellbar gewesen. Die Parameter einer Lungenüberblähung seien lungenfunktionsanalytisch eindeutig pathologisch. Als Folge hiervon habe auch eine beginnende Diffusionsstörung bestanden. Zwar sei es richtig, dass sich röntgenologisch inklusive CT kein Hinweis für ein Emphysem ergeben habe, hierbei sei jedoch zu bedenken, dass sich ausschließlich histologisch durch ein Mikroskop detektierbare Lungenemphyseme einer Bildgebung auch mittels hochauflösender CT-Untersuchung entziehen könnten. 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 spätestens 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 teilursächlich 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 Einschätzung 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. März 2011 hingewiesen. Da sich anlässlich seiner (des Sachverständigen T.) Begutachtung die Durchführung der Lungenfunktionsanalyse schwierig gestaltet habe, seien die Voruntersuchungen von Dr. M. und von Dr. H. der Einschätzung zugrunde zu legen. Er schließe 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. einzuschätzen.

Die Beklagte hat hierzu eine beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. P. vom 7. Februar 2017 vorgelegt. 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 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 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 ergänzenden Stellungnahme vom 10. Oktober 2017 ist Prof. Dr. T. der Einschätzung 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 könne sich erst über Jahre hinweg entwickeln, so dass auch aus diesem Grund ein längerer Abstand zwischen Ausscheiden aus der belastenden Tätigkeit und Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen der BK gegeben sein könne. Auch der Vollbeweis einer obstruktiven Bronchitis sei erbracht worden, nämlich durch die eingeschränkten 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 zurückzuführen.

Die Beklagte hat daraufhin eine beratungsärztliche 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 Überstrapazierung der Untersuchungsmethode „Lungenfunktion“, 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, Komorbidität), so dass verlässliche Aussagen mit dieser Untersuchungsmethode nicht hätten gewonnen werden können. Bereits 1995 - zu welchem Zeitpunkt der Versicherte bereits das 70. Lebensjahr vollendet gehabt habe - 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 Spirometriemanöver exakt auszuführen. Es habe sich teilweise eine expiratorische Pressatmung mit entsprechender Verminderung der 1-Sekundenkapazität 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 Auffälligkeiten, Flussvolumenkurven ohne ausreichende Mitarbeit bzw. mit inakzeptablen Schwankungen der Messwerte). Hinzu komme, dass sämtliche der in Rede stehenden Messwerte auf die Sollwerte der Europäischen Gemeinschaft für 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 zuverlässiger Messung der Lungenfunktion jenseits des 70. Lebensjahres für wesentliche bodyplethysmografische Parameter, insbesondere solche, die das Lungenemphysem betreffen, keine sichere Aussage getroffen werden könne. Aus den beim Versicherten gemessenen, ohnehin nicht verlässlichen spirometrischen Parametern könne die Diagnose einer obstruktiven Ventilationsstörung nicht gewonnen werden. Aus den Daten der Bodyplethysmografie könne abgeleitet werden, dass bei dem Versicherten eine wechselhaft ausgeprägte, reversible, obstruktive Ventilationsstörung bestanden haben könnte bei einer unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität. Derartige Befunden fänden 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 Ventilationsstörung, 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 Ventilationsstörung und keine pulmonale Gasaustauschstörung gesichert sei, und dass der Tatbestand der BK Nr. 4111 mangels einer vollbeweislich gesicherten dauerhaft vorhandenen obstruktiven Ventilationsstörung im Sinne einer COPD nicht erfüllt 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 ließen eine kardiale Limitierung der körperlichen Belastbarkeit erkennen, Hinweise auf eine pulmonale Limitierung der körperlichen Belastbarkeit (insbesondere durch eine obstruktive Ventilationsstörung) ließen 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 Kausalitäten 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 [S 23 U 207/12](#) (zu welchem es zwischenzeitlich noch ein Klageverfahren der Beteiligten auf Gewährung von Pflegegeld nach dem SGB VII aufgrund der anerkannten BK Nr. 4101 hinzuverbunden hatte) die Klagen der Klägerin ab. Die Klägerin legte hiergegen vertreten durch ihre Prozessbevollmächtigten Berufung zum Hessischen Landessozialgericht ein, welches das Verfahren zuletzt unter dem Aktenzeichen [L 9 U 49/19](#) führte.

Ebenfalls mit Urteil vom 1. Februar 2019 hat das Sozialgericht die Klage im Verfahren [S 23 U 151/16](#) abgewiesen. Die Klage sei zulässig, soweit sie auf die Gewährung von Hinterbliebenenleistungen aus eigenem Recht, als auch auf die Feststellung des Versicherungsfalls aus abgeleitetem Recht ([§§ 56, 59 Satz 2 SGG](#)) gerichtet sei. Auch hinsichtlich der rückwirkenden Gewährung einer Lebzeitenrente sei die Klage zulässig, obwohl die Beklagte in ihrer angefochtenen Entscheidung hierzu keine (explizite) Regelung getroffen habe. Denn es sei bloße Förmelerei, diesbezüglich auf ein weiteres sozialgerichtliches Vorverfahren zu bestehen: die Beklagte würde den Rentenanspruch schon deshalb ablehnen, weil nach ihrer Entscheidung keine BK Nr. 4111 vorliege.

Die zulässige 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 diesbezüglichen 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 könne auch kein BK-bedingtes cor pulmonale nachgewiesen werden, das sich in fortgeschrittenen Fällen aus einer chronischen obstruktiven Bronchitis mit einem Lungenemphysem entwickeln könne. Das Gericht schließe sich insoweit aus eigener Überzeugung den Feststellungen des Prof. Dr. T. in seinem Gutachten vom 27. August 2014 sowie seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 an, die dieser in dem Rechtsstreit [S 23 U 207/12](#) erstattet habe. Zwar hätten sich die dortigen medizinischen Aussagen des Prof. Dr. T. auftragsgemäß auf die BK Nr. 4101 und nicht auf die BK Nr. 4111 bezogen, jedoch

seien bei beiden Berufskrankheiten dieselben Funktionsbeeinträchtigungen relevant. Der Unterschied sei, dass zur Feststellung der BK Nr. 4111 eine chronisch obstruktive Bronchitis im Vollbeweis vorliegen müsse.

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 mit arbeitsbedingter Einschränkung der Vitalkapazität und des Atemgrenzwertes. Die lungenfunktionsanalytisch gemessene Überblähung (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 ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 20. April 2015 ausgeführt habe, dass eine BK Nr. 4111 wahrscheinlich zu machen sei, habe sich dies zunächst auf die arbeitstechnischen Voraussetzungen dieser BK bezogen. Aus der Annahme, dass eine chronische Bronchitis seit mindestens 1995 bestehe, habe der Sachverständige sodann die Rentenberechtigung abgeleitet, hierbei offenbar in medizinischer Hinsicht verkennend, dass nach seinen eigenen medizinischen Befunden das Erkrankungsbild der BK Nr. 4111 mangels obstruktiver Ventilationsstörung und mangels Lungenemphysems gar nicht erfüllt gewesen sei. Der gutachtlichen Stellungnahme vom 20. April 2015 könne 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 späteren, im hiesigen Verfahren erstatteten, gutachterlichen Stellungnahme vom 20. Dezember 2016 die bestehende Aktenlage dahingehend ausgewertet habe, dass bei dem Versicherten - entgegen seinem vorherigen Gutachten vom 27. August 2014 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 - eine obstruktive Ventilationsstörung, eine Lungenüberblähung sowie eine beginnende Diffusionsstörung bestanden habe und ein Lungenemphysem nachgewiesen sei, könne dies gerichtlicherseits nicht nachvollzogen werden. Zur Begründung habe dem Sachverständigen hierbei die Überlegung gedient, dass wegen der schwierigen Gestaltung der bei ihm durchgeführten 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 Diffusionskapazität gesehen und in der Krankengeschichte habe sich keine obstruktive Ventilationsstörung gezeigt. Im Jahr 1995 hätten sowohl der behandelnde Arzt Dr. E. als auch der Sachverständige Prof. Dr. F. keine obstruktiven Bronchitiden nachgewiesen und auch Dr. H. habe im Jahr 2005 solche nicht gesehen, was Dr. M. selbst ausführe. Die von Dr. M. gestellte Diagnose einer chronischen obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD) sei deshalb nach der Überzeugung des erkennenden Gerichts nicht vollbeweislich nachgewiesen. Dr. M. habe zudem offen gelassen, inwieweit der in der Ergo-Spiro-Oxymetrie zutage tretende belastungsbedingte Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten eine primär kardiale (mithin nicht BK-relevante) oder eine pulmonale Einschränkung 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 Erschöpfung ihn zum Abbruch gezwungen hätten.

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 [§ 63 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) scheide aus diesem Grund aus.

Gegen das den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 1. März 2019 zugestellte Urteil haben diese am 20. März 2019 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht erhoben. Zur Begründung lässt die Klägerin vortragen, dass sich die Auswirkungen der BK Nr. 4101 und der BK Nr. 4111 überlappten 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 Äußerungen 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 Lebenszeitverkürzung von mindestens einem Jahr geführt habe. Die Beklagte müsse deshalb Sterbegeld und Witwenrente leisten.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich wörtlich,

unter Abänderung/Aufhebung des am 01.03.2019 zugestellten Urteils des Sozialgerichts Frankfurt am Main, [S 23 U 151/16](#), 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 zurückzuweisen.

Ihrer Auffassung nach ist die erstinstanzliche Entscheidung nicht zu beanstanden.

Auf Antrag der Klägerin hat der Senat 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 Feinstaubjahren in aller Regel mit einer anhaltenden bronchitischen Symptomatik verbunden sei, d. h. mit chronischem Hustenreiz und vermehrtem Auswurf, welche häufig Exazerbationen aufweisen würden. Dies entspreche auch seiner klinischen Erfahrung, 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 zunächst nicht mit höhergradigen Beschwerden verbunden sei, werde hierüber meist auch nicht geklagt. Insofern sei auch im Fall des Versicherten von dem Vorliegen einer chronischen Bronchitis, die ärztlicherseits 1995 als schon einige Jahre bestehend erwähnt 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 Vitalkapazität Schwankungen aufweise, wobei ab dem 22. März 1995 durchweg grenzwertig niedrige bzw. verminderte Werte gemessen worden seien. Bereits in den ersten vorliegenden Lungenfunktionsmessungen 1995 hätten bei beklagten Atembeschwerden eine erhebliche Verminderung von Vitalkapazität (VC) und FEV1 bei erhöhtem RV/TLC-Verhältnis (58 %, Referenzwert 35 %) und auffallenden Diskrepanzen zwischen bodyplethysmografischen und mittels Fremdgas bestimmten Lungenvolumina sowie verzögerte Expirationskurven vorgelegen. Diese Veränderungen hätten eine Lungenblähung angezeigt, welche auf eine Einengung der peripheren Atemwege im Sinne einer obstruktiven Ventilationsstörung zurückgegangen sei, auch wenn bei dadurch bedingter gleichartiger Reduktion von Vitalkapazität und FEV1 formal FEV1/VC noch im Normbereich gelegen habe. Seit 2011 lägen die für die Funktionserfassung der peripheren Atemwege wichtigen Fluss-Volumen-Kurven vor. Diese zeigten korrespondierend zu den Vorbefunden durchgängig Einschränkungen ebenfalls im Sinne einer peripheren obstruktiven Ventilationsstörung mit Erhöhungen des RV Body, der FRC Body sowie großteils auch der Atemwegswiderstände. Die erhöhten Atemwegswiderstände belegten eine vorwiegend die großen Atemwege betreffende Verengung im Sinne einer obstruktiven Ventilationsstörung. Die gleichzeitig festgestellten Verminderungen der Vitalkapazität und der FEV1 bei formal meist im Referenzbereich liegender TLC Body und verminderter TLC Fremdgas sprächen ebenfalls für eine obstruktive Ventilationsstörung mit Lungenblähung. Entgegen der Annahme des beratenden Arztes der Beklagten liege bei dieser Konstellation eine obstruktive Ventilationsstörung vor, auch wenn das Verhältnis von FEV1/FVC noch im Referenzbereich liege. Die vorgelegene Lungenblähung stelle zumindest zu einem wesentlichen Teil eine Folge der obstruktiven Ventilationsstörung dar. Ursächlich könne teilweise auch ein geringgradig ausgeprägtes, radiologisch noch nicht feststellbares Lungenemphysem infrage kommen. Die klinisch nicht mögliche quantitative Erfassung des Anteils der Lungenblähung und des Anteils des zweifelsohne als nachrangig einzustufenden Lungenemphysems sei im vorliegenden Fall nicht relevant, da beide Störungen sowohl bei der BK Nr. 4111 als auch bei der BK Nr. 4101 vorkämen und hinsichtlich der MdE jeweils zu berücksichtigen seien.

Dass das Ausmaß der eine obstruktive Ventilationsstörung anzeigenden Parametereinschränkungen unter anderem in Abhängigkeit von durch die früheren Schadstoffexpositionen begünstigten Atemwegsinfekten, Expositionen gegenüber inhalativen Reizstoffen, Medikation und dergleichen variere, 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 maßgebender Fachgesellschaften zu verweisen. Der Versicherte habe ganz offensichtlich aufgrund seines reduzierten Gesundheitszustandes und Alters nicht mehr ausatmen können als in den Atemkurven wiedergegeben sei. In einer solchen Situation seien die bestmöglich registrierten Atemkurven entgegen den Ausführungen des Dr. K. als akzeptabel einzustufen und entsprechend zu bewerten. Zumindest ein Großteil 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 während der Lungenfunktionsprüfung angeführt worden seien, sei eine kritische Bewertung der erhobenen Messparameter erforderlich. Infolge dieser mit arbeitsbedingten 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 großteils von ausreichend guter Qualität und reproduziert seien, wenn auch überwiegend die geforderte Registrierung von mindestens drei 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 regelmäßig erfolgten weitgehend mit arbeitsunabhängigen 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 großen Atemwege.

Bezüglich der im Zeitraum 2004 bis 2014 vorliegenden und ab dem 14. Januar 2011 als im pathologischen Bereich liegend einzustufenden Diffusionskapazitätswerte sei anzuführen, dass bei einer obstruktiven Ventilationsstörung der erhobene Messwert fehlerbehaftet sein könne, da der obstruktionsbedingte verlängerte Gasverbleib in der Lunge mit einer vermehrten CO-Diffusion einhergehe. Das typischerweise wechselnde Ausmaß der obstruktiven Ventilationsstörung gehe infolgedessen auch mit Schwankungen der gemessenen Diffusionskapazität 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 Diffusionseinschränkung. Insgesamt seien die als diskret vermindert einzustufenden Messwerte der Diffusionskapazität mit einem leichten Lungenemphysem vereinbar; aber auch mit den interstitiellen fibrotischen Veränderungen der Silikose. Bei dem seit mindestens 1990 an einer chronischen Bronchitis leidenden Versicherten bestehe zudem zweifelsohne seit dem 22. Februar 1995 eine obstruktive Ventilationsstörung im Bereich der kleinen Atemwege.

Im Hinblick auf die BK Nr. 4111 lägen sowohl die arbeitstechnischen als auch die medizinischen Voraussetzungen in Form einer chronisch obstruktiven Ventilationsstörung und einer chronisch obstruktiven Bronchitis vor. Ab Februar 1995 seien bei dem Versicherten durchgängig funktionelle Einschränkungen dokumentiert worden. Entgegen der Einschätzung des Beratungsarztes L. habe sich bei der Untersuchung von Dr. M. und Dr. H. eine Gasaustauschstörung bei dem Versicherten gezeigt. Der Beurteilung von Prof. Dr. P. sei entgegenzuhalten, dass bei dem Versicherten für die erhebliche Beschwerdesymptomatik keine andere vorherrschende Ursache als die 18-jährige hohe Schadstoffexposition unter Tage erkennbar sei. Zudem seien außer in einem Befund von 2014 und dem Leichenschaubericht keine eindeutigen Zeichen einer Linksherzinsuffizienz gegeben gewesen. Schließlich würden die von dem Beratungsarzt Dr. K. geforderten, dauerhaft nachgewiesenen Lungenfunktionseinschränkungen weder in der Definition noch in den Merkblättern und wissenschaftlichen Begründungen der Berufskrankheiten Nummern 4101 und 4111 gefordert. In der wissenschaftlichen Begründung zur BK Nr. 4111 werde nur eine „wenigstens zeitweise gemessene Erhöhung des zentralen oder peripheren Atemwegswiderstandes oder eine erhebliche Verminderung

des in der ersten Sekunde expirierten Atemvolumens“ 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 außer Acht gelassen. Zwar sei es richtig, dass für den Altersbereich des Versicherten keine bodyplethysmografischen Referenzwerte vorlägen, der Atemwegwiderstand zeige jedoch im gesamten Erwachsenenalter keine nennenswerte Altersabhängigkeit, sodass im vorliegenden Fall keine relevante Unsicherheit bezüglich der Interpretation der gemessenen Atemwegwiderstände bestehe. Im Hinblick auf die ganzkörperplethysmografisch 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; „bessere“ und aktuellere Referenzwerte lägen derzeit nicht voll umfänglich vor, sodass auch kein anderer Bezug für die Befundinterpretation sinnvoll erscheine.

In vivo sei ein geringgradig ausgeprägtes Lungenemphysem in der Regel nicht ausreichend zuverlässig zu sichern, Ausnahmen seien mittel- bis höhergradige Ausprägungen, die mittels CT objektiviert werden könnten. Im vorliegenden Fall, bei dem es nicht um ein mittel- oder höhergradiges Lungenemphysem gehe, seien die radiologischen und Lungenfunktionsanalytischen Befunde mit einem gering ausgeprägten Lungenemphysem gut vereinbar; endgültig lasse sich eine solche Diagnose aber nur mittels Obduktion und histopathologischen Untersuchungen sichern bzw. ausschließen.

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 (Criege, 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 Expirationsbeginn besäßen und die Expirationsdauer mindestens 6 Sekunden mit Plateau betrage, sondern auch dann, wenn z. B. infolge einer Erkrankung, eines sogenannten Spirometrie-Asthas, allgemein körperlicher Schwäche oder auch altersbedingt trotz vorzeitiger Beendigung der Expiration ein Plateau erreicht worden sei oder der Patient nicht weiter ausatmen könne oder solle.

Pathologische Veränderungen der peripheren Atemwege seien nicht reversibel und somit als fortbestehend einzustufen, auch wenn in späteren Messungen infolge eines deutlich reduzierter Allgemeinzustand und körperlicher Schwäche des Versicherten nicht mehr immer optimale Atemkurven hätten registriert werden können. Mehrere spirometrische Messungen mit nicht optimalen Atemkurven bei eingeschränkter Mitarbeit in den Jahren 2011 und 2014 seien zwar nur eingeschränkt beurteilbar, die dabei erhobenen Befunde stünden aber nicht im Widerspruch zu den vorgenannten und zu den akzeptierten Messungen, die eine periphere obstruktive Ventilationsstörung bewiesen und die funktionellen Voraussetzung einer BK Nr. 4111 erfüllten. Das ständige Vorliegen eines erhöhten Atemwegwiderstandes werde zudem wie bereits ausgeführt von der BK Nr. 4111 auch nicht gefordert.

Hinsichtlich der MdE sei über die Beschwerdesymptomatik und die vorliegende vorgenannte periphere und zentrale obstruktive und leichte restriktive Ventilationsstörung sowie diskrete Einschränkung der Diffusionskapazität hinaus auch die 2011 dokumentierte leichte Belastungshypoxämie sowie die 2004 festgestellte und mit den anamnestischen Angaben des Versicherten gegenüber Dr. H. übereinstimmende unspezifische bronchiale Hyperreagibilität zu berücksichtigen. Jedoch sei die nicht als schwergradig einzustufende unspezifische bronchiale Hyperreagibilität ein üblicher Befund bei einer obstruktiven Ventilationsstörung und der Versicherte habe in der ergometrischen Untersuchung am 18. Februar 2011 eine altersbezogen eher überdurchschnittliche Belastung (83 W) toleriert. Eine höhergradige restriktive Ventilationsstörung sei anhand der festgestellten wechselnd stark reduzierten Werte der Vitalkapazität und FEV1 nicht abzuleiten, zumal die Untersuchungen am 27. Februar 2012 und am 18. Februar 2011 nach vorausgegangen stärkeren Erniedrigungen nur leichtere Referenzwertabweichungen zeigten. Wie ausgeführt, sei jedoch von einer leichtgradigen, auf die Silikose zurückzuführenden restriktiven Ventilationsstörung bei eingeschränkter Beurteilbarkeit der Totalkapazität auszugehen. Die dadurch bedingte und für beide Berufskrankheiten integrativ einzuschätzende MdE sei ab dem 22. Februar 1995 auf 20 % zu veranschlagen. Die am 11. November 2004 und in den späteren Lungenfunktionsuntersuchungen beschriebenen gesundheitlichen Verschlechterungen (Luftnot nach 2 Etagen, zum Teil erheblich eingeschränkte 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 Übrigen infolge der nicht immer optimalen Lungenfunktionsmessungen bei reduziertem allgemeinen Gesundheitszustand, hohem Alter und zuletzt bestandenen Herzinsuffizienzzeichen nur stark eingeschränkt 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 Lungenveränderungen zurückzuführendes cor pulmonale und eine Rechtsherzinsuffizienz maßgeblich mitbeteiligt gewesen seien, könne anhand der vorliegenden Befunde nicht sicher beurteilt werden.

Die Beklagte hat bezüglich des Gutachtens von Prof. Dr. J. eine beratungsärztliche 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 können. Darüber hinaus hätten auch keine lungenfunktionellen Parameter gesichert werden können, die diese Diagnose nahelegten. Hinsichtlich der chronisch obstruktiven Bronchitis sei festzustellen, dass die aktenkundigen Lungenfunktionsprüfungen aufgrund des fortgeschrittenen Alters und relevanter erheblicher Komorbiditäten des Versicherten nicht in der Lage seien, den Vollbeweis für das Vorliegen einer solchen Erkrankung zu erbringen. Der Nachweis einer chronisch obstruktiven Bronchitis könne mittels spirometrischer Parameter oder bodyplethysmografischer Messwerte geführt werden, wobei die Bodyplethysmografie deutlich weniger mitarbeiterabhängig sei. Im Fall des Versicherten seien die spirometrischen Messparameter durch die ungewollt unzureichende Kooperation des Versicherten in ihrer Aussagekraft derart eingeschränkt, dass sie diagnostisch nicht verwertbar seien. Der Verweis von Prof. Dr. J. auf die besonderen Bedingungen bei älteren 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 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 hätten. Mit den qualitativ unzureichenden spirometrischen Messparametern sei es nicht möglich, das Vorliegen einer obstruktiven Ventilationsstörung eindeutig und reproduzierbar nachzuvollziehen. Dies sei jedoch notwendig, um den Tatbestand einer BK Nr. 4111 im Vollbeweis zu belegen. Hinsichtlich der Ausführungen von Prof. Dr. J., dass nach der wissenschaftlichen Begründung zur BK Nr. 4111 eine zeitweise Erhöhung des zentralen oder peripheren Atemwiderstandes genüge, sei anzuführen, dass ein zentraler oder peripherer Atemwiderstand im Rahmen einer gewöhnlichen 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 aussagekräftigsten für das Vorliegen einer obstruktiven Ventilationsstörung. Eine solche Diagnose können jedoch nur bei einer dauerhaften Erhöhung des Messwertes erfolgen. Bei dem Versicherten seien zwar mehrere Messungen mit erhöhten Werten für 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 Ventilationsstörung vorgelegen. Im Zeitraum 2004 bis 2014 seien dabei mehrfach normale Messwerte für sRtot erhoben worden. Bei der Messung im Jahr 2004 hätten die Werte für sRtot unter Belastung zudem eine sich in kurzer Zeit stark ändernde obstruktive Ventilationsstörung angezeigt, was typisch für ein Asthma sei und eine chronisch obstruktive Bronchitis nahezu ausschließe. 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 Einschätzung von Prof. Dr. J. könne nicht gefolgt werden, da die im zeitlichen Verlauf mehrfach dokumentierten Lungenfunktionseinschränkungen in allererster Linie auf eine unzureichende Kooperation des Versicherten bei Durchführung der Spirometrien zurückzuführen sei. Die Aussagekraft 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 erhöht gemessenen Werte für sRtot sei auf den Wechsel mit normalen Messungen - teilweise innerhalb eines Tages - hinzuweisen, was nicht typisch für eine chronisch obstruktive Bronchitis sei, sondern eher für ein Asthma spreche.

Die Beteiligten haben sodann schriftsätzlich ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sachverhalt und zu dem Vorbringen der Beteiligten im Übrigen 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 gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erteilt haben.

Die statthafte ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 SGG](#)) Berufung ist unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 11. Mai 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. August 2016 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Die Klage auf Gewährung einer Rente aus der BK Nr. 4111 ist bereits unzulässig, die Klage auf Feststellung der BK Nr. 4111 sowie die Gewährung von Hinterbliebenenleistungen ist zwar zulässig, aber unbegründet.

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 über 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 Gewährung 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 bloße Förmelerei - wie das Sozialgericht meint -, sondern um eine zwingende Zulässigkeitsvoraussetzung des sozialgerichtlichen Verfahrens.

Im Übrigen ist die Klage zulässig. Hinsichtlich der begehrten Feststellung der BK Nr. 4111 klagt die Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin ihres verstorbenen Ehemanns, denn eine Sonderrechtsnachfolge hat das BSG in seiner Entscheidung vom 16. März 2021 (Az.: [B 2 U 17/19 R](#)) auch für den Fall angenommen, dass ein Kläger das Klageverfahren eines Verstorbenen auf Feststellung eines Versicherungsfalls zulässig fortführt, um anschließend auf ihn als Sonderrechtsnachfolger i. S. des [§ 56 SGB I](#) übergangene Ansprüche auf laufende Geldleistungen geltend zu machen. Dies ist vorliegend der Fall. Hinsichtlich der geforderten Hinterbliebenenleistungen klagt die Klägerin aus eigenem Recht.

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

Die Klägerin 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 Überzeugung 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 Übergewicht 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 Ventilationsstörung 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 durchgeführten 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 Ventilationsstörung bei dem Versicherten. Prof. Dr. T. hat sich sodann in seinem Gutachten vom 27. August 2014 der Einschätzung von Prof. Dr. F., Dr. H. und Prof. Dr. N. nach eigener Untersuchung des Versicherten angeschlossen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2015 hat er eine obstruktive Ventilationsstörung bei dem Versicherten nochmal explizit verneint. Schließlich kommt auch Prof. Dr. Q. in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 11. März 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 hätten bei dem Versicherten nicht vorgelegen.

Diesen zahlreichen Expertisen, die unter Erhebung und Auswertung von Lungenfunktionswerten des Versicherten über einen Zeitraum von fast zwei Jahrzehnten (1995 bis 2014) erfolgt sind, schließt der Senat sich vollumfänglich an. Die Gutachter haben ihre Einschätzung jeweils schlüssig begründet und das Vorliegen einer chronisch obstruktiven Bronchitis bei dem Versicherten überzeugend verneint. Der Senat ist deshalb nicht davon überzeugt, dass bei dem Versicherten zu Lebzeiten eine chronisch obstruktive Bronchitis vorgelegen hat.

Soweit sich Dr. M. in seinem Gutachten vom 1. März 2011 und in seinen nachfolgenden ergänzenden Stellungnahmen sowie Prof. Dr. T. in seinem späteren Gutachten vom 20. Dezember 2016 und einer ergänzenden Stellungnahme vom 10. Oktober 2017 dahingehend geäußert haben, dass bei dem Versicherten eine chronisch obstruktive Bronchitis im Vollbeweis gesichert sei, kann sich der Senat hieran nicht anschließen. Zum einen führt 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. durchgeführten Spiroergometrie altersüberdurchschnittlich 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 anschließen kann sich der Senat der Einschätzung von Prof. Dr. J. in seinem arbeitsmedizinischen und internistisch-pneumologischen Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage vom 16. Dezember 2021. Darin nimmt der Gutachter zunächst eine chronische Bronchitis bei dem Versicherten allein aufgrund dessen anamnestischer Angaben und mit der Begründung an, dass das Vorliegen dieser Erkrankung bei dem Versicherten seinen klinischen Erfahrungen mit rund 1000 Begleitenden entspreche. Eine Diagnose kann jedoch nicht allein auf die Angaben des Betroffenen und statistische Wahrscheinlichkeiten gestützt werden, sondern bedarf eines klinischen Nachweises. Soweit Prof. Dr. J. sodann bei dem Versicherten anhand der aktenkundigen lungenfunktionsanalytischen Parameter eine obstruktive Ventilationsstörung mit Lungenblähung 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 Überblähung auf eine mangelnde Ausatmung mit eingeschränkter Vitalkapazität zurückzuführen sei.

Die mangelnde Atemtechnik bzw. altersbedingt eingeschränkte Mitarbeit des Versicherten während der Lungenfunktionsprüfungen, 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 eingeschränkt verwertbar sind. Dies führt Prof. Dr. P. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 7. Februar 2017 überzeugend aus. Auch für den Senat steht fest, dass die im Rahmen einer oder mehrerer Spirometrien erhobenen Messwerte bei nachgewiesener unzureichender Atemtechnik den Vollbeweis für das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung nicht erbringen können. Wie Dr. K. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20. April 2022 zutreffend ausführt, ist es anhand qualitativ unzureichender spirometrischer Messparameter nicht möglich, das Vorliegen einer obstruktiven Ventilationsstörung 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 Überzeugung, 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 bestätigt, 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 Veränderungen 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 beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20. April 2022 hinweist, können die pathologischen Werte nur auf eine unzureichende Qualität der Messung zurückgeführt werden. Prof. Dr. J. bestätigt 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 überwiegend 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 für 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 unstrittig 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 mitarbeitungsbedingten Variabilität der Befunde (Schwankungen und Widersprüchlichkeiten aufgrund unzureichender Atemtechnik des Versicherten) und der fehlenden Einhaltung der Leitlinien-Vorgaben ohnehin den Vollbeweis für das Vorliegen einer chronisch obstruktiven Bronchitis nicht erbringen können.

Zur Überzeugung des Senats ist somit der Vollbeweis dafür, dass der Versicherte zu Lebzeiten unter einer chronisch obstruktiven Bronchitis gelitten hat, nicht erbracht.

Dasselbe gilt für das Lungenemphysem. Zwischen den Sachverständigen unstrittig 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 Gasaustauschstörung bzw. ein eingeschränkter CO-Transferfaktor bei obstruktiven Atemwegserkrankungen auf das Vorhandensein eines Lungenemphysems hin (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 1072). Eine solche Gasaustauschstörung 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 Diffusionsstörung ergeben habe. Soweit Dr. H. und Dr. M. bei dem Versicherten (trotzdem) eine leichte Überblähung 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, müssen die pathologischen Werte auf eine mangelhafte Ausatmung / Atemtechnik des Versicherten zurückgeführt werden. Dass die Lungenfunktionsanalytischen Befunde auf eine mangelnde Ausatmung mit eingeschränkter Vitalkapazität 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 für 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 Gewährung von Hinterbliebenenleistungen an die Klägerin verneint, denn Voraussetzung eines jeden Hinterbliebenenrechts ([§§ 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 - [B 2 U 18/13 R](#) -). Da der Versicherungsfall in Form einer BK Nr. 4111 bei dem Versicherten jedoch nicht vorlag, bestehen auch keine Ansprüche der Klägerin auf Hinterbliebenenleistungen.

Die Berufung konnte daher insgesamt keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Die Kostenprivilegierung der Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin und Hinterbliebenenleistungsempfängerin ergibt sich aus [§ 183 Satz 1 SGG](#).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-06-09