

L 8 KR 311/07

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 8 U 2952/01
Datum
26.06.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 311/07
Datum
29.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 9/10 B
Datum
27.04.2010
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird die Klage unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 26. Juni 2007 abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Für das erstinstanzliche Klageverfahren haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

Der Streitwert wird für die Berufungsinstanz auf 29.333,30 EUR festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von Krankengeld und Behandlungskosten, die ihr für ihren ehemaligen Versicherten, X. (im Folgenden: Der Versicherte) in Höhe von insgesamt 29.333,30 Euro entstanden sind.

Der 1935 geborene und 2000 verstorbene Versicherte war Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung der Klägerin. Er hatte während seiner beruflichen Tätigkeit u. a. in einer Steinmetz-Halle gearbeitet und dort Schleif- und Polierarbeiten ausgeführt. 1995 war bei ihm eine ausgeprägte Lungenfibrose diagnostiziert worden. Seit September 1996 war er arbeitsunfähig erkrankt und bezog ab März 1997 eine Berufsunfähigkeitsrente. Die Beklagte hatte 1996 ein Berufskrankheitenanerkennungsverfahren eingeleitet, den Versicherten und seinen Arbeitgeber zu den Arbeitsverhältnissen befragt, Ermittlungen ihres technischen Aufsichtsdienstes (TAD) veranlasst und sodann umfangreiches medizinisches Material zu ärztlichen Behandlungen des Versicherten einschließlich bildgebender Befunde beigezogen. Nach den Feststellungen des TAD der Beklagten (Berichte vom 9. Oktober 1996 und 23. Juni 1997) waren in der Steinmetz-Werkstatt auch Asbestzement-Treppenstufen sowie Asbestzement-Fensterbänke bearbeitet worden. Der TAD gelangte zu dem Ergebnis, dass der Versicherte in den Jahren 1954 bis 1980 in der Steinmetz-Halle täglich durch Quarz-Feinstaub exponiert gewesen sei und dabei sicherlich auch tageweise der Grenzwert für Quarz-Feinstaub überschritten worden sei. Im Hinblick auf die Asbeststaubexposition errechnete der TAD (Bericht vom 23. Juni 1997) eine Gesamtfaserjahrbelastung von 19,7 Faserjahren.

Die Beklagte hatte sodann den Versicherten durch den Arzt für Lungen und Bronchialheilkunde Dr. A. untersuchen und begutachten lassen. Dr. A. gelangte in seinem schriftlichen Gutachten vom 5. Juli 1997 zu der Beurteilung, bei dem Versicherten liege mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Berufskrankheit (BK) nach Ziffer 4103 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) in Form einer Pleuraasbestose mit typischen, teilweise verkalkten Pleuraplaques beidseits sowie eine Lungenasbestose (Fibrose) vor. Hingegen sei bei dem Versicherten das typische Krankheitsbild einer BK nach Ziffer 4101 Quarzstaublungenerkrankung (Silikose) nicht feststellbar. Die Beklagte übermittelte den Vorgang dem Landesgewerbearzt mit der Mitteilung, es sei beabsichtigt, eine BK nach Ziffer 4103 anzuerkennen und zu entschädigen. Dem stimmte die Ärztin für Arbeitsmedizin Dr. B. in ihrer Stellungnahme vom 4. August 1997 für den Landesgewerbearzt zu. Mit Schreiben vom 8. September 1997 wandte sich die Beklagte an ihren beratenden Arzt Dr. HQ., Facharzt für Arbeitsmedizin, mit der Bitte um Stellungnahme, da sie Bedenken habe, dem Gutachten des Dr. A. zu folgen. Dr. HQ. führte in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 16. September 1997 aus, Art und Umfang der nachgewiesenen fibrotischen Veränderungen bei dem Versicherten seien unter Berücksichtigung der seit 1980 dokumentierten bildtechnischen Verlaufsserie der Thorax-Organe für eine Lungenasbestose nicht typisch. Er schlage vor, den Vorgang durch Prof. TP. nach Aktenlage überprüfen zu lassen. Die Beklagte verfuhr dementsprechend und holte eine gutachtliche Stellungnahme nach Aktenlage von dem Leitenden Arzt des Arbeitsmedizinischen Zentrums Y. des BAD, Prof. Dr. TP., ein. Dieser führte in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 28. Oktober 1997 aus, er halte die Voraussetzungen

zur Annahme einer BK der Ziffer 4101 für nicht gegeben, da der radiologische, klinische und CT-Untersuchungsbefund keinen eindeutigen Hinweis für eine Silikose erkennen lasse. Als Ursache der bei dem Versicherten bestehenden fortgeschrittenen Lungenfibrose müsse unter Berücksichtigung der stattgefundenen Asbestfaserexposition und der computertomographisch nachgewiesenen Pleuraverdickungen differentialdiagnostisch die berufliche Asbestfaserexposition in Betracht gezogen werden. Das Ausmaß der Fibrose und der seit 1988 dokumentierte progrediente Verlauf seien allerdings für die Entwicklung einer mit einer Asbestose verbundenen Lungenfibrose untypisch. Zur endgültigen Klärung empfehle er die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen beizuziehen, die anlässlich einer Lungenbiopsie im Dezember 1995 in der Universitätsklinik GC. gewonnen worden seien. Die Beklagte verfuhr entsprechend und zog den Bericht des Instituts für Pathologie am Klinikum der LG. Universität vom 18. Dezember 1995, erstellt von Prof. Dr. VZ., über die Untersuchung des Materials einer Probeexzision des linken Unterlappens bei. Darin heißt es, es handle sich um Bronchialwandmaterial mit allenfalls leichtgradiger Fibrose und Verbreiterung der muskulären Anteile. Der Gesamtbefund deute in allererster Linie auf eine allergische Veränderung hin, z. B. auf ein Asthma bronchiale. Prof. Dr. TP. führte hierzu in seiner weiteren gutachtlichen Stellungnahme vom 14. April 1998 (Blatt 145 Beklagtenakte) aus, der bioptische Untersuchungsbefund, bei dem kein Lungengewebe gewonnen worden sei, deute auf eine allergische Erkrankung des bronchopulmonalen Systems hin. Verbindliche Aussagen zur Ätiologie der Erkrankung seien jedoch nicht möglich. Unter Berücksichtigung der stattgefundenen Asbestfaserexposition und der computertomographisch nachgewiesenen Pleuraverdickungen müsse differentialdiagnostisch nach wie vor als Ursache der fortgeschrittenen Lungenfibrose die berufliche Asbestfaserexposition in Betracht gezogen werden. Er empfehle, die endgültige Entscheidung vom weiteren Verlauf der Erkrankung, ggf. von einer pathologisch-anatomischen Untersuchung (Obduktion), abhängig zu machen. Auf weitere Nachfrage der Beklagten unter Hinweis, dass sie gegenüber dem Versicherten eine Entscheidung treffen müsse, führte Prof. Dr. TP. unter dem 24. April 1998 (Blatt 148 Beklagtenakte) aus, es sei festzustellen, dass der Versicherte an einer idiopathischen Lungenfibrose leide. Diese Erkrankung sei als BK-unabhängiges Leiden anzusehen. Das Vorliegen einer Lungenasbestose oder einer Pleuraasbestose lasse sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht nachweisen.

Mit Bescheid vom 15. Mai 1998 lehnte die Beklagte gegenüber dem Versicherten die Anerkennung einer Berufskrankheit der Ziffer 4101 (Quarzstaublungenenerkrankung) und der Ziffer 4103 der BK-Liste "Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura" ab und versagte die Gewährung von Entschädigungsleistungen. Mit Schreiben vom 19. Mai 1998 unterrichtete die Beklagte die Klägerin, die bereits mit Schreiben vom 24. Juni 1996 Erstattungsansprüche angemeldet hatte, von dieser Entscheidung. Der Versicherte erhob, anwaltlich vertreten, Widerspruch gegen den Bescheid. Nach Vorliegen der anwaltlichen Widerspruchsbegründung beauftragte die Beklagte Prof. Dr. AAP., damaliger Leiter des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der LG. Universität GC. mit der Ausarbeitung eines Gutachtens zur Frage des Vorliegens einer Berufskrankheit. Prof. Dr. AAP. gelangte in seinem schriftlichen Gutachten vom 8. Februar 1999, erstellt zusammen mit dem Oberarzt und Arzt für Arbeitsmedizin/Innere Medizin Dr. V., zu der Beurteilung, dass die arbeitsmedizinischen Voraussetzungen zur Anerkennung einer Mischstaubpneumokoniose (BK-Ziffern 4103 und 4101) vorlägen. Die erhebliche Asbestfaserstaub-Einwirkung sei mit dem Vorliegen einer asbestbedingten Lungenfibrose vereinbar. Als Brückensymptom einer Asbestose könnten auch die in dem Thorax-CT vom 5. Mai 1997 beschriebenen hyalinen und partiell verkalkten Pleuraplaques angesehen werden. Der von Dr. A. beschriebene Befund sei für eine Pleuraasbestose typisch. In Übereinstimmung mit Dr. HQ. würden die verkalkten Lymphknoten nicht im Zusammenhang mit der Lungenasbestose gesehen werden, sondern als typischer Befund einer Silikose. Die hierdurch bedingte MdE werde auf 50 % eingeschätzt.

Die Beklagte holte hierauf eine gutachtliche Stellungnahme des Prof. Dr. TP. vom 29. März 1999 ein. Dieser führte aus, er habe auch nach Kenntnis des Gutachtens des Prof. Dr. AAP. aufgrund des Krankheitsverlaufes keinen ernsthaften Zweifel daran, dass der Versicherte an einem entzündlichen, aktiven, fibrosierenden interstitiellen Lungengerüstprozess im Sinne einer idiopathischen Lungenfibrose leide. Er sehe sich auch dann, wenn die computertomographisch nachweisbaren Pleuraveränderungen als asbestassoziierte Pleuraplaques angesprochen würden, außerstande, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass die vorliegende entzündliche, fibrosierende Lungenerkrankung mit der beruflichen Staubbelastung in einem Ursachenzusammenhang stehe.

Hierauf wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. Mai 1999 den Widerspruch des Versicherten zurück. Die Lungenerkrankung stehe in keinem Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit. Rechtsmittel gegen diese Entscheidung legte der anwaltlich vertretene Versicherte nicht ein.

Der Klägerin, die ihren Erstattungsanspruch unter dem 13. Juli 1998 (Blatt 168 Verwaltungsakte) beziffert hatte, teilte die Beklagte mit Schreiben vom 12. Mai 1999 mit, dass sie den Widerspruch des Versicherten als unbegründet zurückgewiesen habe. Die Klägerin meldete sich wieder mit Schreiben vom 11. April 2000 und übersandte der Beklagten eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (MDK) vom 13. März 2000, erstellt von dem beim MDK tätigen Arzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, Umweltmedizin Dr. D. Dr. D. führt aus, es sei nicht nachvollziehbar, warum die Beklagte nicht dem Gutachten des Prof. Dr. AAP. gefolgt sei. In diesem Gutachten seien sämtliche Argumente, die gegen eine Anerkennung einer Berufskrankheit nach Ziffer 4101 und 4103 sprechen könnten, widerlegt worden. Die Beklagte teilte hierauf der Klägerin mit Schreiben vom 27. April 2000 mit, dass sie bei ihrer Auffassung bleibe und weder eine BK der Ziffer 4101 noch der Ziffer 4103 anerkenne. Auch sei der Widerspruchsbescheid vom 12. Mai 1999 rechtskräftig geworden.

Am 19. Dezember 2000 erhielt die Beklagte über die Klägerin Kenntnis, dass der Versicherte am 10. Dezember 2000 verstorben war. Die Beklagte zog hierauf den Schlussbericht der Medizinischen Klinik II der LG. Universität GC. vom 11. Dezember 2000 sowie den Sektionsbericht des Medizinischen Zentrums für Pathologie am Klinikum der Universität GC. vom 26. April 2001 bei. In dem von Prof. Dr. VZ. und Kollegen erstellten Sektionsbericht wird ausgeführt, bei dem Versicherten sei eine Lungenfibrose, in allen histologisch untersuchten Lungenabschnitten nachweisbar gewesen. Weiterhin zeigten sich histologisch erkennbare Silikoseknötchen nur in den untersuchten Hiluslymphknoten, jedoch nicht im Lungengewebe. Das typische Bild einer Silikose liege somit nicht vor. Asbestkörperchen hätten sich im Lungengewebe histologisch nicht nachweisen lassen. Es sei allerdings zu beachten, dass Asbestfasern über körpereigene Mechanismen aus dem Lungengewebe entfernt werden könnten, sodass sie unter Umständen nach einem längeren Zeitraum histologisch nicht mehr nachweisbar seien. Eine Aussage bezüglich der Ätiologie der Lungenfibrose könne daher nur unter Berücksichtigung der Berufsanamnese und der Exposition gegenüber Asbest-, Mineral- oder Kohlenstaub getroffen werden. Die Einholung eines Gutachtens bei Prof. Dr. AAP. sei zu empfehlen.

Die Klägerin, welche die Obduktion veranlasst hatte, übermittelte der Beklagten eine Äußerung des MDK, erstellt von dem Facharzt für Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, Sozialmedizin Dr. PH. vom 13. Juni 2001. Dr. PH. führt darin aus, man solle den Vorschlag des Instituts für

Pathologie der Uniklinik aufgreifen und die dort noch vorliegenden Aservate einer weiteren gezielten und professionellen Untersuchung zuführen. Neben Herrn Prof. Dr. AAP. als Arbeitsmediziner komme als Referenzpathologe hier in erster Linie Herr Prof. Dr. L. aus Y. in Betracht.

Dagegen führte der beratende Arzt der Beklagten, der Arzt für Arbeitsmedizin XY., in seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2001 aus, es fehle am Nachweis von Asbestkörperchen laut Sektionsbericht, sodass der Vollbeweis einer Erkrankung nach BK Ziffer 4103 nicht erbracht sei. Unter Bezugnahme auf diese Stellungnahme teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 23. Juli 2001 mit, dass sie den geltend gemachten Erstattungsanspruch nicht begleichen könne.

Die Klägerin hat am 3. September 2001 Klage zum Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben mit dem ursprünglichen Antrag, die Beklagte zu verurteilen, an sie 57.370,95 DM zu erstatten.

Das Sozialgericht holte ein Sachverständigengutachten nach Aktenlage von Priv.-Dozent Dr. J. V., seinerzeit kommissarischer Leiter des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität GC., ein. Der Sachverständige führte in seinem schriftlichen Gutachten vom 1. November 2004 unter Einbeziehung des von ihm zusammen mit Prof. Dr. AAP. für die Beklagte erstellte Gutachten vom 8. Februar 1999 aus, die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK nach Ziffer 4103 und Ziffer 4101 BKV lägen vor. Bei dem Versicherten habe zweifelsfrei eine fortgeschrittene Lungenfibrose vorgelegen. Als mögliche Ursache hierfür kämen abstrakt eine Sarkoidose, eine exogen-allergische Alveolitis sowie eine Mischstaubpneumokoniose (Asbestose, Silikose) in Betracht. Die ersten beiden Möglichkeiten könnten nach der medizinischen Dokumentation ausgeschlossen werden. Für eine Mischstaubpneumokoniose spreche hingegen, dass eine Hilussilikose laut Sektionsbericht vorgefunden worden sei. Der histologische Befund sei auch mit einer Asbeststaublungenfibrose vereinbar. Die Diagnose Lungenasbestose könne weiter auf die Röntgenbefunde sowie die Arbeitsplatz- und Berufsgeschichte gestützt werden. Für sie sprächen weiter der klinische Verlauf und die erhobenen lungenfunktionsanalytischen Befunde. Andere Erkrankungen seien als Ursache für die Lungenfibrose nicht nachgewiesen. Gegen diese Beurteilung spreche auch nicht, dass im Rahmen der Sektion typische Asbestkörperchen nicht gefunden worden seien. Da nur ein geringer Teil von Asbestfasern zur Bildung von Asbestkörperchen führe, könne der fehlende Nachweis von Asbestkörperchen nicht als Ausschlussdiagnose gelten. Weißasbest (Chrysotil), dem der Versicherte ganz überwiegend ausgesetzt gewesen sei, habe eine geringe Biobeständigkeit und eine Halbwertszeit von einem Jahr. Dies bedeute, dass nach Verstreichen von etwa 20 Jahren nur noch etwa ein Millionstel der ursprünglichen Faserkonzentration im Lungengewebe erfassbar sei. Deshalb sei es nicht verwunderlich, dass im Falle des Versicherten der pathoanatomische Nachweis von Asbestfasern im Sektionspräparat nicht gelungen sei.

Zu dem Gutachten des Priv.-Dozenten Dr. V. legte die Beklagte eine Stellungnahme des Dr. NL., Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Sozialmedizin vom 6. März 2006 vor. Dieser führte aus, eine Lungenfibrose habe unstreitig bei dem Versicherten vorgelegen, hingegen sei eine Pleura- oder Lungenasbestose nicht erwiesen. Der Einfluss, der seit 1998 bei dem Versicherten dokumentierten Herzinsuffizienz mit Lungenstauung sei bisher nicht hinreichend diskutiert worden, insbesondere nicht von dem gerichtlichen Sachverständigen.

Das Sozialgericht gab der Klage mit Urteil vom 26. Juni 2007 statt und verurteilte die Beklagte, der Klägerin 29.333,30 Euro zu erstatten. Die Klägerin habe einen Erstattungsanspruch gemäß § 105 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – Verwaltungsverfahren (SGB X) gegenüber der Beklagten, da bei dem Versicherten eine BK nach Ziffer 4103 der Anlage 1 zur BKV vorlag und die Beklagte die zu deren Behandlung angefallenen Kosten zu tragen habe. Der Versicherte sei an einer Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder einer durch Asbestose verursachten Erkrankung der Pleura und damit an einer BK 4103 erkrankt gewesen. Wenn bereits radiologisch oder histologisch eine Lungenfibrose und zugleich anamnestisch eine relevante Asbestexposition feststünden, bedürfe es keiner zusätzlichen Absicherung der Exposition durch den Nachweis eines Substrats von Asbestkörpern oder Asbestfasern. Ein negatives Zählergebnis vermöge auch eine auf andere Weise gesicherte Exposition nicht infrage zu stellen. Eine anamnestisch eindeutig relevante Exposition sei ein stärkeres Beweismittel als eine zu geringe Asbestkörperchenzahl (Hinweis auf das Merkblatt zur BK 4103; ferner auf Lauterbach, Unfallversicherung, § 9 Anh IV, 4103, Anm. 4.1.6, Stand: März 2006). Anerkennungsvoraussetzung sei eine histologisch gesicherte Fibrose des Grades I (Minimalasbestose). Ob diese auf Asbestfeinstaub zurückzuführen sei, bestimmten Art und Intensität der im Feststellungsverfahren des Unfallversicherungsträgers durch sicherheitstechnische Analyse nachgewiesenen Asbestfeinstaubexposition. Bei mehreren naturwissenschaftlich wahrscheinlichen Bedingungen seien diese nicht nach Faser- oder Asbestkörperzahlen, sondern nach Zurechnungsmaßstäben zu bewerten. In Fällen unklarer Exposition könne zu deren Identifikation die Faserstaubanalyse oder der lichtmikroskopische Nachweis einer hinreichenden Anzahl von Asbestkörpern als zusätzliche Entscheidungshilfe im Sinne einer ultima ratio nützlich sein (Hinweis auf: Merkblatt zur BK 4103; Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 11. Dezember 2001 – [L 15 U 274/97](#); Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 25. Januar 2000 – [L 7 U 158/98](#)).

Im vorliegenden Fall sei durch das Gutachten des Priv.-Doz. Dr. V. und den Sektionsbericht eine Fibrose nachgewiesen und durch die Feststellungen des TAD vom 9. Oktober 1996 und 23. Juni 1997 sowie die Ausführungen in dem Gutachten des Priv. Doz. Dr. V. eine ausreichende Exposition festgestellt worden. Damit habe es auch keiner Asbestfaserstaubanalyse nach Veraschung von Lungengewebe bedurft. Dies gelte umso mehr im Hinblick auf das sogenannte "Fahrerfluchtphänomen" von Weißasbest und den von dem gerichtlichen Sachverständigen dargelegten Aspekt, dass ein fehlender Nachweis von Asbestkörpern oder Asbestfasern keine Ausschlussdiagnose sei. Die erstmals von Dr. NL. mit Stellungnahme vom 6. März 2006 angeführte Herzinsuffizienz stehe bei dieser Sach- und Beweislage der Annahme, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung einer BK 4103 vorlägen, nicht entgegen. Deswegen sei die Einholung einer Stellungnahme des Gerichtssachverständigen zur weiteren Aufklärung nicht erforderlich. Ob darüber hinaus auch eine BK 4101 bei dem Versicherten vorlag, könne dahinstehen, da der Anspruch der Klägerin bereits aufgrund des Vorliegens einer BK 4103 begründet sei.

Dem Erstattungsanspruch der Klägerin stehe schließlich auch nicht der gegenüber dem Versicherten ergangene ablehnende Bescheid der Beklagten vom 15. Mai 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 1999 entgegen. Dabei könne dahinstehen, ob der ablehnende Bescheid der Beklagten gegenüber dem Versicherten eine Tatbestandswirkung im Verhältnis zur Klägerin entfalte oder es sich bei den Erstattungsansprüchen der §§ 102 ff. SGB X um eigenständige, originäre Ansprüche handle, die nicht von der Rechtsposition des Leistungsberechtigten abhängig seien, so dass selbst die bindende Ablehnung des Begehrens des Sozialleistungsberechtigten durch den auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträger dem späteren Erstattungsbegehren des vorleistenden Leistungsträgers nicht entgegenstehe. Denn im Verhältnis der Versicherungsträger untereinander gelte jedenfalls auch, dass sie im Hinblick auf die vielfältige gegenseitige Abhängigkeit von Sozialleistungen zu enger Zusammenarbeit (§ 86 SGB X) und auch Rücksichtnahme auf die Belange des

anderen Leistungsträgers verpflichtet seien. Hieraus folge eine allgemeine, der Kooperationsbeziehung immanente Verpflichtung, eine Entscheidung zu korrigieren, die offensichtlich fehlerhaft sei oder einem anderen Leistungsträger zum Nachteil gereiche, oder zumindest ihn so zu stellen, als wenn von Anfang an richtig entschieden worden wäre. Diesbezüglich sei zu prüfen, ob die getroffene Entscheidung objektiv unter Berücksichtigung der verfügbaren Entscheidungsgrundlagen dem materiellen Recht deutlich widerspreche (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Juni 1993, SozR 3 - 1300 § 112 Nr. 2 und Urteil vom 30. Mai 2006, SozR 4 - 3100 § 18 c Nr. 2). Ein solcher deutlicher Widerspruch liege nicht bereits dann vor, wenn verschiedene Gutachter zu einer unterschiedlichen Einschätzung medizinischer Fragen gelangten. Sei jedoch aufgrund der Beweislage mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ein positiver Bescheid ergehen hätte müssen, so sei aufgrund der gesetzlich normierten Kooperationsbeziehung zwischen den Leistungsträgern ein Verweis auf die Tatbestandswirkung eines bestandskräftigen Bescheides nicht zu rechtfertigen. So liege es hier. Schließlich stehe dem Erstattungsanspruch auch nicht [§ 111 SGB X](#) a.F. entgegen, da zwischen Krankenkasse und Unfallversicherungsträger ein Vorgehen vereinbart worden sei, welches auch bei nur allgemeinen nicht konkret bezifferten Erstattungsbegehren eine Erstattung ohne Verfristung vorsehe. Die Kostenentscheidung beruhe auf [§ 193 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#), da die Klage noch vor dem 1. Dezember 2002 anhängig gemacht worden sei.

Gegen das ihr am 12. Juli 2007 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 20. Juli 2007 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, das Sozialgericht sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass bei dem Versicherten eine BK nach Ziffer 4103 vorgelegen habe. Das Vorhandensein einer Asbestose sei nämlich nicht im Vollbeweis gesichert. Bei der Obduktion habe sich lediglich eine Fibrose ohne Nachweis von Asbestkörperchen finden lassen. Auch durch die radiologische Diagnostik sei bei dem Versicherten das Vorliegen einer Pleuraasbestose und/oder einer Lungenasbestose nicht belegt worden. So hätten Prof. Dr. TP. und auch Dr. NL. die radiomorphologischen Veränderungen als nicht typisch für das Vorliegen einer Asbestose beurteilt. Die von Priv.-Doz. Dr. V. in seinem Gutachten vertretene Auffassung zur Existenz eines Fahrerfluchtphänomens bei Weißasbest, der sich auch das Sozialgericht angeschlossen habe, sei bislang durch die medizinische Wissenschaft anhand von Studien nicht belegt. Dagegen, dass die gesicherte Lungenfibrose durch Asbesteinwirkung entstanden sei, spreche, dass bei dem Versicherten eine Herzinsuffizienz mit Herzdilatation bestanden habe. Aufgrund der Herzinsuffizienz sei es zu einer chronischen Lungenstauung gekommen, die zur Ausbildung der Lungenfibrose führte, bzw. deren Entstehung zumindest begünstigt habe. Da bei der Sektion keine feingeweblichen Befunde erhoben worden seien, die für das Vorliegen einer Silikose sprächen, sei auch das Vorliegen einer sogenannten Mischstaubpneumokoniose nicht bewiesen. Diesbezüglich verweist die Beklagte und Berufungsklägerin auf eine von ihr vorgelegte Stellungnahme des Dr. NL. vom 17. Januar 2008. Darin heißt es, es gäbe nur Hinweise für silikotische Knötchen im Lungengewebe, während das Bild einer typischen Silikose nicht erhoben worden sei. Die Klägerin und die von ihr vorgelegten Stellungnahmen des MDK-Arztes Dr. PH. missachteten die gültigen Beweisgrade der gesetzlichen Unfallversicherung. Der Begriff der Asbestose im Rahmen der BK-Ziffer 4103 sei ein Tatbestandsmerkmal, was heiße, dass die Einlagerung von Asbestfasern in das Lungengewebe voll bewiesen sein müsse. Insgesamt sei die Entscheidung, welche sie gegenüber dem Versicherten getroffen habe, nämlich dass keine Berufskrankheit vorliege, jedenfalls nicht offensichtlich unrichtig. Daher sei sie von der Klägerin hinzunehmen.

Die Beklagte und Berufungsklägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 26. Juni 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen,
hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und führt ergänzend aus, nach der Entscheidung des BSG vom 28. September 1999 ([B 2 U 36/98 R](#), SozR 3-5670, § 3 BKVO) stehe selbst die bindende Ablehnung des Begehrens des Sozialleistungsberechtigten durch den auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträger dem späteren Erstattungsbegehren des vorleistenden Leistungsträgers nicht entgegen. Weiter legt die Klägerin zwei Stellungnahmen des Dr. PH. vom MDK, erstellt unter dem Datum vom 23. November 2007 und 13. März 2008 vor und verweist auf diese. Dr. PH. führt darin aus, eine Lungenfibrose aufgrund einer chronischen Lungenstauung habe bei dem Versicherten nicht vorgelegen. Bei einem solchen Geschehensablauf hätten sich eine Gefäßwandverdickung sowie sonstige Zeichen einer chronischen pulmonalen Hypertension ausbilden müssen. Derartige Befunde seien in dem Sektionsbericht nicht enthalten. Das sogenannte Fahrerfluchtphänomen des Chrysotil-Asbestes sei anerkannt. Es beruhe darauf, dass Chrysotil-Asbest durch körpereigene Abbaumechanismen im Gewebe eliminiert werden könne. Entgegen der Auffassung der Beklagten seien auch feingewebliche Befunde vorhanden, die eine Silikose bewiesen. Es handele sich lediglich nicht um die typische periphere Lungensilikose, sondern um die zentrale Silikose der Hiluslymphknoten. Dies korrespondiere wiederum mit dem radiologischen Nachweis der verkalkten Lymphknoten. Hinsichtlich des von der Beklagten erfolgten Vorbringens zur Notwendigkeit eines Vollbeweises für das Vorliegen einer Asbestose gelte, dass es sich bei der Asbestose gemäß den Lehrbüchern der Inneren Medizin und der Arbeitsmedizin dem Krankheitsbild nach um eine interstitielle Lungenfibrose handele, also um eine Bindegewebsvermehrung, die betont in den Lungenunterfeldern auftrete und dadurch zu einer Minderung der Lungenfunktion im Sinne einer restriktiven Ventilationsstörung führe. Ob eine als Krankheitsbild festgestellte Fibrose einer Lungenasbestose entspreche oder eine sonstige Ursache für diese Fibrose benannt werden könne oder diese gar ohne erkennbare Ursache (idiopathisch) aufgetreten sei, sei eine Frage des Wahrscheinlichkeitsbeweises. Dieser könne nicht nur mittels histopathologischer Befunde geführt werden, zumal sich Asbestkörperchen, die zum Nachweis einer solchen Asbestose histophormologisch dazugehörten, gar nicht mehr im Lungengewebe befinden hätten können. Zwischen Exposition und Todeszeitpunkt habe nämlich ein so langer Zeitraum gelegen, dass eine vormalig erhöhte Asbestfaserkonzentration im Lungengewebe durch körpereigene Prozesse abgebaut worden sei. Maßgeblich für den Rückschluss auf das Vorliegen einer Asbestose bei dem Versicherten sei, dass ein ausreichender Expositionsumfang bestanden habe, dass sich ein histologisch-fibrotisches Bild finde, welches auch bei der Asbestose vorkomme und dass das Röntgenbild ebenfalls mit einer Lungenasbestose sehr gut vereinbar sei. Dies alles habe Priv.-Dozent Dr. V. in seinem Gutachten zutreffend dargelegt.

Das Gericht hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Verwaltungsakte der Klägerin beigezogen. Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Akten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung hat in der Sache Erfolg.

Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist für den geltend gemachten Erstattungsanspruch eröffnet. Dieser richtet sich gemäß [§ 114 SGB X](#) im Grundsatz nach der Rechtswegzuständigkeit für den zugrundeliegenden Sozialleistungsanspruchs gegen den erstattungspflichtigen Leistungsträger. Auch wurde der Erstattungsanspruch zutreffend durch reine Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) -) geltend gemacht.

Auf die im Übrigen form- und fristgerecht erhobene und damit zulässige Berufung war das angefochtene erstinstanzliche Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen, da der Klägerin der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht zusteht.

Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch der Klägerin ist [§ 105 SGB X](#). Diese Norm begründet einen Erstattungsanspruch des unzuständigen Leistungsträgers, der ohne Kenntnis von der kongruenten Verpflichtung des zuständigen Trägers in der irrigen Annahme seiner Leistungskompetenz und in der Absicht endgültig (und nicht vorläufig, vgl. [§ 102 SGB X](#)) zu leisten, Sozialleistungen erbracht haben. Die Regelung bezweckt durch einen nachträglichen Ausgleich zwischen den Leistungsträgern im Interesse der Vermeidung von Leistungskumulationen den Zustand herzustellen, wie er bei einer von Anfang an der gesetzlichen Zuständigkeit entsprechenden Leistungserbringung bestanden hätte. Der Anspruch richtet sich gegen den Leistungsträger, der für die Sozialleistung sachlich-rechtlich zuständig ist. Dies ist der Träger, der hinsichtlich der begehrten Leistung nach materiellem und formellen Recht richtigerweise von dem Leistungsberechtigten, hier dem Versicherten, auf Leistung in Anspruch nehmen ist. Für die Erstattung nach [§ 105 SGB X](#) ist somit charakteristisch, dass die erbrachten Sozialleistungen – im Gegensatz zu den von den [§§ 102 bis 104 SGB X](#) erfassten Fällen – nicht rechtmäßig, sondern wegen Unzuständigkeit des Leistungsträgers aufgrund einer rechtswidrigen Bewilligungsentscheidung des Leistungsträgers erbracht worden sind. Unzuständigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass für den Leistungsträger, der Erstattung fordert, von Anfang an weder eine eigene Leistungspflicht noch eine Leistungspflicht im Auftrag eines anderen vorgelegen haben darf; maßgebend ist demnach die rechtliche Sachbefugnis im Sinne der Passivlegitimation im Verhältnis zu dem Leistungsempfänger, hier dem Versicherten, dem von der Klägerin im wesentlichen Krankenhausbehandlung als Sachleistung gewährt worden war. Dagegen muss ein einziger (anderer) Leistungsträger zuständig und dem Leistungsempfänger gegenüber zur Leistungserbringung verpflichtet sein.

Hier steht im Raum, ob für die von der Klägerin erbrachten Leistungen die Beklagte sachlich zuständig gewesen wäre, wobei sich aus der sachlichen Zuständigkeit ergibt, welcher Sozialleistungsbereich und damit welche Art von Leistungsträger zuständig ist. Einer der Hauptanwendungsfälle des [§ 105 SGB X](#) ist der Fall der Erbringung von Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die zur Leistungspflicht führende Erkrankung erst später als Berufskrankheit ([§ 9 SGB XII](#)) anerkannt wird und damit zur grundsätzlich ausschließenden Leistungszuständigkeit der Gesetzlichen Unfallversicherung führt. Nach [§ 11 Abs. 4 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) in der hier maßgeblichen und bis zum 31.03.2007 geltenden Fassung (durch Art. 1 Nr. 7 GKV-WSG vom 26.03.2007, [BGBl. I, 378](#) ist der bisherige Abs. 4 dieser Norm zu Abs. 5 geworden) besteht aus der Gesetzlichen Krankenversicherung kein Anspruch auf Leistungen, wenn diese als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der Gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Diese Vorschrift schließt somit bei Berufskrankheiten einen Anspruch aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten der Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers aus, das heißt, wenn der gesundheitliche Schaden durch einen unfallversicherungsrechtlichen Tatbestand verursacht worden ist.

Nach [§ 105 Abs. 2 SGB X](#) sind für den Umfang des Erstattungsanspruches die für den zuständigen – erstattungspflichtigen – Leistungsträger im Zeitpunkt der Entstehung der Kosten geltenden Vorschriften maßgeblich. Das bedeutet, dass zu erstatten ist, was der zuständige Leistungsträger nach den von ihm anzuwendenden Vorschriften zu leisten gehabt hätte.

Den Erstattungsansprüchen des Zweiten Abschnittes des Dritten Kapitels des SGB X ist gemeinsam, dass sie Ausgleichslagen im Mehr-Personen-Verhältnis unter Beteiligung von (wenigstens) zwei Leistungsträgern und dem Leistungsberechtigten regeln. An die Stelle der Leistungsverpflichtung gegenüber dem Bürger, die aufgrund von [§ 107 SGB X](#) erlischt, tritt eine neue und eigenständige Verpflichtung des letztverantwortlichen Leistungsträgers zum Ausgleich gegenüber dem erstattungsberechtigten Leistungsträger. Dabei soll allerdings der erstattungspflichtige Träger nicht mehr erstatten müssen, als er selbst nach dem für ihn maßgebendem Recht zu leisten gehabt hätte. Bei der Abwicklung des Ausgleichsverhältnisses haben die Leistungsträger die Rechtspflicht, wegen der Interdependenzen zwischen den Sozialleistungen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten und bei widerstreitenden Interessen die Belange des anderen Leistungsträgers angemessen zu berücksichtigen (vgl. Bundessozialgericht, SozR 1300, § 103 Nr. 2 und 3; BSG, SozR 3-1300, § 111 Nr. 9). Dies folgt allgemein aus [§ 86 SGB X](#) (so Bundessozialgericht, SozR 3-2600, § 99 Nr. 2; Bundessozialgericht, SozR 4100, § 105b Nr. 6). Vor dem Hintergrund des Kooperationsgebotes stellt sich somit die Grundfrage, ob und inwieweit ein Leistungsträger Entscheidungen eines anderen Leistungsträgers, die dieser im Sozialrechtsverhältnis zum Bürger getroffen hat, hinnehmen muss (vgl. hierzu Klattenhoff, in: Hauck/Noftz, Vorbemerkungen zu §§ 102 bis 114, Rdnr. 13, Loseblattausgabe Stand 2/05) bzw. inwieweit er Einwendungen aus dem Sozialleistungsverhältnis zu dem Versicherten geltend machen kann. Sie kann nur beantwortet werden unter Einbeziehung der Grundsätze und Normen zur Tatbestandswirkung bestandskräftiger Verwaltungsakte, zu den eigenständigen Verfahrensrechten systemsubsidärer Leistungsträger sowie des Sachverhalts der Zuweisung jeweils eigenständiger Aufgaben an die Versicherungsträger in dem gegliederten System der sozialen Sicherung. Es bedarf einer rechtsdogmatischen Harmonisierung der aus diesen Prinzipien folgenden unterschiedlichen Interessenlagen unter Einbeziehung pragmatischer Gesichtspunkte zur Handhabbarkeit der Erstattungsbeziehungen und Beschränkung von Erstattungsstreitigkeiten auf ein angemessenes Maß.

Gegen eine Einbeziehung der gegenüber dem Versicherten ergangenen Entscheidung über dessen Leistungsanspruch in das Erstattungsverfahren spricht zunächst, dass durch die Regelungen der [§§ 102 bis 114 SGB X](#) – anders als beim Forderungsübergang – eigenständige, originäre Ansprüche auf Erstattung begründet werden (BSG, SozR 3 5670, § 3 Nr. 4; [BVerwGE 89, 39, 46](#)). Ein Leistungsträger ist nicht befugt, an der Entscheidung eines anderen Leistungsträgers mitzuwirken oder dessen Leistungsbescheid anzufechten, es sei denn, es besteht hierfür eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung, wie etwa in [§ 51 Abs. 1](#) und 2 SGB V. Daraus wurde früher abgeleitet, der Leistungsbescheid des einen Leistungsträgers entfalte keine Bindungswirkung gegenüber dem anderen nach [§§ 39, 77 SGG](#) und habe keine Tatbestandswirkung in dem Sinn, dass sein Inhalt vom anderen Träger als gegeben hinzunehmen wäre (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 45, 54). Die frühere Rechtsprechung des BSG zu § 1531 RVO und anfänglich auch zu den [§§ 102 bis 105 SGB X](#) ist deshalb davon ausgegangen, dass verwaltungsverfahrenrechtliche Einwendungen aus dem Sozialleistungsverhältnis, insbesondere die im Sinne des [§ 77 SGG](#) bindende Versagung der Leistung, dem Erstattungsbegehren nicht entgegengesetzt werden könne (vgl. Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 55 m. w. N.). Sie ist aber zu Recht nicht konsequent fortgeführt worden, wenn auch das Bundessozialgericht vereinzelt weiterhin hierauf zurückgreift (so BSG,

Urteil vom 28. September 1999, [B 2 U 36/98 R](#), SozR 3 – 5670 § 3 Nr. 4 unter Hinweis auf Urteil vom 30. April 1991, [2 RU 78/90](#)).

Die Eigenständigkeit des Erstattungsanspruches hebt nämlich die inhaltliche Abhängigkeit und untrennbare Verknüpfung vom und mit dem Anspruch des (vermeintlich) Leistungsberechtigten nicht auf (vgl. BSG, SozR 1300, § 104 Nr. 7; [BVerwGE 60, 236](#)). In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 13. September 1984, Az.: [4 RJ 37/83](#), [BSGE 57, 146](#); Urteil vom 22. Mai 1985, [1 RA 33/84](#), [BSGE 58, 119](#); s. aber auch noch Urteil vom 27. August 1987, Az.: [2 RU 49/86](#), [BSGE 62, 118](#); vgl. Kater in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, [§ 103 SGB X](#) Rdnr. 44 ff. und [§ 104 SGB X](#) Rdnr. 38) und des Bundesfinanzhofs (Urteil vom 14.05.2002, Az.: [VIII R 88/01](#)) ist dieser Gesichtspunkt zunehmend in den Vordergrund gegenüber der formalen Eigenständigkeit der Erstattungsansprüche nach den [§§ 105](#) ff. SGB X gerückt worden. Deshalb führe die (formale) Selbständigkeit der Erstattungsansprüche nicht dazu, dass der Leistungsbescheid des vorrangig leistungspflichtigen Trägers für die Erstattung unbeachtlich wäre; vielmehr bestehe eine wechselseitige Abhängigkeit und Verknüpfung hinsichtlich Grund und Höhe mit der Folge, dass der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger grundsätzlich diejenigen Einwendungen, die ihm gegenüber dem Leistungsberechtigten zustünden, auch gegenüber dem Erstattungsanspruch erheben könne (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 46; BSG, Urteil vom 06.02.1992 – Az.: [12 RK 15/90](#) – juris; BSG, Urteil vom 01.09.1999 – Az.: [B 13 RJ 49/98 R](#) – juris; BSG, Urteil vom 23.06.1993 Az.: [9/9a RV 35/91](#) – juris). Darf der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger diejenigen Einwendungen, die ihm gegen den Sozialleistungsanspruch zustehen, auch gegen den Erstattungsanspruch erheben, so ist es nur folgerichtig, dies auch hinsichtlich des Einwandes anzunehmen, dass über den Sozialleistungsanspruch des (vermeintlich) Berechtigten bereits rechtskräftig ablehnend entschieden ist. Die Einwendung beruht dabei nicht auf der Rechtskraft des im Verfahren des Leistungsberechtigten ergangenen Urteils; das Geltendmachen der Einwendung hat vielmehr zur Folge, dass aus sachlichrechtlichen Gründen kein Erstattungsanspruch gegeben ist. Wie auf die rechtskräftige Entscheidung kann sich der Träger auf die bindende Entscheidung ([§ 39](#), [§ 77 SGG](#)) einschließlich ihrer Tatbestandswirkung berufen (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 56 m. w. N. zur Rechtsprechung des BSG). Die Bindungswirkung gilt insbesondere auch für den Rückerstattungsstreit (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.1993 – Az.: [9/9a RV 35/91](#) – juris). Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann somit der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger nicht nur einwenden, über den Sozialleistungsanspruch sei bereits rechtskräftig ablehnend entschieden worden ([BSGE 58, 119](#)), sondern auch geltend machen, eine beantragte Leistung sei bestandskräftig abgelehnt worden (Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Mai 1999, Az.: [B 7 AL 74/98 R](#), [BSGE 84, 80](#)) oder es sei entschieden worden, dass diese erst ab einem bestimmten Zeitpunkt zu gewähren sei (Bundessozialgericht, Urteil vom 1. September 1999, Az.: [B 13 RJ 49/98 R](#), SozR 3-1300 [§ 86 SGB X](#) Nr. 3).

Damit ist aber noch nicht geklärt, ob dies auch dann gilt, wenn der die Leistung bewilligende oder versagende Bescheid fehlerhaft ist bzw. in welchem Umfang eine Überprüfung eines Verwaltungsaktes auf eine eventuelle von dem Erstattungsberechtigten geltend gemachte Fehlerhaftigkeit geboten ist. Hierfür ist von folgenden Gesichtspunkten auszugehen:

Liegt bereits im Sozialleistungsverhältnis eine Entscheidung des Leistungsträgers vor, soll über Grund und Höhe der Leistung zum Zwecke der Erstattung nicht noch einmal entschieden werden (BSG, SozR 3-2600, § 99 Nr. 2; BSG, SozR 3-1300, § 112 Nr. 2). Die Entscheidung des letztverantwortlichen Leistungsträgers hat der nachrangige oder unzuständige Leistungsträger unterhalb der Schwelle der Nichtigkeit dieser Entscheidung im Interesse der Funktionsfähigkeit des gegliederten Systems sozialer Sicherheit grundsätzlich hinzunehmen (BSG, SozR 3-1200, § 48 Nr. 1; BSG, SozR 3-2200, § 310 Nr. 1; BSG, SozR 1300, § 103 Nr. 2 und 3; BSG, SozR 1300, § 104 Nr. 7; BSG, SozR 3 2200, § 183 Nr. 6; BSG, SozR 3-1300, § 104 Nr. 15). Dies bedeutet, dass sich der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger in der Regel auf die bindende Entscheidung einschließlich ihrer Tatbestandswirkung berufen kann, und zwar grundsätzlich auch dann, wenn der die Leistung bewilligende oder ablehnende Verwaltungsakt fehlerhaft ist. Allerdings ist es dem in Anspruch genommenen Leistungsträger aufgrund der Pflicht zur engen Zusammenarbeit nach [§ 86 SGB X](#) dann versagt, auf der getroffenen Entscheidung zu beharren, wenn sich diese als offensichtlich fehlerhaft erweist und sich dies zum Nachteil des anderen Leistungsträgers auswirkt. Hierbei ist zu prüfen, ob die getroffene Entscheidung objektiv unter Berücksichtigung der verfügbaren Entscheidungsgrundlagen dem materiellen Recht deutlich widerspricht (vgl. BSG, SozR 3-1300, § 86 Nr. 3; BSG, SozR 1300, § 103 Nr. 2 und 3; BSG, SozR 3-1300, § 103 Nr. 4). Liegen diese Voraussetzungen vor, so hat der erstattungspflichtige Leistungsträger die Fehlentscheidung im Erstattungsstreit zu korrigieren bzw. kann sie der Erstattungsforderung nicht entgegenhalten (BSG, SozR 3-1300, § 103 Nr. 4; BSG, SozR 3-2600, § 99). Offensichtlich ist eine Fehlerhaftigkeit in der Regel nur dann, wenn sie sozusagen "auf der Hand" liegt, die Rechtsanwendung des die Leistung bewilligenden oder versagenden Leistungsträgers aufgrund der gegebenen Sach- und Rechtslage mithin offenkundig nicht vertretbar ist. In der Regel wird daher bei Streitfragen, die nicht eindeutig durch Gesetz oder Rechtsprechung geklärt sind und für die beide Seiten gute Argumente haben, nicht von einer offensichtlichen Fehlerhaftigkeit ausgegangen werden können, wenn der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger gegenüber dem Versicherten anders entscheidet als es der Erstattung beanspruchende Leistungsträger für richtig erachtet.

Im Rahmen eines Erstattungsverfahrens – wie vorliegend – ist bei der Prüfung der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit eines Bescheides lediglich auf bereits vorhandene tatsächliche Feststellungen abzustellen. Diese sind unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen. Weitere Ermittlungen sind nicht durchzuführen (Bundessozialgericht, Urteil vom 16.06.2008, Az.: [B 12 R 37/07 R](#); Urteil vom 13.09.1984, SozR 1300 § 103 Nr. 3 Seite 12; Urteil vom 28.11.1985, USK 85142; Urteil vom 01.09.1999, [SozR 3-1300 § 86 Nr. 3](#) Seite 8f. und Urteil vom 26.07.2007, [SozR 4-2600 § 116 Nr. 1](#) Rdnr. 18).

Der anzulegende Maßstab der "offensichtlichen Fehlerhaftigkeit" in diesem Sinne ist nicht gleichbedeutend mit der Nichtigkeit eines Bescheides ([§ 40 SGB X](#)), die einen "besonders schwerwiegenden Fehler" des Verwaltungsaktes voraussetzt und "bei verständiger Würdigung der in Betracht kommenden Umstände offensichtlich ist". Denn der nichtige Verwaltungsakt ist von vornherein unwirksam ([§ 39 Abs 3 SGB X](#)), während sich die Problematik der Bindungswirkung eines offensichtlich fehlerhaften Bescheides im Erstattungsverfahren stellt, da dieser grundsätzlich wirksam ist.

Ziel der Beschränkung der Durchbrechung der Bindungswirkung auf Fälle offensichtlicher Fehlerhaftigkeit ist es zu verhindern, dass der einen Erstattungsanspruch geltend machende Leistungsträger schon dann eine Überprüfung erzwingen kann, wenn er lediglich eine andere Rechtsauffassung vertritt. Insofern muss und soll die Rechtsanwendungsprärogative weiterhin bei dem für das jeweilige Leistungsrecht zuständigen Leistungsträger verbleiben – nicht zuletzt um Erstattungsstreitigkeiten zwischen Leistungsträgern auf ein angemessenes Maß zu begrenzen (Bundessozialgericht, Urteil vom 01.09.1999, Az.: [B 13 RJ 49/98 R](#) – juris). Dies entspricht auch der grundsätzlichen Eigenständigkeit der Erstattungsansprüche und der allgemeinen Zielsetzung der [§§ 102](#) ff. SGB X, die Erstattungsbeziehungen möglichst einfach zu regeln.

Diesen Grundsätzen folgend ist im vorliegenden Fall davon auszugehen, dass der Klägerin ein Erstattungsanspruch nur dann zusteht, wenn die Beklagte mit ihrem bestandskräftig gewordenem Bescheid vom 15. Mai 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 1999 gegenüber dem seinerzeit anwaltlich vertretenem Versicherten offensichtlich fehlerhaft im obigen Sinne die Feststellung einer BK nach Nr. 4103 und/oder Nr. 4101 der Anlage 1 zu BKV abgelehnt hatte. Dies ist aber entgegen der Auffassung des Sozialgerichts nicht der Fall.

Eine offensichtliche Unrichtigkeit der ablehnenden Entscheidungen der Beklagten kann der Senat nicht erkennen. Dabei hätte es der vom Sozialgericht durch Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens von Priv.-Doz. Prof. Dr. V. durchgeführten medizinischen Sachermittlung nicht zwingend bedurft, da nach den oben dargelegten Grundsätzen im Rahmen eines Erstattungsverfahrens bei der Prüfung der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit eines Bescheides vorrangig die bereits vorhandenen tatsächlichen Feststellungen die Erkenntnisgrundlage bilden. Somit sind die im Verwaltungsverfahren zur Frage des Vorliegens einer Berufserkrankung oder eines beruflich bedingten Unfallschadens gewonnenen Ermittlungsergebnisse primärer Bezugspunkt der in inhaltlicher Hinsicht wegen des Maßstabes der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit deutlich reduzierten Prüfung.

Zwischen den Beteiligten ist im Wesentlichen die Ätiologie der ausgeprägten Lungenfibrose des verstorbenen Versicherten umstritten, insbesondere ob ihre Entstehung ursächlich auf die berufsbedingte Exposition des Versicherten gegenüber Steinstaub und Asbest zurückgeführt werden kann. Im Hinblick auf die Asbestbelastung des Versicherten ist bedeutsam, in welcher Weise der medizinische Nachweis des Vorliegens einer bei dem Versicherten in Betracht kommenden Asbestose zu führen ist.

Der in den Ziff. 4103 und 4104 der Anlage 1 zur BKV verwandte Begriff Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) als Listenkrankheit meint das Vorliegen (den Befund) eines regelwidrigen Körperzustandes, der die Krankheitsmerkmale dieser Listennummern erfüllt. Liegt das Tatbestandsmerkmal Listenkrankheit nicht vor, kann eine BK abgelehnt werden, ohne dass es der Prüfung der weiteren Voraussetzungen bedarf, es sei denn, es wird – wie bei der BK Nr. 4104 – eine Kausalität bei einer bestimmten Exposition (hier 25 Faserjahre, die aber bei dem Versicherten unstreitig nicht vorlagen) vermutet. Das Vorliegen einer Listenkrankheit bedarf des Vollbeweises. Auch wenn es keine allgemeinverbindliche Definition der Asbestose gibt, ist doch anerkannt, dass ihre Diagnose vor allem auf dem röntgenologischen Befund beruht. Kennzeichnend ist eine diffuse Fibrose der Mittel- und Lungenunterfelder. Die darstellbaren Veränderungen weisen wabenähnliche oder grob netzförmige, unregelmäßig streifige, bandartig verflochtene oder auch maschenartige Strukturen auf. Sie nehmen in der Lunge von oben nach unten zu. Pleuraveränderungen treten gelegentlich in Form typischer Pleura-Plaques auf. Die Computertomographie, vor allem in Hochauflösungstechnik (HRCT), ebnet den Weg für eine frühe und exakte Erfassung reaktiver asbeststaubinduzierter Befunde an Lungenparenchym und Pleura. Differentialdiagnostisch sind Lungenveränderungen anderer Ätiologie zu erwägen, wie idiopathische Lungenfibrose oder andere entzündliche an den Alveolen angreifende Umbauvorgänge. Als richtungsweisend für die Diagnose "Asbestose" gelten Pleuraverschmelzungen und kalkhaltige bilaterale Pleurplaques. Techniken der präparativen Gewinnung und Anreicherung von Asbestkörperchen aus Lungengewebe erschließen den Nachweis beruflich bedingter Faserbelastungen auch bei negativem Röntgenbefund. Die Lehrmeinung im Fachgebiet Pathologie definiert die Minimalasbestose wie folgt: Es bedarf des lichtmikroskopischen Nachweises minimaler Fibrosierungsherde im Bereich der Bronchioli respiratori und der begleitenden Gefäße mit Einstrahlung bis maximal in die direkt angrenzenden Alveolarsepten sowie in diesen Arealen eingelagerter Asbestkörper (vgl. Mehrtens/Valentin/Schönberger, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 2003, Kapitel 17.65, S. 1093 ff; Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, Loseblattkommentar, M 4104, Rz. 5 ff). Ob bei Weißasbestexposition auch der Nachweis von Asbestfasern/-faserteilchen in Beziehung zu fibrosiertem Lungengewebe unter Anwendung von rasterelektronen-mikroskopischen Lungenfasernanalysen (REM) genügen soll, ist umstritten. Unterschiedliche Positionen gibt es auch zu der Frage, welche Schlussfolgerung aus einem fehlenden Nachweis einer größeren Anzahl von Asbestfasern und Asbestkörperchen in fibrotischen Arealen im Falle einer Einwirkung von Weißasbest zu ziehen ist, insbesondere ob ein solcher fehlender Nachweis ein hinreichendes Ausschlusskriterium für das Vorliegen einer Minimalasbestose ist. Das Bundessozialgericht tendiert in älteren Entscheidungen vom 6. April 1989 (Urteil im Verfahren [2 RU 55/88](#)) und vom 29. September 1992 (Beschluss im Verfahren [2 BU 65/92](#)) zu der Auffassung, dass dann wenn weder in der lichtmikroskopischen Lungenstaubanalyse noch in histologischen Schnittpreparaten Asbestkörperchen nachweisbar sind, die Asbestexposition nicht ausgereicht habe, um krankhafte Veränderungen im Sinne einer (Minimal-)Asbestose hervorzurufen. Der 17. Senat des LSG Nordrhein-Westfalen hat in seinen Urteilen vom 7. Februar 2007 ([L 17 U 132/05](#)) und 25. April 2007 ([L 17 U 154/03](#)) vor allem auf den röntgenologischen Befund als Nachweismittel für das Vorliegen einer Asbestose abgestellt, während der 15. Senat dieses Landessozialgerichts in seinem Urteil vom 11. Dezember 2001 ([L 15 U 274/97](#)) die Auffassung vertrat, der Nachweis von Asbestkörperchen in den fibrotischen Arealen gehöre weder rechtlich zu den unabdingbaren Merkmalen der Asbestose noch sei er in tatsächlicher Hinsicht unverzichtbar.

Dass die Beklagte, obwohl das von ihr eingeholte Gutachten des Dr. A. vom 5. Juli 1997 und die diesem zustimmende landesgewerbeärztliche Stellungnahme vom 4. August 1997 zu dem Ergebnis gelangten, bei dem Versicherten bestehe zwar keine Silikose aber eine Pleura- und Lungenasbestose, die Feststellung einer BK nach Nr. 4103 zunächst mit Bescheid vom 15. Mai 1998 ablehnte, ist nach Überzeugung des Senats nach objektiven Maßstäben nicht als offensichtlich fehlerhaft zu beurteilen. Die Beklagte hatte nach den Darlegungen ihres beratenden Arztes Dr. HQ. vom 16. September 1997, die fibrotischen Veränderungen der Lunge und die Röntgenbefunde vom Thorax des Versicherten seien nicht typisch für eine Lungenasbestose, weitere medizinische Ermittlungen angestellt. Der dabei eingeholte pathologische Bericht des Klinikums der Universität G.C. vom 18. Dezember 1995 über die Untersuchung aus dem Brustbereich des Versicherten entnommenen Biopsiematerials deutete den Gesamtbefund im Sinne des Vorliegens allergischer Veränderungen. Damit lagen gewichtige Argumente vor, die gegen eine asbest- oder steinstaubbedingte Erkrankung der Atmungsorgane des Versicherten sprachen. Dies brachte auch Prof. Dr. TP. in seinen Stellungnahmen zum Ausdruck.

Es hätte zwar nahegelegen, die neue Beurteilung dem Landesgewerbearzt zur Stellungnahme zu unterbreiten. Dass dies nicht geschehen ist und auch im Widerspruchsverfahren nicht nachgeholt wurde, stellt jedenfalls keinen Verfahrensfehler dar, der so gewichtig wäre, dass die von der Beklagten getroffene Entscheidung schon deshalb deutlich fehlerhaft wäre. Auch zeigt die weitere Verfahrensweise der Beklagten im Widerspruchsverfahren, dass sie um eine weitere Klärung der vorrangig medizinischen Kausalitätsfragen bemüht war. Sie hatte nach dem Widerspruch des anwaltlich vertretenen Versicherten gegen den Ablehnungsbescheid vom 15. Mai 1998 weitere Ermittlungen angestellt und das Gutachten des Prof. Dr. AAP./Dr. V. vom 8. Februar 1999 eingeholt. Dieses gelangte zwar zu der Beurteilung, bei dem Versicherten bestehe ein Mischstaubpneumokoniose im Sinne der BK-Ziff. 4103 und 4101 und damit eine BK. Zur Begründung wurde aber im Wesentlichen darauf abgestellt, die erhebliche Asbestfaserstaubeinwirkung sei mit dem Vorliegen einer asbestbedingten Lungenfibrose vereinbar. Der Nachweis von Asbestkörperchen oder Asbestfasern im Lungengewebe konnte aber nicht geführt werden. Hinsichtlich der Silikoseproblematik wurde ausgeführt, die hilären Lymphknotenverkalkungen seien noch nicht so ausgeprägt, dass man von dem

klassischen Befund einer Eierschalensilikose sprechen könne. Dennoch sei von einer Silikose auszugehen. Dieser Beurteilung war Prof. Dr. TP. in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 29. März 1999 mit gewichtigen Argumenten entgegengetreten. So führte er aus, nach erneuter Durchsicht aller vorhandenen Röntgenbilder zum Thorax des Versicherten, sehe er weder den radiologischen Nachweis des Vorliegens asbestassoziierter Pleuraplaques noch den einer massiven Lymphknotenverkalkung, die als Lymphkotensilikose gedeutet werden könnte, geführt. Das Ausmaß des interstitiellen fibrotischen Lungenprozesses, der seit 1988 dokumentierte progrediente Verlauf und das Ergebnis der histologischen Untersuchung lege den Schluss nahe, dass es sich um einen typischen idiopathischen, interstitiellen, fibrosierenden Lungengerüstprozess handele, der weder auf eine Quarz- noch Asbestfasereexposition zurückgeführt werden könne. Dass diese Einschätzung nicht haltlos war, bestätigt im Nachhinein der Sektionsbericht des Universitätsklinikums GC. vom 26. April 2001. Darin heißt es, Asbestkörperchen hätten sich im Lungengewebe nicht gefunden. Das typische Bild einer Silikose liege ebenfalls nicht vor. Prinzipiell kämen als Ursache der vorgefundenen Lungenfibrose eine Asbest-, Mineral- oder Kohlenstaubexposition sowie eine exogen allergische Alveolitis oder auch eine idiopathische Lungenfibrose in Betracht.

Angesichts der jedenfalls nicht unerheblichen Einwände des Prof. Dr. TP. gegen die Beurteilung in dem Gutachten Prof. Dr. AAP./ Dr. V. kann es nicht als deutlich fehlerhaft bewertet werden, dass die Beklagte diesem Gutachten vom 8. Februar 1999 nicht folgte und mit Widerspruchsbescheid vom 12. Mai 1999 den die Anerkennung einer BK ablehnenden Bescheid vom 15. Mai 1998 bestätigte. Ob diese Entscheidung und die ihr zugrundeliegende medizinisch begründete Kausalitätsbeurteilung letztlich richtig war, ist in einem Jahre danach anhängigen Erstattungsstreitverfahren nicht im Einzelnen zu klären. Es kommt hinzu, dass der seinerzeit anwaltlich vertretene Versicherte die Nichtanerkennung einer BK seitens der Beklagten akzeptiert hatte, indem er den Widerspruchsbescheid nicht mit einer Klage anging.

Es war somit zu entscheiden wie geschehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#), da die Berufung am 16. Dezember 2008 und damit nach in Kraft treten des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (6. SGGÄndG zum 02. Januar 2002 bzw. nach in Kraft treten des Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (KostRMOG zum 01. Juli 2004) eingelegt worden ist.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 52](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-08-20