

L 9 U 204/13

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 10 U 72/10

Datum

24.10.2013

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 9 U 204/13

Datum

12.10.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 296/15 B

Datum

21.01.2016

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Im Fall der bindenden Feststellung der BK und der hieraus resultierenden MdE stehen der Tod und die BK nicht in ursächlichem Zusammenhang, wenn die Voraussetzungen für die Feststellung der BK und/oder einer BK-bedingten MdE in Höhe von mindestens 50 v.H. offensichtlich im Zeitpunkt des Todes nicht (mehr) vorgelegen haben und/oder die Kausalität offensichtlich nicht gegeben ist. Dies ist dann der Fall, wenn dem Unfallversicherungsträger der Nachweis der Rechtswidrigkeit des Feststellungsbescheides mit der für den Vollbeweis erforderlichen, an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit gelingt. Für diesen Beweis dürfen die vorhandenen Befunde durch den Unfallversicherungsträger beigezogen, ausgewertet und gutachtlich überprüft werden.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. Oktober 2013 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander in beiden Rechtszügen keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Hinterbliebenenrente an die Klägerin.

Der 1941 geborene und 2008 verstorbene Versicherte begann am 9. April 1956 bei der Firma D. in D-Stadt eine Lehre als Landmaschinenschlosser, welche er am 17. November 1956 abbrach. Im Zeitraum von 19. November 1956 bis 27. November 1959 absolvierte der Versicherte eine Schlosserlehre in der Ofenfabrik E. Vom 1. Dezember 1959 bis 4. Juli 1960 war er beim Bundesgrenzschutz tätig. Vom 4. Juli 1960 bis 29. September 1961 war er wieder als Schlosser in der Ofenfabrik E. tätig. Im Zeitraum vom 1. Oktober 1961 bis 30. September 1965 war der Versicherte Zeitsoldat bei der Luftwaffe der Bundeswehr. Im Zeitraum vom 1. Oktober 1965 bis 14. November 1965 war er arbeitslos. Vom 15. November 1965 bis 28. September 1973 war er als Schlosser in der Schraubenfabrik der Firma F. tätig. Vom 1. Oktober 1973 bis 9. Juli 1976 arbeitete er bei der Firma G. in B-Stadt als Schlosser. Im Zeitraum vom 10. Juli 1976 bis 15. August 1976 war er arbeitslos. Vom 16. August 1976 bis 30. März 2002 war der Versicherte bei der Firma H-Werke GmbH & Co. KG in H-Stadt in verschiedenen Bereichen beschäftigt.

Am 8. Februar 2007 beantragte der Versicherte bei der Beklagten die Anerkennung seiner Lungen-, Herz- und Nierenerkrankung als Berufskrankheit (BK). Außerdem beantragte er die Zahlung einer monatlichen Rente ab Feststellung der Erkrankung. Zur Begründung gab er an, in der Zeit von August 1976 bis zu seiner Berentung zum 1. April 2002 bei der H-Werke GmbH & Co KG beschäftigt gewesen zu sein und in der gesamten Zeit seiner Beschäftigung ständig mit Asbeststaub und Mineralfasern zu tun gehabt zu haben. Die seitens der Firma H. geforderten Schutzmaßnahmen habe er stets angewendet und eingehalten. Seit Beginn bzw. Ausbruch der Erkrankung im Jahr 2002 sei er nicht mehr in der Lage, sein Leben selbständig zu gestalten. Die einfachsten Tätigkeiten im täglichen Leben, wie Körperpflege, Aufstehen und zu Bett gehen, An- und Auskleiden, selbständiges Gehen und Stehen, Treppensteigen sowie Verlassen und wieder Aufsuchen der Wohnung seien ihm nicht mehr möglich. Er sei ständig auf Atemunterstützung durch ein Sauerstoffgerät angewiesen. Er sei der festen Überzeugung, dass seine Erkrankungen auf seinen beruflich bedingten Umgang mit asbesthaltigem Staub und Mineralfasern zurückzuführen seien.

Die Beklagte leitete daraufhin Ermittlungen ein. Im Raucherfragebogen gab der Versicherte an, bis vor 25 Jahren bis zu 10 Zigaretten pro Tag geraucht zu haben. Die Beklagte forderte bei den behandelnden Ärzten Befundberichte an und zog Behandlungsberichte, Röntgenbefunde und CT-Befunde bei.

Dr. I. gab in seinem Befundbericht vom 17. Dezember 2007 gegenüber der Beklagten an, der Versicherte habe bis 1992 ca. 40 Zigaretten pro Tag geraucht. Dr. J. gab in seinem Befundbericht vom 30. April 2007 an, der Kläger habe 30 Jahre lang geraucht.

Aus dem Behandlungsbericht des Kreiskrankenhauses Frankenberg vom 15. September 2006 ergeben sich folgende Diagnosen: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit hochgradigem Lungenemphysem, Sauerstoff-Langzeittherapie und pulmonaler Hypertonie, Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit, Niereninsuffizienz und Adipositas.

Auf Befragungen durch die Beklagte gab der letzte Arbeitgeber des Versicherten, die Firma H. Werke GmbH & Co. KG, an, der Kläger sei im Sonderbereich Retouren und in der Schweißerei tätig gewesen. Zu seinen Aufgaben habe die Montage, Demontage und Prüfung von Kesseln und Speichern sowie das Schweißen von Innenkesseln gehört. Asbesthaltiges Material sei nicht be- oder verarbeitet oder verwendet worden. Der Versicherte habe keine Bremsanlagen zu reinigen und keine Bremsbeläge zu bearbeiten gehabt. Es seien keine Asbestplatten, Asbestschnüre oder Asbestdichtungen gesägt, geschnitten, gebrochen oder geschliffen worden. Auch sei keine asbesthaltige Schutzkleidung getragen worden. Auch an benachbarten Arbeitsplätzen sei weder asbesthaltiges Material verwendet noch be- oder verarbeitet worden. Ab Mai 1997 bis zum Ausscheiden sei der Versicherte im Bereich Retouren mit der Demontage und Prüfung von Kesseln und Speichern beschäftigt gewesen. Dabei sei der Versicherte auch ca. zweimal pro Monat mit dem Dämmstoff Fiburfrax-Rohfasern (Kadur) in Berührung gekommen; eine Bearbeitung dieses Stoffes sei jedoch nicht erfolgt.

Aus der Stellungnahme des Präventionsdienstes der Beklagten vom 25. September 2007 ergibt sich zur BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV), dass der Versicherte keinen unmittelbaren Umgang mit Asbest hatte. Die jeweiligen Arbeitsplätze hätten sich jedoch in Hallen befunden, in denen Asbestwerkstoffe verarbeitet worden seien, daher könne eine Bystander-Exposition nicht ausgeschlossen werden. Insbesondere für den Zeitraum von 1976 bis 1989 sei von einer gesicherten Bystanderexposition auszugehen, die sich in den Jahren 1980 bis März 2001 bei Tätigkeiten in der sogenannten Retouren-Abteilung fortgesetzt habe. In diesem letzten Zeitabschnitt sei die Bystanderbelastung jedoch unregelmäßig und vom Zeitanteil her deutlich geringer gewesen. Trotz intensiver Befragung der Gesprächspartner habe keine Zeitangabe (z.B. Stunden pro Schicht oder Stunden pro Woche) ermittelt werden können. Hinsichtlich der BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV ergaben die Ermittlungen des Präventionsdienstes, dass im Zeitraum von August 1976 bis etwa Juni 1986 Schweißrauchexpositionen im Grenzwertbereich bestanden. Geschweißt worden sei ausschließlich unlegierter Stahl nach dem Metall-Aktiv-Gas-Verfahren. In der Edelstahlfertigung sei der Versicherte von Juli 1986 bis etwa Juli 1989 eingesetzt gewesen. Er habe hochlegierten Chrom-Nickel-Stahl nach dem Wolfram-Inert-Gas-Verfahren geschweißt und sei demzufolge diesen Noxen ausgesetzt gewesen. Erfahrungsgemäß würden bei diesem Schweißverfahren die Schweißrauchkonzentrationen unter dem Grenzwert liegen. Nicht auszuschließen sei jedoch eine Ozonexposition. Da sich in der Edelstahlfertigung auch eine Strahlanlage befunden habe, die mit Glaskugeln als Strahlmittel gearbeitet habe, könne eine zeitweise Bystanderexposition gegenüber Stäuben und Glasabrieb nicht ausgeschlossen werden. Von 1993 bis 1996 sei der Versicherte in der K. Großkesselfertigung bei der Endmontage eingesetzt gewesen und habe Umgang mit Wärmedämmplatten gehabt, bei denen es sich um gepresste Fasermatten (keine keramischen Fasern) gehandelt habe. In den Zeiträumen von August 1986 bis Dezember 1992 und von 1997 bis März 2002 habe keine Gefährdung im Sinne der BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe bestanden.

Die Beklagte holte ein internistisches Gutachten aufgrund einer Untersuchung des Versicherten im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Fachkrankenhaus Frankenberg vom 15. Januar 2008 bis 24. Januar 2008 bei Dr. L. ein. In dem Gutachten vom 5. Februar 2008 diagnostizierte Dr. L. eine fortgeschrittene chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Gold IV) mit Mischstaubpneumokoniose (Sideroastbestose) und Pleurafibrose links, mit chronisch respiratorischer Globalinsuffizienz, Langzeitbeatmung im Februar und März 2006, Heimbeatmung und Sauerstofflangzeittherapie und mit chronischer Atempumpeninsuffizienz. Des Weiteren diagnostizierte Dr. L. arterielle Hypertonie, hypertensive Herzerkrankung, Niereninsuffizienz dritten Grades mit Zustand nach Nierenversagen im März 2006, reaktive Depression, chronische Angststörung, Sulcus-ulnaris-Syndrom mit Zustand nach critical-illness-Polyneuropathie im März 2006 sowie eingeschränkte Glukosetoleranz. Die Bronchoskopie und Thorax-CT-Untersuchung würden einen schwerstgradigen Strukturverlust der zentralen Atemwege und des Lungenparenchyms bei pathologischen interstitiellen Befunden mit relativ hoher Dichte und Pleurafibrose, besonders in den Unterlappen zeigen. Ferner würden Thorax-CT und Sonogramm eine Verdickung und Adhärenz der Pleurablätter mit feinen subpleuralen Ausstrahlungen über dorsalen Anteilen des linken Unterlappens zeigen. Kriterien einer spezifischen pulmonalen Systemerkrankung würden fehlen. Der früheren Raucheranamnese des Versicherten sei angesichts des Krankheitsverlaufs eine untergeordnete Bedeutung beizumessen, da der Versicherte bereits seit 25 Jahren zu rauchen aufgehört habe. Es handle sich maximal um 12 Packungsjahre. In der Gesamtschau der Befunde müsse die jahrzehntelange und regelmäßige Exposition gegenüber Schweißrauchen und Metallstäuben ebenso als wesentliche Ursache der pulmonalen Erkrankung angesehen werden wie auch die über mindestens 13 Jahre stattgehabten Belastungen durch Asbestfasern. Für Letztere würden hinreichend positive Indizien in den Befunden der bildgebenden Verfahren vorliegen, wenngleich sich beweisende Strukturmerkmale (Pleuraplaques) nicht aufzeigen lassen würden. Die im Zuge der Lungenerkrankung aufgetretenen Komplikationen wie die Niereninsuffizienz dritten Grades, Zustand nach Nierenversagen im März 2006, reaktive Depression, chronische Angststörung, Sulcus-ulnaris-Syndrom mit Zustand nach critical-illness-Polyneuropathie im März 2006 und eingeschränkter Glukosetoleranz seien ebenfalls ursächlich auf die beruflichen Einwirkungen zurückzuführen. Die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung als BK nach Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV seien erfüllt. Das Vorhandensein einer schwergradigen Lungenerkrankung sei seit dem 22. Oktober 2002 dokumentiert. Es liege eine Lungenfunktionseinbuße vor, die einer MdE von 100 v.H. entspreche.

Hierzu nahm der ärztliche Berater der Beklagten, Prof. Dr. M., Facharzt für Arbeitsmedizin, Stellung. Prof. Dr. M. führte aus, der Nachweis asbestbedingter Lungenveränderungen in Form von Plaquesbildung oder Fibrose im Lungenmittelfeld, besonders links, ergebe sich aus bildgebenden Befunden. Es bestehe keine Möglichkeit der Feststellung des beruflich verursachten Anteils der Erkrankung, weil die Entwicklung der Erkrankung anhand der beigezogenen medizinischen Befunde nicht nachverfolgt werden könne. Ein wichtiger Anteil des Rauchens und der Infekte am jetzigen Zustand sei zu vermuten. Eine Abgrenzung sei im jetzigen Erkrankungsstadium jedoch nicht mehr möglich.

Mit Bescheid vom 21. Mai 2008 erkannte die Beklagte beim Versicherten eine Asbeststaublungenerkrankung als BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV an und stellte fest, dass die MdE des Versicherten wegen der Folgen seiner Berufskrankheit ab dem 16. Januar 2008 100 v.H. beträgt. Die Beklagte gewährte dem Versicherten Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 100 v.H. ab dem 16. Januar 2008. Unabhängig von der Berufskrankheit sei die beim Versicherten vorliegende Obstruktionsbronchitis infolge seiner Rauchgewohnheit, der

arterielle Bluthochdruck, die hypertensive Herz- und Nierenerkrankung bei chronischer Niereninsuffizienz und Zustand nach Nierenversagen im März 2006. Zur Begründung führte die Beklagte aus, sie habe bei der Bewertung der MdE asbestbedingte Plaquesbildung im Bereich der Pleura (bindegewebig umschlossene Asbestkörperchen im Bereich des Rippenfells) und asbestfibrotische Lungenstrukturveränderungen in beiden Mittelfeldern, links stärker als rechts sowie eine schwere kombinierte restriktive und obstruktive Ventilationsstörung berücksichtigt. Eine messbare MdE aufgrund der Asbestose habe erstmals im Rahmen der Begutachtung durch Dr. L. festgestellt werden können. Dem Vorschlag des Gutachters, die MdE bereits ab dem 22. Oktober 2002 festzusetzen, vermöge die Beklagte jedoch nicht zu folgen, weil die Obstruktion allein keine Aussage über den Beginn der Asbestose bzw. deren funktionelle Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System zulasse. Die funktionellen Beeinträchtigungen infolge der Berufskrankheit würden jedoch allein die Grundlage zur Bemessung der MdE bilden.

Hiergegen erhob der Versicherte am 29. Mai 2008 Widerspruch. Mit seinem Widerspruch verfolgte er das Ziel der Anerkennung der BK und der Gewährung einer Rente ab Oktober 2002. Zur Begründung bezog er sich auf das Gutachten des Dr. L.

Der Versicherte verstarb 2008. Eine Obduktion erfolgte nicht.

Mit dem Widerspruchsbescheid vom 17. September 2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Versicherten als unbegründet zurück. Die weiteren, als Folge der Berufskrankheit geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen in Form einer Obstruktionsbronchitis, einem arteriellen Bluthochdruck, einer hypertensiven Herz- und Nierenerkrankung bei chronischer Niereninsuffizienz und einem Zustand nach einem im März 2006 erlittenen Nierenversagen seien nicht Folge der anerkannten Berufskrankheit. Zwar sehe Dr. L. diese Gesundheitsstörungen, abgesehen von dem Bluthochdruck, in einem ursächlichen Zusammenhang mit der früheren Asbestbelastung, jedoch ohne dies zu begründen. Sowohl die rezidivierenden Infekte in der Vergangenheit als auch das Rauchen hätten einen wesentlichen Anteil an der Entstehung der chronischen obstruktiven Bronchitis (COPD) gehabt. Die Obstruktionsbronchitis könne daher nicht als Berufskrankheitsfolge anerkannt werden. Funktionelle Beeinträchtigungen aufgrund der Folgen der Berufskrankheit hätten erstmals am 15. Januar 2008 objektiviert werden können. Somit sei der Rentenbeginn zutreffend auf den 15. Januar 2008 festzusetzen.

Am 15. Oktober 2008 erhob die Klägerin als Rechtsnachfolgerin ihres Ehemannes Klage beim Sozialgericht Marburg gegen den Bescheid vom 21. Mai 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2008. Das Klageverfahren wurde unter dem Aktenzeichen [S 3 U 98/08](#) geführt.

Das Sozialgericht erhob Beweis durch die Einholung eines Gutachtens nach [§ 106](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG - bei Prof. Dr. N., Direktor der Pneumologischen Klinik Waldhof Elgershausen, nach Aktenlage.

In seinem Gutachten vom 9. April 2009 führte Prof. Dr. N. aus, die Auswertung der vorliegenden Befunde des behandelnden Lungenfacharztes ergebe, dass beim Versicherten eine schwere obstruktive Ventilationsstörung mit deutlichen Zeichen der Lungenüberblähung vorgelegen habe. Eine restriktive Ventilationsstörung könne zu keiner Zeit wahrscheinlich gemacht werden. Der letzte dokumentierte Lungenfunktionsbefund sei im Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft im November 2007 erhoben worden; auch zu diesem Zeitpunkt werde eine restriktive Ventilationsstörung nicht explizit beschrieben. Neben dem schweren obstruktiven Lungenemphysem liege nach Aktenlage offensichtlich eine leichtgradige Pleura- bzw. Lungenasbestose vor. Die Auswertung des CT-Befundes vom 17. Januar 2008 im Gutachten des Dr. L. ergebe, dass keine plateauförmigen Pleuraverdickungen oder Pleuraverkalkungen vorgelegen hätten, wie sie eigentlich für eine Asbestose typisch wären. Die Lungenasbestose sei funktionsanalytisch zunächst durch eine restriktive Ventilationsstörung in Folge von Lungenstarre gekennzeichnet. Eine solche Störung könne, wenn überhaupt, nur einmalig dem am 7. November 2007 im Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft erstellten Lungenfunktionsprotokoll entnommen werden. Hier werde erstmals auch eine leicht erniedrigte totale Lungenkapazität mit 75 % des Soll aufgeführt. Bei mehreren vorhergehenden Krankenhausaufenthalten habe die totale Lungenkapazität stets über 100 % gelegen, was gegen eine manifeste restriktive Ventilationsstörung bis Ende 2007 spreche. Die seit 2002 in deutlichem Maß nachzuvollziehende Minderung der Vitalkapazität sei in erster Linie Ausdruck der schweren obstruktiven Lungenerkrankung mit Lungenemphysem. Die Obstruktion sei nicht charakteristisch für die Lungenasbestose, könne aber in 10 bis 20 % der Fälle vorkommen. Die beim Versicherten vorliegenden Asbestveränderungen würden als so gering ausgeprägt geschildert, dass keine wesentlichen funktionellen Auswirkungen zu erwarten seien. Die Ursache der obstruktiven Atemwegserkrankung sei somit vorrangig in dem früheren Inhalationsrauchen zu sehen. Ob das Inhalationsrauchen 1982 oder 1992 beendet worden sei, mache keinen bedeutenden Unterschied. Zusätzlich zum Inhalationsrauchen könnten auch die rezidivierenden Infekte einen ungünstigen Einfluss auf die Erkrankung gehabt haben. Nicht auszuschließen sei, dass die häufige Infektneigung - der Versicherte habe bereits seit dem Jahr 1982 an wiederkehrenden Bronchitiden gelitten - mit Ausbildung von Pneumonien auch Auswirkungen auf die erst in der letzten Krankheitsphase nachgewiesene restriktive Ventilationsstörung in Form von postpneumonischen Veränderungen gehabt habe. Auch die weiteren im Gutachten des Dr. L. genannten Gesundheitsstörungen, wie arterielle Hypertonie und hypertensive Herzerkrankung, Niereninsuffizienz dritten Grades mit Zustand nach Nierenversagen im März 2006, reaktive Depression, chronische Angststörung, Zustand nach critical-illness-Polyneuropathie im März 2006 und eingeschränkte Glukosetoleranz könnten nicht in Zusammenhang mit der Asbestserkrankung gebracht werden. Frühestens ab dem 16. Januar 2008 hätten mit einer Asbestoseerkrankung vereinbare Funktionseinbußen vorgelegen.

Mit Schriftsatz vom 7. Mai 2009 machte die Klägerin zusätzlich auch einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente geltend. Die Beklagte leitete diesbezüglich ein Verwaltungsverfahren ein.

Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens betreffend die Hinterbliebenenrente holte die Beklagte ein Gutachten nach Aktenlage bei Prof. Dr. O., Kommissarischer Leiter des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen ein. Prof. Dr. O. kam in seinem Gutachten vom 11. August 2009 zu dem Ergebnis, dass keine gesicherten Hinweise für eine Berufskrankheit nach Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV vorliegen würden. Ursächlich für den Tod des Versicherten sei die chronisch obstruktive Atemwegserkrankung. Ein Zusammenhang mit der Asbestfaserstaubexposition als Bystander lasse sich nicht ableiten. Der Tod könne nicht ursächlich oder teilursächlich auf die geringgradigen pleuralen Veränderungen und die geringgradigen fibrotischen Veränderungen im Lungenparenchym zurückgeführt werden. Aus den von ihm ausgewerteten Röntgenaufnahmen vom 10. Februar 1992 und vom 20. November 2007 und aus der von ihm ausgewerteten HRCT-Aufnahme (HRCT = High Resolution-CT) vom 17. Januar 2008 würden sich keine Zeichen einer eindeutigen Lungen- und/ oder Pleuraasbestose ergeben. Eindeutig gesicherte Hinweise für das Vorliegen hyaliner oder verkalkter Plaques seien auf den Aufnahmen nicht feststellbar. Eine zunehmende Lungenfibrosierung sei auf den Aufnahmen ebenfalls nicht feststellbar. Auch

lungenfunktionsanalytisch habe sich kein Hinweis für eine progrediente Lungenfibrose ergeben. Somit habe eine zunehmende Lungenfibrosierung nicht vorgelegen. In der CT- Aufnahme seien jedoch geringgradige pleurale Veränderungen und fibrotische Veränderungen im Lungengewebe erkennbar. Diese seien jedoch von ihrem Ausmaß her so gering, dass sich hieraus keine funktionelle Einschränkung in rentenberechtigendem Ausmaß ergeben würde. Lungenfunktionsanalytisch würden keine restriktiven Ventilationsstörungen beschrieben. Vorliegen würde eine schwere obstruktive Atemwegserkrankung mit Lungenemphysem und Beatmungspflichtigkeit infolge schwerer respiratorischer Globalinsuffizienz. Dementsprechend seien auf den Aufnahmen auch bronchitische Zeichnungsvermehrungen erkennbar, die mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung vereinbar seien. Als Ursache für die chronisch obstruktive Atemwegserkrankung komme auch eine Schweißraucheinwirkung am Arbeitsplatz des Versicherten in Betracht. Eine Abgrenzung gegenüber dem Rauchkonsum von etwa 50 Packungsjahren sei jedoch anhand der vorliegenden medizinischen Befunde nicht möglich.

Die Beklagte forderte bei dem Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft und bei dem Kreiskrankenhaus Frankenberg sämtliche dort vorliegenden Lungenfunktionsprotokolle und bildgebenden Befunde an. Vom Kreiskrankenhaus Frankenberg erhielt die Beklagte eine weitere Röntgen-Thoraxaufnahme vom 26. Juni 2007; Lungenfunktionsprotokolle lagen dort nicht vor. Das Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft übersandte mehrere Lungenfunktionsprotokolle. Diese übersandte die Beklagte an Prof. Dr. O. zur Auswertung. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Januar 2010 führte Prof. Dr. O. aus, der Röntgen-Thoraxaufnahme vom 26. Juni 2007 könne kein sicherer Hinweis für eine Lungen- oder Pleuraasbestose entnommen werden. Die lungenfunktionsanalytischen Befunde würden auf eine schwergradige obstruktive Atemwegserkrankung mit Lungenemphysem hinweisen. Aus den gemessenen Werten ergebe sich eine schwergradige Flussminderung der großen und kleinen Atemwege. So habe z.B. der Rt am 7. November 2007 bei 3,26 kPa/l/s gelegen; der Normwert betrage unter 0,35 kPa/l/s. Der FEV1 sei am 7. November 2007 mit einem Wert von 0,4 l bei einem Sollwert von 3,38 l erheblich eingeschränkt gewesen. Als Zeichen der schweren Lungenüberblähung sei das Residualvolumen mit 4,94 l (Soll 2,59 l) und mit 88,43 % der Totalkapazität (Soll 39,7 % der Totalkapazität) deutlich erhöht. Infolge der schweren Lungenüberblähung sei es zu einer Erniedrigung der Vitalkapazität gekommen. Zusammenfassend sei somit weder radiologisch noch lungenfunktionsanalytisch ein Hinweis auf eine Lungen- und/ oder Pleuraasbestose zu finden.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 25. März 2010 nahm die Klägerin die Klage in dem Verfahren [S 3 U 98/08](#) zurück.

Mit Bescheid vom 23. April 2010 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Hinterbliebenenleistungen ab. Zur Begründung führte die Beklagte aus, beim verstorbenen Ehemann der Klägerin sei eine Asbeststaublungenerkrankung als Berufskrankheit anerkannt worden. Prof. Dr. O. habe jedoch festgestellt, dass asbestbedingte Veränderungen der Lunge und der Pleura beim Versicherten nicht vorgelegen hätten. Lungenfunktionsdiagnostisch hätten keine restriktiven Ventilationsstörungen vorgelegen, wie sie typischerweise bei einer Asbestose in fortgeschrittenem Stadium zu erwarten gewesen wären. Das obstruktive Lungenemphysem infolge langjähriger Rauchgewohnheit habe im Vordergrund des gesamten Erkrankungsverlaufs gestanden. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer anderen Berufskrankheit würden nicht bestehen. Der Tod des Versicherten sei daher nicht Folge einer Berufskrankheit.

Hiergegen erhob die Klägerin am 5. Mai 2010 Widerspruch. Zur Begründung führte sie aus, nach [§ 63 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung - SGB VII gelte die Vermutung, dass der Tod infolge der Berufskrankheit eingetreten sei; dies gelte lediglich dann nicht, wenn offenkundig sei, dass der Tod mit der Berufskrankheit nicht in ursächlichem Zusammenhang stehe. Prof. Dr. O. habe in seinem Gutachten ausgeführt, dass dieser vermutete Zusammenhang nicht widerlegt werden könne, wenn zu Lebzeiten des Versicherten eine Asbestose angenommen worden wäre. Die BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV sei von der Beklagten nach ausführlicher Prüfung anerkannt worden. Von dieser einmal getroffenen Entscheidung könne die Beklagte nur aufgrund einer neuen Entwicklung abrücken. Die Klägerin könne sich als Witwe des Versicherten darauf verlassen, dass der Bescheid, mit dem die Berufskrankheit anerkannt worden sei, Bestand habe. Außerdem sei die BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV aufgrund von Schweißrauch nicht weiter untersucht worden.

Mit dem Widerspruchsbescheid vom 28. Juli 2010 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, mit Bescheid vom 21. Mai 2008 sei beim Versicherten eine BK nach Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV anerkannt worden und eine Rente ab dem 16. Januar 2008 bewilligt worden. Gegen diesen Bescheid habe der Versicherte zunächst wegen des Zeitpunkts des Rentenbeginns Widerspruch erhoben und gegen den zurückweisenden Widerspruchsbescheid habe die Klägerin Klage erhoben. Im Rahmen des Klageverfahrens sei ein Gutachten bei Prof. Dr. N. eingeholt worden, der Zweifel am Vorliegen einer BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV geäußert habe. Aufgrund dieser Äußerung des Sachverständigen hätten erhebliche Zweifel daran bestanden, ob bei dem Versicherten überhaupt die anerkannte BK vorgelegen habe. Daher habe die Beklagte im Rahmen der Entscheidung über die Ansprüche der Klägerin auf Hinterbliebenenleistungen erneut ermittelt und ein Gutachten nach Aktenlage bei Prof. Dr. O. eingeholt. Dieses Gutachten habe ergeben, dass beim Versicherten keine asbestbedingten Veränderungen der Lunge und des Brustfels vorgelegen hätten und somit der Tod auch nicht Folge einer BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV gewesen sei. Weder klinisch, noch bildgebend, noch lungenfunktionsanalytisch hätten asbesttypische Veränderungen bzw. Beeinträchtigungen sicher nachgewiesen werden können. Nach der Überzeugung des Sachverständigen sei der Tod des Versicherten auf berufsunabhängige Krankheitserscheinungen zurückzuführen. Im Zeitpunkt des Todes des Versicherten habe somit eine Berufskrankheit tatsächlich nicht vorgelegen. Der Tod sei daher auch nicht infolge einer Berufskrankheit eingetreten. Daher habe die Klägerin auch keinen Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen. Die Vermutung des Todes des Versicherten infolge der festgestellten Berufskrankheit sei durch das Gutachten des Prof. Dr. O. widerlegt.

Am 5. August 2010 hat die Klägerin hiergegen Klage beim Sozialgericht Marburg erhoben. Zur Begründung hat die Klägerin vorgetragen, der behandelnde Facharzt des Versicherten Dr. L. habe beim Versicherten eine Asbestose festgestellt. Der beratende Arzt der Beklagten habe sich dieser Auffassung angeschlossen. Das Gutachten des Prof. Dr. O. widerlege diese Befunde nicht, sondern äußere lediglich eine Gegenmeinung. Prof. Dr. N. habe lediglich die Aufgabe gehabt, zu beurteilen, ob eine Berufskrankheit bereits ab Oktober 2002 vorgelegen habe. Dies habe Prof. Dr. N. verneint. Er habe aber ausdrücklich klargestellt, dass eine Asbestose seit Januar 2008 vorliegen würde. Aus [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) ergebe sich eine Vermutung, dass bei festgestellter BK der Tod wenigstens mitursächlich auf die BK zurückzuführen sei. Dies gelte nicht, wenn der Zusammenhang offenkundig nicht bestehe. Offenkundigkeit liege nur vor, wenn ein hoher Grad an Wahrscheinlichkeit dafür bestehe, dass der Tod nicht infolge einer BK eingetreten sein könne oder von Anfang an keine BK vorgelegen habe. Die Offenkundigkeit müsse die Beklagte beweisen. Selbst aus dem Gutachten des Prof. Dr. O. ergebe sich aber nicht, dass fibrotische Veränderungen im Lungenparenchym als Todesursache ausgeschlossen seien; er äußere sich lediglich dahingehend, dass nicht genügend Anhaltspunkte für eine Asbestose bestünden. Damit sei die Offenkundigkeit nicht bewiesen. Die Klägerin habe eine Obduktion des

Versicherten angeboten; von dieser Möglichkeit habe die Beklagte keinen Gebrauch gemacht.

Das Sozialgericht hat durch Urteil vom 24. Oktober 2013 den Bescheid der Beklagten vom 23. April 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Juli 2010 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin Hinterbliebenenrente in gesetzlich vorgesehenem Umfang zu zahlen. Das Sozialgericht hat seine Entscheidung damit begründet, dass der Nachweis einer Kausalität zwischen der hier als Versicherungsfall allein in Betracht kommenden BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV und dem Tod des Versicherten nicht erforderlich sei, weil die Tatbestandsvoraussetzungen der Rechtsvermutung nach [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) erfüllt seien. Nach [§ 63 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) stehe dem Tod infolge eines Versicherungsfalles der Tod von Versicherten gleich, deren Erwerbsfähigkeit durch die Folgen einer BK nach Nr. 4101 bis 4104 der Anlage 1 zur BKV um 50 v.H. oder mehr gemindert gewesen sei. Dies gelte nach [§ 63 Abs. 2 Satz 2 SGB VII](#) nur dann nicht, wenn offenkundig sei, dass der Tod mit der BK nicht in ursächlichem Zusammenhang stehe, wobei eine Obduktion zum Zwecke einer solchen Feststellung nicht gefordert werden dürfe. Voraussetzung für die Anwendung des [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) sei nach dem Wortlaut der Vorschrift, dass eine der dort genannten Berufskrankheiten und die Mindest-MdE von 50 v.H. zum Todeszeitpunkt tatsächlich vorgelegen hätten. Diese Voraussetzungen würden nach der Rechtsprechung des BSG auch dann als erfüllt gelten, wenn für den Versicherten wegen der Berufskrankheit zur Zeit seines Todes bereits eine Verletztenrente mindestens in dieser Höhe bindend festgestellt worden sei, es sei denn, dass die zugrunde liegende MdE offenkundig nicht oder nicht in der erforderlichen Höhe vorgelegen habe. Damit habe das BSG im Wege einer ergänzenden Auslegung die Rechtsvermutung über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Berufskrankheit hinaus mit der gleichen Widerlegbarkeitsbeschränkung auf die Richtigkeit der bereits festgestellten Berufskrankheit und die durch sie bedingte Mindest-MdE erstreckt. Die Beklagte habe bei dem Versicherten durch bindenden Bescheid vom 21. Mai 2008 das Vorliegen einer BK nach Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV in Form einer durch Asbeststaub verursachten schweren kombinierten restriktiven und obstruktiven Ventilationsstörung mit einer hieraus resultierenden MdE von 100 v.H. anerkannt. Damit gelte zu Gunsten der Klägerin nicht nur eine Rechtsvermutung hinsichtlich der Kausalität zwischen Tod und BK, sondern auch die Rechtsvermutung, dass bei dem Versicherten eine BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV mit einer MdE von 100 v.H. vorgelegen habe. Es sei auch weder offenkundig, dass die festgestellte BK nicht vorgelegen habe noch, dass die MdE nicht in der erforderlichen Höhe vorgelegen habe, noch, dass der Tod und die Berufskrankheit nicht in einem ursächlichen Zusammenhang gestanden hätten. Offenkundigkeit in diesem Sinne liege vor, wenn eine jeden ernsthaften Zweifel ausschließende Wahrscheinlichkeit bestehe, dass der Tod nicht ursächlich auf die Berufskrankheit zurückzuführen sei, die Berufskrankheit tatsächlich nicht vorgelegen habe oder die MdE nicht in der festgestellten Höhe bestanden habe. Dies setze voraus, dass entweder keine oder lediglich eine entfernt liegende und rein theoretische Möglichkeit des Zusammenhangs bestanden habe. Zwar habe Prof. Dr. O. insoweit ausgeführt, dass beim Versicherten nach seiner Ansicht überhaupt keine Asbestose vorgelegen habe. Selbst wenn man davon ausgehe, dass Prof. Dr. O. im Ergebnis zutreffend das Vorliegen einer Berufskrankheit verneint habe, stelle die abschließende Beurteilung von Prof. Dr. N. in seinem Gutachten bereits eine konkrete Möglichkeit des Vorliegens der Berufskrankheit dar, so dass die Anerkennung der BK durch die Beklagte nicht offenkundig unrichtig gewesen sei. Eine abschließende medizinische Bewertung des Vorliegens einer BK sei daher nur nach eingehender Würdigung und Bewertung der vorliegenden bildgebenden Untersuchungsergebnisse möglich, was aus Sicht des Gerichts nur durch Einholung eines weiteren radiologischen Zusatzgutachtens und ggf. auch durch Einholung ergänzender Stellungnahmen der Sachverständigen erfolgen könne. Bei Notwendigkeit eines derartigen Wertungsaktes lasse sich eine Offenkundigkeit im Sinne des [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) jedoch nicht begründen. Eine derart intensive Prüfung würde auch keinen Unterschied zur Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen des [§ 63 Abs. 1 SGB VII](#) mehr aufweisen, so dass die Rechtsvermutung des [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) faktisch leer laufen würde. Von Dr. L. und Prof. Dr. N. sei auch eine Pleurafibrose beschrieben worden, bei der es sich ebenfalls um eine durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura im Sinne der BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV handle. Gleiches gelte auch für die Höhe der festgestellten MdE. Im Befundbericht des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft vom 7. November 2007 werde von einer schwerstgradigen kombinierten Restriktion, Obstruktion und Überblähung berichtet. Dr. L. habe dies insgesamt als Folge der Berufskrankheit aufgefasst und die MdE daher mit 100 v.H. bewertet. Der medizinische Berater der Beklagten habe ausgeführt, dass eine Trennung der Verursachungsbeiträge und damit der MdE nicht möglich sei. Es sei zwar von Konkurrenzursachen auszugehen, die sich aber betragsmäßig nicht erfassen lassen würden. Prof. Dr. N. habe demgegenüber in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass restriktive Komponenten seit Januar 2008 nachweisbar gewesen seien und die obstruktive Ventilationsstörung aufgrund der nur leichten röntgenologischen Veränderungen nicht zwingend auf die Asbestose zurückzuführen sei. Er habe ausgeführt, dass für den restriktiven Anteil der Lungenerkrankung eine MdE von 100 v.H. nicht gerechtfertigt sei. Es würden also auch unterschiedliche medizinische Äußerungen über die Frage des Verursachungsbeitrages der Asbestose in Bezug auf die beim Kläger bestehende Obstruktion vorliegen. Nach alledem liege weder eine Offenkundigkeit der Fehlerhaftigkeit der anerkannten Berufskrankheit noch der festgestellten Höhe der MdE vor. Demzufolge sei auch das Fehlen des Kausalzusammenhangs zwischen der Berufskrankheit und dem Tod des Versicherten nicht offenkundig.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 1. November 2013 zugestellte Urteil am 26. November 2013 beim Hessischen Landessozialgericht Berufung eingelegt. Die Beklagte macht geltend, aus dem Gutachten des Prof. Dr. O. ergebe sich schlüssig und nachvollziehbar, dass beim Versicherten zu keinem Zeitpunkt eine asbestbedingte Erkrankung und somit keine BK Nr. 4103 vorgelegen habe. Da der Versicherte somit zweifelsfrei nicht an den Folgen einer BK Nr. 4103 gelitten habe und damit auch nicht an den Folgen einer Berufskrankheit habe verstorben sein können, bestehe auch kein Anspruch der Klägerin auf Hinterbliebenenleistungen. Bereits nach ihrem Wortlaut gelte die Rechtsvermutung des [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) nur für Versicherte, die im Zeitpunkt ihres Todes an einer der bezeichneten Berufskrankheiten mit einer MdE von mindestens 50 v.H. tatsächlich gelitten hätten. Beim Versicherten habe jedoch eine Asbestose nachweislich nicht vorgelegen. Sofern die Rechtsvermutung hier tatsächlich vorgelegen habe, wäre sie schlüssig widerlegt. Selbst wenn für die festgestellten Ansprüche des Versicherten möglicherweise die Rücknahme des Anerkennungsbescheides aufgrund von Vertrauensschutz ganz oder teilweise ausgeschlossen sei, so könne sich dieser Vertrauensschutz nicht auf Leistungen erstrecken, die noch gar nicht festgestellt seien. Wenn der Gesetzgeber eine solche Ausdehnung des Vertrauensschutzes gewollt hätte, hätte er dies auch klar zum Ausdruck gebracht.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. Oktober 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist die Klägerin auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils. Ergänzend trägt die Klägerin vor, es sei von der Beklagten nicht dargelegt, dass der Tod des Versicherten offenkundig nicht im Zusammenhang mit der festgestellten Berufskrankheit stehen würde. Hierfür spreche das Gutachten des Dr. L., der den Versicherten als einziger der Gutachter zu seinen

Lebzeiten untersucht habe.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf die Gerichtsakte und die zum Verfahren beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig. Sie ist insbesondere form- und fristgerecht eingelegt ([§ 87 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. §§ 153 Abs. 1, 151 SGG](#)) und statthaft ([§ 143 SGG](#)). Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Deswegen war das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente.

Anspruchsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch auf Witwenrente ist [§ 65 SGB VII](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 1, Abs. 2 SGB VII](#). Gemäß [§ 65 Abs. 1 SGB VII](#) erhalten Witwen von Versicherten Witwenrente, solange sie nicht wieder geheiratet haben. Gemäß [§ 63 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Satz 2 SGB VII](#) haben Hinterbliebene Anspruch auf Hinterbliebenenrente, wenn der Tod infolge des Versicherungsfalles eingetreten ist. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)).

[§ 63 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) begründet für die abschließend aufgezählten Berufskrankheiten, nämlich die Silikose (BK Nr. 4101 der Anlage 1 zur BKV), die Siliko-Tuberkulose (BK Nr. 4102 der Anlage 1 zur BKV), die Asbestose (BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV) sowie die Asbestose in Verbindung mit Lungenkrebs (BK Nr. 4104 der Anlage 1 zur BKV), eine Rechtsvermutung dahingehend, dass der Tod auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, wenn die MdE des verstorbenen Versicherten mindestens 50 v.H. betragen hat (BSG, Urteil vom 7. Februar 2006 - [B 2 U 31/04](#); Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 29. April 2014 - Az. [L 3 U 211/10](#); Jentsch, in: jurisPK-SGB VII, § 63 Rn. 20 f., Stand: 15. März 2014). Grundlage der gesetzlichen Vermutung ist die Erkenntnis, dass in den Fällen der durch die genannten Berufskrankheiten um mehr als 50 v.H. geminderten Erwerbsfähigkeit regelmäßig davon auszugehen ist, dass der Versicherungsfall eine wesentliche Bedingung für den Tod des Versicherten war (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 29. April 2014 - Az. [L 3 U 211/10](#); Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 31. August 2004 Az. [L 9 U 115/02](#); Jentsch, in: jurisPK-SGB VII, § 63 Rn. 21, Stand: 15. März 2014).

Voraussetzung für die Anwendung des [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) ist nach dem klaren Wortlaut der Vorschrift, dass eine der dort genannten BKen und die Mindest-MdE in Höhe von 50 v.H. zum Todeszeitpunkt tatsächlich vorlagen; auf die Anerkennung der BK bzw. die Gewährung oder Feststellung einer Verletztenrente wegen dieser MdE zum Todeszeitpunkt kommt es hingegen nicht an (vgl. BSG, Urteil vom 7. Februar 2006 Az. [B 2 U 31/04 R](#)). Ist eine BK im Todeszeitpunkt des Versicherten vom Träger der Unfallversicherung noch nicht anerkannt, trifft mithin den Hinterbliebenen die Beweislast hinsichtlich des Vorliegens der BK und hinsichtlich der Höhe der MdE. Als Beweismaßstab gilt der Vollbeweis. Gelingt dem Hinterbliebenen der Vollbeweis in Bezug auf das Vorliegen einer in [§ 63 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) genannten BK und in Bezug auf die dort genannte Höhe der MdE von mindestens 50 v.H., so wird die erforderliche haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem Versicherungsfall und dem Tod (vgl. die Formulierung "infolge" in [§ 63 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)) gemäß [§ 63 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) vermutet. Nach [§ 63 Abs. 2 Satz 2 SGB VII](#) gilt diese Vermutung nicht, wenn offenkundig ist, dass Tod und Berufskrankheit nicht in ursächlichem Zusammenhang stehen. Offenkundigkeit in diesem Sinne liegt nur dann vor, wenn die Berufskrankheit mit einer jeden ernsthaften Zweifel ausschließenden Wahrscheinlichkeit den Tod des Versicherten in medizinischer Sicht nicht erheblich mitverursacht und den Todeseintritt nicht um wenigstens ein Jahr beschleunigt hat (BSG, Urteil vom 7. Februar 2006 - [B 2 U 31/04](#); Jentsch, in: jurisPK-SGB VII, § 63 Rn. 26, Stand: 15. März 2014), wenn also nur eine weit entfernt liegende und nur theoretische Möglichkeit ohne jeden realen Bezug des Zusammenhangs besteht (BSG, Urteil vom 04. August 1981 - [5a/5 RKnU 2/80](#); Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 29. April 2014 - Az. [L 3 U 211/10](#); Jentsch, in: jurisPK-SGB VII, § 63 Rn. 26, Stand: 15. März 2014; Burchardt, in: P. Becker u. a., SGB VII, § 63 Rn. 47a, Stand: Februar 2012). Bloße Zweifel am Zusammenhang hinsichtlich des Kausalzusammenhangs reichen nicht aus (Jentsch, in: jurisPK-SGB VII, § 63 Rn. 26, Stand: 15. März 2014). Demnach fehlt der Ursachenzusammenhang z.B. offenkundig, bei dem Tod des Versicherten durch einen Verkehrsunfall und in der Regel auch bei Todesursachen, die von einem anderen Organ als dem von der BK betroffenen ausgehen (Ricke, in: Kasseler Kommentar, [§ 63 SGB VII](#) Rn. 8, Stand: 2009). Die objektive Beweislast für die Offenkundigkeit trägt der Träger der Unfallversicherung (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 29. April 2014 - Az. [L 3 U 211/10](#); Jentsch, in: jurisPK-SGB VII, § 63 Rn. 27, Stand: 15. März 2014). Verwertbar sind alle zulässigen Beweismittel, lediglich Obduktionen dürfen gemäß [§ 63 Abs. 2 Satz 2 SGB VII](#) aus Pietätsrücksichten nicht verlangt werden (Ricke, in: Kasseler Kommentar, [§ 63 SGB VII](#) Rn. 9, Stand: 2009). Der für den Unfallversicherungsträger geltende Beweismaßstab ist der Vollbeweis.

Der Zweck des [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) besteht darin, den Hinterbliebenen bei bestimmten BKen, bei denen die Kausalität zwischen Erkrankung und Tod häufig nicht ohne Obduktion festzustellen ist, die Zwangslage zu ersparen, einer Exhumierung trotz Verletzung ihres sittlichen Empfindens zustimmen zu müssen ([BT-Drucks. IV/938 S. 14](#) zu § 588 Abs. 2).

Über den Wortlaut des [§ 63 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) hinaus erfasst die Vermutung nach allgemeiner Meinung auch die Richtigkeit der bestandskräftigen Feststellung einer der genannten Berufskrankheiten sowie die Richtigkeit der bestandskräftigen Feststellung der Höhe der MdE durch den Träger der Unfallversicherung gegenüber dem Versicherten (BSG, Urteil vom 7. Februar 2006 - Az. [B 2 U 31/04 R](#); Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 31. August 2004 - Az. [L 9 U 115/02](#); Jentsch, in: jurisPK-SGB VII, § 63 Rn. 21, Stand: 15. März 2014). Es ist nämlich auch Sinn und Zweck der Norm, regelmäßig ein erneutes Infragestellen der bereits durch bindende Bescheide des Unfallversicherungsträgers getroffenen Feststellungen über das Vorliegen einer BK und die Höhe der dadurch bedingten MdE zu vermeiden und erst im Falle einer offenkundig dem entgegenstehenden Sachlage davon abzuweichen (vgl. BSG, Urteil vom 7. Februar 2006 - Az. [B 2 U 31/04 R](#)). Die erforderliche haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem Versicherungsfall und dem Tod wird auch in diesem Fall gemäß [§ 63 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) vermutet. Im Fall der bindenden Feststellung der BK und der hieraus resultierenden MdE stehen der Tod und die BK nicht in ursächlichem Zusammenhang, wenn die Voraussetzungen für die Feststellung der BK und/oder einer BK-bedingten MdE in Höhe von mindestens 50 v.H. offensichtlich im Zeitpunkt des Todes nicht (mehr) vorgelegen haben und/oder die Kausalität offensichtlich nicht gegeben ist. In diesem Sinn hat die BK im Zeitpunkt des Todes des Versicherten dann offenkundig nicht vorgelegen, wenn sie im Zeitpunkt des Todes ohne jeden ernsthaften Zweifel tatsächlich nicht bestanden hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. September 1970 - Az. [5 RKnU 3/68](#)). Dies bedeutet, dass die BK und/oder die erforderliche Mindest-MdE jedenfalls dann ohne jeden ernsthaften Zweifel nicht bestanden hat, wenn das Nichtbestehen mit der für den Vollbeweis erforderlichen an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage 2014, § 128 Rn. 3b) feststeht, wobei die objektive Beweislast hierfür der Träger der Unfallversicherung

trägt. Für diese Auslegung der Offenkundigkeit hinsichtlich des Nichtvorliegens der BK oder der Mindest-MdE spricht, dass die diesbezüglichen Anforderungen im Rahmen des [§ 63 Abs. 2 Satz 2 SGB VII](#) nicht strenger sein können, als die Anforderungen im Rahmen des [§ 45](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz - SGB X - hinsichtlich der Rechtswidrigkeit des Feststellungsbescheides. Dem liegt folgende Überlegung zu Grunde: Wenn der Träger der Unfallversicherung den Bescheid, mit dem die BK und die zu Grunde liegende MdE festgestellt wurden, bestandskräftig nach [§ 45 SGB X](#) aufgehoben hat, greift die Vermutung des [§ 63 Abs. 2 Satz 2 SGB VII](#) nicht mehr in Bezug auf das Vorliegen der BK und der erforderlichen Mindest-MdE. Der Hinterbliebene muss dann im Vollbeweis das Vorliegen einer der in [§ 63 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) genannten BKen sowie die hieraus resultierende MdE in Höhe von 50 v.H. beweisen. Hat der Träger der Unfallversicherung den Bescheid, mit dem die BK und die MdE in Höhe von mindestens 50 v.H. festgestellt wurden, nicht gemäß [§ 45 SGB X](#) aufgehoben, beispielsweise weil der Versicherte zuvor verstorben ist, so wäre es widersprüchlich, wenn der Träger der Unfallversicherung hieran gegenüber den Hinterbliebenen weitergehend gebunden wäre, als er gegenüber dem Versicherten gebunden war. D.h. dem Unfallversicherungsträger muss es möglich sein, mit dem gleichen Beweismaßstab, nämlich dem Vollbeweis, zu beweisen, dass die BK oder die Höhe der MdE falsch festgestellt wurden. D.h., es ist darauf abzustellen, ob es dem Unfallversicherungsträger in einem gedachten Verfahren auf Aufhebung des Feststellungsbescheides nach [§ 45 SGB X](#) gelingen würde, die Rechtswidrigkeit des Feststellungsbescheides mit der für den Vollbeweis erforderlichen an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis, so ist die BK oder die Höhe der MdE offensichtlich unrichtig festgestellt worden. Für diesen Beweis stehen dem Unfallversicherungsträger alle zulässigen Beweismittel, mit Ausnahme der Obduktion (vgl. [§ 63 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz SGB VII](#)), zur Verfügung. Mithin dürfen die vorhandenen Befunde durch den Unfallversicherungsträger beigezogen, ausgewertet und gutachtlich überprüft werden. Diese Auffassung führt auch nicht, wie das Sozialgericht meint, dazu, dass [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) faktisch leer laufen würde. Nach wie vor beinhaltet die Vorschrift eine Beweislastumkehr und hinsichtlich der Kausalität zudem eine Verschärfung der Beweislast zu Lasten der Beklagten, da die Beklagte den Ausschluss der Kausalität im Vollbeweis nachweisen muss, während für den Hinterbliebenen die hinreichende Wahrscheinlichkeit der Kausalität genügt. Zudem dürfte die Vorschrift des [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) nach wie vor entsprechend ihrem Zweck bewirken, dass der Träger der Unfallversicherung in dem auf die Gewährung von Hinterbliebenenleistungen gerichteten Verfahren nur dann eine Überprüfung des Vorliegens der Voraussetzungen einer BK sowie der Höhe der MdE einleitet, wenn sich Anhaltspunkte für eine Fehlerhaftigkeit der Feststellungsentscheidung ergeben.

Die Klägerin ist Hinterbliebene, nämlich Witwe des Versicherten. Die Beklagte hat mit bestandskräftigem Bescheid vom 21. Mai 2008 beim Versicherten eine Asbeststaublungenenerkrankung als BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV anerkannt und ab dem 16. Januar 2008 eine MdE von 100 v.H. festgestellt. Ab dem 16. Januar 2008 gewährte die Beklagte dem Versicherten Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 100 v.H. Damit ist für den Todeszeitpunkt das Vorliegen einer BK Nr. 4103 bei einer MdE von 100 v.H. gegenüber der Klägerin (als Rechtsnachfolgerin des Versicherten) rechtsverbindlich festgestellt worden.

Damit gilt zu Gunsten der Klägerin nicht nur eine Rechtsvermutung hinsichtlich der Kausalität zwischen Tod und BK, sondern auch die Rechtsvermutung, dass bei dem Versicherten eine BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV mit einer MdE von 100 v.H. vorlag. Diese Rechtsvermutung zugunsten der Klägerin hinsichtlich des Vorliegens einer BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV mit einer MdE von 100 v.H. ist jedoch wegen offenkundiger Unrichtigkeit der BK-bedingten MdE widerlegt.

Im vorliegenden Fall kann zwar das Vorliegen der Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV beim Versicherten nicht offenkundig ausgeschlossen werden. Jedenfalls aber resultierte aus der BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV offenkundig keine MdE von mindestens 50 v.H. Dies ergibt sich aus den schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten des Prof. Dr. N. und des Prof. Dr. O. Pathologisch-anatomisch ist die Asbestose durch eine diffuse, interstitielle, zunächst peribronchial betonte Fibrose charakterisiert, bevorzugt im Mittel- und Untergeschoss der Lunge. Als richtungweisend für die Diagnose einer Asbeststaublungenenerkrankung oder einer durch Asbeststaub verursachten Erkrankung der Pleura gelten Pleuraverschielungen und kalkhaltige Pleuraplaques (Schönberger/ Mehrten/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 1028). Lungenfunktionell geht mit der Asbeststaublungenenerkrankung primär eine restriktive Ventilationsstörung infolge der verminderten Dehnbarkeit des Lungengewebes bei Lungenfibrose einher. Es bestehen Diffusions- bzw. Gasaustauschstörungen (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Auflage 2014, S. 2236 f.; Schönberger/ Mehrten/ Valentin a. a. O., S. 1028). Im weiteren Verlauf kommt es zu Einschränkungen der pulmo-kardialen Leistungsbreite. In fortgeschrittenen Stadien können obstruktive Ventilationsstörungen und Verteilungsstörungen hinzutreten (Schönberger/ Mehrten/ Valentin a. a. O., S. 1028).

Ausweislich der gutachtlichen Stellungnahmen von Prof. Dr. O. und Prof. Dr. N. ergibt die Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 10. Februar 1992, vom 26. Juni 2007 und vom 20. November 2007 sowie der HRCT-Aufnahme vom 17. Januar 2008, dass beim Versicherten gering ausgeprägte fibrotische Veränderungen im Bereich von Pleura und Lunge vorlagen. Das Ergebnis der Auswertung der bildgebenden Befunde wird auch durch die von beiden Gutachtern vorgenommene Auswertung sämtlicher vorliegender Lungenfunktionsprotokolle, aus denen sich keine restriktiven Ventilationsstörungen ergeben, gestützt. Für das Vorliegen geringer fibrotischer Veränderungen im Bereich von Pleura und Lunge spricht lediglich die am 7. November 2007 im Lungenfunktionsprotokoll einmalig gemessene, leicht erniedrigte totale Lungenkapazität. Diese Gesichtspunkte sprechen dafür, dass das Vorliegen der Voraussetzungen einer BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV nicht offenkundig ausgeschlossen werden kann. Prof. Dr. O. und Prof. Dr. N. sind sich jedoch darüber einig, dass die beim Versicherten vorliegenden asbestbedingten Veränderungen so gering ausgeprägt sind, dass sich hieraus keine wesentlichen funktionellen Auswirkungen ergeben. Diese Einschätzung des Prof. Dr. O. stimmt mit der unfallmedizinischen Fachliteratur überein, wonach bei ausschließlich im HRCT erkennbaren fibrotischen Veränderungen ein leichter Asbestose-Funktionsschaden nicht auszuschließen ist (Schönberger/ Mehrten/ Valentin a. a. O., S. 1030). Da sich die bildgebenden Befunde im Lauf der Zeit nicht wesentlich verändert haben, ist auch nicht davon auszugehen, dass die Asbestveränderungen bis zum Tod des Versicherten noch wesentlich zugenommen haben. Mithin liegt aufgrund der BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV offenkundig eine MdE von weniger als 20 v.H. vor (vgl. hierzu auch Schönberger/ Mehrten/ Valentin a. a. O., S. 1037). Die seit 2002 in deutlichem Maß nachzuvollziehende Minderung der Vitalkapazität ist nach Einschätzung beider Gutachter in erster Linie Ausdruck der schweren obstruktiven Lungenerkrankung mit Lungenemphysem, die jedoch nicht auf die Einwirkung von Asbest zurückzuführen ist, sondern insbesondere auf das ausgeprägte Rauchverhalten des Versicherten.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten des Dr. L. und aus der Stellungnahme des Prof. Dr. M., da beide in ihre MdE-Bewertung die asbestunabhängige obstruktive Ventilationsstörung mit einbezogen haben. Lungenfunktionell geht aber mit der Asbeststaublungenenerkrankung primär eine restriktive Ventilationsstörung infolge der verminderten Dehnbarkeit des Lungengewebes bei Lungenfibrose einher. Erst in fortgeschrittenen Stadien können obstruktive Ventilationsstörungen hinzutreten (s.o.). Bildgebende Befunde,

die mehr als geringe asbestbedingte funktionelle Auswirkungen erklären könnten, haben beide Ärzte ebenfalls nicht beschrieben. Vielmehr schreibt Dr. L. ausdrücklich, dass sich eine Asbestose beweisende Strukturmerkmale nicht aufzeigen lassen würden. Allein Prof. Dr. M. führte aus, der Nachweis asbestbedingter Lungenveränderungen in Form von Plaquesbildung oder Fibrose im Lungenmittelfeld, besonders links, ergebe sich aus bildgebenden Befunden, ohne dies allerdings nachvollziehbar beispielsweise anhand der Streuung und Form der asbestbedingten Veränderungen zu begründen. Mithin können der gutachterlichen Stellungnahme des Prof. Dr. M. keine Anhaltspunkte in Bezug auf das Ausmaß der asbestbedingten Veränderungen entnommen werden.

Der Tod des Versicherten beruht auch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die geringen fibrotischen Veränderungen im Bereich von Lunge und Pleura. Da die in [§ 63 Abs. 2 SGB VII](#) aufgestellte Vermutung der Kausalität zwischen der beim Versicherten festgestellten BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV und dem Tod des Versicherten widerlegt ist, ist nun zu prüfen, ob die BK Nr. 4103 der Anlage 1 zur BKV als wesentliche Teilursache den Tod des Versicherten mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich mitverursacht hat. Für die nach [§ 63 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) erforderliche (haftungsausfüllende) Kausalität zwischen dem Versicherungsfall und dem Tod ("infolge") gilt die Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung (vgl. BSG, Urteil vom 23. Oktober 1975 - [2 RU 65/75](#); Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 29. April 2014 - Az. [L 3 U 211/10](#); Burchardt, in: P. Becker u. a., SGB VII, § 63 Rn. 10, 38, Stand: Januar 2011; Jentsch, in: jurisPK-SGB VII, § 63 Rn. 18, Stand: 15. März 2014). Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht in der ersten Prüfungsstufe auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio-sine-qua-non). Wirken z.B. eine krankhafte Veranlagung und ein Unfallereignis bei der Entstehung einer Körperschädigung zusammen, so sind beide Umstände Bedingungen im naturwissenschaftlichen Sinne für das Unfallgeschehen. Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Im Sozialrecht erfolgt diese Unterscheidung und Zurechnung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung, nach welcher als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen werden, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (so das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung, vgl. etwa BSG, Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#)). Hierbei gilt, dass es mehrere rechtliche Mitursachen geben kann, wobei sozialrechtlich alleine relevant ist, ob das Unfallereignis als solches wesentlich war. Ob es eine konkurrierende Ursache war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#)). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannten Ursachen "wesentlich" und damit Ursachen im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber im zweiten Prüfungsschritt nicht als "wesentlich" anzusehen ist, scheidet damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung im Sinne des Sozialrechts aus. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen oder abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#)). Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens (wobei allerdings eine Ursache nicht deswegen wesentlich ist, weil sie die letzte war), weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#)).

Ausweislich des schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachtens des Prof. Dr. O. war die asbestunabhängige chronisch obstruktive Atemwegserkrankung ursächlich für den Tod des Versicherten. Der Tod kann nicht ursächlich oder teilsursächlich auf die geringgradigen pleuralen Veränderungen und die geringgradigen fibrotischen Veränderungen im Lungenparenchym zurückgeführt werden.

Der Tod des Versicherten ist auch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit i.S.d. [§ 63 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) infolge einer BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV eingetreten. Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV liegen bei dem Versicherten ebenfalls nicht vor. Unter Nr. 4302 sind in der Anlage 1 zur BKV "durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können" erfasst.

Beim Versicherten lag ausweislich sämtlicher Gutachten eine obstruktive Atemwegserkrankung als Grundvoraussetzung für die Anerkennung der BK Nr. 4302 vor. Diese obstruktive Atemwegserkrankung beruht jedoch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf der Exposition des Versicherten gegenüber Schweißrauchen und Metallstäuben im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit. Für die Anerkennung der BK nach Nr. 4302 der Anlage 1 zur BKV ist das Vorliegen sogenannter Inhalationsnoxen im Sinne chemisch-irritativ oder toxisch wirkender Arbeitsstoffe notwendig (so auch Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 7. Oktober 2013 - [L 2 U 444/09](#)). Zudem muss über die allgemeine berufliche Gefährdung hinaus als wahrscheinlich nachgewiesen sein, dass die berufliche Tätigkeit wesentliche (Mit-) Ursache für die Gesundheitsstörung war (Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 7. Oktober 2013 - Az. [L 2 U 444/09](#)). Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung sind dabei nur solche Ursachen rechtserheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 9/08 R](#)).

Der Versicherte war im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Schlosser und im Rahmen seiner Tätigkeit bei H. regelmäßig gegenüber Schweißrauchen und gegenüber Metallstäuben exponiert. Diese waren indes nicht wesentliche (Mit-) Ursache für den Eintritt seiner Erkrankung. Die Ursache der obstruktiven Atemwegserkrankung ist vorrangig in dem früheren Inhalationsrauchen des Versicherten zu sehen. Ob das Inhalationsrauchen 1982 oder 1992 beendet wurde, macht keinen bedeutenden Unterschied. Möglicherweise hatten auch rezidivierende Infekte einen ungünstigen Einfluss auf die Erkrankung. Für diese Feststellungen stützt sich der Senat auf das Gutachten des Prof. Dr. N. Der Senat hat keine Zweifel an der Richtigkeit dieses Gutachtens, zumal die Feststellungen von Prof. Dr. N. im Wesentlichen mit denen von Prof. Dr. O. übereinstimmen. Zwar kommt Prof. Dr. O. zu dem Ergebnis, dass als Ursache für die chronisch obstruktive

Atemwegserkrankung auch eine Schweißraucheinwirkung am Arbeitsplatz des Versicherten in Betracht kommt. Eine Abgrenzung gegenüber dem Rauchkonsum von etwa 50 Packungsjahren sei jedoch anhand der vorliegenden medizinischen Befunde nicht möglich. Demzufolge kann auch aus dem Gutachten des Prof. Dr. O. nicht abgeleitet werden, dass die beim Versicherten vorliegende obstruktive Atemwegserkrankung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf der Exposition gegenüber Schweißrauchen und Metallstäuben und nicht auf dem Rauchkonsum des Versicherten beruht. Hiermit übereinstimmend vermutet auch der ärztliche Berater der Beklagten, Prof. Dr. M., einen wichtigen Anteil des Rauchens und der stattgehabten Atemwegsinfekte an dem beim Versicherten vorliegenden Endzustand der obstruktiven Atemwegserkrankung. Wie Dr. L. auf einen Rauchkonsum des Versicherten von lediglich 12 Packungsjahren kommt, kann demgegenüber nicht nachvollzogen werden. Ein derart geringer Rauchkonsum ist jedenfalls nicht nachgewiesen, im Hinblick auf die Angaben des Dr. I. in seinem Befundbericht vom 17. Dezember 2007, wonach der Kläger 30 Jahre lang ca. 40 Zigaretten pro Tag geraucht habe.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), diejenige über die Nichtzulassung der Revision auf [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-02-24