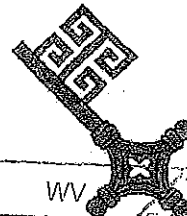




# Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Im Namen des Volkes

Urteil

Kopie an Mdt. Stellungnahme	WV
<b>EINGEGANGEN</b>	
16. Jan. 2019	
Battenstein & Battenstein Rechtsanwälte	
Kopie an Mdt. Kenntnis Mdt. Zahlung	Kopie an Mdt. z.d.A. Mdt. Auss.

Verkündet am: 06. September 2018

Verwaltungsgestellte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

**L 14 U 48/18**

S 29 U 9/12 Sozialgericht Bremen

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

– Klägerin und Berufungsbeklagte –

Prozessbevollmächtigte:  
Rechtsanwälte Battenstein & Battenstein,  
Leostraße 21, 40545 Düsseldorf

gegen

Berufsgenossenschaft [REDACTED]

– Beklagte und Berufungsklägerin –

hat der 14. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 6. September 2018 in Bremen durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht [REDACTED], den Richter am Landessozialgericht [REDACTED], die Richterin am Landessozialgericht [REDACTED] sowie die ehrenamtlichen Richter [REDACTED] und [REDACTED] für Recht erkannt:

**Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 2. Februar 2018 wird zurückgewiesen.**

**Die Beklagte hat der Klägerin auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

## Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin einen Anspruch auf Gewährung von Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung hat.

Die Klägerin ist die Witwe des am 9. März 2011 verstorbenen Versicherten [REDACTED] (im Folgenden: Versicherter).

Aufgrund einer von Dr. [REDACTED] Ärztin für Innere Medizin, Bremerhaven, am 14. Dezember 2000 erstatteten „Ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit (BK)“, in der diese den Verdacht auf das Vorliegen einer Asbestose bei dem 1940 geborenen Versicherten äußerte, leitete die Beklagte ein BK-Feststellungsverfahren zur BK-Ziffer 4103 ein. Dabei befragte sie u.a. den Versicherten zu dessen beruflichen Lebenslauf (ab 01/1955 bis 01/1994 Tätigkeiten als Maschinenbauer, Ingenieurs-Assistent/Ingenieur, Mitglied der Maschinenbesatzung verschiedener Seeschiffe) und bat ihren Präventionsdienst um Stellungnahme zu den beruflichen Asbestbelastungen, der am 23. März 2001 im Wesentlichen ausführte, dass keine Unterlagen mehr zu den Arbeitgebern des Versicherten vorlägen, allerdings von einem errechneten Asbestkontakt von 6,095 Asbestfaserjahren auszugehen sei.

Anschließend veranlasste sie eine Begutachtung des Versicherten durch Dr. [REDACTED], die in ihrem Gutachten vom 27. Juni 2001 das Vorliegen einer BK-4103 aus medizinischer Sicht bejahte, allerdings die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) noch mit unter 20 v.H. einschätzte, weil bei dem Versicherten eine pulmonale Fibrose im Sinne einer Lungenasbestose sowie eine leichte Pleuraasbestose ohne größere Lungenfunktionseinschränkungen, insbesondere der Vitalkapazität, vorgelegen hätten. Zusätzlich hierzu holte die Beklagte das röntgenologische Zusatzgutachten des Prof. Dr. [REDACTED] vom 13. Juni 2001 ein.

Mit Bescheid vom 25. September 2001 erkannte die Beklagte daraufhin das Vorliegen einer BK-4103 an und bezeichnete die BK-Folgen (Lungenasbestose mit bindegewebsartigen Veränderungen – Fibrose – und leichter Asbestose des Brustfells mit einzelnen verkalkten Verdickungen des Brustfells beiderseits – Pleuraplaques – herabgesetzte Lungendehnbarkeit ohne bedeutsame Lungenfunktionseinschränkung). Die Gewährung von Rentenleistungen lehnte sie hingegen ab, weil keine BK-bedingte MdE in rentenberechtigendem Grad aufgrund der BK-Folgen vorliege.

In den Jahren 2002 und 2003 veranlasste die Beklagte Nachbegutachtungen des Versicherten durch Dr. [REDACTED] (Gutachten vom 31. Juli 2002 und 16. Juli 2003) und Dr. [REDACTED], Internist,

Bremerhaven (Gutachten vom 29 August 2003), die jedoch zu keiner Einschätzung einer MdE um 20 v.H. führten.

Nach zwei stationären Aufenthalten des Versicherten (7. August 2007 bis 9. August 2007 und 12. Februar 2008 bis 14. Februar 2008 in der Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin des Klinikums Bremen-Ost) stellte dann Dr. [REDACTED] in ihrem am 29. Mai 2008 erstatteten Gutachten (unter Auswertung eines Zusatzgutachtens des Dr. [REDACTED] vom 22. Mai 2008) sowie einer am 23. Juni 2008 hierzu erstellten ergänzenden Stellungnahme eine BK-bedingte MdE um 30 v.H. fest.

Aufgrund einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. [REDACTED] Internist, vom 31. März 2008, der nach Auswertung der medizinischen Unterlagen von einer Lungenfibrose unklarer Genese ausging, einer Einschätzung, der allerdings Prof. Dr. [REDACTED] in seinem Zusatzgutachten entgegentrat, führte die Beklagte zunächst weitere Ermittlungen zur Asbestexposition durch Befragung ihres eigenen Präventionsdienstes (Stellungnahme vom 29. August 2008 mit Bejahung einer Asbestexposition des Versicherten in der Zeit vom 23. März 1982 bis 4. August 1982 während der Fahrzeit auf der [REDACTED] Express“) sowie den der damaligen Berufsgenossenschaft [REDACTED] (Stellungnahme vom 15. Oktober 1988 mit Errechnung einer Asbestexposition von 0,9 Faserjahren für die Tätigkeitszeiträume des Versicherten als Maschinenschlosser in der Zeit vom 1. Januar 1955 bis 1. September 1958 und 1. Oktober 1958 bis 16. Januar 1960) durch.

Nachdem sich Dr. Sostmann in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 19. November 2008) der Einschätzung des Prof. Dr. [REDACTED] angeschlossen hatte, bewilligte die Beklagte dem Versicherten mit Bescheid vom 18. Dezember 2008 aufgrund der bereits anerkannten BK-4103 mit Wirkung vom 7. August 2007 Rentenleistungen auf Grundlage einer MdE um 30 v.H. Ferner bezeichnete sie die BK-Folgen neu (Lungenasbestose mit bindegewebsartigen Veränderungen – Fibrose – und leichter Asbestose des Brustfells mit einzelnen verkalkten Verdickungen des Brustfells beiderseits – Pleuraplaques – herabgesetzte Lungendehnbarkeit mit leichtgradiger Einschränkung der Lungenfunktion).

Eine Nachbegutachtung des Versicherten durch Dr. [REDACTED] im Jahr 2009 erbrachte keine Änderung der BK-bedingten MdE (Gutachten vom 13. Mai 2009). Die in den Jahren 2010 und 2011 in der Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin des Klinikums [REDACTED] erfolgten Nachbegutachtungen erbrachten ebenfalls keine Veränderungen im Gesundheitszustand des Versicherten (Berichte vom 2. März 2010 und 7. Januar 2011).

Nach einer vom 17. Februar 2011 bis 23. Februar 2011 in der Klinik [REDACTED] aufgrund des Verdachts auf eine Pneumonie im linken Unterfeld durchgeführten stationären Behandlung des Versicherten (Bericht vom 23. Februar 2011) erhielt die Beklagte dann am 10. März 2011 die Mitteilung, dass der Versicherte am 9. März 2011 verstorben sei.

Nach telefonischer Rückfrage am 10. März 2011 (Vermerk vom selben Tag) bei Prof. Dr. [REDACTED] Klinik [REDACTED], der einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Tod des Versicherten und der BK-4103 als wahrscheinlich ansah, veranlasste die Beklagte – mit Einverständnis der Klägerin – eine Obduktion durch PD Dr. [REDACTED], Pathologisches Institut [REDACTED], sowie eine pathologische Untersuchung durch Prof. [REDACTED], Institut für Pathologie der [REDACTED] Universität [REDACTED], mit entsprechender Gutachtenerstattung.

Prof. Dr. [REDACTED] / Dr. [REDACTED] führten in ihrer am 15. April 2011 erstatteten Stellungnahme zusammenfassend aus, dass das Ergebnis der Lungenstaubanalyse der rechten Lunge eine Asbestfaseranzahl von 30 Asbestfasern, der linken Lungen von 70 Asbestfasern ergeben hätte. Es bestehe ein Hinweis auf eine geringfügig vermehrte Asbestbelastung. Im Ergebnis sei von einer idiopathischen Lungenfibrosè auszugehen.

PD Dr. [REDACTED] gelangte in seinem am 21. Juni 2011 erstatteten Gutachten zum Ergebnis, dass sich im Rahmen der Obduktion eine Asbestose des Brustfells mit beiderseitigen hyalinen Pleuraplaques habe bestätigen lassen, jedoch keine Asbeststaublungerkrankung im Sinne der BK-4103. Bei der Diskrepanz im Nachweis einer nur geringen objektivierbaren Asbestinkorporation im Lungenparenchym und einer sehr ausgeprägten sowie jetzt progredienten fibrosierenden Lungengerüsterkrankung lägen die typischen Befunde einer Lungenasbestose nicht vor. Den Bedenken des Dr. [REDACTED] sei zuzustimmen. Der Tod des Versicherten sei durch eine chronische fibrosierende interstitielle Lungenerkrankung sowie im Besonderen durch eine Sepsis lenta bei Endocarditis ulcero-polyposa der Trikuspidalklappe verursacht. Die asbest-bedingten Veränderungen, die bezüglich der Pleuraplaques als gegeben betrachtet werden könnten, hätten hieran jedoch keinen wesentlichen Anteil gehabt. Die chronische fibrosierende, interstitielle Lungenerkrankung könne nicht mit der dafür notwendigen Sicherheit auf eine Asbestexposition alleine zurückgeführt werden. Vom histomorphologischen Aspekt her sei eine Einordnung als idiopathische Lungenfibrose vorzunehmen.

Mit Bescheid vom 25. Juli 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 2011 lehnte die Beklagte einen Anspruch der Klägerin auf Gewährung von Hinterbliebenenleistungen dementsprechend ab. Zur Begründung bezog sie sich dabei auf die eingeholten Gutachten.

Hiergegen hat die Klägerin am 19. Januar 2012 Klage beim Sozialgericht (SG) Bremen erhoben und ihr Begehren weiterverfolgt. Das SG hat im weiteren Verlauf zunächst das Sachverständigengutachten des Prof. Dr. [REDACTED], Internist/Arbeitsmediziner, [REDACTED], vom 22. April 2014 mit ergänzenden Stellungnahmen vom 13. Oktober 2014, 23. April 2015 und 12. Dezember 2015 eingeholt, der zusammenfassend zum Ergebnis gelangte, dass der Tod des Versicherten auf die Folgen der anerkannten BK-4103 zurückzuführen sei. Bei dem Versicherten sei eine Asbestose anerkannt, es handle sich nicht um eine idiopathische Lungenfibrose. Der pathologische Nachweis einer geringen Asbestfaserzahl durch Prof. Dr. [REDACTED]/Dr. [REDACTED] sei unerheblich und stelle keine geeignete Methode dar, Chrysotilasbestfasern auszuschließen, denn diese seien aufgrund des Fahrerfluchtphänomens nicht mehr nachweisbar und deshalb zu unterstellen.

Die Beklagte ist dieser Einschätzung durch Vorlage ergänzender Stellungnahmen des Dr. [REDACTED] vom 21. Juni 2014 und 15. Dezember 2014 sowie von Prof. Dr. [REDACTED]/Dr. [REDACTED] vom 15. Juli 2014, 9. Dezember 2014, 26. Mai 2015, 7. Juli 2015 und 25. Januar 2016 entgegengetreten, die jeweils ihre Einschätzung verteidigt haben; im Ergebnis sei auf die Ergebnisse des pathologischen Gutachtens abzustellen.

Anschließend hat das SG auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Prof. Dr. [REDACTED], Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin am Universitätsklinikum [REDACTED], mit einer Gutachtenerstattung beauftragt. In seinem am 12. Januar 2017 erstatteten Sachverständigengutachten sowie einer am 31. August 2017 hierzu ergangenen ergänzenden Stellungnahme ist dieser zusammenfassend zum Ergebnis gelangt, dass der Tod des Versicherten durch die Folgen der BK-4103 eingetreten sei. Die Diagnose einer idiopathischen Lungenfibrose basiere auf dem Ausschluss anderer Ursachen, die im Falle des Versicherten nicht ersichtlich seien. Es handle sich bei der Lungenerkrankung des Versicherten um eine asbestbedingte Lungenfibrose, die von der Beklagten bereits anerkannt sei. Dafür spreche auch, dass es sich bei den festgestellten Pleuraplaques und einer Asbestose nicht um zwei unabhängige Erkrankungen handle. Der Tod sei durch Sekundärkomplikationen der Lungenasbestose eingetreten. Ein Asbestkörpernachweis sei für die Diagnose nicht erforderlich. Der Vollbeweis für eine Asbesteinwirkung sei zudem erbracht, die Lungenfibrose sei röntgenologisch und histologisch gesichert.

Die Beklagte hat hierzu unter Vorlage einer übersetzten Fassung einer Veröffentlichung der [REDACTED] Universität vom 26. Februar 2017 eingewandt, dass auch Chrysotil nach der aktuellen Studie noch nach vielen Jahren im Lungengewebe nachweisbar sei. Den Falkensteiner Empfehlungen sei zu entnehmen, dass – sofern Lungengewebe vorliege und histopathologische Untersuchungen durchgeführt worden seien – diese Ergebnisse bei der

Beurteilung der Diagnose zwingend zu berücksichtigen seien. Dies habe Prof. Dr. [REDACTED] nicht berücksichtigt.

Das SG hat auf seine mündliche Verhandlung vom 2. Februar 2018 den Bescheid der Beklagten vom 25. Juli 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 2011 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin Hinterbliebenenleistungen zu gewähren. Im Ergebnis hat sich das SG dabei den Einschätzungen der Sachverständigen Prof. Dr. [REDACTED] und Prof. Dr. [REDACTED] angeschlossen.

Gegen das ihr am 13. Februar 2018 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 26. Februar 2018 Berufung eingelegt. Zur Begründung verweist sie inhaltlich im Wesentlichen auf die Ausführungen von Prof. Dr. [REDACTED] und Dr. [REDACTED] sowie die Einschätzungen des PD Dr. [REDACTED].

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 2. Februar 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

Die Klägerin beruft sich auf das Ergebnis der erstinstanzlichen Entscheidung und führt u.a. ergänzend aus, dass PD Dr. [REDACTED] festgestellt habe, dass die Fibrose für den Tod des Versicherten verantwortlich gewesen sei. Diese Fibrose sei der anerkannten BK-4103 geschuldet. Die Beklagte habe verkannt, dass die Asbestose der Lunge wie auch die Asbestose der Pleura zu Lebzeiten anerkannt gewesen sei. Da das Weißasbest dem Fahrerfluchtphänomen unterliege, könne auch der Einschätzung von Prof. Dr. [REDACTED] nicht gefolgt werden, wenn diese ausführe, es sei kein Asbest ausreichender Art in der Lunge auffindbar gewesen. Der Nachweis von Asbestfasern im Lungengewebe sei von der BKV nicht gefordert worden.

Der Senat hat im vorbereitenden Verfahren Prof. Dr. [REDACTED] Rechtsmedizin, [REDACTED], mit einer Gutachtenerstattung nach Aktenlage beauftragt. In ihrem am 26. Juni 2018 erstatteten Gutachten ist diese zusammenfassend zum Ergebnis gelangt, dass der Tod des Versicherten nicht auf eine BK-4103 zurückzuführen sei; er habe seine Ursache in

anlagebedingten Erkrankungen. Den Einschätzungen von Prof. Dr. [REDACTED]/Dr. [REDACTED] und Dr. [REDACTED] sei zuzustimmen.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes sowie der von den Beteiligten gewechselten Schriftsätze wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gewesen sind.

### **Entscheidungsgründe**

Die gemäß §§ 143 f. Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig. Das Rechtsmittel hat in der Sache jedoch keinen Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht Bremen mit Urteil vom 2. Februar 2018 den Bescheid der Beklagten vom 25. Juli 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin Hinterbliebenenleistungen zu gewähren, denn der vorgenannte Bescheid ist rechtswidrig und beschwert die Klägerin.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Gewährung von Hinterbliebenenleistungen. Rechtsgrundlage hierfür bildet § 63 Abs. 1 SGB VII. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen ist, dass der Versicherte infolge eines Versicherungsfalles, also eines Arbeitsunfalls oder einer BK, zu Tode gekommen ist. Bei dem Versicherten kommt als Versicherungsfall – was zwischen den Beteiligten auch unstreitig ist - vorliegend ausschließlich eine Listen-BK in Betracht, und zwar die BK-Ziffer 4103 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Ansprüche der Hinterbliebenen sind allerdings nur begründet, wenn eine BK tatsächlich vorgelegen hat und zwischen ihr und dem Tode des Versicherten ein ursächlicher Zusammenhang besteht (Mehrtens/Brandenburg, Kommentar zur BKV, E § 63 SGB VII, Rn. 1). Der Tod muss deshalb rechtlich wesentliche Folge des Versicherungsfalles sein (Ricke in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 56 SGB VII, Rn. 4; Bereiter-Hahn/Mehrtens, Kommentar zum SGB VII, § 63 SGB VII, Rn. 4). Zu beachten ist ferner, dass die Hinterbliebenenrente eine selbstständige Leistung darstellt, über die unabhängig von dem Ergebnis früherer Feststellungen über eine Verletztenrente im Todesfall neu zu entscheiden ist (Bereiter-Hahn/Mehrtens, Kommentar zum SGB VII, § 63 SGB VII, Rn. 3; Mehrstens/Brandenburg, Kommentar zur BKV, E § 63 SGB VII, Rn. 2). Ein eventuell bereits vorliegender Rentenbescheid über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer BK hat somit weder für noch gegen die Angehörigen verbindliche Wirkung. Ebenfalls hindert die Zahlung eines Sterbegeldes den Unfallversicherungsträger nicht, den Anspruch auf Hinterbliebenenrente gesondert zu prüfen (Mehrtens/Perlebach, Kommentar zur BKV, E § 63 SGB VII, Rn. 2;

Burchardt in Brackmann, Handbuch zur Sozialversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, Band 1, § 63 Rn. 8a).

Vorliegend ist der Senat in Übereinstimmung mit dem SG der Überzeugung, dass der Tod des Versicherten Folge einer BK nach der Ziffer 4103 ist. Zur Begründung bezieht er sich in erster Linie auf das nach §109 SGG erstattete Gutachten des Arztes für Arbeitsmedizin, Innere Medizin und Sozialmedizin, Prof. Dr. [REDACTED] vom 12. Januar 2017 mit ergänzender Stellungnahme vom 31. August 2017. Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass der Versicherte ausweislich des Gutachtens des Pathologen Prof. Dr. [REDACTED] vom 21. Juni 2011 an einem septisch-toxischen Multiorganversagen auf der Grundlage einer chronischen fibrosierenden, interstitiellen Lungenerkrankung sowie einer sepsis lenta bei Endokarditis ulcero-polyposis der Trikuspidalklappe verstorben ist. Weiter ist zu beachten, dass die im Berufungsverfahren gehörte Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] in ihrem Gutachten vom 26. Juni 2018 – unabhängig von ihrer Auffassung, dass der Tod des Versicherten nicht Folge einer BK-4103 war – auf eine ausdrückliche Frage des Senats dargelegt hat, dass die schwere Lungenerkrankung (Fibrose) des Versicherten dessen Tod im Zusammenhang mit der sepsis lenta jedenfalls wesentlich mitverursacht hat. Für den vom Senat angenommenen Ursachenzusammenhang ist maßgebend, dass nach den plausiblen Darlegungen des Sachverständigen Prof. Dr. [REDACTED] diese Lungenfibrose durch Asbest verursacht war. Er hat zur Begründung insbesondere auf den radiologischen Befund mit vermehrter subpleuraler streifiger Netzzeichnung mit Übergang in ein Honigwabemuster hingewiesen, den er als für eine BK-4103 typisch interpretiert hat.

Soweit die Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] (Gutachten vom 26. Juni 2018) sowie PD Dr. [REDACTED] und Prof. Dr. [REDACTED]/Dr. [REDACTED] (vgl. Stellungnahmen vom 15. April 2011, 15. Juli 2014, 9. Dezember 2014, 26. Mai 2015, 7. Juli 2015 und 25. Januar 2016) allerdings ausgeführt haben, dass die bei dem Versicherten vorgelegenen fibrosierenden Lungenveränderungen nicht Ausdruck einer pulmonalen Asbestose oder Minimalasbestose gewesen seien, vermochte der Senat dieser Einschätzung nicht zu folgen. Der Senat geht vielmehr davon aus, dass bei dem Versicherten tatsächlich eine Asbestose i.S.d. BK-4103 vorgelegen hat und diese auch eine rechtlich wesentliche Ursache für dessen Tod gewesen ist. Zwar hat die Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] unter Verweis auf die Feststellungen von Prof. Dr. [REDACTED]/Dr. [REDACTED] in ihrer Stellungnahme vom 15. April 2011 den ursächlichen Zusammenhang vor allem mit Blick auf den in der Lungenstaubanalyse der rechten und linken Lunge festgestellten geringen Asbestfaserkonzentration verneint, weil diese Befunde der Annahme einer Asbestose entgegenstünden. Allerdings kommt dem Ergebnis dieser Faseruntersuchung nach Auffassung des Senats im Falle des Versicherten unter anderem aufgrund des so genannten Fahrerfluchtphänomens gerade keine überragende und allein maßgebliche Bedeutung für die



Diagnose einer Asbestose zu. Der Versicherte ist in seinem Tätigkeitszeitraum Januar 1955 bis Januar 1994 ausweislich der Stellungnahmen des Präventionsdienstes der Beklagten vom 23. März 2001 und 29. August 2008 einer Asbestkonzentration von 6,095 Asbestfaserjahren sowie derjenigen der ehemaligen Berufsgenossenschaft [REDACTED] vom 15. Oktober 2008 einer weiteren Asbestkonzentration von 0,9 Faserjahren ausgesetzt gewesen. Auf eine Asbestexposition wiesen weiterhin die bereits im Bescheid vom 25. September 2001 als BK-Folge anerkannten beidseitigen Pleuraplaques hin. Hauptbestandteil des in Deutschland verwendeten Asbests bildete das zu über 90 Prozent verwendete Weißasbest (Chrysotil). Für das Chrysotil-Asbest besteht jedoch – was der Senat bereits in seinem Urteil vom 18. März 2016 – Az.: L 14 U 106/15 ausgeführt hat – eine deutlich geringere Biobeständigkeit bzw. Halbwertszeit (siehe hierzu Woitowitz in Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 4/2016 – „Die Asbestkörperchen-Theorie ist tot“, Seite 232, 234). Es entspricht daher – wie in den Falkensteiner Empfehlungen ausgeführt (4.6.5 - Seite 48/49; siehe hierzu auch Römer in Hauck/Haines, Anhang zu K § 9 Anl. z. BKV BK-Nrn. 4103-4105 u. 4114, Rn. 3) - weiterhin dem herrschenden medizinischen Kenntnisstand, dass Chrysotilfasern zwar eine deutlich verkürzte Halbwertszeit (und damit geringe Biobeständigkeit – so genanntes Fahrerfluchtphänomen) im Lungengewebe aufweisen, aber hinsichtlich ihrer gesundheitsschädigenden Wirkung kein Unterschied zu anderen Asbestarten besteht; alle Asbestfaserarten können Lungenfibrosen (Asbestosen) und Pleuraplaques verursachen (vgl. Baur/Schneider/Woitowitz/Garrido in Pneumologie 2012, Seite 497, 503 - "Gibt es Unterschiede in den gesundheitsschädlichen Wirkungen von Chrysotil- und Amphibol-Asbest?" in Pneumologie 2012, Seite 497 f; Woitowitz a.a.O. Seite 234 – „hit-and-run-phenomenon“; Schneider/Arhelger/Brückel in Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 06/2015 – „Lungenstaubfaseranalysen in der Begutachtung asbestverursachter Erkrankungen“, Seite 305 f; demgegenüber hat die vorgenannte Literatur fehlerhaft zitiert: Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, Seite 1081, wenn dort angegeben wird, dass Chrysotil auf Grund seiner geringen Biobeständigkeit kaum eine fibrogene Wirkung habe; gerade das Gegenteil wird von der vorgenannten Literatur vertreten). Aufgrund des Fahrerfluchtphänomens (bzw. hit-and-run-phenomenon) kann demnach – wie im Falle des Versicherten – nach einer weit zurückliegenden, arbeitsbedingten Chrysotilexposition (hier im Zeitraum von Januar 1955 bis Januar 1994) eine Asbestkörperchenzählung (hier im Jahr 2011) durch eine Lungenstaubanalyse zu völlig vorhersehbaren negativen Ergebnissen führen (so Woitowitz a.a.O. Seite 233 f; Schneider/Arhelger/Brückel a.a.O., Seite 305 f.). Hierauf hat für den vorliegenden Fall zutreffend auch der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] in seinem Gutachten vom 12. Januar 2017 (Blatt 10 bis 12) hingewiesen.

Steht demnach aus den vorgenannten Gründen im Fall des Versicherten schon das Ergebnis der von Prof. Dr. [REDACTED]/Dr. [REDACTED] in ihrem Gutachten vom 15. April 2011 durchgeführten Lungenstaubanalyse der Diagnose einer durch Asbestose verursachten Lungenfibrose nicht entgegen, sprechen nach Auffassung des Senats hier noch weitere positive Indizien für das Vorliegen einer BK-4103. So hat der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] für den Senat zum einen plausibel und nachvollziehbar dargelegt, dass bereits die epidemiologische Wahrscheinlichkeitsabschätzung zu berücksichtigen ist. Denn in der Allgemeinbevölkerung liegt die Häufigkeit idiopathischer Lungenfibrosen im Bereich von 4 bis 227 auf 100.000 Einwohnern (d.h. deutlich unter 1 Prozent). In asbestfaserstaubexponierten Kollektiven weist die Häufigkeit von Lungenfibrosen demgegenüber eine Dosis-Wirkungs-Beziehung auf. Nach 10 bis 19jähriger Expositionszeit beträgt diese 10 Prozent, nach 20 bis 29 Jahren 73 Prozent und nach mehr als 40 Jahren 92 Prozent. Zudem konnten unter ehemaligen Mitarbeitern einer Asbestisolierfabrik, die hohen Asbestfaserkonzentrationen ausgesetzt waren, 20 Jahre später lediglich bei 20 Prozent der Beschäftigten eine Prävalenz von parenchymalen Verschattungen im Sinne einer Asbestose aufgefunden werden, wobei die Asbestexpositionszeiten außerordentlich niedrig waren. Unter Arbeitern in der metallverarbeitenden Industrie (Walzwerke) lag die Prävalenz von asbestbedingten radiologischen fassbaren Veränderungen bei 31 Prozent (19 Prozent nur Pleura-Veränderungen, 7 Prozent nur Lungenfibrosen, 6 Prozent beides). In der Teilgruppe, die 40 Jahre und mehr dort beschäftigt waren, wiesen sogar 41,5 Prozent entsprechende radiologische Veränderungen auf. Auch aus epidemiologischer Sicht ergibt sich für den Versicherten damit eine hohe Wahrscheinlichkeit, eine Lungenfibrose infolge der Asbestfaserstaubbelastung im Sinne einer Asbestose zu entwickeln.

Ferner ist als weiteres positives Indiz für die Diagnose einer Asbestose im Falle des Versicherten der bei ihm typische Erkrankungsverlauf anzusehen. So ist bei diesem im Rahmen der Obduktion als so genannter Brückenbefund die bereits erwähnte Pleuraasbestose festgestellt worden, was sowohl PD Dr. [REDACTED] als auch die Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] bestätigt haben. Für diese Fallgestaltungen geht aus der Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“ (AWMF-Register Nr. 002/038), Seite 15, ausdrücklich hervor, dass das gleichzeitige Vorhandensein von Pleuraplaques die Diagnose asbestbedingter Veränderungen der Lunge hinreichend wahrscheinlich macht. Auch hierauf hat der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 31. August 2017 zutreffend hingewiesen.

Dass die damit für den Senat bei dem Versicherten gesicherte Asbestosefolge (Lungenfibrose) schließlich zu dessen Tod geführt hat, hat, wie bereits erwähnt, die Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] bestätigt. Sie hat für den Senat schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass –

eine pulmonale Asbestose unterstellt – diese als Grundlage der schweren Lungenschädigung den Tod im Zusammenhang mit der sepsis lenta wesentlich mitverursacht hat. Dieser Einschätzung schließt sich der Senat an.

Die Klägerin hat demgemäß einen Anspruch auf Gewährung von Hinterbliebenenleistungen, weil der Tod des Versicherten rechtlich wesentlich durch die bei ihm festgestellte BK-4103 (pulmonale Asbestose) verursacht worden ist. Die Berufung der Beklagten hat daher keinen Erfolg und war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne von § 160 Abs.1 und Abs. 2 SGG liegen nicht vor.