

## L 6 U 5279/14

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 U 3481/09  
Datum  
05.11.2014  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 5279/14  
Datum  
26.03.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zur Frage, ob die versicherte Tätigkeit Wirkursache für den wegen eines Herzinfarkts eingetretenen Tod ist und damit ein Arbeitsunfall vorliegt.
2. Es stellt grundsätzlich keine Beweisvereitelung dar, wenn der Unfallversicherungsträger keine Obduktion des Versicherten durchführt. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 5. November 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Klägerin ist die Witwe des am 01.03.1944 geborenen und am 29.04.2009 (Mittwoch) verstorbenen W. R. (W. R.), der als Miteigentümer eines Sägewerkes in D. bei der Beklagten als Unternehmer freiwillig versichert war (Versicherter).

In einer Gesprächsnotiz der Beklagten vom 30.04.2009 wird die telefonische Mitteilung der Schwester des Versicherten wiedergegeben, wonach W. R. am 27.04.2009 (richtig: 28.04.2009) einen Unfall bei der Arbeit gehabt und am 28.04.2009 (richtig: 29.04.2009) im S.Klinikum V., Klinik für Innere Medizin (im Folgenden: Klinikum V.), verstorben sei.

Der Allgemeinmediziner H., der keinen Kontakt mit dem Versicherten anlässlich des Unfallereignisses gehabt hatte, gab in seinem Schreiben an die Beklagte vom 30.04.2009 an, W. R. sei an den Folgen eines Schädelhirntraumas gestorben, das er sich am Spätnachmittag des 28.04.2009 zugezogen habe, als er aus dem Gabelstapler gestürzt sei. Dagegen wird in der Todesbescheinigung des Klinikums V. vom 29.04.2009 als unmittelbare Todesursache ein Zustand nach Reanimation bei Hinterwandinfarkt mit protrahiertem kardiogenem Schock genannt. Es habe sich um einen natürlichen Tod in Form eines Hinterwandinfarktes gehandelt. Als Krankheit, die zum Tod beigetragen habe, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen, wird der Verdacht auf ein Schädelhirntrauma genannt.

Im Notarztprotokoll vom 30.04.2009 führte die Oberärztin Dr. S., Städtisches Krankenhaus O., aus, W. R. habe bei Eintreffen des Rettungswagens (RTW) um 16.27 Uhr reglos neben dem Gabelstapler gelegen. Die obere Körperhälfte sei livide verfärbt gewesen, es habe sich eine Blutung aus dem Bereich des Hinterkopfes gezeigt, weiterhin sei eine Blutung aus dem linken Nasenloch nachweisbar gewesen, die Pupillen seien weit und lichtstarr gewesen, im EKG habe sich eine Asystolie gezeigt. Nach 10-minütiger cardiopulmonaler Reanimation, zweimaliger Gabe von Adrenalin sowie sechsmaliger Defibrillierung sei ein Eigenrhythmus mit einer Herzfrequenz von 100/Min. und einem Blutdruck von 200 mmHg systolisch nachweisbar gewesen. Nach Intubierung und Beatmung sowie Erzeugen eines ausreichenden Kreislaufes sei bei Verdacht auf Vorliegen eines Schädelhirntraumas ein Rettungshubschrauber organisiert worden. Bei Eintreffen des Hubschraubers sei W. R. wach geworden und bis zur Abklärung des Zielkrankenhauses im RTW gelagert worden. Hier sei er erneut bradycard und reanimationspflichtig mit erneuter Herzdruckmassage geworden. Es habe sich nun erstmals eine ausgeprägte ST-Hebung gezeigt, sodass nun davon ausgegangen worden sei, dass nicht ein Sturz zum Schädelhirntrauma mit anschließendem Kreislaufstillstand geführt habe, sondern dass ein Myokardinfarkt zum Herzstillstand geführt habe und W. R. im Rahmen eines Herzstillstandes vom Gabelstapler gefallen sei und sich im Bereich des Kopfes verletzt habe.

In der Ärztlichen Unfallmeldung vom 30.04.2009 berichtete der ortsansässige Internist Dr. Z., der von K. R., dem Cousin des Versicherten

und Miteigentümer des S.werkes, alarmiert worden war, W. R. am 28.04.2009 mit stark blutender Kopfplatzwunde bewusstlos auf dem Boden liegend ohne Puls aufgefunden zu haben. Die Pupillen seien weit, lichtstarr und diskret getrübt gewesen. Dr. Z. diagnostizierte eine stark blutende Kopfplatzwunde, einen Zustand nach Sturz sowie Bewusstlosigkeit.

Am 03.05.2009 (Samstag) wurde W. R. bestattet (Aktenvermerk vom 04.05.2009). Die Beklagte erkundigte sich bei der Schwester des Versicherten am 07.05.2009 telefonisch, ob die Unfallanzeige bereits erstattet worden sei, da die genaue Todesursache noch geklärt werden müsse. Auf den Hinweis, dass hierfür evtl. auch eine Exhumierung durchgeführt werden müsse, erklärte die Schwester des Versicherten, hiermit nicht einverstanden zu sein, wobei diese Entscheidung allerdings auch von der Klägerin getroffen werden müsse, die aber sowieso nicht ansprechbar und mit der Situation völlig überfordert sei, sodass sie, die Schwester des Versicherten, die Angelegenheiten der Hinterbliebenen regle (Aktenvermerk vom 07.05.2009).

Dres. B./B., Klinikum V.-S., teilten auf Anfrage der Beklagten mit Schreiben vom 08.05.2009 mit, bereits der Notarzt habe aufgrund eines schweren kardiogenen Schocks kaum eine Kreislaufstabilisierung erreichen können. Im EKG hätten sich bei Wiedererreichen einer elektrischen Aktivität ausgeprägte ST-Hebungen inferior als Zeichen eines akuten Hinterwandinfarktes gezeigt. Dieser Befund habe sich echocardiographisch bestätigt, wobei auch eine rechtsventrikuläre Beteiligung habe dokumentiert werden können, welche im Schock per se eine sehr schlechte Prognose bezüglich des Überlebens darstelle. W. R. sei nach Aufnahme auf der Intensivstation erneut reanimationspflichtig geworden. Erst nach Gabe eines ReoPro-Bolus habe nach nochmaliger mindestens einstündiger Reanimation eine Kreislaufstabilisierung auf niedrigstem Niveau erreicht werden können. Trotz sofortiger Notfall-Koronarangiographie habe der kardiogene Schock nicht durchbrochen werden können. Insgesamt sei die Schwere der internistischen Erkrankung durch Infarkt, kardiogenen Schock, verzögerter und protrahierter Reanimation als so schwer einzustufen, dass ein möglicherweise durch den Sturz aus dem Gabelstapler bedingtes Schädelhirntrauma auf das Überleben des Versicherten keinen Einfluss gehabt habe.

Die Beklagte holte beim Polizeirevier O. weitere Auskünfte zum Unfallhergang ein. Danach habe W. R. mit einem Seitenstapler einen firmeneigenen LKW mit palettierter Holzware beladen. Als der LKW fertig beladen gewesen sei, sei W. R. mit dem Seitenstapler über das Betriebsgelände gefahren und mitten auf einer Zufahrt zur Lagerhalle mit laufendem Motor und abgestelltem Stapler bei herausgenommenem Gang stehen geblieben. Keiner wisse, wie lange er dort so gestanden habe. Als der Cousin von W. R., K.R., zu Fuß die Zufahrt zur Lagerhalle gekreuzt habe, habe er W. R. mit blutender Nase neben dem Stapler auf dem Boden liegend gefunden. Ob und wie lange W. R. im Stapler gesessen habe, bevor er herausgefallen sei, und wie lange er auf dem Betriebshof gelegen habe, sei nachträglich nicht mehr ermittelbar (Unfalluntersuchungsbericht vom 14.05.2009).

Mit Bescheid vom 04.06.2009 lehnte die Beklagte die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Da der Tod nicht auf die Folgen eines Versicherungsfalles zurückzuführen sei, bestehe kein Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen.

Zur Begründung ihres hiergegen eingelegten Widerspruchs machte die Klägerin geltend, es sei zwar unstrittig, dass W. R. einen Herzinfarkt im Staplerführerhaus erlitten habe, wo er nach dem Herzinfarkt zunächst noch geraume Zeit gesessen habe, bis er aus dem Führerhaus gefallen sei und sich dabei ein Schädelhirntrauma zugezogen habe. W. R. sei aufgrund eines Lungenversagens gestorben, das nicht auf den Herzinfarkt, sondern vielmehr auf die Hirnblutung und den damit einhergehenden Druck im Schädelinneren zurückzuführen sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.10.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung aus, dass ein Schädelhirntrauma nicht bewiesen sei. Entsprechendes gelte hinsichtlich des angegebenen Lungenversagens. Tatsächlich sei W. R. einem Herzinfarkt mit schwerem kardiogenem Schock mit nachfolgender Sauerstoffunterversorgung erlegen.

Hiergegen hat die Klägerin am 26.10.2009 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben und nochmals auf die Auskünfte des Allgemeinarztes H. Bezug genommen. Danach sei W. R. keineswegs herzinfarktgefährdet, sondern in guter körperlicher Verfassung gewesen. Er habe kurz vor seinem Tod einen Gesundheitscheck durchführen lassen, der keine gesundheitlichen Probleme offenbart habe. Selbst ein Belastungs-EKG vom 27.04.2009 habe keinerlei Hinweise auf ein erhöhtes Herzinfarktrisiko erbracht. Dr. Z. sei bei seiner Diagnose nicht von einem Herzinfarkt, sondern von einem Schädelbasisbruch bzw. einem Schädelhirntrauma ausgegangen. Trotz der im Krankenhaus noch eingeleiteten Notfallmaßnahmen und des Einsetzens eines Stents, sei W. R. aufgrund Lungenversagens gestorben.

Das SG hat Dr. B. als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen. Dieser hat ausgeführt, es sei ein ausgedehnter Herzinfarkt an der Herz hinterwand sowie der rechten Herzkammer im EKG und im Herzultraschall nach Wiederherstellung eines Minimalkreislaufes diagnostiziert worden. Diese Diagnose sei dann auch im Herzkatheterlabor durch den Nachweis einer subtotalen Verlegung des rechten Kranzgefäßes gesichert worden. Aufgrund des Zustandes des Versicherten sei eine weitere Diagnostik, die eine zusätzliche traumatische Hirnschädigung durch den Sturz vom Stapler hätte bestätigen können, nicht möglich gewesen. Die Konstellation eines großen Hinterwandinfarktes mit rechtsventrikulärer Beteiligung sei häufig von einem schweren kardiogenen Schock begleitet. Ein solcher sei in der heutigen Zeit neben dem Alter des Patienten der wesentliche Vorhersageparameter für die Sterblichkeit an einem Herzinfarkt, der primär überlebt worden sei. Ein zusätzliches Schädelhirntrauma mit oder ohne Einblutung könne die akute Prognose eines reanimierten Patienten im kardiogenen Schock sicher weiter verschlechtern, z. B. wenn es dadurch zu einer Einklemmung des Hirnstammes gekommen sei. Eine diesbezügliche Bildgebung des Gehirns sei nicht mehr möglich gewesen. Während des stationären Aufenthaltes von weniger als 11 Stunden hätten sie mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln erfolglos gegen den kardiogenen Schock des Versicherten angekämpft, der immer wieder zu elektromechanischen Entkopplungen bzw. Herzrhythmusstörungen geführt habe. Es sei möglich, dass W. R. durch den Sturz eine bedeutsame Schädelverletzung erlitten habe. Er nehme jedoch nicht an, dass dieses potentielle Schädelhirntrauma irgendeinen zusätzlichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf gehabt habe, weil ja schon der kardiogene Schock nicht beherrschbar gewesen sei. Zwar könne die retrospektive Bewertung des initialen Geschehens nur deduktiv sein und bestehe damit eine Irrtumswahrscheinlichkeit. Er werte das initiale Krankheitsereignis aber am wahrscheinlichsten als plötzlichen Herztod in der Folge eines großen Hinterwandinfarktes. Beim Sterben des Versicherten im Krankenhaus habe die internistische Erkrankung im Vordergrund gestanden.

Außerdem hat das SG Dr. S., Dr. Z. und den Allgemeinmediziner H. als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen.

Dr. S. hat unter Bezugnahme auf ihr Notarztprotokoll vom 30.04.2009 ausgeführt, dass von ihr nicht mit Sicherheit zu entscheiden sei, ob der sicher vorhandene Myokardinfarkt die Ursache für den Kreislaufstillstand und den nachfolgenden Sturz aus dem Gabelstapler mit dann

entstandenem Schädelhirntrauma gewesen sei oder ob W. R. zunächst aus dem Gabelstapler gestürzt sei und es im weiteren Verlauf bei Zustand nach Schädelhirntrauma zur Ausbildung eines Myokardinfarktes gekommen sei. Die in ihrem Notarztprotokoll im Fettdruck formulierte Arbeitsdiagnose, die nicht bewiesen werden könne, beruhe auf der Erfahrung, dass eine Reanimation im Rahmen eines schweren Schädelhirntraumas selten primär erfolgreich sei. Die Myokardinfarktzeichen im EKG seien erstmals im RTW diagnostiziert worden.

Dr. Z. hat im Wesentlichen die Angaben in seiner Ärztlichen Unfallmeldung bestätigt.

Der Allgemeinmediziner H. hat den Karteikartenauszug mit den Behandlungsdaten des Versicherten vorgelegt und angegeben, es habe bei W. R. keine besondere Herzinfarktgefährdung bestanden. Während des zwei Tage vor dem Tod durchgeführten Belastungs-EKG hätten sich zwar einzelne monotone ventrikuläre Extrasystolen, aber keine signifikanten ST-Senkungen gezeigt, wie sie beim Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit zu erwarten gewesen wären. Er habe am 30.04.2009 kurz nach 16.00 Uhr vergeblich versucht, die Beklagte von dem Tod des Versicherten in Kenntnis zu setzen, damit sie ggf. noch rechtzeitig vor der Beerdigung eine Obduktion hätte veranlassen können.

Sodann hat das SG von Amts wegen Prof. Dr. G./Dr. H. mit der Erstattung des internistisch-kardiologischen Fachgutachtens vom 27.02.2012 beauftragt, die zu dem Ergebnis gelangt sind, dass eine Plausibilitätsabwägung des Unfallherganges deutlich für den Herzinfarkt mit akuter Plaqueruptur und Kreislaufinsuffizienz als Ursache für den Sturz des W. R. vom Stapler spreche. Theoretisch sei eine durch den physiologischen Stress des Sturzes induzierte Plaqueruptur denkbar, aber unwahrscheinlich. Ebenso unwahrscheinlich sei ein durch den Sturz ausgelöster Hinterwandinfarkt. Das Ausmaß des durch den Sturz entstandenen Schädelhirntraumas sei bei fehlender Diagnostik nicht sicher einzuschätzen. Bei kardiogenem Schock auf dem Boden eines Hinterwandinfarktes mit mehrstündiger Reanimation sei die zusätzliche Beeinträchtigung durch ein Schädelhirntrauma nicht im Vordergrund zu sehen. Die anzunehmende Pathogenese des akuten Myokardinfarktes mit Plaqueruptur sei mit einer wenige Tage im Vorfeld durchgeführten Fahrradergometrie nicht vorherzusehen, der Patient könne sich durchaus gut belastbar und beschwerdefrei präsentiert haben. Mit der Einschätzung von Dr. B. bestehe durchgehende Übereinstimmung. Das initiale Ereignis sei am wahrscheinlichsten als Folge eines Hinterwandinfarktes mit plötzlichem Herztod zu werten. Die internistische Problematik sei im Vordergrund zu sehen, die bereits für sich allein genommen eine sehr hohe Sterblichkeit habe und auch unter adäquaten intensivtherapeutischen Maßnahmen nicht habe durchbrochen werden können.

Aufgrund der Einwendungen der Klägerin gegen das Gutachten hat das SG Prof. Dr. G./ Dr. H. um ergänzende Stellungnahme gebeten, die diese jedoch trotz vielfacher Mahnungen und Erinnerungen im erstinstanzlichen Verfahren nicht abgegeben haben.

Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin hat das SG schließlich nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei Dr. S., Chefarzt der Abteilung für Neurochirurgie, O. Klinik R., das neurochirurgische Gutachten vom 18.12.2013 eingeholt. Dieser hat als Todesursache einen protrahierten kardiogenen Schock bei akutem Hinterwandinfarkt festgestellt. Der Hinterwandinfarkt sei die einzige sichere Diagnose. Die Annahme eines Schädelhirntraumas beruhe allein auf den Begleitumständen des Vorfindens des Patienten am Unfallort mit blutender Kopfplatzwunde und Nasenbluten mit gleichzeitiger Bewusstlosigkeit und lichtstarrten Pupillen. Es sei jedoch weder ein Sturz beobachtet noch eine entsprechende Diagnostik durchgeführt worden. Selbst wenn unterstellt würde, dass ein schwerstes Schädelhirntrauma vorgelegen hätte, so sei dennoch die kardiale Situation derart desolat gewesen, dass jegliche Therapie des Schädelhirntraumas unmöglich gewesen sei. Die Annahme eines Schädelhirntraumas sei jedoch spekulativ und durch keinerlei Diagnostik untermauert. Die Tatsache von Blutaustritt aus Schädelöffnungen lasse nicht zwanglos die Diagnose eines schweren Schädelhirntraumas zu, sondern sei ein Aspekt, der die Abklärung eines solchen erforderlich mache, wenn nicht - wie hier - unmittelbar lebensbedrohliche Umstände vorgelegen hätten, die einer vorrangigen Behandlung bedürft hätten. Das Ausmaß eines Schädelhirntraumas korreliere auch nicht zwangsläufig mit der Höhe des Sturzes. Abhängig von Aufprallmuster, Untergrund und Lokalisation der Gewalteinwirkung am Kopf könne durchaus auch ein Sturz aus dem Sessel zu einem schweren Schädelhirntrauma führen. Angesichts des Verlaufes vom Auffinden des Versicherten bis zum Eintreffen im Krankenhaus, wo wiederum weite, entrundete Pupillen festgestellt worden seien, die im Weiteren zwar mittelweit geworden, aber lichtstarr geblieben seien, sei es bei weiterhin kreislaufinstabilen Verhältnissen sehr viel wahrscheinlicher, dass eine hypoxische Schädigung des Gehirns eingetreten sei, die letztendlich auch zum Lungenversagen geführt habe. Letztendlich sei somit die einzig sichere Diagnose der Herzinfarkt, begleitet von einem protrahierten kardiogenen Schock, eine Konstellation, die nach plausibler Aussage der Kardiologen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zum Tode führe. Selbst im Falle eines - nicht zu beweisenden - schweren Schädelhirntraumas wäre diesem keine therapeutische Konsequenz zugekommen.

Zu den von Seiten der Klägerin und des SG aufgeworfenen Fragen hat sich der Sachverständige Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17.05.2014 geäußert. Die Annahme eines schweren Schädelhirntraumas, wie es von der Klägerin spekulativ postuliert werde, sei durch nichts zu belegen. Dass keinerlei Abklärung in dieser Richtung erfolgt sei, sei nicht den behandelnden Ärzten anzulasten, für die sich in der aktuellen Situation und aufgrund der erhobenen Befunde mit gesichertem Herzinfarkt auch nicht die Frage nach weiteren lebensbedrohlichen Erkrankungen gestellt habe. Nur ex post werde eine andere Todesursache als der Herzinfarkt mit protrahiertem Schock diskutiert. Unzweifelhaft hätten äußerliche Zeichen eines Schädelhirntraumas vorgelegen, die Umstände am "Unfallort" hätten zunächst und korrekterweise zur Feststellung eines Schädelhirntraumas ohne Bewertung des Schweregrades geführt. Die im Weiteren gewonnenen Ergebnisse hätten rasch zur Diagnose eines Herzinfarktes geführt, durch den der lebensbedrohliche Zustand des Versicherten hinreichend zu erklären gewesen sei. Die Frage, ob zunächst ein Sturz aus dem Stapler erfolgt sei und W. R. anschließend einen Herzinfarkt erlitten habe oder er sich infolge eines Herzinfarktes die Kopfverletzungen zugezogen habe, könne letztendlich nicht geklärt werden. Entgegen der Ansicht der Klägerin sei ex post nicht zu beweisen, dass bei W. R. ein schweres Schädelhirntrauma vorgelegen habe. Umgekehrt sei ein solches aber auch nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen, wengleich mit hoher Wahrscheinlichkeit der Herzinfarkt als erstes Ereignis vorgelegen habe. Die beschriebenen Symptome seien nicht zwangsläufig einem schweren oder sehr schweren Schädelhirntrauma zuzuordnen, sondern hätten vielmehr mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bereits bei einem leichten Schädelhirntrauma vorgelegen, zumal sie keinen Aufschluss über eine entsprechende Hirnschädigung erlaubten.

Die Klägerin hat nochmals darauf hingewiesen, dass die ungeklärte zeitliche Abfolge des Unfallereignisses ebenso wenig wie die fehlende Abklärung zum Schweregrad des Schädelhirntraumas zu ihren Lasten gehen könne. Tatsache sei, dass W. R. sowohl einen Herzinfarkt als auch ein Schädelhirntrauma erlitten habe und Letzteres als Arbeitsunfall zu qualifizieren sei. An einer der beiden Ursachen sei W. R. verstorben. Welches Leiden letztlich zum Tode geführt habe, hätte sich nur durch eine Obduktion klären lassen, deren Veranlassung die Beklagte vermutlich aufgrund des Feiertages und interner Verfahrensdefizite versäumt habe.

Mit Urteil vom 05.11.2014 hat das SG die Klage abgewiesen, da der Tod von W. R. nicht durch betriebliche Gründe wesentlich verursacht worden sei. Zum Sturz sei es mit Wahrscheinlichkeit aus körpereigener innerer Ursache gekommen, betriebliche Umstände seien als nachrangig zu beurteilen. Hierbei hat sich das SG auf die Gutachten von Prof. Dr. G. und von Dr. S. sowie auf die schriftliche Zeugenaussage von Dr. B. gestützt. Auch von einer Ge-fahrerhöhung durch betriebliche Umstände sei nicht auszugehen, da nicht eine Verletzung durch ein Fallen oder einen Sturz, sondern der aus innerer Ursache eingetretene Herzinfarkt im Vordergrund stehe. Umstände, die zu einer Beweiserleichterung führen könnten, lägen nicht vor. Auch in den Fällen eines Beweisnotstandes trete keine Umkehr der Beweislast ein und es bestehe keine Handhabe dafür, den Beweismaßstab zu verringern, insbesondere bereits die Wahrscheinlichkeit oder sogar die bloße Möglichkeit genügen zu lassen, damit die Tatsache als festgestellt angesehen werden könne. Die überwiegenden Umstände sprächen für das Eintreten des Todes nach dem schweren Herzinfarkt, die Verursachung des Todes infolge des Sturzes aus dem Gabelstapler stelle hingegen eine bloße Möglichkeit dar.

Gegen das dem Klägervorteiler am 24.11.2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 19.12.2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung hat sie nochmals dargelegt, weshalb die eingeholten Gutachten nicht schlüssig seien. Das SG habe "mögliche" Komplikationen durch die Lysetherapie und Gerinnungshemmungen kurz abgehandelt, ohne ihnen inhaltlich mit der erforderlichen Tiefe nachzugehen. Letztlich stütze sich das Gericht nur auf das, was an Diagnosen vorhanden sei, und begnüge sich damit, den nicht wissenschaftlich fundierten, geschweige denn belegten Erfahrungssätzen der Sachverständigen zu folgen. Die Fehler der Beklagten und die Versäumnisse des Klinikums V.-S. seien offensichtlich bei der Prüfung einer Beweislastumkehr oder wenigstens -erleichterung unberücksichtigt geblieben. Schließlich werde ein Verstoß gegen den gesetzlichen Richter gerügt, da anstelle des zur Verhandlung geladenen ehrenamtlichen Richters S. der ehrenamtliche Richter R. an der Verhandlung und Urteilsfindung teilgenommen habe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 5. November 2014 sowie den Bescheid vom 4. Juni 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Oktober 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Hinterbliebenenleistungen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG für zutreffend.

Auf Nachfrage des Senats hat das SG mitgeteilt, der Wechsel des ehrenamtlichen Richters habe sich infolge von Absagen der geladenen ehrenamtlichen Richter und der hiernach erforderlichen Nachladung ergeben.

Der Senat hat bei Prof. Dr. G. aufgrund der bis dahin nicht beantworteten Schreiben des SG die ergänzende Stellungnahme vom 27.02.2015 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, dass das vorgelegte internistisch-kardiologische Gutachten die Ursache, die zur Reanimation geführt habe, den Verlauf der Reanimation sowie die weitere kardiologische Versorgung beurteilt habe. Ohne jeden Zweifel falle eine Begutachtung dieses Ereignisses in den Zuständigkeitsbereich eines internistisch-kardiologischen Fachgutachters. Die Frage, ob die Angabe in der Todesbescheinigung, es habe sich um einen natürlichen Tod gehandelt, falsch gewesen sei, könne auch ohne Vorliegen eines Obduktionsberichtes in der Zusammenschau des internistisch-kardiologischen und des neurochirurgischen Gutachtens dahingehend beantwortet werden, dass es sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit um einen natürlichen Tod gehandelt habe. Eine Obduktion hätte den Befund des Myokardinfarkts als Ursache des Kreislaufversagens und des nachfolgenden Todesintritts im Organversagen bestätigt. Ein zerebraler Schaden hätte zwar durch eine Obduktion noch eingehender beurteilt werden können, die Kausalkette hätte die Obduktion jedoch nicht klären können. Selbst wenn eine Hirnblutung festgestellt worden wäre, hätte diese nicht durch eine Obduktion in ihrem zeitlichen Hergang geklärt werden können. Das Schädelhirntrauma am Ereignisort könne den schicksalhaften Verlauf begünstigt haben, Dr. S. habe es als Todesursache jedoch für gering wahrscheinlich gehalten. Nach Aktenlage sei bei W. R. von einer niedrig bis moderat einzustufenden 10-Jahres-Myokardinfarkt Wahrscheinlichkeit auszugehen. Es entspreche aber der klinischen Realität, dass Betroffene selbst bei einer unauffälligen kardiovaskulären Durchuntersuchung in der Folge kurz danach einen Herzinfarkt erleiden könnten. Ein großer Teil an Myokardinfarkten und des plötzlichen Herztodes trete gerade in der Gruppe der Personen mit niedrigem bis moderatem Infarktrisiko auf. Das Risiko steige mit den zunehmenden Lebensjahren und könne vage durch Scores ermittelt werden. Im Rahmen eines plötzlichen Herzinfarktes könne ein Herzstillstand mit Minderung der Hirndurchblutung auftreten. Der plötzliche Herztod im Rahmen eines Herzinfarktes zähle zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Schon innerhalb weniger Minuten eines Herz-Kreislaufstillstandes komme es im Rahmen eines globalen Perfusionsausfalls zur maßgeblichen Hirnschädigung, nach nur 5 bis 10 Minuten sei in der Regel von einem irreversiblen Hirnschaden auszugehen, auch wenn Reanimationsmaßnahmen danach erfolgreich seien. Die Versorgung eines Herzinfarktes mit Ballondilatation und Stenting könne bei einer erheblichen Zahl von Patienten, die im kardiogenen Schock eingeliefert würden, aufgrund der erheblichen Zeitverzögerung den schicksalhaften Verlauf oft nicht mehr aufhalten. Der kardiogene Schock sei mit einer höchsten (bis zu 50 - 80 %) Todesfolge assoziiert. Das im kardiogenen Schock in der Regel immer vorhandene Lungenversagen sei eine Begleiterscheinung, die mit und ohne Schädeltrauma auftreten könne. Das Lungenversagen beeinflusse das Krankheitsgeschehen, sei jedoch nicht als ursächlich für eine mangelnde Hirnversorgung mit Anstieg des Hirndrucks anzusehen. Die Todeswahrscheinlichkeit im Rahmen eines Herzinfarktes und nachfolgenden Herz-Kreislaufversagens sei abhängig vom zeitlichen Abstand zwischen Herzversagen und Beginn einer wirksamen Wiederbelebung. Dieses Zeitfenster sei extrem kurz (Minuten) und unabhängig von der Umgebung. Es sei auszuschließen, dass W. R. in anderer Umgebung mit ähnlichem zeitlichen Ablauf der Rettungskette überlebt hätte. Hätte der Herzstillstand zu Hause "im Sessel" stattgefunden mit ähnlichem Zeitverlauf, wäre mit höchster Wahrscheinlichkeit der weitere schicksalhafte Verlauf identisch eingetreten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegten Behördenakten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143 und 144 SGG statthafte und nach § 151 SGG form- und fristgemäß eingelegte sowie auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Die Beklagte und das SG haben zu Recht einen Anspruch der Klägerin auf Hinterbliebenenleistungen abgelehnt.

Dabei ist die Klage als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig (BSG, Urteil vom 13.11.2012 - B 2 U 19/11 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 46), obwohl die Beklagte mit dem streitgegenständlichen Bescheid keine Regelung hinsichtlich des Bestehens eines Arbeitsunfalles getroffen, sondern unmittelbar die Gewährung von Leistungen abgelehnt hat. Anders als ein Versicherter, der im Falle eines Arbeitsunfalles zunächst dessen Feststellung bzw. darauf aufbauend die Feststellung bestimmter Gesundheitsstörungen als Folge dieses Arbeitsunfalles und erst im Anschluss Leistungen wie Heilbehandlung, Verletzengeld und/oder Verletztenrente beantragen kann (zur Klage auf Feststellung eines Ereignisses als Arbeitsunfall: BSG, Urteil vom 15.02.2005 - B 2 U 1/04 R; BSG, Urteil vom 07.09.2004 - B 2 U 46/03 R; jeweils zitiert nach juris), ist es einem Hinterbliebenen nicht möglich, die Grundlagen der in Frage kommenden Hinterbliebenenleistungen vorab im Wege einer Feststellungsklage klären zu lassen. Denn die Frage, ob ein Versicherungsfall vorgelegen hat und welcher es genau war, ist kein selbstständiger Gegenstand des Verwaltungsverfahrens, über den durch Verwaltungsakt entschieden werden dürfte, sondern nur eine Tatbestandsvoraussetzung des Anspruchs auf Hinterbliebenenleistungen. Wird dieser Anspruch durch einen negativ feststellenden Verwaltungsakt verneint, ist die Äußerung des Unfallversicherungsträgers, ein Versicherungsfall habe nicht vorgelegen, nur ein unselbstständiges Begründungselement des Verwaltungsakts. Hieraus folgt, dass der Unfallversicherungsträger nicht befugt ist, einen feststellenden Verwaltungsakt darüber zu erlassen, ob der Versicherte einen Versicherungsfall erlitten hat und es für einen Hinterbliebenen keine Anspruchsgrundlage auf eine isolierte Vorabentscheidung des Trägers über das frühere Vorliegen eines Versicherungsfalles gibt (BSG, Urteil vom 12.01.2010 - B 2 U 5/08 R - SozR 4-2700 § 9 Nr. 7 und dem folgend Urteile des Senats vom 24.11.2011 - L 6 U 5773/09 - und 29.09.2011 - L 6 U 5889/06; jeweils zitiert nach juris). Nicht streitbefangen sind Ansprüche der Klägerin als Rechtsnachfolgerin des Versicherten, hierüber hat die Beklagte in dem streitgegenständlichen Bescheid auch nicht entschieden.

Ein Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen in Form von Witwenbeihilfe nach §§ 63 Abs. 1 Nr. 4, 71 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) besteht nicht, da W. R. nicht, wie nach § 71 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII vorausgesetzt, zum Zeitpunkt seines Todes Anspruch auf eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 vom Hundert oder mehr oder auf mehrere Renten hatte, deren Vomhundertsätze zusammen mindestens die Zahl 50 erreichen.

Nach § 63 Abs. 1 SGB VII haben Hinterbliebene Anspruch auf die in Satz 1 Nr. 1 bis 3 der Vorschrift aufgezählten Leistungen (Sterbegeld, Erstattung der Kosten der Überführung an den Ort der Bestattung, Hinterbliebenenrente), wenn der Tod des Versicherten infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder [Wie-]Berufskrankheit, § 7 Abs. 1 SGB VII) eingetreten ist.

W. R. ist indes nicht durch einen hier allein in Betracht kommenden Arbeitsunfall i. S. des § 8 Abs. 1 SGB VII zu Tode gekommen.

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Ein Arbeitsunfall setzt daher voraus, dass der Verletzte durch eine Verrichtung vor dem fraglichen Unfallereignis den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt hat und deshalb "Versicherter" ist. Die Verrichtung muss ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis und dadurch einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht haben (Unfallkausalität und haftungsbegründende Kausalität; vgl. BSG, Urteile vom 13.11.2012, a. a. O., vom 15.5.2012 - B 2 U 16/11 R - SozR 4-2700 § 2 Nr. 21 und vom 24.7.2012 - B 2 U 9/11 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 44).

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Der Tod des W. R. ist entgegen § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII nicht "infolge" der Verrichtung der versicherten Tätigkeit eingetreten und ihr damit nicht zuzurechnen.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben Schutz gegen Gefahren zu gewähren, die sich durch die ihre Verbandszuständigkeit, den Versicherungsschutz und das Versichertsein des Verletzten begründende Verrichtung von im jeweiligen Versicherungstatbestand konkret umschriebenen Tätigkeiten realisieren können. Ihre Einstandspflicht besteht nur dann, wenn sich durch eine Handlung des Geschädigten, die den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt, ein Risiko verwirklicht hat, gegen dessen Eintritt nicht die Unfallversicherung "allgemein", sondern der jeweils durch die Handlung erfüllte Versicherungstatbestand schützen soll. Die Zurechnung des Schadens eines Versicherten zum Versicherungsträger erfordert daher zweistufig die Erfüllung erstens tatsächlicher und zweitens darauf aufbauender rechtlicher Voraussetzungen. Die Verrichtung der versicherten Tätigkeit muss die Einwirkung und in gleicher Weise muss die Einwirkung den Gesundheitserstschaden oder den Tod sowohl objektiv (1. Stufe) als auch rechtlich wesentlich (2. Stufe) verursacht haben (hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 13.11.2012 - B 2 U 19/11 R -, a. a. O.).

Auf der ersten Stufe setzt die Zurechnung voraus, dass die Einwirkung durch die versicherte Verrichtung objektiv (mit)verursacht wurde. Für Einbußen des Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine Wirkursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und hat der Unfallversicherungsträger nicht einzustehen. Wirkursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die infrage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen.

Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio-sine-qua-non). Nach der im Strafrecht maßgeblichen rechtlichen Zurechnungslehre der "Äquivalenztheorie" gelten alle solchen notwendigen Bedingungen stets als gleichwertig (äquivalent) und deshalb schon rechtlich als Ursachen. Die auf dieser Grundlage sehr weit gehende Zurechnung der Rechtsgutsverletzung zum Täter wird nachgehend etwa durch die Institute der objektiven Zurechnung, des Schutzzwecks der Norm etc. eingeschränkt. In der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die i. S. der "conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges (stets neben anderen Bedingungen) war, darüber hinaus in einer besonderen tatsächlichen (und rechtlichen) Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss Wirkursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine (bloß im Einzelfall nicht wegdenkbare) zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine Wirkursache für die festgestellte Einwirkung (und dadurch für den Gesundheitserstschaden oder - hier -

den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht (ex post) nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen (gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten) beantwortet werden (dazu näher BSG, Urteil vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, a. a. O.).

Steht die versicherte Tätigkeit als eine der Wirkursachen fest, muss auf der zweiten Stufe die Wirkung (hier: die Einwirkung) rechtlich unter Würdigung auch aller auf der ersten Stufe festgestellten mitwirkenden unversicherten Ursachen die Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten Versicherungstatbestandes fallenden Gefahr sein. Bei dieser reinen Rechtsfrage nach der "Wesentlichkeit" der versicherten Verrichtung für den Erfolg der Einwirkung muss entschieden werden, ob sich durch das versicherte Handeln ein Risiko verwirklicht hat, gegen das der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand gerade Schutz gewähren soll. Eine Rechtsvermutung dafür, dass die versicherte Verrichtung wegen ihrer objektiven Mitverursachung der Einwirkung auch rechtlich wesentlich war, besteht nicht. Die Wesentlichkeit der Wirkursache ist vielmehr zusätzlich und eigenständig nach Maßgabe des Schutzzwecks der jeweils begründeten Versicherung zu beurteilen (vgl. BSG vom 24.7.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, a. a. O.). Die gesetzliche Unfallversicherung begründet eine (versicherungsrechtliche) Einstandspflicht eines Unfallversicherungsträgers für einen tatbestandlichen Schaden, den ein anderes Rechtssubjekt, der Verletzte, unter eigener Mitwirkung erlitten hat. Diese Einstandspflicht setzt voraus, dass die Rechtsgutsverletzung in persönlicher und sachlicher Hinsicht in den jeweiligen Schutzbereich der begründeten Versicherung fällt. Der persönliche Schutzbereich ist eröffnet, wenn, solange und soweit der Verletzte vor dem Unfall durch eine eigene Verrichtung den Tatbestand einer aufgrund der [§§ 2, 3, 6](#) oder [8 Abs. 2 SGB VII](#) versicherten Tätigkeit erfüllt und dadurch seinen Versicherungsschutz bei dem für diesen Tatbestand zuständigen Unfallversicherungsträger "begründet" i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Der sachliche Schutzbereich greift ein, wenn sich mit dem durch die versicherte Verrichtung mitverursachten tatbestandlichen Schaden eine Gefahr verwirklicht hat, gegen die der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand schützen soll. Für Schäden, die außerhalb des Schutzzwecks der Norm liegen, muss der jeweils zuständige Unfallversicherungsträger nicht eintreten. In der Sache läuft diese Voraussetzung der Einstandspflicht darauf hinaus, dass entschieden werden muss, ob der begründete Versicherungsschutz den Sinn und Zweck hat, gegen Schäden der konkret eingetretenen Art zu schützen. Deshalb wirkt der Schutzzweck der Norm in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht haftungslimitierend (vgl. BGH, Urteil vom 10.07.2012 - [VI ZR 127/11](#) - zitiert nach juris zu [§ 823 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]), sondern pflichtbegründend.

Die Einstandspflicht des Unfallversicherungsträgers wird nur begründet, wenn der durch die versicherte Verrichtung objektiv mitverursachte Unfall (hier: die Einwirkung auf den Versicherten) eine Gefahr mitverwirklicht hat, gegen die die begründete Versicherung schützen soll. Diese Voraussetzung wird zumeist erfüllt sein, bedarf aber stets der Entscheidung. Denn nur wenn der Schutzzweck der Norm den durch die versicherte Handlung mitbewirkten Schaden überhaupt umgreift, kommt es rechtlich darauf an, ob neben der versicherten Wirkursache auch andere unversicherte Mitursachen bestehen. Diese können die Einstandspflicht nie begründen, aber gleichwohl die Zurechnung ausschließen. Das ist der Fall, wenn die unversicherten Wirkursachen das Unfallgeschehen derart geprägt haben, dass sie die versicherte Wirkursache verdrängen, so dass der Schaden "im Wesentlichen" rechtlich nicht mehr dem Schutzbereich des jeweiligen Versicherungstatbestandes unterfällt. Bei dieser Subsumtion sind die versicherten und die auf der ersten Zurechnungsstufe festgestellten unversicherten Wirkursachen und ihre Mitwirkungsanteile in einer rechtlichen Gesamtbeurteilung anhand des zuvor festgestellten Schutzzwecks des Versicherungstatbestandes zu bewerten (vgl. BSG, Urteil vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, a. a. O.). Unter Berücksichtigung der Auffassung des praktischen Lebens ist abzuwägen, ob der Schaden den versicherten oder den unversicherten Wirkursachen zuzurechnen ist (vgl. BSG, Urteil vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 31](#) m. w. N.).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die den Versicherungsschutz in der jeweiligen Versicherung begründende "Verrichtung", die (möglicherweise dadurch verursachte) "Einwirkung" und der (möglicherweise dadurch verursachte) "Erstschaden" im Vollbeweis festgestellt sein müssen. Erst dann, wenn die "Verrichtung", die "Einwirkung" und der "Erstschaden" festgestellt sind, kann und darf (auf der ersten Stufe der Zurechnung) über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung (objektive Verursachung) zwischen der Verrichtung und der Einwirkung (mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit) entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und ggf. mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung eine Wirkursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper des Versicherten war (BSG, Urteil vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, a. a. O.)

Nach diesen Maßstäben scheidet der Anspruch der Klägerin bereits auf der ersten Stufe. Denn es ist nicht mindestens wahrscheinlich, dass die zum Tode führende Einwirkung auf den Körper des Versicherten durch dessen zuvor verrichtete versicherte Tätigkeit verursacht worden ist. Wahrscheinlich ist vielmehr, dass der Tod nicht durch eine von außen kommende Einwirkung verursacht worden und die versicherte Tätigkeit daher keine Wirkursache für den eingetretenen Erfolg gewesen ist.

Fest steht zur Überzeugung des Senats, dass W. R. am 28.04.2009 eine versicherte Tätigkeit ausübte, als sich die für den am 29.04.2009 eingetretenen Tod maßgeblichen Umstände ereigneten. Dies ergibt sich aus den Einlassungen der Klägerin sowie den Ermittlungen der Beklagten. Danach hatte W. R. mit dem Gabelstapler einen firmeneigenen LKW mit Holzware bereits fertig beladen und war mit dem Stapler auf dem Weg zur Lagerhalle. Anhaltspunkte dafür, dass dieser Weg betriebsfremden Zwecken gedient haben könnte, bestehen nicht. Das weitere Geschehen ist nicht rekonstruierbar, weder sind Zeugen hierfür vorhanden noch lässt sich anhand technischer Ermittlungen aufklären, weshalb W. R. neben dem Stapler mit einer Kopfplatzwunde und blutender Nase bewusstlos und ohne Puls gelegen hat. Dies wirkt sich allerdings nicht zu Lasten der Klägerin aus, da bei der gegebenen Sachlage die Beklagte die objektive Beweislast dafür tragen würde, dass der Versicherte die versicherte Tätigkeit im Unfallzeitpunkt für eine eigenwirtschaftliche Tätigkeit unterbrochen hat (BSG, Urteil vom 26.10.2004 - [B 2 U 24/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 9](#)). Da sich hierfür vorliegend keinerlei Anhaltspunkte ergeben, hat die Beklagte ihre ablehnende Entscheidung auch nicht auf diesen Einwand gestützt.

Mit Wahrscheinlichkeit ist der Tod durch einen kardiogenen Schock nach vorangegangenem Hinterwandinfarkt verursacht worden. Nicht mit Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann hingegen, dass dieser Hinterwandinfarkt mit protrahiertem kardiogenem Schock durch die Kopfverletzung des Versicherten verursacht worden ist, sodass die versicherte Verrichtung keine Wirkursache für den Tod von W. R. gewesen.

Dass der Herzinfarkt erst infolge der Kopfverletzung des Versicherten eingetreten ist, ist bereits unabhängig von medizinischen Erwägungen unwahrscheinlich. Denn es sind keinerlei Gründe dafür ersichtlich, weshalb W. R. ohne vorangegangenen Herzinfarkt aus dem Stapler hätte fallen sollen. Auch die Klägerin, die nur auf der Grundlage eines solchen hypothetischen Unfallgeschehens die versicherte Verrichtung als rechtlich wesentliche Wirkursache annehmen kann, hat zu keinem Zeitpunkt näher erläutert oder auch nur behauptet, dass und weshalb W.

R. ohne jede vorherige gesundheitliche Beeinträchtigung vom Stapler gestürzt sein soll. Weder aus der Unfallanzeige der Klägerin noch aus dem Unfalluntersuchungsbericht der Beklagten ergibt sich, dass der Stapler einen Defekt aufwies oder sonstige Unregelmäßigkeiten einen Sturz hätten provozieren können, wobei unterstellt werden kann, dass der zum Todeszeitpunkt 65 Jahre alte W. R., der ausweislich der Angaben in der Unfallanzeige bereits seit Januar 2007 als Unternehmer des S.- und H.werks tätig war, über einige Erfahrung im Umgang mit und Fahrverhalten von Staplern hatte. Vielmehr hatte W. R. mit dem Stapler bereits einen LKW mit Paletten beladen, hatte also die eigentliche Arbeit, die u. U. auch mit der Gefahr von Stürzen aus dem Stapler verbunden sein könnte, bereits abgeschlossen. Dass W. R. ohne ersichtlichen Grund aus dem Stapler hätte fallen können, hält der Senat für unwahrscheinlich. Da der Stapler mitten auf einer Zufahrt zur Lagerhalle mit laufendem Motor stehen geblieben ist, kann auch nicht unterstellt werden, W. R. hätte den Stapler bereits an den dafür vorgesehenen Abstellort zurückgebracht und sei beim Absteigen vom Stapler gestolpert.

Im Wesentlichen sprechen jedoch medizinische Gesichtspunkte gegen die Wahrscheinlichkeit, dass die Kopfverletzung einen Herzinfarkt des Versicherten ausgelöst hat. Der Senat stützt sich dabei auf das bei Prof. Dr. G./Dr. H. eingeholte internistisch-kardiologische Gutachten, das bei Dr. S. eingeholte neurochirurgische Gutachten, die schriftlichen Zeugenaussagen von Dr. S. und Dr. B. sowie die Todesbescheinigung des Klinikums V.-S ... Dabei wird nicht übersehen, dass die hier als Zeugen und Sachverständige gehörten Ärzte eine solche Möglichkeit nicht ausschließen konnten, was in unterschiedlicher Weise zum Ausdruck gebracht worden ist (Dr. Bi.: "Irrtumswahrscheinlichkeit", Dr. S.: "nicht mit Sicherheit zu entscheiden", Prof. Dr. G./Dr. H.: "theoretisch denkbar"). Wie oben bereits ausgeführt, gilt hinsichtlich des Beweismaßstabes für die Beweiswürdigung der Tatsacheninstanzen bei der Tatsachenfeststellung jedoch, dass für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zumindest der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit gegeben sein muss und die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit ausreichend ist (st. Rspr. vgl. z. B. BSG, Urteil vom 31.01.2012 - [B 2 U 2/11 R](#) - SozR 4-2700 § 8 Nr. 43). Keiner der hier als Zeuge oder Sachverständiger gehörten Mediziner hat vorliegend die Kopfverletzung des Klägers als Todesursache für wahrscheinlich gehalten. Soweit der Allgemeinmediziner H. in seinem Faxschreiben an die Beklagte vom 30.04.2009 trotz anderslautender Todesursache in der Todesbescheinigung vom 29.04.2009 noch behauptet hat, W. R. sei an den Folgen eines Schädelhirntraumas verstorben, hat er dies in seiner schriftlichen Zeugenaussage vom 14.12.2010 nicht wiederholt. Eine Diagnose aufgrund eigener Untersuchung konnte der Allgemeinmediziner H. ohnehin nicht stellen, da er den Versicherten weder am 28. noch am 29.04.2009 gesehen hat.

Dr. S. hat in seinem Gutachten mit ergänzender Stellungnahme für den Senat schlüssig und überzeugend ausgeführt, dass nur ein schweres Schädelhirntrauma unmittelbar zum Tod führen kann, ein solches jedoch zu keinem Zeitpunkt diagnostiziert worden und unter Würdigung des Verlaufes auch unwahrscheinlich ist. Hiermit korrespondiert, dass der erstbehandelnde Arzt Dr. Z. zwar eine stark blutende Kopfplatzwunde, aber kein Schädelhirntrauma diagnostiziert und die Notärztin Dr. S. ebenso wie das Klinikum V.-S. im Arztbrief an die Gemeinschaftspraxis H./M. vom 29.04.2009 lediglich den Verdacht auf ein Schädelhirntrauma geäußert haben. Zu Recht hat Dr. S. deshalb darauf hingewiesen, dass die Annahme einer Schädelbasisfraktur und eines schweren Schädelhirntraumas spekulativ und durch keinerlei Diagnostik untermauert ist. Auch die weiteren Ausführungen des Sachverständigen Dr. S. zur fehlenden Relevanz der Kopfverletzung für den Eintritt des Todes hält der Senat für schlüssig und gut nachvollziehbar. Danach führt zwar eine - hier unzweifelhaft festgestellte Kopfplatzwunde - aufgrund der starken Gefäßversorgung der Kopfhaut zu einem raschen Austritt von Blut; Auswirkungen auf den Kreislauf ergeben sich in der Regel hieraus aber nur bei Säuglingen und Kleinkindern. Die ebenfalls nachgewiesene Blutung aus einem Nasenloch kann zwar grundsätzlich für eine Verletzung der Schädelbasis sprechen, weit überwiegend ist sie jedoch Folge eines lokalen Traumas im Bereich der Nase. Das festgestellte Monokelhämatom rechts ("blaues Auge"), kommt zwar grundsätzlich als Symptom einer Schädelbasisfraktur in Betracht. Hiergegen spricht vorliegend jedoch, dass dieses Hämatom am Auge mit großer Wahrscheinlichkeit als durch die Lysetherapie (therapeutische Auflösung von im Körper befindlichen Abflusshindernissen, vgl. Psychembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Auflage, 2011) bedingte Einblutung in lokal traumatisiertes Gewebe zu deuten ist. Denn es ist erst bei Aufnahme im Klinikum V.-S. beschrieben und weder von Dr. Z. noch von Dr. S. erwähnt worden und somit vermutlich erst nach Durchführung der Lysetherapie entstanden. Zudem entstehen Monokelhämatome bereits durch minimale Bagatelltraumen und sind daher kein sicheres Zeichen eines schweren Schädelhirntraumas. Selbst wenn aber von einer Schädelbasisfraktur auszugehen wäre, wäre dies nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit einer morphologisch fassbaren Verletzung des Gehirns. Hiergegen spricht, dass nach der Schilderung der Notärztin Dr. S. W. R. nach erster erfolgreicher Reanimation "wach" geworden ist und eine Pupillenreaktion gezeigt hat. Diese Beobachtung erklärt die Bewusstlosigkeit und die weiten, lichtstarrten Pupillen als Folge einer zerebralen Minderperfusion durch das Herz-Kreislaufversagen. Dagegen ist bei primärer schwerster traumatischer Schädigung des Gehirns ein Erwachen des Patienten unwahrscheinlich. Diese Einschätzung ist von Dr. S. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft bestätigt worden.

Während somit einerseits die Kopfverletzung nicht als wahrscheinliche Ursache für den Tod des Versicherten festgestellt werden kann, hat andererseits aus medizinischer Sicht der Herzinfarkt mit Wahrscheinlichkeit den Tod verursacht.

Dass W. R. am 28.04.2009 einen Herzinfarkt erlitten hat, hält der Senat aufgrund der aktenkundigen ärztlichen Stellungnahmen für erwiesen und wird von der Klägerin auch nicht bestritten. Den Bekundungen des Allgemeinmediziners H., wonach das Herzinfarktrisiko bei W. R. gering gewesen sei, kommt daher aufgrund des tatsächlich erlittenen Myokardinfarktes keine Relevanz zu. Dr. S. ist aufgrund der ausgeprägten ST-Hebung, die sich im bradycarden Herzrhythmus gezeigt hat, noch im RTW von einem Myokardinfarkt ausgegangen. In gemeinsamer Entscheidung mit dem Arzt des Rettungshubschraubers wurde die Indikation für eine Lysetherapie gestellt, da ansonsten bezüglich des vorliegenden Myokardinfarktes keine Chance auf Stabilisierung gesehen wurde. Dr. B. hat in seiner schriftlichen Zeugenauskunft vom 19.05.2010 ausgeführt, dass ein ausgedehnter Herzinfarkt an der Herzhinterwand sowie der rechten Herzkammer im EKG und im Herzultraschall nach Wiederherstellung eines Minimalkreislaufes diagnostiziert und diese Diagnose dann auch im Herzkatheterlabor durch den Nachweis einer subtotalen Verlegung des rechten Kranzgefäßes gesichert worden ist.

Wahrscheinliche Ursache für den am 29.04.2009 eingetretenen Tod des Versicherten ist ein protrahierter Kreislaufchock als kardiogener Schock bei erwiesenem ausgedehntem Herzinfarkt. Auch wenn ein Kreislaufchock in der Folge eines Schädelhirntraumas mit Hirnödemen und Einklemmung des Hirnstammes auftreten kann, ist eine solche Verletzungsfolge weder erwiesen noch wahrscheinliche Todesursache (s. o.). Dr. B. hat darauf hingewiesen, dass die Konstellation eines großen Hinterwandinfarktes mit rechtsventrikulärer Beteiligung häufig von einem schweren kardiogenen Schock begleitet ist. Ein solcher ist danach in der heutigen Zeit neben dem Alter des Patienten der wesentliche Vorhersageparameter für die Sterblichkeit an einem Herzinfarkt, der primär überlebt wurde. Unter den gegebenen Umständen, die gekennzeichnet waren durch ein letztlich erfolgloses Ankämpfen gegen den kardiogenen Schock, der immer wieder zu elektromechanischen Entkopplungen bzw. Herzrhythmusstörungen geführt hat, hat Dr. B. einem potentiellen Schädelhirntrauma keinen zusätzlichen Einfluss auf

den Krankheitsverlauf beigemessen, da schon der kardiogene Schock nicht beherrschbar gewesen ist. Der Senat hält diese Einschätzung für überzeugend. Sie wurde von den Sachverständigen Prof. Dr. G./Dr. H. vollinhaltlich bestätigt. In seiner ergänzenden Stellungnahme hat Prof. Dr. G. nochmals darauf hingewiesen, dass ein Herz-Kreislaufversagen im Rahmen eines Herzinfarktes und kardiogenem Schock mit prolongierten Reanimationsmaßnahmen, das außerhalb eines Krankenhauses stattfindet, mit einer äußerst hohen Todeswahrscheinlichkeit von bis zu 80 % vergesellschaftet ist.

Schließlich haben die Sachverständigen auch auf kardiologischem Fachgebiet einen zuerst eingetretenen Herzinfarkt mit anschließender Kopfverletzung für weitaus wahrscheinlicher gehalten als einen durch die Kopfverletzung ausgelösten Herzinfarkt. Dr. B. hat es nur prinzipiell für denkbar, nicht aber für wahrscheinlich gehalten, dass W. R. primär vom Stapler gefallen ist und der Stress der Verletzung das akute Infarktgeschehen auf dem Boden einer vorbestehenden koronaren Herzerkrankung getriggert hat, was dann in den kardiogenen Schock gemündet ist. Dass es sich hierbei lediglich um eine theoretische Möglichkeit handelt, die jedoch nicht mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, haben die Sachverständigen Prof. Dr. G./Dr. H. bestätigt und steht im Einklang mit der schriftlichen Zeugenaussage des Allgemeinmediziners H. ... Danach fehlt es nämlich an sicheren Nachweisen für eine vorbestehende Veränderung der rechten Herzkranzarterie, die durch eine Kopfverletzung hätte getriggert werden können. Die klassischen Risikofaktoren, die sogenannte instabile Plaques der Herzkranzgefäße begünstigen, waren bei W. R. mit geringer Adipositas sowie geringer Hypercholesterinämie nur gering ausgeprägt. Auch der Allgemeinmediziner H. hat dargelegt, dass in dem zwei Tage vor dem Tod durchgeführten Belastungs-EKG keine signifikanten ST-Senkungen aufgetreten sind, wie sie beim Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung zu erwarten gewesen wären. Er hat das Risiko für W. R., einen Herzinfarkt zu erleiden, mit 1,40 % berechnet, bei einem Median der Vergleichsgruppe von 1,33 % pro Jahr. Dies schließt allerdings ebensowenig wie das Ergebnis des Belastungstests, bei dem W. R. bis 2 Minuten 175 Watt ausbelastet worden war und dabei die für sein Alter berechnete maximale Herzfrequenz von 125 Schlägen pro Minute erreicht hat, einen initialen Myokardinfarkt aus. Im Rahmen einer Plausibilitätsabwägung haben die Sachverständigen Prof. Dr. G./Dr. H. vielmehr einen solchen Hinterwandinfarkt vor dem Eintritt der Kopfverletzung als viel wahrscheinlicher erachtet als einen Herzinfarkt durch die Kopfverletzung bei vorbestehender Veränderung der rechten Herzkranzarterie. Denn der akute Myokardinfarkt ist in etwa 50 % die Erstmanifestation einer koronaren Herzerkrankung und lässt sich daher mit einer wenige Tage zuvor durchgeführten Fahrradergometrie nicht sicher vorhersehen. Die Sensitivität der Fahrradergometrie bzgl. des Nachweises einer belastungsinduzierten Koronarschämie beträgt bei einer Koronaren 1-Gefäßerkrankung nur ungefähr 60 %.

Die versicherte Verrichtung wirkte sich vorliegend auch nicht gefahrerhöhend im Hinblick auf das tödliche Ereignis aus. Ausgehend von einem Myokardinfarkt mit Rechtsherzbeteiligung und kardiogenem Schock war die Gefahr, hieran zu versterben, nicht deshalb höher, weil der Versicherte betriebsbedingt im Gabelstapler gesessen hat. Vielmehr hat Prof. Dr. G. auch insoweit für den Senat schlüssig dargelegt, dass die Todeswahrscheinlichkeit im Rahmen eines Herzinfarktes und nachfolgenden Herz-Kreislaufversagens im Wesentlichen vom zeitlichen Abstand zwischen Herzversagen und Beginn einer wirksamen Wiederbelebung, nicht aber von der Lokalität abhängig ist und dass dieses Zeitfenster extrem kurz ist. Insoweit konnte der Versicherte auf dem Betriebsgelände sogar mit einer früheren Hilfeleistung durch anwesende Dritte rechnen, als bei Eintritt des Herzinfarktes in häuslicher Umgebung, in der sich gewöhnlich weniger Menschen aufhalten.

Insgesamt ist daher nicht wahrscheinlich, dass die versicherte Tätigkeit des W. R. Wirkursache für eine Einwirkung gewesen ist, die dessen Tod verursacht hat.

Die Klägerin kann sich auch nicht auf eine Umkehr der Beweislast, Beweisvereitelung der Beklagten oder auf einen Beweis des ersten Anscheins berufen. Wie oben bereits ausgeführt ist vorliegend eine Unterbrechung der versicherten Tätigkeit durch eine eigenwirtschaftliche Tätigkeit, was unter bestimmten Voraussetzungen von der Beklagten zu beweisen wäre, nicht ersichtlich. Die "ungeklärten Umstände des Unglücksherganges am Arbeitsplatz" (so die Klägerin in der Berufungsbegründung vom 19.12.2014) sind vorliegend insoweit nicht relevant, denn auch die Beklagte ist ersichtlich davon ausgegangen, dass W. R. eine versicherte Tätigkeit ausgeübt hat, als er den Herzinfarkt erlitten hat.

Für eine Beweisvereitelung der Beklagten fehlt es an jeglichen Anhaltspunkten. Die Klägerin hält in diesem Zusammenhang die von der Beklagten unterlassene Obduktion für maßgeblich. Prof. Dr. G. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme jedoch überzeugend dargelegt, dass auch eine Obduktion des Versicherten keinen Aufschluss über die zeitliche Abfolge des Geschehens gegeben hätte. Die Frage, ob der Herzinfarkt im Gabelstapler eintrat und in der Folge der Versicherte zu Boden fiel oder der Versicherte zunächst zu Boden stürzte und im Anschluss einen Herzinfarkt erlitt, wäre durch eine Obduktion nicht weiter aufklärbar gewesen. Diese hätte lediglich weitere Erkenntnisse zum Umfang der Kopfverletzung erbracht. Da die Obduktion somit kein geeignetes Beweismittel gewesen wäre, ist schon deshalb eine Beweisvereitelung durch die unterlassene Obduktion nicht möglich. Es fehlt indes auch an den weiteren Voraussetzungen einer Beweisvereitelung. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist nämlich, dass ein pflichtwidriges Handeln oder Unterlassen den beweisbelasteten Beteiligten in eine Beweisnot, d. h. in eine ausweglose Lage gebracht hat (BSG [SozR 3-1750 § 444 Nr. 1](#)). Das ist hier indessen nicht der Fall. Selbst wenn im Rahmen einer Obduktion ein Schädelhirntrauma festgestellt worden wäre, wäre gleichwohl aufgrund o. g. Erwägungen wahrscheinlicher, dass dieses Trauma erst nach dem Herzinfarkt eingetreten ist und keinen wesentlichen Einfluss auf den Tod des W. R. hatte. Zudem hatte die Klägerin selbst die Möglichkeit, eine Obduktion rechtzeitig zu veranlassen oder sogar ein Beweissicherungsverfahren nach [§ 76 SGG](#) durchführen zu lassen. Gerade die Obduktion ist eines der Beweismittel, für die [§ 76 SGG](#) gedacht ist (Peters/Sautter/Wolff, Kommentar zur Sozialgerichtsbarkeit, § 76 Rdnr. 5; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a. a. O., § 76 Rdnr. 2). Eine ausweglose Lage bestand daher für die Klägerin nicht. Die Beklagte hat auch nicht etwa durch falsche Angaben oder Behauptungen die Klägerin getäuscht und sie hierdurch von der Möglichkeit, selbst eine Obduktion zu veranlassen, abgehalten.

Selbst wenn der Beklagten der Vorwurf der Beweisvereitelung gemacht werden könnte, wovon der Senat indes nicht ausgeht, hat dies nicht zur Folge, dass anstelle der hinreichenden Wahrscheinlichkeit die bloße Möglichkeit des Kausalzusammenhangs genügt oder gar eine Beweislastumkehr mit der von der Klägerin geltend gemachten Rechtsfolge eintritt. Denn im Falle eines unverschuldeten Beweisnotstands sind die Tatsachengerichte lediglich befugt, nach dem Grundsatz der freien richterlichen Beweismittelwürdigung ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) angesichts der konkreten Umstände des Einzelfalles an den Beweis weniger hohe Anforderungen zu stellen (st. Rspr. BSG [SozR 3-1500 § 128 Nr. 11 m. w. N.](#)). Dieser Grundsatz bezieht sich nur auf die zu würdigenden festgestellten Tatsachen und führt dazu, dass je nach den Besonderheiten des maßgebenden Einzelfalles schon einzelne Beweiszeichen, im Extremfall ein Indiz für die Feststellung einer Tatsache oder der daraus abgeleiteten Bejahung der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs ausreichen kann; er schließt aber nicht die Befugnis ein, das Beweismaß zu verringern oder frei darüber zu entscheiden, ob die Gewissheit erforderlich oder die Wahrscheinlichkeit

ausreicht oder sogar die Möglichkeit genügt, damit eine Tatsache als festgestellt oder der Kausalzusammenhang als gegeben angesehen werden kann. Noch weniger tritt bei einem Beweisnotstand, auch wenn er auf einer fehlerhaften Beweiserhebung oder sogar auf einer Beweisvereitelung durch denjenigen beruht, dem die Unerweislichkeit der Tatsachen zum prozessualen Vorteil gereicht, eine Umkehr der Beweislast ein ([BSGE 24, 25](#); [41, 297](#), 300; BSG SozR Nr. 60 zu [§ 128 SGG](#); Leitherer, a. a. O. § 103 Rdnr. 18a).

Vorliegend fehlt es an Tatsachen, die der erkennende Senat im Rahmen der freien richterlichen Beweiswürdigung zumindest als Indiz für die Wahrscheinlichkeit eines durch die Kopfverletzung verursachten Todes des Versicherten ansehen kann. Die erwiesenen Tatsachen sprechen vielmehr dafür, dass mit Wahrscheinlichkeit der Tod des Versicherten auf dem nicht mit der versicherten Tätigkeit in kausalem Zusammenhang stehenden Herzinfarkt beruht.

Schließlich sind auch die Voraussetzungen für einen Anscheinsbeweis vorliegend nicht erfüllt. Beim Beweis des ersten Anscheins handelt es sich um eine Tatsachenvermutung. Bei typischen Geschehensabläufen erlaubt er den Nachweis eines ursächlichen Zusammenhangs oder eines schuldhaften Verhaltens aufgrund von Erfahrungssätzen, auch wenn im Einzelfall entsprechende Tatsachen nicht festgestellt werden können (BSG, Urteil vom 31.01.2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, a. a. O.). Mangels entgegenstehender Anhaltspunkte kann also der Geschehensablauf zu Grunde gelegt werden, als habe er sich in der typischen Weise ereignet. Erforderlich ist ein Hergang, der nach der Lebenserfahrung unabhängig von den Umständen des Einzelfalls und dem Willen der handelnden Personen in einer bestimmten Weise abzulaufen pflegt und deshalb auch im zu entscheidenden Fall als gegeben unterstellt werden kann. Dementsprechend wird zwar auch für einzelne Voraussetzungen des Arbeitsunfalls, wie z. B. die Unfallkausalität, die Möglichkeit des Anscheinsbeweises bejaht (dazu BSG vom 30.01.2007 - [B 2 U 23/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 22](#); vgl. auch Bolay in Hk-SGG, 3. Auflage 2009, § 128 Rdnr. 12; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage 2014, § 128 Rdnr. 9a ff.). Vorliegend kann ein Anscheinsbeweis schon mangels eines typischen Geschehensablaufs nicht den Nachweis begründen, dass der Herzinfarkt erst nach oder aufgrund der Kopfverletzung eingetreten ist.

Soweit die Klägerin erstmals im Berufungsverfahren eingewandt hat, dass nicht Prof. Dr. G. allein, sondern zumindest auch, wenn nicht sogar ausschließlich Dr. H. das Gutachten erstellt habe, bestehen keinerlei Bedenken an der Verwertbarkeit des Gutachtens. Denn das SG hat seinen ursprünglichen Gutachtensauftrag mit Schreiben vom 15.02.2012 dahingehend abgeändert, dass nunmehr mit der Erstellung des Gutachtens Prof. Dr. G. und Dr. H. beauftragt worden waren.

Soweit die Klägerin ihre Einwände gegen die Gutachten mit fehlender fachlicher und wissenschaftlicher Fundiertheit derselben begründet hat, vermag der Senat dies schon deshalb nicht nachzuvollziehen, weil ein weitergehender medizinischer Kenntnisstand der Klägerin weder dargetan noch ersichtlich ist. Letztlich nimmt die Klägerin im Wesentlichen auf Äußerungen des Allgemeinarztes H. Bezug, ohne allerdings darzulegen, weshalb dessen Ausführungen von höherer Überzeugungskraft sein sollen als die fachärztlichen Stellungnahmen in den gerichtlichen Gutachten. Zudem hat der Allgemeinarzt H. in seiner Zeugenauskunft vom 14.12.2010 nicht mehr die Auffassung vertreten, W. R. sei an den Folgen eines Schädelhirntraumas verstorben.

Schließlich ist auch dem Einwand der Klägerin, der erstinstanzliche Spruchkörper sei nicht ordnungsgemäß besetzt gewesen, nicht zu folgen. Wie sich aus der Mitteilung des SG im Berufungsverfahren ergibt, war der zunächst geladene ehrenamtliche Richter verhindert und daher die Nachladung des Vertretungsrichters geboten.

Die Berufung der Klägerin war nach alledem mit der Kostenfolge des [§ 193 SGG](#) zurückzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-05-04