

L 6 V 1303/05

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 3 V 1283/00

Datum

25.01.2005

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 V 1303/05

Datum

09.11.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 25. Januar 2005 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten der Klägerin sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Gewährung einer Witwenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Der 1924 geborene und mit der 1928 geborenen Klägerin seit 1953 verheiratete W. D. (D) erlitt am 2. Oktober 1944 während der Ableistung seines Wehrdienstes eine Kriegsverletzung. Das Versorgungsamt R. stellte mit Bescheid vom 4. Juni 1947 vorläufig und mit Bescheid vom 22. Februar 1951 endgültig eine Brustfellschwarte rechts nach Granatsplitterverletzung der Lungen als Wehrdienstbeschädigung fest und bewilligte eine Grundrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 30 vom Hundert (v. H.). Es stützte sich dabei auf die versorgungsärztliche (vã) Stellungnahme vom 28. Januar 1947 sowie die vã Gutachten vom 23. Mai 1947 und 20. Dezember 1950. Nach Auswertung des Berichts über eine Lungenfunktionsprüfung des Facharztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. M. vom 2. September 1975, des Befundberichts des Facharztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. K. vom 3. September 1975 und des lungenfachärztlichen Gutachtens von Dr. M. vom 23. Oktober 1975 lehnte das Versorgungsamt R. (VA) mit Bescheid vom 11. November 1975 einen Erhöhungsantrag ab. Nach Einholung des lungenfachärztlichen Gutachtens von Dr. H./Dr. N. vom 21. Januar 1979 und der vã Stellungnahme vom 1. Februar 1979 stellte das VA mit Bescheid vom 8. März 1979 eine Brustfellschwarte rechts nach Granatsplitterverletzung der Lungen und eine chronische Bronchitis als Wehrdienstbeschädigung fest und bewilligte die Beschädigtenrente nach einer MdE um 50 v. H. Mit Bescheid vom 16. November 1979 bewilligte das VA die Beschädigtenrente wegen Berücksichtigung einer besonderen beruflichen Betroffenheit nach einer MdE um 60 v. H. Mit Bescheid vom 15. Dezember 1980 bewilligte das VA die Beschädigtenrente nach einer MdE um 70 v. H. Es stützte sich dabei auf den Befundbericht des Facharztes für Lungenkrankheiten Dr. H. vom 11. März 1980, das lungenärztliche Gutachten von Dr. H. vom 18. November 1980 und die vã Stellungnahme vom 26. November 1980. Aufgrund des in einem Verfahren vor dem Sozialgericht Konstanz (SG) geschlossenen Vergleichs vom 17. Februar / 30. März 1993 erhöhte das VA mit Bescheid vom 13. Mai 1993 die der Beschädigtenrente zugrunde liegende MdE auf 80 v. H. ab 1. November 1990 und anerkannte als Schädigungsfolgen eine Brustfellschwarte rechts nach Granatsplitterverletzung der Lungen, Brustkorbschmerzen bei Interkostalneuralgie und eine chronische Bronchitis. Dem lagen das lungenärztliche Gutachten von Dr. N. vom 30. Juni 1991, die vã Stellungnahme vom 20. Januar 1992, das lungenärztliche Gutachten von Dr. K. vom 21. Dezember 1992 und die vã Stellungnahme vom 1. Februar 1993 zu Grunde.

D verstarb am 24. Dezember 1998. Hiervon erhielt das VA am 28. Dezember 1998 Kenntnis durch eine telefonische Mitteilung des Sohnes der Klägerin. Am 26. Januar 1999 beantragte die Klägerin u. a. Witwenversorgung. Als Todesursache gab sie einen Herzstillstand nach Lungenembolie an.

Das VA zog die über D geführte Schwerbehindertenakte bei. Hieraus ging hervor, dass zuletzt mit Bescheid vom 19. Juli 1993 eine Brustfellschwarte rechts nach Granatsplitterverletzung der Lungen, Brustkorbschmerzen bei Interkostalneuralgie, eine chronische Bronchitis, eine geringgradige Herzinsuffizienz, ein chronischer Leberschaden bei Fettleber, ausgeprägte Krampfaderen bis zu den Oberschenkeln reichend, ein chronisches Ekzem, ein Lumbalsyndrom, eine Hüftgelenksarthrose beidseits und eine Endoprothese der rechten Hüfte als Behinderungen berücksichtigt waren. Aktenkundig war u. a. der Arztbrief von Dr. N. vom 25. Oktober 1990 und das Gutachten des Facharztes für Innere Krankheiten Dr. A. vom 20. April 1976 sowie der ärztliche Befundschein von Dr. G. vom 11. November 1976. Ebenfalls beigezogen wurde das für die Landesversicherungsanstalt Württemberg (LVA) von Dr. K. unter dem 23. November 1981 erstellte Gutachten.

Aus dem vom VA beigezogenen Leichenschauchein des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 30. März 1999 geht hervor, dass die Notärztin Dr. P. als unmittelbare Todesursache eine Asystolie mit Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie festgestellt habe und zur diagnostischen Absicherung des Zusammenhangs mit dem als Kriegsverletzung anerkannten Lungenleiden gegebenenfalls eine Obduktion erforderlich sei. Auf Frage des VA teilte die Klägerin telefonisch mit, D sei nicht obduziert worden. Ihr Sohn habe sich beim VA telefonisch erkundigt, ob D obduziert werden solle, was verneint worden sei. D sei an einer Kriegsverletzung verstorben, was schon zu seinen Lebzeiten ärztlich als weiterer Verlauf seines Kriegesleidens mit Wahrscheinlichkeit angenommen worden sei. Sodann holte das VA den Befundbericht des Dr. G. vom 24. September 1999 ein. Hieraus geht u. a. hervor, dass er den Kläger zwischen März 1985 und September 1997 mehrfach wegen Atemwegsinfekten, einer chronischen Bronchitis, anhaltender thorakaler Beschwerden, einer Hypertonie, eines Verdachts auf eine arterielle Verschlusskrankheit und einer Herzinsuffizienz mit Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit behandelt hat. Zu den Todesumständen teilte Dr. G. mit, dass es am Todestag zu einer plötzlichen dramatischen Verschlechterung des ansonsten an diesem Abend nach Angaben der Familie unauffälligen D gekommen sei. Die hinzugezogene Notärztin habe eine Reanimation durchgeführt, die aber erfolglos geblieben sei. Vorgelegt wurden die Arztbriefe des Augenarztes Dr. D. vom 8. September 1989 (Augenhintergrund: hochgradige Gefäßsklerose, Sehnerv sklerotisch blasser, Maculae sklerotisch aufgelockert), von Dr. W. vom 5. November 1993 (Therapie: Implantation einer zementfreien PCA-Hüft-TEP links), Prof. Dr. R. vom 5. Oktober 1994 und 10. Oktober 1996 (Zustand nach PCA-TEP linksseitig und LORD-TEP rechtsseitig) und des Radiologen J. vom 13. März 1997 (Beurteilung einer röntgenologischen Untersuchung des Thorax: linksbetontes Herz, keine sicheren Stauungszeichen, ausgedehnte phrenico-pleurale Narben rechts basal).

Der Internist Dr. E. führte in seiner vā Stellungnahme vom 25. Oktober 1999 aus, nach den Ausführungen von Dr. G. sei D aus relativem Wohlbefinden heraus unter dem Bild eines akuten Herz-Kreislaufversagens verstorben. Die Ursache des akuten Herz-Kreislaufversagens sei letztendlich völlig unklar. Eine der möglichen Ursachen wären die vom Notarzt vermuteten Lungenembolien. Diese Verdachtsdiagnose werde allerdings durch keinerlei konkreten Befunde gestützt. Selbst wenn diese Verdachtsdiagnose zutreffend sein sollte, wäre ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den anerkannten Schädigungsfolgen nicht als wahrscheinlich anzusehen. Als weitere mögliche Ursache wäre ein akutes Rechtsherzversagen bei eventuell bestehender, durch die anerkannten Schädigungsfolgen bedingter Rechtsherzschädigung zu nennen. Auch diese Annahme bzw. Möglichkeit werde durch keinerlei Befunde gestützt. Anlässlich der letzten lungenfachärztlichen Begutachtung im Jahr 1991 hätten sich noch keine Hinweise für eine Rechtsherzschädigung gefunden. Auch dem aktuellen Hausarztbericht seien keinerlei Befunde zu entnehmen, welche eine zwischenzeitlich sich entwickelte Rechtsherzinsuffizienz belegen würden. Das seit Jahren bestehende Bluthochdruckleiden sei als versorgungsfremder Nachschaden anzusehen. Im Zusammenhang mit diesem Bluthochdruckleiden seien augenärztlicherseits ausgeprägte arteriosklerotische Gefäßveränderungen der Netzhaut festgestellt worden. Als Hinweis für ein möglicherweise schädigungsunabhängig bestehendes arteriosklerotisches Gefäßleiden werde von Dr. G. zusätzlich der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bzw. eine arterielle Verschlusskrankheit der Beine geäußert. Als mögliche Ursache für das akute Herz-Kreislaufversagen käme somit zusätzlich auch ein akutes Herzversagen, bedingt durch eine koronare Herzkrankheit oder eine hypertoniebedingte Herzschädigung in Betracht. Auch diese Vermutungen würden durch keinerlei Befunde gestützt. Zusammenfassend kämen sowohl schädigungsbedingte als auch schädigungsunabhängige Ursachen in Betracht. Es lasse sich aus ärztlicher Sicht keinesfalls mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit feststellen, dass die Schädigungsfolgen zum Tode geführt hätten.

Hierauf gestützt lehnte das VA mit Bescheid vom 11. November 1999 die Gewährung einer Witwenrente ab.

Hiergegen erhob die Klägerin am 25. November 1999 Widerspruch. Aus der vā Stellungnahme von Dr. E. gehe eindeutig hervor, dass sämtliche Nichtschädigungsfolgen, die möglicherweise ebenfalls für ein Ableben ursächlich sein könnten, nur Verdachtsdiagnosen seien, die nicht durch ärztliche Unterlagen gestützt würden. Demgegenüber seien die Schädigungsfolgen bestandskräftig festgestellt und die Langzeitwirkungen derartiger Schädigungen medizinisch bestens bekannt. Außerdem sei zu berücksichtigen, dass der jetzt bestehende Mangel an Beweismitteln durch das VA verschuldet worden sei. Am 28. Dezember 1998 habe ihr Sohn beim VA angerufen und mit dem Mitarbeiter des VA, Herrn H., über dieses Problem mit der ausdrücklichen Frage, ob eine Obduktion erforderlich sei, telefoniert. Herr H. habe das Telefongespräch daraufhin in die Warteschleife gelegt und telefonisch Rücksprache mit der Leiterin des vā Dienstes, Frau Dr. K., gehalten. Herr H. habe sodann ihrem Sohn erklärt, eine Obduktion sei nicht notwendig. Ergänzend führte die Klägerin aus, bei D habe niemals ein behandlungsbedürftiges Bluthochdruckleiden bestanden. Er habe keine blutdrucksenkenden Medikamente einnehmen müssen oder verordnet bekommen.

Das VA holte sodann die Stellungnahmen von Dr. K. vom 14. und 23. März 2000 und ihres Mitarbeiters H. vom 20. März 2000 ein. Dr. K. teilte mit, sie habe am 28. Dezember 1998 Urlaub gehabt. Der Sachverhalt hätte durch eine Obduktion geklärt werden können. Allerdings sei die Durchführung einer Obduktion nicht allein Sache des VA, sondern auch der Familie des D, welche die Obduktion hätte veranlassen können, zumal die Notärztin eine solche befürwortet habe. Der Mitarbeiter H. führte aus, es sei richtig, dass ihm der Sohn der Klägerin am 28. Dezember 1998 telefonisch vom Tod des D Mitteilung gemacht habe. Dass er eine vom Sohn der Klägerin gewünschte Obduktion, nach Rücksprache mit dem vā Dienst, abgelehnt habe, sei unwahrscheinlich. Als Sachbearbeiter könne und dürfe er solche Entscheidungen nicht treffen. Er habe dem Sohn der Klägerin mit Sicherheit keine entsprechenden Auskünfte erteilt. Wäre die Frage einer Obduktion anhängig gewesen, hätte er bestimmt diesen Wunsch in einer Gesprächsnotiz festgehalten und die Akten unverzüglich dem vā Dienst zu einer entsprechenden Entscheidung zugeleitet. Er habe erst nach Vorliegen des Leichenschaucheins am 6. April 1999 von der eventuell durchzuführenden Obduktion erfahren.

Der Sozialmediziner N. führte in seiner vā Stellungnahme vom 3. Mai 2000 aus, zwar sei bei D ein Krampfaderleiden der Beine bekannt. Dieses habe aber nur die oberflächlichen Venen betroffen. Von einer chronisch venösen Insuffizienz des tiefen Venensystems werde an keiner Stelle des umfangreichen Aktenmaterials gesprochen. Zwar sei D infolge der Schädigungsfolgen, der Hüftgelenksarthrose und seines Wirbelsäulenleidens erheblich gehbehindert, aber keineswegs immobil gewesen. An keiner Stelle der Akten sei eine Gerinnungsstörung beschrieben. Alle diesbezüglich dokumentierten Laborwerte in den verschiedensten Gutachten sprächen nicht für die Annahme eines solchen Leidens. Im Jahr 1981 habe D ausweislich der Unterlagen des LVA-Gutachtens eine Myokarditis erlitten. Bezug genommen werde auf den Krankenhaus-Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses S. vom 10. August 1981 über die Krankenhausbehandlung vom 5. Juli bis zum 12. August 1981. In diesem Zusammenhang sei wegen massiver Herzrhythmusstörungen erstmals auch Isoptin eingesetzt worden, welches D dauerhaft eingenommen habe. Dieses Medikament senke auch den Blutdruck. In den Aktenunterlagen werde der gemessene RR meist im Normbereich oder aber im oberen Normalbereich ausgewiesen. Vor dem Jahr 1981 fänden sich röntgenologisch erkennbare Verkalkungsfiguren der Unterschenkelgefäße. Im Jahr 1987 würden schwere sklerotische Veränderungen am Augenhintergrund beschrieben. Ein Cor pulmonale, Folge einer schwerwiegenden dauerhaft vorliegenden Lungenfunktionseinschränkung, sei bei den lungenfachärztlichen

Gutachten nie festgestellt und immer verneint worden. Das Herz werde meist linksbetont, aber nicht linksvergrößert beschrieben. Ein Versterben in der akuten Rechtsherzinsuffizienz sei unwahrscheinlich. Daher spreche mehr gegen ein schädigungsbedingtes Ableben als für ein solches.

Hierauf gestützt wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 9. Juni 2000 zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 28. Juni 2000 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG). Vorgelegt wurde die eidesstattliche Versicherung des Sohnes der Klägerin vom 3. September 2000, in welcher dieser nochmals den Inhalt des Telefongesprächs vom 28. Dezember 1998 aus seiner Sicht wiedergab.

Zunächst zog das SG das von Dr. P. am 24. Dezember 1998 erstellte Notarztprotokoll bei (Diagnose: "DD fulminante Lungenembolie, Myokardinf."). Hierzu führte Dr. R. in der vā Stellungnahme vom 16. Oktober 2001 aus, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem zum Tode führenden Ereignis und den anerkannten Schädigungsfolgen sei weiterhin nicht wahrscheinlich zu machen.

Die Klägerin wies darauf hin, Dr. K. habe in seinem Gutachten vom 21. Dezember 1992 bereits ausgeführt, auf die Dauer wirkten sich die Veränderungen auch auf das Herz aus. Wenn der Kranke alt genug werde, werde sich bei ihm immer eine Rechtsherzüberlastung einstellen, die dann auch meist zur Todesursache werden würde. Dr. R. führte in der vā Stellungnahme vom 20. März 2002 aus, die aktenkundigen medizinischen Befundunterlagen enthielten keine Hinweise auf eine schädigungsbedingte Rechtsherzinsuffizienz.

Sodann holte das SG das internistisch-pneumologische Gutachten von Dr. S.-W., Leitender Arzt der Abteilung für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin an den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken B., vom 1. Oktober 2002 ein. Der Sachverständige gelangte zu dem Ergebnis, der Tod des D habe mit Wahrscheinlichkeit in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dessen Kriegsschädigung gestanden. Er wäre auch ohne die Schädigungsfolgen unverzüglich verstorben. Ein Zusammenhang wäre denkbar bei einer Lungenembolie, einem akuten Rechtsherzversagen und einem Pneumothorax (Lungenriss mit Lungenkollaps). Für diese Komplikationen gebe es in den Unterlagen aber keinerlei Hinweise. Auch sei das unverzügliche Versterben an derartigen Komplikationen außerordentlich unwahrscheinlich. Im Regelfall gebe es bei diesen Komplikationen vor dem Tod Phasen mit massiven Beschwerden, die dann schließlich innerhalb von Stunden oder Tagen zum Tod führen könnten. Außerdem seien die zugrunde liegenden Störungen, wie Thrombosen der Beine als Quelle für Lungenembolien bzw. eine Rechtsherzinsuffizienz mit Unterschenkelödemen, nicht aktenkundig. Nur bei einer massiven Zunahme des Lungenbefundes gegenüber den letzten gutachterlichen Untersuchungen bzw. den letzten aktenkundigen Lungenfunktionsprüfungen in den Jahren 1991 und 1996 wäre eine plötzliche Rechtsherzinsuffizienz vorstellbar gewesen. Für einen derartigen Verlauf gebe es jedoch keinerlei Hinweise. Auch habe ein schwerwiegender Mangel des Sauerstoffpartialdrucks im Blut nicht festgestellt werden können. Des Weiteren sei ein oberflächiges Krampfaderleiden kein Risikofaktor für das Entstehen von Lungenembolien. Eine Erkrankung der tiefen Beinvenen habe nicht vorgelegen. Hingegen machten die weiteren Leiden des D einen akuten Herztod wahrscheinlich. So sei bereits im Jahr 1981 nach einer schwergradigen infektiösen Erkrankung mit Herzmuskelbeteiligung ein Medikament wegen schwergradiger Herzrhythmusstörungen (Isoptin) verordnet worden. Es habe ein langjähriger Bluthochdruck bestanden, der gleichfalls durch dieses Medikament mitbehandelt worden sei. Aus zahlreichen Indizien ergebe sich, dass eine generalisierte Arteriosklerose bestanden habe. Hierfür sprächen der augenärztliche Befund aus dem Jahr 1987 und die Laborwerte mit erhöhten Werten für Cholesterin und Blutzucker. Insofern habe Dr. G. auch zu Recht den Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung geäußert. Auch aus der von Dr. G. im Jahr 1996 veranlassten Dopplersonographie beider Beine habe sich der Verdacht auf eine arterielle Verschlusskrankheit der Beine ergeben. Bei einem derartigen Krankheitsbild seien akut auftretende kardiale Probleme, wie ausgedehnte Myokardinfarkte oder schwergradige Herzrhythmusstörungen, so häufig, dass der Tod des D mit Wahrscheinlichkeit auf eine derartige akute kardiale Problematik zurückzuführen sei. Für diese akut auftretenden kardialen Probleme sei es auch charakteristisch, dass der Betroffene unverzüglich versterbe.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das SG das lungenärztliche Gutachten von Dr. N., Chefarzt der Medizinischen Klinik für Atemwegserkrankungen und Allergien in den W.-Z. Kliniken in W., vom 27. August 2004 ein. Er gelangte zu der Einschätzung, es spreche mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang des Todes des D mit dessen Kriegsschädigung. Zwar könne ein akuter Herzinfarkt bzw. eine akute Myokardischämie als mögliche Todesursache nicht ausgeschlossen werden. Gehe man von einem allgemeinen Patientengut aus, so seien mehr als 90 % aller Fälle eines Herzkreislaufstillstandes kardial bedingt, davon 80 % durch Herzinfarkt oder Myokardischämie. Jedoch hätten bei D keine Risikofaktoren für einen plötzlichen Herztod vorgelegen. Berücksichtige man, dass bei D mehrere Krankheitsfaktoren vorlägen, die die Ausbildung einer pulmonalen Hypertonie mit Ausbildung eines nachfolgenden chronischen Cor pulmonale begünstigten, erscheine in der Zusammenfassung der begutachteten Befunde ein akutes Rechtsherzversagen infolge einer Herzrhythmusstörung bedingt durch ein chronisches Cor pulmonale die wahrscheinlichste Todesursache zu sein. Als zweitwahrscheinlichste Todesursache müsse eine akute, fulminante Lungenembolie angesehen werden. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass durch das bekannte Versorgungsleiden des D mit weitaus gravierenderen gesundheitlichen Folgen bei einer Lungenembolie zu rechnen sei, als bei ansonsten lungengesunden Menschen. Somit erhöhe sich durch das Versorgungsleiden das Risiko, im Rahmen einer akuten Lungenembolie einen Herz-Kreislauf-Stillstand mit nachfolgender Asystolie zu erleiden. Eine kardiale Ursache des Herz-Kreislauf-Stillstandes könne aufgrund der Häufigkeit solcher Ereignisse in der Gesamtbevölkerung auch bei D nicht sicher ausgeschlossen werden, erscheine aber vorliegend als weit weniger wahrscheinlich. Schließlich führte der Sachverständige aus, es sei unwahrscheinlich, dass die schädigungsunabhängigen Leiden des D ohne die Schädigungsfolgen binnen eines Jahres zum Tode des D geführt hätten.

Hierzu führte Dr. S. in seiner vā Stellungnahme vom 23. September 2004 aus, im Gutachten von Dr. N. werde rein spekulativ aus dem Krankheitsverlauf bzw. aus der Verschlimmerung der Schädigungsfolgen - ohne konkrete Befunde auch im weiteren Krankheitsverlauf - auf eine weitere Verschlimmerung mit Herzbeteiligung und Todesfolge geschlossen. Nach den vorliegenden Befundunterlagen ergäben sich keine Hinweise auf eine pulmonale Hypertonie oder ein Cor pulmonale. Auch in der Zeit von 1980 bis 1991 habe sich keine wesentliche Verschlechterung der Lungenfunktion ergeben. Auch die hausärztlichen Unterlagen bestätigten keine pulmonal bedingte Verschlechterung bzw. Herzbeteiligung. Außerdem habe bei D nachweislich als ganz wesentlicher Risikofaktor eine langjährige behandlungsbedürftige Hypertonie vorgelegen, die sogar zu schweren Sekundärveränderungen am Augenhintergrund geführt habe. Röntgenologisch sei das Herz im März 1997 zudem als linksbetont beschrieben worden. Dr. G. habe darüber hinaus zumindest den Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung und periphere arterielle Durchblutungsstörungen geäußert. Vom Augenarzt seien die Sehstörungen im Sinne von cerebralen Durchblutungsstörungen gedeutet worden. Bemerkenswert erscheine in diesem Zusammenhang auch, dass der Vater des D bereits im Alter von 64 Jahren einem Herzleiden erlegen sei.

Mit Urteil vom 25. Januar 2005 hob das SG den Bescheid vom 11. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2000 auf und verurteilte den Beklagten, der Klägerin Witwenrente zu bewilligen.

Gegen das ihm am 9. März 2005 zugestellte Urteil des SG hat der Beklagte am 31. März 2005 Berufung eingelegt. Er hat die vā Stellungnahme von Dr. R. vom 16. März 2005 vorgelegt. Weder das Zustandsbild vor dem Todeszeitpunkt - keine Hinweise für eine Rechtsherzinsuffizienz, aber schädigungsunabhängige Linksherzerkrankung - noch der dramatische Verlauf am Todestag sprächen für einen ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Schädigungsfolgen bzw. eine lebensverkürzende Wirkung durch diese. Selbst im Falle einer fulminant verlaufenden Lungenembolie hätte D ohne die anerkannten Schädigungsfolgen kein weiteres Jahr überlebt.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 25. Januar 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Stellungnahme von Prof. Dr. N. vom 31. Oktober 2005 eingeholt. Er ist zu der Einschätzung gelangt, vorrangig komme der ab dem Jahr 1975 belegte Bluthochdruck als Todesursache in Frage. Ebenso sei eine Lungenembolie denkbar. Eine direkte Beziehung zu den anerkannten Schädigungsleiden sei unwahrscheinlich. Die Argumentation von Dr. N., mit der ein Kausalzusammenhang zwischen Todesursache und Schädigung belegt werden solle, bleibe im Bereich der Möglichkeiten, ohne Bezug zu Tatsachen. Weder ein chronisches Cor pulmonale noch eine Lungenembolie seien bewiesen.

Des Weiteren hat der Senat gemäß [§ 109 SGG](#) die Stellungnahme von Dr. N. vom 23. Januar 2006 eingeholt. Er hat ausgeführt, die überwiegend geringen Blutdruck-Erhöhungen seien ebenso wie die diskrete Erhöhung der Blutfette kein bahndendes Moment für eine koronare Herzerkrankung. Das bedeute wiederum, dass Risikofaktoren für eine koronare Herzerkrankung und einen daraus resultierenden Herzinfarkt nicht bestanden hätten. Eine in den letzten Jahren richtunggebende Verschlechterung des anerkannten Schädigungsleidens mit der Folge einer Rechtsherzüberlastung und einem daraus resultierenden akuten Herztod bei Rechtsherzversagen sei sehr wahrscheinlich.

Die Beteiligten haben unter dem 2. und 22. Februar 2006 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung, über die Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist zulässig und begründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Witwenrente nach § 38 BVG.

Die Rechtsvermutung des § 38 Abs. 1 Satz 2 BVG, wonach der Tod als Folge der Schädigung gilt, wenn das Todesleiden rechtsverbindlich als Schädigungsfolge anerkannt und Rente zuerkannt war, kommt der Klägerin nicht zugute. Denn unstreitig ist D nicht an einem der anerkannten Versorgungsleiden (Brustfellschwarte rechts, Brustkorbschmerzen bei Interkostalneuralgie, chronische Bronchitis), sondern ausweislich des Leichenschauens von Dr. G. vom 30. März 1999 an einer Asystolie (Herz-Kreislauf-Stillstand) verstorben.

Der Anspruch auf Witwenrente folgt auch nicht aus § 38 Abs. 1 Satz 1 BVG. Nach dieser Bestimmung besteht Anspruch auf Witwenrente, wenn ein Beschädigter an den Folgen einer Schädigung gestorben ist. Die Feststellung, ob ein Beschädigter "an" den Folgen einer Schädigung verstorben ist, setzt regelmäßig die vorherige Feststellung des zum Tode führenden Leidens voraus. Dies ergibt sich insbesondere aus § 38 Abs. 1 Satz 2 BVG. Verstirbt der Beschädigte an einer Schädigungsfolge, für die er Leistungen bezog, so wird nach dieser Bestimmung nicht nochmals geprüft, ob die Anerkennung der Schädigungsfolge zu Recht erfolgt ist, insbesondere stellt sich nicht noch einmal die Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Schädigung und der Schädigungsfolge (BSG, Urteil vom 17. Dezember 1965 - [8 RV 1015/63](#) - SozR Nr. 15 zu § 38 BVG). § 38 Abs. 1 Satz 1 BVG hingegen betrifft den Fall, dass das zum Tode führende Leiden des Beschädigten nicht als Schädigungsfolge festgestellt ist. Auch in diesem Fall steht den Hinterbliebenen unter Umständen Anspruch auf Versorgung zu, wenn diese Feststellung nachgeholt werden kann. Das Todesleiden muss dann, wenn die Schädigung nicht unmittelbar den Tod herbeigeführt hat, ebenso nachgewiesen werden wie ein als Schädigungsfolge geltend gemachtes Leiden zu Lebzeiten des Beschädigten. Bei diesem Leiden handelt es sich um ein unentbehrliches Glied in der bis auf die Primärschädigung zurückzuführenden Kausalkette, d. h. um eine Tatsache, welche Vollbeweis erfordert. Denn nicht der Tod, sondern das Todesleiden muss in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schädigungsfolgen stehen, wie sich schon aus der Formulierung in § 38 Abs. 1 Satz 2 BVG entnehmen lässt. Dies beruht darauf, dass der Tod für jeden unausweichlich und daher an sich nicht geeignet ist, die besondere Beziehung zu einer zeitlich zurückliegenden Schädigung herzustellen. Diese Beziehung wird erst vermittelt durch die Todesursache in Gestalt desjenigen Leidens, das zum vorzeitigen Tode führt. Nur über dieses Zwischenglied der Kausalkette kann der Tod zur Schädigungsfolge werden (BSG, Urteil vom 5. Mai 1993 - [9/9a RV 1/92](#) - [SozR 3-3100 § 38 Nr. 2](#) m. w. N.).

Dass anspruchsbegründende Tatsachen des Vollbeweises bedürfen, ist allgemein anerkannt. Für diesen Beweisgrad ist es zwar nicht erforderlich, dass die maßgeblichen Tatsachen mit absoluter Gewissheit feststehen. Ausreichend, aber auch erforderlich ist indessen ein so hoher Grad der Wahrscheinlichkeit, dass bei Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens kein vernünftiger, den Sachverhalt überschauender Mensch noch zweifelt, d. h. dass die Wahrscheinlichkeit an Sicherheit grenzt. Diese Beweisanforderungen gelten so lange, wie nicht Sonderbestimmungen (z. B. § 1 Abs. 3 und 5 BVG) einen geringeren Beweisgrad ausreichen lassen. Vollbeweis ist daher insbesondere für das Vorliegen jeder als Schädigungsfolge geltend gemachten Gesundheitsstörung zu fordern, da insoweit keine Ausnahmeregelung gilt. Die in § 1 Abs. 3 und 5 BVG bestimmte Beweiserleichterung bezieht sich ausschließlich auf den

Ursachenzusammenhang (BSG, Urteil vom 5. Mai 1993 - [9/9a RV 1/92](#) - [SozR 3-3100 § 38 Nr. 2](#) m. w. N.).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hätte vorliegend das Leiden, welches zum Herz-Kreislauf-Stillstand des D geführt hat, mit dem Beweisgrad der "an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit" feststellbar sein müssen. Dies ist indes nicht der Fall.

Dr. P. diagnostizierte in ihrem Notarztprotokoll vom 24. Dezember 1998 lediglich differenzialdiagnostisch eine fulminante Lungenembolie oder einen Herzinfarkt. Auch aus dem Leichenschauchein von Dr. G. vom 30. März 1999 geht nur hervor, dass Dr. P. als unmittelbare Todesursache einen Herz-Kreislauf-Stillstand mit Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie festgestellt habe und zur diagnostischen Absicherung des Zusammenhangs mit dem als Kriegsverletzung anerkannten Lungenleiden gegebenenfalls eine Obduktion erforderlich sei. Schließlich teilte Dr. G. in seinem Befundbericht vom 24. September 1999 zu den Todesumständen nur mit, dass es am Todestag zu einer plötzlichen dramatischen Verschlechterung des ansonsten an diesem Abend nach Angaben der Familie unauffälligen D gekommen sei und Dr. P. eine erfolglose Reanimation durchgeführt habe. Somit ist das zum Herz-Kreislauf-Stillstand führende Leiden nicht bewiesen, sondern es kommen lediglich differentialdiagnostisch eine Lungenembolie oder ein Herzinfarkt bzw. allenfalls mit Wahrscheinlichkeit eine Lungenembolie in Betracht. Die Unsicherheit dieser Annahme ergibt sich insbesondere daraus, dass Dr. P. eine Abklärung durch eine Obduktion für erforderlich erachtete.

Etwas Anderes ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten von Dr. N. vom 27. August 2005 und seiner Stellungnahme vom 23. Januar 2006. Auch er konnte einen akuten Herzinfarkt bzw. eine akute Myokardischämie als mögliche Todesursache nicht ausschließen und schildert eine Lungenembolie als mögliche Ursache. Er hat auch nicht den Nachweis dafür erbringen können, dass die kriegsbedingte Pleuraschwarte und chronische obstruktive Bronchitis zu einer pulmonalen Hypertonie mit einem nachfolgenden chronischen Cor pulmonale und darauf beruhenden Herzrhythmusstörungen geführt haben und es dadurch zu dem Herz-Kreislauf-Stillstand gekommen ist. Denn Dr. N. räumt selbst ein, dass die Diagnose einer pulmonalen Hypertonie nicht mehr objektiviert werden konnte und spricht daher auch nur von der Möglichkeit einer Cor pulmonale im Zeitpunkt des Todes. Im Übrigen kann der von Prof. N. geschilderte Umstand, dass bei Vorliegen einer Belastungsdyspnoe bei bereits geringer körperlicher Belastung die mediane Überlebenszeit 2,5 Jahre beträgt und das Vorliegen einer Cor pulmonale zu Lebzeiten des D nicht ausgeschlossen worden ist, nicht zum Vollbeweis derselben führen. Insoweit hat Dr. S. in seiner vā Stellungnahme vom 23. September 2004 zu Recht ausgeführt, im Gutachten von Dr. N. werde rein spekulativ aus dem Krankheitsverlauf bzw. aus der Verschlimmerung der Schädigungsfolgen - ohne konkrete Befunde auch im weiteren Krankheitsverlauf - auf eine weitere Verschlimmerung mit Herzbeteiligung und Todesfolge geschlossen, da sich aus den vorliegenden Befundunterlagen keine Hinweise auf eine pulmonale Hypertonie oder ein Cor pulmonale ergäben. Somit haben Dr. E. in seiner vā Stellungnahme vom 25. Oktober 1999 und Prof. Dr. N. in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2005 zutreffend ausgeführt, die Ursache für den Herz-Kreislauf-Stillstand sei unklar.

Da somit das zum Tode führende Leiden - Lungenembolie, Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen - nicht bewiesen ist, kommt es nicht darauf an, ob bei D nichtkriegsbedingte Risikofaktoren für einen Herzinfarkt (abgelaufene Herzmuskelentzündung, langjähriger Bluthochdruck, generalisierte Arteriosklerose, Hypercholesteriniämie, Diabetes mellitus, arterielle Verschlusskrankheit der Beine) vorlagen (so von Dr. E. in seiner vā Stellungnahme vom 25. Oktober 1999 für möglich erachtet und vom Sozialmediziner N. in seiner vā Stellungnahme vom 3. Mai 2000, von Dr. S.-W. in seinem Gutachten vom 1. Oktober 2002 und Dr. S. in seiner vā Stellungnahme vom 23. September 2004 gar angenommen) oder nicht vorlagen (so Dr. N. in seinem Gutachten vom 27. August 2005). Aus dem selben Grund war nicht der Frage nachzugehen, ob sich durch das Versorgungsleiden des D das Risiko, im Rahmen einer akuten Lungenembolie einen Herz-Kreislauf-Stillstand zu erleiden, erhöht hat (so Dr. N. in seinem Gutachten vom 27. August 2005).

Die unzureichende Aufklärbarkeit der Natur des Todesleidens geht nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast zu Lasten der Klägerin.

Etwas Anderes ergibt sich auch nicht aus dem Vortrag der Klägerin, eine Obduktion der Leiche des D sei aus dem Grund unterblieben, dass der Beklagte ihrem Sohn auf dessen Anfrage am 28. Dezember 1998 mitgeteilt habe, eine solche sei nicht notwendig. Denn der Senat ist nicht davon überzeugt, dass der Sohn der Klägerin tatsächlich eine Auskunft dieses Inhalts erhalten hat. Die Klägerin hat in ihrer Widerspruchsbegründung unter dem 29. Februar 2000 vorgetragen, ihr Sohn habe den Mitarbeiter des Beklagten, Herrn H., gefragt, ob eine Obduktion erforderlich sei, woraufhin dieser nach Rücksprache mit Dr. K. mitgeteilt habe, eine Obduktion sei nicht erforderlich. Zum Einen ergibt sich eine derartige Anfrage nicht aus dem über dieses Telefongespräch gefertigten Aktenvermerk. Der Senat geht dabei davon aus, dass der Mitarbeiter des Beklagten eine entsprechende Rückfrage allein zur eigenen Absicherung aktenkundig gemacht hätte, zumal der im Vergleich hierzu unbedeutende Umstand, dass an die Klägerin Formblätter zu versenden seien, aufgeführt worden ist. Zum Anderen ergibt sich aus den Stellungnahmen von Dr. K. vom 14. März 2000 und des Mitarbeiters H. vom 20. März 2000, dass sich Dr. K. am 28. Dezember 1999 im Urlaub befunden hat. Im Übrigen geht der Senat nicht davon aus, dass ein Mitarbeiter des Beklagten ohne Kenntnis der Todesursache, zumal der Leichenschauchein beim Beklagten erst am 6. April 1999 eingegangen ist, eine derartige Aussage trifft. Selbst wenn aber der Mitarbeiter die Aussage "Obduktion nicht erforderlich" gemacht haben sollte, wäre diese auch in dem Sinne verstehbar, dass die Familie des D nicht verpflichtet sei, eine Obduktion durchführen zu lassen. Gegen die Richtigkeit dieses Vortrags spricht auch der Umstand, dass die Klägerin die in Frage stehende Anfrage ihres Sohnes in ihrem beim Beklagten am 17. Mai 1999 eingegangenen Schreiben nicht erwähnt hat.

Schließlich weist der Senat darauf hin, dass eine Beweisvereitelung mit der rechtlichen Folge einer Beweislastumkehr oder -erleichterung nicht greift, wenn der beweisbelastete Beteiligte den Beweis selbst hätte sichern können. Denn unabdingbare Voraussetzung für eine Beweiserleichterung ist, dass das pflichtwidrige Handeln oder Unterlassen den beweisbelasteten Beteiligten in eine Beweisnot, d. h. in eine ausweglose Lage gebracht hat. Nur dann kann von einer Vereitelung gesprochen werden (BSG, Urteil vom 10. August 1993 - [9/9a RV 10/92](#) - [SozR 3-1750 § 444 Nr. 1](#)). Dies ist hier nicht der Fall. Die Klägerin ist zwar heute in Beweisnot, weil nur durch eine heute nicht mehr mögliche Obduktion die nach Dr. N. mögliche und für den Anspruch der Klägerin günstige Krankheitsentwicklung des D hätte nachgewiesen werden können. Die Klägerin hatte aber selbst die Möglichkeit, eine Obduktion rechtzeitig zu veranlassen oder ein Beweissicherungsverfahren nach [§ 76 SGG](#) durchführen zu lassen. Im Übrigen geht der Senat vor dem Hintergrund der unter dem 3. September 2000 verfassten eidesstattlichen Versicherung des Sohnes der Klägerin davon aus, dass es der Klägerin bewusst gewesen ist, eine Obduktion des D selbst in Auftrag geben zu können.

Nach alledem hat die Klägerin keinen Anspruch auf Witwenrente nach § 38 BVG. Daher hat der Beklagte den hierauf gerichteten Anspruch zu Recht mit Bescheid vom 11. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2000 abgelehnt und das SG auf die

hiergegen gerichtete Klage zu Unrecht mit Urteil vom 25. Januar 2005 diese Bescheide aufgehoben und den Beklagten zur Gewährung einer Witwenrente verurteilt. Das Urteil des SG war somit aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-02-12