

L 1 U 3899/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 3711/05
Datum
05.07.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 3899/07
Datum
19.11.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 5. Juli 2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten

Tatbestand:

Im Streit steht ein Anspruch der Klägerin auf Hinterbliebenenrente nach ihrem 1947 geborenen und 2003 verstorbenen Ehemann, dem Versicherten H., wegen der Folgen des in Rumänien erlittenen Arbeitsunfalls vom 6. April 1979.

H. war bis 1984 in Rumänien wohnhaft, wo er am 6. April 1979 im Rahmen seiner Tätigkeit als Lagerverwalter einen Arbeitsunfall erlitten hatte. Dabei zog er sich eine motorisch komplette, sensibel und vegetativ subtotale Paraplegie unterhalb Th 6 nach Luxations-Kompressions-Fraktur des 5./6. Brustwirbelkörpers zu. Im zweiten Rentengutachten des Prof. Dr. P. vom 14. Dezember 1984 wurde darüber hinaus ein Zustand nach Nephrektomie links und transurethraler Blasensteinentfernung, Zustand nach externer Sphinkterotomie, chronischer Harnwegsinfekt, mäßig ausgeprägte parossale Ossifikationen in der Kniegelenksweichteilumgebung beidseits, und nicht korrigierte Spitzfußfehlstellung und Krallenzehenbildung beidseits beschrieben. Weiter war aufgeführt, es bestehe ein Zustand nach operativer Behandlung einer Spondylitis tuberkulosa (1963). In Rumänien erhielt H. eine Invaliditätsrente I. Grades wegen der Arbeitsunfallfolgen.

Die Südwestliche Bau-Berufsgenossenschaft, eine der Rechtsvorgängerinnen der Beklagten, erhielt von dem Arbeitsunfall im Februar 1984 anlässlich eines Rehabilitationsaufenthalts des H. in der Universitätsklinik H. und wegen des von H. beabsichtigten Einbürgerungsantrags Kenntnis.

Sie nahm darauf Ermittlungen auf und bewilligte mit Bescheid vom 28. Januar 1986 Verletztenrente ab 8. Januar 1984 (Tag der Übersiedlung) nach einer MdE um 100 v.H. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: Komplette Querschnittslähmung im Bereich des 6. Brustwirbelkörpers. Nicht als Unfallfolge anerkannt wurde die tuberkulöse Spondylitis (1963). Darüber hinaus bewilligte sie mit Bescheid vom 27. Februar 1986 Pflegegeld ab 1. April 1984.

In den Akten finden sich fortlaufend Hilfsmittelverordnungen, auch für die mit der Querschnittslähmung verbundene Blasen- und Mastdarm lähmung. Aktenkundig sind neben der laufenden ärztlichen Betreuung ein Bericht des Berufshelfers der Beklagten vom 1. Oktober 1996, wonach H. mit der Klägerin im Sommer in Rumänien gewesen sei, wegen eines akut aufgetretenen Nierenversagens allerdings mit dem Hubschrauber in die Bundesrepublik habe zurückgebracht werden müssen. Vom 27. Juni bis 6. August 1996 befand sich H. in stationärer Behandlung in der Orthopädischen Universitätsklinik H. ... Im Entlassbericht vom 27. August 1996 sind als Diagnosen aufgeführt: Motorisch und sensibel komplette Querschnittslähmung unterhalb Th 6 seit 1979, Zustand nach Nephrektomie (Nierenentfernung) links 1983, Blasen- und Mastdarm lähmung, Zustand nach Urosepsis (septisches Harnfieber) bei occludierendem Harnleiterstein rechts, Zustand nach Sphinkterotomie, Urothrombose 7/96, ausgeprägte rigide Spitzfüße beidseits mit Krallenzehenbildung. Ein weiterer stationärer Aufenthalt folgte vom 14. Juli bis 16. August 1997 nach einem Sturz des H. aus dem Rollstuhl, bei dem er sich eine subtrochantäre Femurfraktur links zugezogen hatte.

Mit Arztbrief vom 11. Oktober 2001 teilte die Thoraxklinik-H. GmbH der Krankenkasse des H. mit, H. sei in den letzten Monaten mehrfach stationär aufgenommen worden (3. November bis 17. November 2000, 13. Juni bis 26. Juli 2001, 18. bis 25. September 2001). Alle stationären Aufenthalte seien durch eine Atelektasebildung (nicht belüfteter Lungenabschnitt) im Bereich der linken Lunge infolge einer

Zwerchfellschwäche links sowie einer Abhustschwäche notwendig gewesen, bedingt durch die Querschnittslähmung. Weitere Krankenhausaufenthalte insbesondere wegen Harnwegsinfekten bzw. Nierenproblemen folgten (Januar und Februar 2002, September/Oktober 2002).

Im Januar 2004 teilte ein Bekannter des H. mit, dass H. bereits am 19. Dezember 2003 verstorben sei. Die Beklagte zog daraufhin den Arztbrief des Krankenhauses S. vom 5. Januar 2004 bei, wo sich H. vom 14. Dezember 2003 bis zu seinem Tod in stationärer Behandlung befand. Als Diagnosen waren aufgeführt u.a. eine dekompensierte Leberzirrhose bei Zustand nach Hepatitis B und chronischer Hepatitis C mit Aszites (Ansammlung von Wasser in der Bauchhöhle), Enzephalopathie und spontanbakterieller Peritonitis, chronische Niereninsuffizienz bei Zustand nach Nephrektomie links wegen Pyelonephritis. H. sei an einem Coma hepaticum und hepatoralem Syndrom mit dekompensierter Leberzirrhose verstorben.

Die Beklagte nahm daraufhin Sachverhaltsermittlungen auf. Das Krankenhaus S. teilte unter dem 2. Februar 2004 mit, H. sei vor der Überweisung in das Krankenhaus S. in der L.-K.-Klinik behandelt worden. Dort sei im Arztbrief erwähnt worden, dass er eine Hepatitis B und A durchgemacht und an einer chronischen Hepatitis C gelitten habe. Während seines Aufenthalts seien allerdings keine Virusparameter bestimmt worden. Im Arztbrief der L.-K.-Klinik vom 3. November 2003 war als Diagnose u.a. eine Leberzirrhose Child B bei chronischer Hepatitis C (Genotyp 1b) und Zustand nach Hepatitis A und B aufgeführt. Die Thoraxklinik H., Oberarzt Dr. B., führte unter dem 3. Februar 2004 aus, eine Untersuchung auf Hepatitis B oder C sei während der Aufenthalte des H. in der Klinik nicht erfolgt. H. habe während des Intensivaufenthalts im Juni 2001 mehrere Transfusionen mit Erythrozytenkonzentraten erhalten. Aufgrund der langjährigen Krankheitsvorgeschichte sei aber auch davon auszugehen, dass schon zuvor Transfusionen durchgeführt worden seien. Die orthopädische Universitätsklinik H. teilte unter dem 9. Februar 2004 mit, dass eine entsprechende Diagnosestellung auch in ihrer Klinik nicht erfolgt sei, allerdings eine Laboruntersuchung schon vom 30. März 1984 Hbs antigen negativ, jedoch Antikörper auf anti Hbc positiv und anti HBS positiv ausgefallen gewesen sei. Die Laborwerte vom August 1996 und Februar 2003 hätten alle im Normbereich gelegen.

Die Klägerin teilte der Beklagten mit Schreiben ihres Bevollmächtigten vom 2. März 2004 mit, die Lebererkrankung sowie die Hepatitis-Erkrankung seien ihr im Zusammenhang mit dem stationären Krankenhausaufenthalt Anfang 2003 bekannt geworden. Sie gehe davon aus, dass beide Erkrankungen unmittelbare Folge der jahrelangen Behandlung mit Medikamenten seien, deren Nebenfolgen die Leber massiv geschädigt hätten. Daher sei auch der Tod des H. auf den Berufsunfall zurückzuführen. Beigefügt war u.a. der Arztbrief des St. J.-krankenhauses H. vom 4. Januar 1995, in dem unter anderem eine durchgemachte Hepatitis A, Hepatitis C-AK positiv (ohne Aktivität) erwähnt sind.

Die Beklagte gab bei Prof. Dr. G., Leiter der Sektion Infektiologie des Hygiene-Instituts des Universitätsklinikums H., ein Gutachten nach Aktenlage zur Frage in Auftrag, ob der Tod des H. auf den anerkannten Unfallfolgen beruhe. Dieser führte in seinem Gutachten vom 23. Juni 2004 aus, nachdem H. seit seiner Übersiedlung in die Bundesrepublik nach Angaben der Klägerin kein Blut oder Blutprodukte erhalten habe, sei eine Hepatitis-C-Übertragung auf diesem Weg ausgeschlossen. Auch durch operative Eingriffe oder sonstige invasive Eingriffe könne aufgrund des hohen Sicherheitsniveaus bei der Aufbereitung chirurgischer Instrumente bzw. der Verwendung von Einwegmaterial in Deutschland eine Infektion mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Damit verbleibe als Infektionszeitraum die Zeit bis 1984 in Rumänien. Dort seien bis 1990 die Hygienestandards auf einem sehr niedrigen Niveau gewesen. So seien auch in den späten 80er und Anfang der 90er Jahre zahlreiche Fälle aus Rumänien bekannt geworden, in denen durch Wiederverwendung von Injektionskanülen die epidemische Ausbreitung von HI-Viren in Waisenhäusern und Gesundheitseinrichtungen beschrieben worden sei. Auch wenn die Klägerin angebe, ihrem Ehemann sei bis 1984 in Rumänien kein Blut zugeführt worden, könne dies für die sehr ausgedehnte Wirbelsäulenoperation im Jahr 1963 - H. sei damals 14 Jahre alt gewesen - nicht ausgeschlossen werden. Hinzu komme, dass gerade knochenchirurgische Instrumente wegen ihrer Beschaffenheit nur schwer zu desinfizieren gewesen seien. Dem gegenüber zähle die 1983 ebenfalls in Rumänien durchgeführte Nephrektomie zu den wenig verletzungssträchtigen Eingriffen, was aber auch eine HCV-Übertragung auf diesem Weg nicht ausschließe. Vom Verlauf der Erkrankung könne nicht auf den Infektionszeitpunkt geschlossen werden. Es sei daher nicht definitiv zu belegen, dass der Tod des H. auf Unfallfolgen beruhe.

Mit Bescheid vom 12. Juli 2005 bewilligte die Beklagte der Klägerin laufende Witwenbeihilfe in Höhe von 60,72 EUR monatlich und lehnte zugleich den Anspruch auf Hinterbliebenenrente ab, da der Tod des H. nicht Folge des Versicherungsfalls sei. Die zum Tode führende Infektion mit Hepatitis C habe sich H. wohl in Rumänien und nicht infolge des Unfalls zugezogen.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch. Da H. vor dem Arbeitsunfall keine Symptome einer Hepatitis-C-Erkrankung gehabt habe, sei nicht davon auszugehen, dass er sich die Infektion schon vorher zugezogen habe. Vielmehr habe die hohe Medikamentendosierung durch den Arbeitsunfall zu einer Schädigung der Leber und damit auch dem zum Tode führenden Leberversagen geführt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. November 2005 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 16. Dezember 2005 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben und u.a. ausgeführt, sie habe sich nach Gesprächen mit Mitarbeitern der Krankenanstalt, in der bei ihrem Mann 1983 die Nephrektomie durchgeführt worden sei, sowie mit Verwandten wieder daran erinnert, dass ihrem Mann in diesem Zusammenhang Blutkonserven verabreicht worden seien. Darin dürfte deshalb auch die entscheidende Ursache für das spätere Auftreten der Hepatitis-C-Erkrankung liegen und damit ein Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall nachgewiesen sein. Das SG hat daraufhin Prof. Dr. G. ergänzend befragt. Dieser hat unter dem 30. März 2006 ausgeführt, dass mindestens 2/3 aller Hepatitis-C-Infektionen völlig asymptomatisch verlaufen würden. 20% dieser Fälle entwickelten eine Leberzirrhose, was über einen Zeitraum von bis zu 30 Jahren dauern könne. Ein Zusammenhang des Verlaufs u.a. mit der Einnahme von Antibiotika sei nicht bekannt. Die Klägerin hat daraufhin die eidesstattliche Versicherung der Ecaterina Bartos, ihrer Schwester, vorgelegt. Danach sei H. vor der Operation an der rechten Niere an eine "Blutperfusion" angeschlossen gewesen. Dies habe man beim Besuch des H. im Krankenhaus am Vortrag der Operation gesehen.

Das SG hat daraufhin ein Gutachten bei Prof. Dr. L., Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum H.-E., in Auftrag gegeben. In seinem Gutachten nach Aktenlage hat dieser unter dem 15. September 2006 ausgeführt, da H. an den Folgen einer Leberzirrhose verstorben sei, sei wahrscheinlich, dass die Infektion mit Hepatitis C schon viele Jahre zurückliege, da die Entwicklung einer Leberzirrhose einen Zeitraum von bis zu 30 Jahren oder sogar länger benötige. Ob eine Bluttransfusion vor 1990 stattgefunden habe, sei den Akten nicht zu entnehmen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass bei der operativen Sanierung des kalten Abszesses im Bereich der linken Hüfte bei Spondylitis tuberkulosa (1963) eine Transfusion stattgefunden habe, sei hoch, da operative Eingriffe am Knochensystem häufig mit großen Blutverlusten einhergingen. Zudem sei nach einigen Wochen eine weitere Operation im Bereich der Lendenwirbelsäule erfolgt. Da eine erhöhte Transmissionsrate bei operativen Eingriffen am Knochensystem beschrieben werde und die Hygienestandards in Rumänien im fraglichen Zeitraum nur sehr unzureichend gewesen seien, bestehe ein hohes Übertragungsrisiko. 1983 habe in Rumänien aufgrund einer Nephrolithiasis, die vermutlich infolge der Sphinkterstörung entstanden sei, eine linksseitige Nephrektomie stattgefunden. Eine Übertragung des Virus sei hier ebenfalls denkbar, auch wenn das Risiko des Blutverlusts mit nachfolgender Transfusion eher als niedrig einzuschätzen sei. Die durch den Arbeitsunfall bedingten Komplikationen seien in der Bundesrepublik behandelt worden, wo nach 1984 die Hygienestandards fortgeschrittener gewesen seien, wo sich zudem die schweren Komplikationen auch erst nach 1990 gehäuft hätten, als eine Hepatitis-C-Testung von Blutkonserven schon stattgefunden habe. Darüber hinaus sei die Entwicklung einer Zirrhose im Laufe von 10 bis 15 Jahren auch eher unwahrscheinlich. Schon 1984 seien in der Orthopädischen Universitätsklinik H. erhöhte Leberwerte aufgefallen und eine abgelafene Hepatitis B diagnostiziert worden. Auch 2000 seien die Thrombozyten sowie das Albumin erniedrigt und die Globulinfraction erhöht sowie die Milz vergrößert gewesen. Dies könne als Hinweis auf einen fortgeschrittenen Leberparenchymschaden gedeutet werden. Damit erhöhe sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich H. die Infektion in Rumänien zugezogen habe. Für eine dauerhafte Gefährdung der Leber durch Anaesthetika bei operativen Eingriffen oder eine intermittierende Antibiotikabehandlung eines Harnwegsinfekts bestehe keine hinreichende Wahrscheinlichkeit. Es bestehe deshalb keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Unfallfolgen zu einem früheren Versterben des Versicherten geführt hätten als bei einem gesunden Gleichaltrigen.

Das SG hat daraufhin zwei Bekannte des Verstorbenen schriftlich befragt, die die Klägerin zum Nachweis einer Bluttransfusion 1983 benannt hat. Frau A., Nichte der Klägerin, hat in ihrer Erklärung vom 11. Januar 2007 ausgeführt, sie habe damals, als Schülerin der I. Klasse, ihren Onkel im Krankenhaus besucht. Im betreffenden Zimmer hätten sich viele Patienten befunden. Ihr Onkel sei dagelegen, mit einer Nadel im Arm und einem Schlauch und einem Beutel, in dem sich dunkle Flüssigkeit befunden habe. Ihr Onkel habe auf ihre Frage gesagt, dass es sich um Blut handle. Als sie ihn ein weiteres Mal besucht habe, habe der Beutel hellere Flüssigkeit enthalten. Herr V. hat in seiner Erklärung vom 17. Januar 2007 angegeben, H. seit etwa 1973 gekannt zu haben. Als er H. im Frühjahr 1983 im Krankenhaus besucht habe, habe ihm dieser erzählt, dass der Chefarzt der Urologie beschlossen habe, Bluttransfusionen vorzunehmen, da er durch eine Anämie sehr geschwächt gewesen sei und auf die operative Entfernung der Niere habe vorbereitet werden sollen. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 5. Juli 2007 hat das SG als Zeugen Alfred H., einen Freund des H. befragt. Er hat ausgeführt, dass er H. nach seiner Operation 1983 im Krankenhaus besucht habe. Dabei habe ihm dieser erzählt, dass er auch Blut bekommen habe. Gesehen habe er dies allerdings nicht. Über Krankheiten oder Operationen vor dem Unfall wisse er nichts.

Mit Urteil vom 5. Juli 2007 hat das SG die Beklagte verpflichtet, der Klägerin wegen des Todes des H. Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, sowohl die Klägerin als auch der Vernommene V. hätten erwähnt, dass H. nach dem Arbeitsunfall 1979 operiert worden sei, um die Wirbelsäule zu stabilisieren. Davon habe H. auch eine lange Narbe am Rücken gehabt. Es sei unerheblich, dass diese Operation bisher nicht aktenkundig gewesen sei. Wenn Prof. Dr. G. und Prof. Dr. L. zudem die Auffassung vertreten hätten, dass etwa in 95% aller Fälle Hepatitis C durch Blut oder Blutprodukte übertragen werde und andere Infektionsquellen fehlten, habe das Gericht keine ernstlichen Zweifel daran, dass sich der Verstorbene die Infektion bei der fraglichen Operation 1979 zugezogen habe. Darüber hinaus sei auch die Nierenoperation 1983 unfallbedingt erfolgt. Stehe aber fest, dass sich H. wegen der Folgen des Arbeitsunfalls zweier größerer operativer Eingriffe habe unterziehen müssen, stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass es bei einer dieser beiden Operationen zur Infektion mit Hepatitis C gekommen sei. Auch wenn H. wegen der Tuberkulosefolgen Anfang der 60er Jahre zwei große Operationen habe durchstehen müssen, spreche dies nicht gegen die getroffene Bewertung. Die Wahrscheinlichkeit, dass es dabei zu einer Übertragung infolgedessen infizierten Blutmaterials gekommen sei, sei genauso zu bewerten wie bei den nachfolgenden Operationen infolge des Unfalls. Darüber hinaus hätten auch die Aussagen von Frau A. und dem Zeugen H. die Versorgung mit Blutprodukten anlässlich der Nierenoperation 1983 bestätigt. Jedenfalls gehe das Gericht aber davon aus, dass die schweren Folgen des Arbeitsunfalls zu einer Lebenszeitverkürzung von mindestens einem Jahr geführt hätten, so dass die Kausalität selbst dann zu bejahen sei, wenn sich H. die Hepatitis-C-Infektion und die Leberzirrhose auf anderem Wege zugezogen haben sollte. Die Unfallfolgen hätten H. in seinem Allgemeinbefinden und seiner Gesamtkonstitution so erheblich geschwächt, dass seine Möglichkeiten, die Folgen der Lebererkrankung zu kompensieren, so erheblich beeinträchtigt gewesen seien, dass er unfallbedingt mindestens um ein Jahr vorzeitig verstorben sei. Dabei müsse insbesondere berücksichtigt werden, dass H. unfallbedingt an wiederholten Blaseninfektionen gelitten habe und über Jahrzehnte immer wieder Medikamente, auch Antibiotika, habe einnehmen müssen.

Gegen das ihr am 24. Juli 2007 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 9. August 2007 Berufung eingelegt. Sie führt im Wesentlichen aus, dass sich in den gesamten Verwaltungsakten keine Hinweise darauf finden würden, dass H. 1979 unfallbedingt an der Wirbelsäule operiert worden sei. Vielmehr sei nur die tuberkulosebedingte Operation 1963 aktenkundig. Davon könne auch die von der Klägerin beschriebene Narbe herrühren. Beide Gutachter hätten zudem einen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall bzw. seinen Folgen und dem Versterben des H. verneint, letztlich auch ein vorzeitiges Versterben. Es habe daher nicht mit hinreichender Sicherheit bewiesen werden können, wann die Infektion tatsächlich erfolgt sei. Daher fehle es bereits an den anspruchsbegründenden Tatsachen für die begehrte Hinterbliebenenrente.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 5. Juli 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie stützt sich auf die Ausführungen im Urteil des SG.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 SGG auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Der Klägerin steht keine Hinterbliebenenrente zu.

Gem. § 63 Abs. 1 SGB VII haben Hinterbliebene Anspruch auf Leistungen (u.a. in Form von Hinterbliebenenrenten), wenn der Tod infolge eines Versicherungsfalles - das sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII) - eingetreten ist.

Dass nur der Tod, der "infolge" des Versicherungsfalles eingetreten ist, Ansprüche u.a. auf Hinterbliebenenrente zu begründen vermag, macht deutlich, dass die Grundsätze der haftungsausfüllenden Kausalität, wie sie bei der Prüfung möglicher Ansprüche des Versicherten selbst anzuwenden sind, gleichermaßen für - eigene - Ansprüche der Hinterbliebenen gelten (vgl. Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, § 63 Rz. 10).

Für Ansprüche von Hinterbliebenen bedeutet dies, dass der Tod des Versicherten mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Versicherungsfall zurückzuführen sein muss. Ein Versicherungsfall ist deshalb nur dann Todesursache im Rechtssinne, wenn das Unfallereignis selbst und nicht andere, unfallunabhängige Ursachen, die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Todes bilden. Welcher Umstand für den Eintritt des Todes als wesentlich angesehen werden muss, ist durch die wertende Betrachtung aller in Frage kommenden Umstände zu ermitteln (BSG SozR 4-2200 § 589 Nr. 1). Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht (BSGE 58, 80, 82; 61, 127, 129; BSG, Urt. v. 27. Juni 2000 - B 2 U 29/99 R - m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSGE 45, 285, 286). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (vgl. BSGE 6, 70, 72; BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 11 S. 33).

In einer wertenden Gesamtbetrachtung steht für den Senat unter Berücksichtigung der Ausführungen insbesondere des Prof. Dr. L., aber auch von Prof. Dr. G., nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit fest, dass H. an den Folgen des versicherten Arbeitsunfalls verstorben oder sein Versterben vorzeitig erfolgt ist.

H. ist an einem Coma hepaticum und hepatoralem Syndrom mit dekompensierter Leberzirrhose verstorben vor dem Hintergrund einer chronischen Hepatitis C (Arztbrief Krankenhaus S. vom 5. Januar 2004). Dabei handelt es sich jedenfalls nicht um einen unmittelbaren Unfallschaden. Aber auch eine mittelbare Verursachung durch die anerkannte Arbeitsunfallfolge (komplette Querschnittslähmung) steht nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit fest. Vielmehr spricht mehr dagegen als dafür, dass die Hepatitis C Infektion infolge der durch die Querschnittslähmung bedingten Eingriffe oder Behandlungen entstanden ist.

Als denkbare Infektionsquellen kommen, wie Prof. Dr. L. in seinem Gutachten schlüssig und überzeugend dargestellt hat, mehrere Ereignisse in Betracht: Schon 1963 ist bei H. eine operative Sanierung eines kalten Abszesses im Bereich der linken Hüfte bei Spondylitis tuberkulosa (1963) sowie kurz danach eine Operation im Bereich der Lendenwirbelsäule erfolgt. Wie Prof. Dr. L. in Übereinstimmung mit Prof. Dr. G. ausgeführt hat, ist die Wahrscheinlichkeit, dass bei der operativen Sanierung des kalten Abszesses im Bereich der linken Hüfte bei Spondylitis tuberkulosa (1963) eine Transfusion stattgefunden hat, sehr hoch, da operative Eingriffe am Knochensystem häufig mit großen Blutverlusten einhergehen. Zudem ist nach einigen Wochen eine weitere Operation im Bereich der Lendenwirbelsäule erfolgt. Da eine erhöhte Transmissionsrate bei operativen Eingriffen am Knochensystem beschrieben wird und die Hygienestandards in Rumänien im fraglichen Zeitraum nur sehr unzureichend gewesen waren, bestand bei beiden - unfallunabhängigen - Operationen ein hohes Übertragungsrisiko.

1983 hat aufgrund einer Nephrolithiasis, die vermutlich infolge der Sphinkterstörung entstanden ist, eine linksseitige Nephrektomie in Rumänien stattgefunden. Eine Übertragung des Virus ist hier ebenfalls denkbar, auch wenn Prof. Dr. L. das Risiko des Blutverlusts mit nachfolgender Transfusion insoweit als niedrig eingeschätzt hat. Soweit das Sozialgericht aufgrund der Angaben der Klägerin, sie habe sich - entgegen der früheren Aussage - nun doch daran erinnert, dass ihrem Mann aus Anlass der Nierenentfernung 1983 Blutkonserven verabreicht worden sind und der Angaben der schriftlich gehörten Freunde und Verwandten des Klägers sowie des als Zeuge gehörten Herrn H. die Auffassung vertreten hat, damit sei der Nachweis der Infektion 1983 erfolgt, vermochte dies den Senat nicht zu überzeugen. Dahingestellt sein lässt es der Senat insoweit, wie die Aussage des Zeugen H. und des Gehörten V., die beide von einer Bluttransfusion nur aus Erzählungen des H., also vom Hörensagen, wissen wollten, zu bewerten sind. Gleiches gilt für die Angaben der Frau A., die sich an Blutbeutel erinnern möchte, die sie als kleines Kind bei einem Besuch ihres Onkels im Krankenhaus gesehen haben will bzw. von Infusionsbeuteln mit dunkler Flüssigkeit, von deren Inhalt H. behauptet hat, es handle sich um Blut. Denn auch durch diese Angaben wäre nur nachgewiesen, dass H. (auch) im Zusammenhang mit der Operation 1983 Bluttransfusionen bekommen hat. Nicht nachgewiesen wäre jedoch, dass anlässlich dieser Transfusionen auch die Infektion mit dem Hepatitis C Virus erfolgt ist. Denn weder der weitere Krankheitsverlauf noch sonstige objektive Kriterien vermögen eine solche Infektion zu belegen. Vielmehr spricht, worauf Prof. Dr. L. im Zusammenhang mit der Frage des Infektionszeitpunkts ebenfalls hingewiesen hat, der Umstand, dass schon 1984 in der Universitätsklinik H. erhöhte Leberwerte aufgefallen sind und eine abgelaufene Hepatitis B diagnostiziert worden ist, entscheidend dafür, dass schon deutlich früher die Infektion mit Hepatitis C stattgefunden hat. Auch im Jahr 2000 sind Laborwerte festgestellt worden, die auf einen schon fortgeschrittenen Leberparenchymschaden hingewiesen haben.

Soweit die Klägerin vorträgt, H. sei (auch) aus Anlass des Arbeitsunfalls im Jahr 1979 an der Wirbelsäule operiert worden, liegen für diese Behauptung keine hinreichenden Nachweise vor. Weder den umfassenden, aktenkundigen ärztlichen Unterlagen noch aus sonstigen Anhaltspunkten ist ersichtlich, dass und weshalb eine solche Operation stattgefunden haben soll. Allein die 25 cm lange Narbe im Wirbelsäulenbereich besagt darüber nichts, da diese von der nachgewiesenen Operation 1963 an der Lendenwirbelsäule stammen kann bzw. stammt. Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren die ärztliche Bescheinigung für zur Vorlage beim Versorgungsamt der Dr. L. vom 22. März 1984 vorgelegt hat, ist darin lediglich anamnestisch angegeben, dass der Verstorbene mitgeteilt habe, er sei sofort nach dem

Unfall an der Wirbelsäule operiert worden. Insoweit wäre jedoch zu erwarten gewesen, dass wenn neben der Operation 1963 eine (weitere) schwere Operation an der Lendenwirbelsäule erfolgt wäre, sollte sie denn wegen des Arbeitsunfalls stattgefunden haben, auch von H. im Rahmen der Erstellung des zweiten Rentengutachtens durch Prof. Dr. P. vom 14. Dezember 1984 ebenfalls erwähnt worden wäre. Gerade im zweiten Rentengutachten des Prof. Dr. P. ist aber ausdrücklich nur auf eine - unfallunabhängige - operative Behandlung einer Spondylitis tuberkulosa (1963) hingewiesen worden. Aber auch, wenn man eine Operation an der Wirbelsäule 1979 unterstellt, führt dies zu keiner anderen Beurteilung, da auch dann der Nachweis einer Infektion bei dieser Operation nicht geführt wäre.

Soweit sich die Klägerin auch darauf beruft, die durch die Unfallfolgen bedingte langjährige Tabletteneinnahme durch den Verstorbenen, auch von Antibiotika, habe die Leberzirrhose hervorgerufen, hat Prof. Dr. L. nachvollziehbar dargelegt, dass für eine dauerhafte Gefährdung der Leber durch Anaesthetika bei operativen Eingriffen oder eine intermittierende Antibiotikabehandlung eines Harnwegsinfekts keine hinreichende Wahrscheinlichkeit bestehe. Dieser Beurteilung schließt sich der Senat an.

Wann sich H. also tatsächlich mit dem Hepatitis C Virus infiziert hat, ist ungeklärt und auch nicht mehr mit der gebotenen Sicherheit zu klären. Jedenfalls ist aber nicht hinreichend wahrscheinlich, dass er sich die Infektion entweder im Rahmen einer unfallbedingten Operation oder einer nachgehenden Behandlung wegen der Folgen des Arbeitsunfalls zugezogen hat. Vielmehr spricht mehr dafür, dass sich die Infektion schon vor dem Unfall ereignet hat, als sich H. noch in Rumänien schwerwiegenden Operationen am Knochenbau unterziehen musste.

Die insoweit bestehende objektive Beweislosigkeit hat nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast die Klägerin zu tragen. Ein Fall des Beweisnotstands (vgl. Brackmann, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, § 63 Rz. 16 mwN), der dazu führen könnte, weniger hohe Anforderungen an den Nachweis einer Tatsache bzw. eines Kausalzusammenhangs zu stellen, liegt nicht vor. Denn gerade die Existenz von weiteren Infektionsquellen, die nicht auf einen Zusammenhang mit dem Versicherungsfall hinweisen und auch nicht als denkbare Infektionsquellen ernsthaft ausgeschlossen werden können, lässt die Annahme eines Beweisnotstands vorliegend nicht zu.

Entgegen der vom SG vertretenen Auffassung besteht ein Anspruch der Klägerin auf Hinterbliebenenrente auch nicht unter dem Gesichtspunkt der sogenannten "Lebensverkürzung um ein Jahr". Das BSG (vgl. zuletzt [BSGE 62, 220](#), 223) hat dazu ausgeführt, dass in dem Fall, dass ein durch einen Arbeitsunfall Geschädigter an einer vom Versicherungsfall unabhängigen Krankheit leidet, bei deren Art und Verlauf mit seinem zeitlich bestimmbareren Ableben zu rechnen ist, der Versicherungsfall die rechtlich wesentliche Bedingung bildet und damit Ursache für den Tod des Versicherten ist, wenn durch die Folgen des Versicherungsfalles der Tod mindestens um ein Jahr beschleunigt worden ist. Dieser Maßstab soll zur Abgrenzung von denjenigen Fällen dienen, in denen der Versicherungsfall entweder ohne oder nur von unwesentlichem Einfluss auf das bestehende Leiden und den hierdurch bewirkten Tod geblieben ist. Der Maßstab der Lebenszeitverkürzung gilt sowohl, wenn ein unfallunabhängiges Leiden durch die Unfallfolgen verschlimmert worden ist, als auch dann, wenn zwei selbständige Leiden, ein unfallabhängiges und ein unfallunabhängiges, den Tod gemeinsam verursacht haben (BSG SozR Nr. 69 zu § 542 RVO a.F.; [BSGE 22, 200](#) = SozR Nr. 73 zu § 542 RVO a.F.). Ein rechtlich wesentlicher Zusammenhang besteht des Weiteren auch dann, wenn die unfallunabhängige Krankheit zwar bei rechtzeitiger Diagnose zum Tod geführt hätte, aber der Tod durch die unfallbedingte verspätete Feststellung der unfallunabhängigen Krankheit ein Jahr früher eingetreten ist ([BSGE 40, 273, 275](#) = SozR 2200 § 589 Nr. 10).

Für eine solchermaßen bedingte Lebenszeitverkürzung bestehen aber ebenfalls keine Anhaltspunkte. Dies würde voraussetzen, dass die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallunabhängige Leberzirrhose durch die Querschnittslähmung und deren Folgen um wenigstens ein Jahr früher dekompensiert wäre und zum Versterben des H. geführt hätte. Prof. Dr. L. hat in seinem Gutachten demgegenüber schlüssig ausgeführt, dass die Mortalität einer einmalig dekompensierten Leberzirrhose bei 20% nach einem Jahr ihrer Existenz und bei 50% nach 5 Jahren liegt. Da nach den aktenkundigen Laborergebnissen davon auszugehen ist, dass schon im Jahr 2000 ein fortgeschrittener Leberparenzymschaden vorgelegen hat, entspricht der Verlauf der Leberzirrhose und das Versterben nach erstmaliger Dekompensation den statistischen Daten. Dass insoweit die Querschnittslähmung mit Blasen- und Mastdarmlähmung und die zahlreichen Harnwegsinfektionen zu einem beschleunigten Auftreten der erstmaligen Dekompensation geführt haben, ist deshalb nicht wahrscheinlich. Gleichermaßen liegen keine Hinweise darauf vor, dass unfallbedingt eine verspätete Diagnose gestellt worden ist und deshalb H. ein Jahr früher verstorben ist. Vielmehr sind die für eine Diagnosestellung maßgeblichen Laborwerte schon frühzeitig, nämlich 1984 oder jedenfalls 1990 erhoben worden, ohne dass daraus die notwendigen Schlüsse gezogen worden sind. Aber auch dies ist nicht auf die Unfallfolgen zurückzuführen.

Es liegen darüber hinaus keine Hinweise darauf vor, dass das Zusammenwirken von unfallabhängigen und unfallunabhängigen Leiden den Tod gemeinsam verursacht bzw. unfallunabhängige Leiden durch die Unfallfolgen wesentlich verschlimmert worden sind und deshalb ein vorzeitiges Versterben eingetreten ist.

Deshalb war auch unter dem Gesichtspunkt des Vorversterbens eine der Klägerin günstige Entscheidung nicht möglich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-11-27