

L 8 U 642/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 6 U 2060/14

Datum

13.01.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 642/16

Datum

16.12.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 13.01.2016 aufgehoben sowie der Bescheid der Beklagten vom 21.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.07.2014 abgeändert und die Beklagte verurteilt, der Klägerin nach dem Tod des versicherten Ehemannes am 12.01.2013 Witwenrente in gesetzlichem Umfang zu gewähren.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin ihre außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen die Beklagte ein Anspruch auf Witwenrente nach dem Tod ihres bei der Beklagten versicherten Ehemannes am 12.01.2013 zusteht.

Die Klägerin ist die Witwe des 1951 geborenen und am 12.01.2013 verstorbenen Walter Haustein (im Folgenden: Versicherter). Dieser war als LKW-Fahrer bei einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten bzw. deren Rechtsvorgängerin versicherungspflichtig beschäftigt. Am 06.09.1995 erlitt dieser in Ausübung seiner versicherten Tätigkeit einen Verkehrsunfall (zur Unfallanzeige vom 07.09.1995 vgl. Blatt 1 der Beklagtenakte). Hierbei zog er sich ein Polytrauma (u.a. Thoraxtrauma) sowie eine schwere Schädel-Hirn-Verletzung zu (Blatt 8 der Beklagtenakte; Bericht des Kantonsspitals W. vom 10.10.1995, Blatt 45 der Beklagtenakte; zum Reha-Bericht der Kliniken S. vom 18.04.1996 vgl. Blatt 139/145 der Beklagtenakte). Mit Bericht vom 25.03.1997 (Blatt 260 der Beklagtenakte) teilten die Kliniken S. einen Zustand nach Polytrauma mit Schädel-Hirn-Trauma, ein posttraumatisches Anfallsleiden, eine Halbseitensymptomatik rechts sowie ein hirnnorganisches Psychosyndrom mit. Wegen der Unfallfolgen wurde dem Versicherten ab dem 05.03.1997 eine Verletztenrente i.H.d. Vollrente als vorläufige Entschädigung gewährt (Bescheid vom 13.10.1997, Blatt 344/346 der Beklagtenakte) und mit Bescheid vom 12.08.1998 (Blatt 456/457 der Beklagtenakte) Rente auf unbefristete Zeit in gleicher Höhe. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: starke Kopfschmerzen infolge Schädelhirnverletzung mit Hirnleistungsstörungen und Wesensänderungen, leichtgradige rechtsseitige sensomotorische Halbseitenstörung, beidseitige Ungeschicklichkeit und Störung des Bewegungsablaufs sowie Anfallsleiden; nicht als Unfallfolge anerkannt: Bluthochdruck. In der Folge des Unfalls bezog der Versicherte Rentenleistungen der Deutschen Rentenversicherung (Erwerbsunfähigkeitsrente durch Bescheid vom 28.04.1997; zum Rentenänderungsbescheid vom 22.10.1997 vgl. Blatt 368/374 der Beklagtenakte; zum Aufhebungsbescheid vom 28.11.1997 wegen Zusammentreffens mit der Unfallrente vgl. Blatt 388/389 der Beklagtenakte) und Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (anfänglich nach Pflegestufe 2; zum Gutachten vom 03.04.1996 vgl. Blatt 353/363 der Beklagtenakte) sowie Leistungen der Beklagten zur Pflege (Bescheid vom 06.09.1995, Blatt 411 der Beklagtenakte). Der Versicherte wurde mit einem (zuletzt elektrischen) Rollstuhl (bzw. Elektroscooter) versorgt (vgl. Blatt 603 der Beklagtenakte).

Am 12.01.2013 verstarb der Versicherte (zur Sterbeurkunde vgl. Blatt 1748 der Beklagtenakte), was die Klägerin der Beklagten am 17.01.2013 (Blatt 1736 der Beklagtenakte) mitteilte. Sie gab an (Schreiben vom 30.01.2013, Blatt 1747/1748 der Beklagtenakte), aufgrund des durch den Unfall 1995 verursachten Gesundheitszustandes, der sich letztes Jahr zusätzlich nochmals stark verschlechtert habe, sei ihr eine berufliche Ausübung nicht mehr möglich. Sie sei sich sicher (Telefonat vom 28.03.2013, Blatt 1774 der Beklagtenakte), der Versicherte sei wegen des Unfalls gestorben. Von der Witwenrente könne sie nicht leben (zum Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 15.03.2013 vgl. Blatt 1789/1801 der Beklagtenakte).

Die Beklagte befrage den behandelnden Hausarzt Dr. M., der sich in seiner Äußerung (Blatt 1758 der Beklagtenakte) auf die Stellungnahme der Notärztin Dr. R.-H. bezog, die den Tod des Versicherten festgestellt hatte und nach den Schilderungen der Klägerin zum

Gesundheitszustand des Versicherten von einem Multiorganversagen ausging (Stellungnahme vom 12.02.2013, Blatt 1759 der Beklagtenakte).

Der Internist Dr. W. gab in seiner Stellungnahme vom 17.04.2013 zum Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Krankenhaus S. vom 22.11.2012 bis zum 26.11.2012 (Blatt 1802/1803 der Beklagtenakte) u.a. an, dass bereits im August 2012 eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Versicherten mit Verschlechterung der Steh- und Gehfähigkeit und Fallneigung im Sitzen, eingetreten sei, weshalb er zur Abklärung in die S.-Kliniken verbracht worden sei. Dem Bericht (Bericht vom 04.09.2012 über einen Aufenthalt vom 09.08.2012 bis zum 11.04.2012, Blatt 1805/1808 der Beklagtenakte) sei eine dekompensierte Herzinsuffizienz mit generalisiertem Ödem und der Verdacht auf eine schwerwiegende obstruktive atembegogene Schlafstörung zu entnehmen. Nach diuretischer Behandlung und Besserung der Belastungsdyspnoe sei er dort entlassen worden. In Stockach sei der Versicherte wegen einer progredienten Dyspnoe erschienen. Ursächlich für den Aufenthalt sei im Wesentlichen eine kardiale Rechtsdekompensation bei guter linksventrikulärer Auswurfleistung gewesen. Es habe ein Cor pulmonale mit mittelgradiger pulmonal-arterieller Hypertonie bestanden. Die rasche Erholung unter gezielter Therapie habe den Verdacht bestätigt. Einen Zusammenhang der kardiopulmonalen Erkrankung mit dem 17 Jahre zurückliegenden Schädel-Hirn-Trauma habe er jetzt nicht gesehen.

Aus dem Bericht der Fachärztin für Innere Medizin G. vom 12.09.2012 (Blatt 1810 der Beklagtenakte) geht eine hypertensive Herzkrankheit mit leicht eingeschränkter Funktion, gut kompensiert, hervor. In seinem Attest vom 01.05.2013 gibt Dr. M. dann an (Blatt 1811/1813 der Beklagtenakte), der Tod des Versicherten sei unfallbedingt. Durch die Folgen des schweren SHT und der damit verbundenen spastischen Tetraparese sei es zunehmend zu einer Belastung des Herz-Kreislauf-Systems gekommen. Die Belastung sei eindeutig unfallbedingt. Das als Todesursache diagnostizierte Multiorganversagen sei Folge der massiven Herz-Kreislauf-Belastung über Jahre hinweg.

Der Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Dr. S. gab in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 28.05.2013 (Blatt 1819/1823 der Beklagtenakte) an, es sei pathophysiologisch schwer zu erklären, warum eine, durch ein Schädel-Hirn-Trauma verursachte Tetraparese zu einer Mitbeteiligung des Herz-Kreislauf-Systems hätte führen sollen.

Mit Schreiben vom 09.08.2013 (Blatt 1826 der Beklagtenakte) teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie nach Auswertung der ergänzend eingeholten ärztlichen Unterlagen immer noch davon ausgehe, dass der Versicherte an einer akuten kardialen Dekompensation mit Multiorganversagen verstorben sei und der Tod somit nicht auf Unfallfolgen beruhe. Es bestünde daher kein Anspruch auf Witwenrente. Alternative Ansprüche könnten derzeit noch nicht entschieden werden.

Hiergegen hat die Klägerin am 06.09.2013 (Blatt 1832/1833 der Beklagtenakte) Widerspruch eingelegt. Bei der angegebenen Todesursache eines Kreislaufversagens handele es sich um eine unfallbedingte Ursache (Schreiben vom 16.12.2013, Blatt 1846/1847 der Beklagtenakte). Bereits im Jahr 2004 sei eine Kraftminderung im Bereich der unteren Extremitäten festgestellt worden. Schließlich habe sich aus dem schweren Schädel-Hirn-Trauma und den hierdurch verursachten Schmerzen im gesamten Körper, insbesondere doch des Kopfes, auch eine depressive Reaktion entwickelt. Dass mangelnde Bewegung und hierdurch bedingte Adipositas auch das Herz-Kreislauf-System beeinflusse, sei medizinisches Allgemeingut.

Der erneut befragte Beratungsarzt Dr. S. gab in seiner Stellungnahme vom 21.02.2014 (Blatt 1853/1855 der Beklagtenakte) an, dass die dem Versicherten gegebenen Medikamente zur Entlastung des Herzens und zur Verminderung des Bluthochdrucks weiterführenden Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems entgegen gewirkt hätten. Die bestehenden Ödeme hätten sich unter Diurese (Entwässerung) rückläufig gezeigt. Im Krankenhaus S. sei so im August 2012 eine Gewichtsabnahme um 6 kg erzielt worden. Die Ursache des Cor pulmonale mit mittelgradiger pulmonal-arterieller Hypertonie liege in der Erhöhung des Blutdrucks in der Lungenstrombahn. Er bleibe bei der Auffassung, dass der Tod nicht als Unfallfolge anzusehen sei.

Mit Bescheid vom 21.03.2014 (Blatt 1859/1860 der Beklagtenakte) in der Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 09.07.2014 (Blatt 1872/1875 der Beklagtenakte) gewährte die Beklagte der Klägerin eine einmalige Hinterbliebenenbeihilfe und lehnte laufende Hilfe sowie die Gewährung einer Hinterbliebenenrente ab. Der Tod des Versicherten sei nicht Unfallfolge.

Die Klägerin hat am 04.08.2014 beim Sozialgericht (SG) Konstanz Klage erhoben. Bis zum Unfall am 06.09.1995 sei der Versicherte lediglich wegen Bagatellerkrankungen in ärztlicher Behandlung gewesen. Sein Gewicht habe von etwa 80 kg zum Unfallzeitpunkt auf 110 bis 115 kg zugenommen. In den Wochen und Tagen vor seinem Tod sei es zunehmend zu einer weiteren Verschlechterung des Allgemeinzustandes gekommen. Das Multiorganversagen sei Folge der über Jahre anhaltenden, massiven Herz- und Kreislaufbelastung als Folge der mangelnden Bewegung und unkontrollierten Verhaltens. Der Versicherte habe, wie vor dem Unfall, immer sehr gut gegessen. Aufgrund dessen und auch im Hinblick auf seine Wesensveränderungen mit Affektlabilität habe er nicht zu einer geringen Kalorienaufnahme angehalten werden können. Hinzu kämen die eingenommenen Medikamente und deren Nebenwirkungen. Die Beklagte erkenne, dass für die versicherungsfallbedingte Todesursache kein Vollbeweis notwendig sei. Es genüge insoweit, eine hinreichende Wahrscheinlichkeit bzw. Mit- und Teilursächlichkeit. Diese sei augenscheinlich gegeben, insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich der Versicherte nicht mehr habe bewegen können und in Zusammenwirkung mit diesem Lebensstil letztlich auch durch die Belastung des Herz-Kreislauf-Systems die Todesursache gesetzt worden sei. Hierzu hat die Klägerin Atteste von Dr. M. vom 18.10.1996 und 01.05.2013 (Blatt 24, 25/27 der SG-Akte) vorgelegt.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Oberarzt der Klinik für Kardiologie und Angiologie I des Universitätsherzzentrums Freiburg/Bad K., Privatdozent Dr. F. Arzt für Innere Medizin/Kardiologie. Dieser hat in seinem Gutachten vom 01.03.2015 (Blatt 51/74 der SG-Akte) ausgeführt, aus den internistischen Untersuchungsbefunden seien bis 2008 keine wesentlichen pathologischen Auffälligkeiten festzustellen. Ab 2007 habe sich eine Adipositas gezeigt, ab 2010 seien dann die geringere Beweglichkeit des Versicherten sowie eine leichte Belastungsangst und geringe Ödeme an den Knöcheln beschrieben. Im September 2012 sei es erstmals zu einer kardialen Dekompensation mit generalisierten Ödemen sowie zusätzlich zu einer vermehrten Fallneigung und verminderten Stehfähigkeit gekommen. Nach entsprechender Therapie mit entwässernden Medikamenten habe sich bei der anschließenden kardiologischen Evaluation lediglich eine mäßige Hypertrophie des linken Ventrikels gezeigt. Eine relevante Störung des rechten oder gar des linken Herzens habe sich nicht gefunden. Es habe sich eine vollständige Entleerung der Vena cava inferior bei tiefer Einatmung gezeigt. Nachdem sich nach der erfolgreichen Behandlung im Jahr 2012 weder eine Rechtsherzbelastung noch eine pulmonale Hypertonie gezeigt

hätten, sei es daher praktisch ausgeschlossen, dass sich innerhalb von höchstens einem Monat eine primäre Herz- oder Lungenerkrankung ausgebildet habe, die zu den Dekompensationen geführt habe. Jedoch fänden sich auch keine verlässlichen und nachvollziehbaren Anhaltspunkte für eine unfallunabhängige Erkrankung. Es sei zu fragen, was zu der rezidivierenden Flüssigkeitsüberladung geführt habe und ob der Tod überhaupt durch diese mutmaßliche von der Herzfunktion unabhängigen Flüssigkeitsüberladungen (Dekompensationen) verursacht sei oder nicht eine andere Todesursache ähnlich wahrscheinlich sei (z.B. Lungenembolie, Lungenentzündung als typische Folgen einer Immobilisation). Es gebe keine eindeutige Todesursache und keine Anhaltspunkte für ein präexistentes oder vor dem Todeseintritt diagnostiziertes Leiden, das einen unfallunabhängigen Tod nahelege. Wenn der Tod des Versicherten durch ein pulmonales oder kardiales Versagen eingetreten sein sollte, sei dieses Versagen mangels erkennbarer Vorerkrankungen zwanglos auch durch die Folgen der zunehmenden Immobilisation bedingt, mithin Spätfolge des Unfalles.

Die Klägerin sah sich durch diese Äußerung des Gutachters bestätigt (Blatt 75/6, 79, 80/81, 90/91 der SG-Akte). Die Beklagte trat dieser Auffassung entgegen (Blatt 78, 82, 83 der SG-Akte): Für die Kausalitätsprüfung müsse auf erster Stufe eine bestimmte, naturwissenschaftlich geeignete Todesursache festgestellt sein. Dies sei jedoch nach der Bewertung durch den Gutachter nicht möglich. Deshalb würden weitere Überlegungen zur Kausalität auf der zweiten Prüfstufe ausscheiden. Statistische Überlegungen könnten nicht weiterhelfen. Diese wären nicht geeignet, einen Kausalzusammenhang auf der zweiten Prüfstufe nachzuweisen.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 13.01.2016 die Klage abgewiesen. Der Tod müsse für die Gewährung der Witwenrente rechtlich wesentliche Folge des Versicherungsfalles sein. Dies bedeutet, dass unfallunabhängigen Faktoren kein überragendes Gewicht zukommen dürfe, wozu ein bloßes Überwiegen oder nur eine gleichwertige Mitverursachung nicht genügen. Maßstab seien medizinische Erkenntnisse im Einzelfall, allgemeine Regeln seien nicht möglich. Die Beweislosigkeit des Ursachenzusammenhangs treffe die Hinterbliebenen. Vorliegend sei nicht vom Nachweis eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen den Unfallfolgen und dem Tod des Verstorbenen auszugehen. Dr. F. habe in seinem Gutachten eindeutig ausgeführt, dass eine eindeutige Todesursache nicht festgestellt worden sei. Nachvollziehbar verweise er darauf, dass der Begriff "Multiorganversagen", der von Dr. R.-H. in ihrer Auskunft vom 12.02.2013 verwendet worden sei, wenig aussagekräftig sei. Angesichts der medizinischen Feststellung müsse das Gericht davon ausgehen, dass eine konkrete Todesursache nicht bekannt sei. Damit könne auch nicht der Schluss gezogen werden, dass die Unfallfolgen konkret den Tod des Verstorbenen verursacht hätten. Zwar sei von Dr. F. unter allgemeinmedizinischen Grundsätzen durchaus nachvollziehbar dargelegt worden, dass, wenn der Tod durch ein pulmonales oder kardiales Versagen eingetreten sei - was der Gutachter als unbewiesen bezeichne -, dieses Versagen mangels erkennbarer Vorerkrankungen zwanglos auch durch die Folgen der zunehmende Immobilisation bedingt sein könnte und mithin eine Spätfolge des Unfalles gewesen sein könnte. Zurecht weise die Beklagte jedoch daraufhin, dass es sich hierbei, unter den Gesichtspunkten der Beweispflichtigkeit der Klägerin für die Todesursache lediglich um Spekulationen des Gutachters handle. Ohne den konkreten Nachweis einer direkten Todesursache sei jedoch unter dem Aspekt der Gewährung einer Witwenrente und den Beweisgrundsätzen des Unfallversicherungsrechts ein Nachweis i.S.d. [§ 63 Abs. 1 SGB VII](#) nicht geführt worden.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 20.01.2016 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 18.02.2016 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Der den Versicherten behandelnde Arzt habe die Patientenunterlagen nicht zur Verfügung gestellt, weil die Erbin kein Einsichtsrecht in die Patientenunterlagen ihres verstorbenen Ehemannes habe. Die Ausführungen des SG würden angegriffen. Das SG übersehe, dass objektiv keine anderen Ursachen gegeben seien, als die Folgen des Unfallereignisses vom 06.09.1995. Es sei zwar zutreffend, dass die den Todesschein ausstellende Ärztin Dr. R.-H. angegeben habe, dass ein Multiorganversagen vorgelegen habe, weil sich im Gespräch mit ihr ergeben habe, dass sich in den letzten Wochen vor dem Tod der Allgemeinzustand des versicherten kontinuierlich verschlechtert habe. Dabei übersehe jedoch das SG, dass der behandelnde Arzt Dr. M. eindeutig angegeben hatte, dass die Verschlechterung des Allgemeinzustandes eindeutig die Folge der unfallbedingten Verletzungen gewesen sei. In dessen Attest vom 01.05.2013 sei eindeutig festgestellt, dass durch die Folgen des schweren Schädel-Hirn-Traumas und der damit verbundenen spastischen Tetraparese es zunehmend zu einer Belastung des Herzkreislaufsystems gekommen sei. Die Belastung sei eindeutig unfallbedingt. Tatsächlich habe auch der Sachverständige keine anderen Todesursachen gefunden als die auch von Dr. M. angegebene. Der Sachverständige habe weiter angegeben, dass der Grad der Wahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs zwischen Tod und dem stattgehabten Unfall nur dann näher bestimmt werden könne, wenn die Todesursache definiert sei. Nach Aktenlage sei dies nicht hinreichend der Fall. Dies möge nach der reinen Begrifflichkeit im von Frau Dr. R.-H. ausgestellten Todesschein zwar so zutreffen. Andererseits sei insoweit auch die ärztliche Bescheinigung von Dr. M. vom 01.05.2013 zu berücksichtigen, der eine deutliche unfallbedingte Verschlechterung des Gesamtbefundes angegeben habe. Damit sei schon nachgewiesen, dass ohne das Unfallereignis es zu dem Tod gar nicht gekommen wäre. Auch der Sachverständige Dr. F. schreibe, dass im September 2012 die Echokardiographie im Anschluss an die Entwässerungsbehandlung weder eine Rechtsherzbelastung noch eine pulmonale Hypertonie vorgelegen habe. Es sei praktisch ausgeschlossen, dass sich innerhalb von höchstens einem Monat eine primäre Herz- oder Lungenerkrankung ausgebildet habe, die zu den Dekompensationen geführt habe. "Für eine unfallunabhängige Erkrankung finden sich in den Akten keine verlässlichen und nachvollziehbaren Anhaltspunkte." Dies bedeute nichts anderes, als dass nach den gesamten medizinischen Befunden keine andere Todesursache gegeben war, als eine unfallbedingte Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Verstorbenen. Anhaltspunkte für andere Krankheitsbilder seien überhaupt nicht vorhanden. Die Ausführungen des Sachverständigen begründeten daher, auch wenn rein theoretisch rein naturwissenschaftlich betrachtet, andere Todesursachen nicht ausgeschlossen werden könnten, dass nach vernünftigen Überlegungen keine anderen Ursachen vorhanden sein könnten. Wenn der Sachverständige schon ausführe, dass praktisch ausgeschlossen werden könne, dass sich innerhalb von höchstens einem Monat eine primäre Herz- oder Lungenerkrankung ausgebildet habe, die zu den Dekompensationen geführt habe, so seien gleichsam, jeden vernünftigen Zweifel ausschließend, auch andere Ursachen ausgeschlossen. Im Übrigen müsse nicht nachgewiesen werden, dass das Unfallereignis die alleinige Ursache für den Tod gewesen sei, sondern nur eine wesentliche Ursache. Die Klägerin hat das Attest des Dr. M. vom 01.05.2013 erneut vorgelegt (Blatt 25/27 der Senatsakte).

Die Klägerin beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 13.01.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 09.08.2013 und Abänderung des Bescheids vom 21.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.07.2014 zu verurteilen, ihr nach dem Tod des versicherten Ehemannes am 12.01.2013 Witwenrente in gesetzlichem Umfang zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 32, 33 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und teilweise begründet.

Streitgegenstand ist das Begehren der Klägerin nach einer Hinterbliebenenrente gemäß [§ 63 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VII](#). Über dieses Begehren hat die Beklagte nach Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 21.03.2014 (Blatt 1859/1860 der Beklagtenakte) entschieden; hierbei handelt es sich um einen Verwaltungsakt i.S.d. [§ 31 Satz 1 SGB X](#). Bei dem Schreiben vom 09.08.2013 (Blatt 1826 der Beklagtenakte), gegen das die Klägerin durch ihren bevollmächtigten Rechtsanwalt am 06.09.2013 (Blatt 1832/1834 der Beklagtenakte) Widerspruch eingelegt hat, hat es sich dagegen nicht um einen Verwaltungsakt i.S.d. [§ 31 Satz 1 SGB X](#) gehandelt. Zwar wird darin mitgeteilt, dass die Beklagte weiterhin an der Auffassung festhält, dass der Tod nicht in Folge des Unfalles eingetreten sei und kein Anspruch auf Witwenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestehe. Doch ist dieses Schreiben als bloßes Hinweisschreiben kenntlich gemacht. Darauf deutet nicht nur der abschließende Hinweis hin, dass man die Klägerin gerne berate. Vielmehr ergibt sich auch aus den sonstigen Ausführungen, z.B. dass die Beklagte "noch nicht abschließend" über alternative Ansprüche entscheiden könne, dass eine endgültige Entscheidung noch nicht getroffen werden sollte. Damit liegt aber keine Regelung des Einzelfalles hinsichtlich der streitigen Hinterbliebenenrente vor; damit war aber die Anfechtungsklage gegen dieses Schreiben unzulässig, weshalb das SG die Klage insoweit zutreffend abgewiesen hat, die Berufung war insoweit unbegründet. Zwar hat die Klägerin gegen das Schreiben vom 09.08.2013 Widerspruch erhoben, dieser ging aber mangels anfechtbarem Verwaltungsakt ins Leere. Soweit daher dem Bescheid vom 21.03.2014 die Belehrung beigelegt war, er werde Gegenstand des anhängigen Widerspruchsverfahrens erscheint das nicht als offensichtlich zutreffend. Jedoch hat die Klägerin mit Schreiben vom 24.04.2014 (Blatt 1864 der Beklagtenakte) auf Nachfrage der Beklagten zum Ausdruck gebracht, dass sich die Angelegenheit mit dem Bescheid vom 21.03.2014 nicht erledigt hat und sie den Erlass eines Widerspruchsbescheids erwarte. Damit hat sie hinreichend deutlich und fristgerecht ([§ 66 Abs. 2 SGG](#)) zum Ausdruck gebracht, dass sie Widerspruch gegen den Bescheid vom 21.03.2014 erhebt, über den die Beklagte zutreffend mit Widerspruchsbescheid vom 09.07.2014 (Blatt 1872/1875 der Beklagtenakte) entscheiden hat.

In der Sache hat die Klägerin einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Tod ihres Ehemannes, des Versicherten. Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente scheitert nicht schon daran, dass ein solcher Anspruch in den Nachlass des Versicherten fallen würde. Vielmehr handelt es sich bei der geltend gemachten Hinterbliebenenrente um ein dem Hinterbliebenen – wozu die Klägerin als Witwe des verstorbenen Versicherten gehört – allein zustehendes Recht.

Voraussetzung eines Anspruchs auf Hinterbliebenenrente ist nach [§ 63 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#), dass der Tod infolge eines Versicherungsfalls i.S.d. [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) eingetreten ist. Vorliegend kommt als Versicherungsfall nur der von der Beklagten i.S.d. [§§ 7 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 8 SGB VII](#) anerkannte Arbeitsunfall vom 06.09.1995 in Betracht. Die späteren Unfälle im November 2006 und Dezember 2006, bei der es zu Verletzungen der rechten Schulter und einem inkompletten Berstungsbruch des LWK 1 gekommen war, sind als mittelbare Unfallfolgen von diesem Versicherungsfall miterfasst. Der Senat konnte feststellen, dass der Unfall vom 06.09.1995 zusammen mit den dadurch bedingten Unfällen von 2006 hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentlich Ursache des Todes des Versicherten am 12.01.2013 waren.

Der Versicherungsfall ist Todesursache im Rechtssinne, wenn er eine wesentliche Bedingung des Todes war (BSG 12.05.1992 - [2 RU 26/91](#) - SozR 3 - 2200 § 548 RVO Nr. 14). Eine wesentliche Bedingung im Rechtssinne wird auch dann bejaht, wenn bei einem Geschädigten, der an einer vom Arbeitsunfall unabhängigen, zum Tode führenden Krankheit leidet, die Unfallfolgen den Tod um mindestens etwa ein Jahr vorverlagert haben (BSG 23.10.1975 - [2 RU 65/75](#) - SozR 2200 § 589 Nr. 2; LSG Nordrhein-Westfalen 03.05.2007 - [L 2 KN 154/06 U](#) - juris Rdnr. 18).

Um festzustellen, ob der Versicherungsfall wesentliche (Mit-)Todesursache ist oder ob unfallunabhängige andere Todesursachen wesentlich sind, muss feststehen, an welcher konkreten Todesursache der Versicherte gestorben ist. Der Senat konnte insoweit feststellen, dass der Versicherte an einer akuten kardialen Dekompensation i.S. einer übermäßigen hypostatischen Flüssigkeitseinlagerung/Volumenüberladung (Überwässerung) mit dadurch verursachtem Multiorganversagen gestorben ist. Zwar hat der Gutachter Dr. F. angegeben, die angegebene Todesursache eines Multiorganversagens sei nichtssagend und daher eine Todesursache nicht festgestellt. Doch konnte der Senat auf Grundlage der Angaben der den Tod des Versicherten feststellenden Notärztin Dr. R.-H. feststellen, dass der Versicherte an einer akuten kardialen Dekompensation gestorben ist. Die Notärztin hat den Versicherten am Todestag gesehen und hat massive Ödeme i.S. von Schwellungen des Gewebes aufgrund einer Einlagerung von Flüssigkeit aus dem Gefäßsystem, beschrieben. Dazu hat sie starke Atemnot vor dem Tod beschrieben. Da schon im Jahr zuvor eine Dekompensation Ursache mehrerer stationärer Krankenhausaufenthalte war, konnte der Senat diese Überwässerung mit akuter kardialer Dekompensation als Todesursache feststellen.

Der Gutachter Dr. F. hat in seinem Gutachten angegeben, eine solche Dekompensation/Überwässerung könne als sekundärer Gesundheitsschaden auftreten, aber auch als primärer Gesundheitsschaden. Eine Überwässerung als sekundärer Gesundheitsschaden konnte der Senat ausschließen. Denn mit dem Gutachter Dr. F. konnte der Senat eine Herzerkrankung, eine Lungenerkrankung, eine Lebererkrankung und eine Nierenerkrankung als Ursache der Überwässerung ausschließen. So konnte der Senat angesichts der vorliegenden Berichte der Kliniken S. vom 04.09.2012 (Blatt 1805/1808 der Beklagtenakte), des Krankenhauses St. vom 17.04.2013 (Blatt 1802/1803 der Beklagtenakte) und dem Befund der aus der Klinik A. (S. Kliniken) veranlassten kardiologischen/pulmonalen Untersuchung bei Dres. G. am 12.09.2012 (Blatt 1810 der Beklagtenakte; Diagnose: Hypertensive Herzkrankheit mit leicht eingeschränkter Funktion, gut kompensiert) eine Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenerkrankung ausschließen und den Ausführungen von Dr. F. folgen. Auch konnte der Senat nicht feststellen, dass nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Stockach Ende November 2013 eine solche Erkrankung in medizinisch relevantem Umfang aufgetreten wäre. Zum einen hat Dr. F. zutreffend ausgeführt, dass die Zeit bis zum Todeseintritt für die Entstehung eines solchen schweren Erkrankung zu kurz gewesen wäre, zum anderen konnte der Senat den Berichten von Dr. M. nicht entnehmen, dass es bis zum Tod zum Auftritt einer neuen Herz-, Leber-, Lungen- oder Nierenerkrankung gekommen wäre. Damit ist die

tödliche Überwässerung nicht i.S. einer sekundären Gesundheitsstörung auf die vom Gutachter genannten organischen Erkrankungen zurückzuführen.

Der Gutachter hat aber auch mitgeteilt, dass außerhalb dieser organischen Ursachen eine Überwässerung eintreten könne, die dann selbst Ursache einer kardialen bzw. pulmonalen Insuffizienz wäre (Blatt 66 der SG-Akte = Seite 16 des Gutachtens). Bestätigt sieht der Senat diese Angabe darin, dass die rezidivierenden Ödeme des Versicherten bis zum Tod grds. in stationärer Behandlung und auch medikamentös gut behandelbar waren. Dies ist nach den Angaben des Gutachters Dr. F. ein Hinweis auf eine primäre Überwässerung.

Als Ursachen einer solchen primären Überwässerung hat der Gutachter eine Verminderung des hypostatischen Drucks im Gefäßsystem angegeben und dessen Ursachen benannt (Blatt 64 ff. der SG-Akte = Seite 14 ff. des Gutachtens). So hat er als mögliche Ursachen eine neurologische Störung angegeben, aber auch eine Malnutrition und eine liegende bzw. sitzende Immobilisation.

Der Senat konnte mit dem Beratungsarzt der Beklagten und dem Gutachter Dr. F. eine neurologische Störung der Herz- und Lungenfunktion ausschließen. Jedoch besteht beim Versicherten seit dem Unfall und dann unfallabhängig zunehmend eine sitzende Immobilisation. Der Versicherte war unfallbedingt – spätestens nach den beiden Stürzen mit Verletzung der Schulter und der Wirbelsäule im Jahr 2006 – zuletzt nur noch für wenige Schritte mobil. Diese nur geringste Mobilität wird gerade von der sitzenden Immobilisation erfasst, die eben nicht verlangt, dass der Betroffene sich gar nicht mehr bewegen kann. So haben die Berichte der S.Klinik und des Krankenhauses S. eine solche sitzende Immobilisation mit nur geringster Beweglichkeit und auch das Attest der Notärztin eine nur geringe bis ausgeschlossene Gehfähigkeit bestätigt. So teilt der Bericht der S. Kliniken vom 04.09.2012 folgendes mit:

"Die stationäre Aufnahme des 61jährigen Patienten erfolgt zur weiteren Abklärung einer Verschlechterung des Allgemeinzustands und insbesondere der Steh- und Gehfähigkeit und einer Fallneigung im Sitzen nach rechts. Die Vorgeschichte dürfen wir freundlicherweise als bekannt voraussetzen. Kurz zusammengefasst besteht bei dem Patienten infolge eines schweren Schädel-Hirn-Traumas 1995 eine rechts- und beinbetonte Tetraparese und ein schwere hirnanorganisches Psychosyndrom. Der nahezu vollständig rollstuhlpflichtige Patient konnte nach seiner letzten Entlassung aus der stationären Rehabilitation (2011) noch einige Schritte frei gehen. In den letzten Wochen sei es zu einer deutlichen Verschlechterung des Gangbildes mit Ödemen am ganzen Körper, besonders in den Beinen mit einer Gewichtszunahme von über 10 Kilogramm im letzten Jahr, gekommen. Klinisch-neurologisch zeigte sich eine spastische Hemiparese rechts, eine Hypästhesie an der Außenseite des Oberschenkels links. Aufstehen und Laufen war nur mit Hilfe möglich. Dabei zeigte er eine deutliche Fallneigung nach rechts. Internistisch imponierte ein deutliches Giemen und Brummen über der Lunge. Das vorstationäre MRT-Schädel zeigte die bekannten posttraumatischen Veränderungen ohne Nachweis neuer pathologischer Veränderungen. Das ergänzend durchgeführte MRT der HWS/BWS zeigte eine relative zervikale Spinalkanalstenosen in Höhe HWK-5/6 ohne Myelopathiesignal. Im Röntgen-Thorax zeigte sich ein Cor bovinum mit deutlicher zentraler Stauung. Nach Empfehlung unserer internistischen Kollegen erfolgte eine forcierte Diurese, worunter die klinisch ausgeprägten Ödeme rückläufig waren, gleichzeitig zeigten sich eine Normalisierung der RR-Werte, einer Besserung der Belastungsdyspnoe und eine geringe Zunahme der allgemeinen Belastbarkeit. Zusammenfassend gehen wir von einer Verschlechterung des Allgemeinzustands mit dazu führender Geh- und Stehfähigkeit im Rahmen einer dekompensierten Herzinsuffizienz aus und empfehlen neben einer internistisch / kardiologischen Verlaufskontrolle eine Flüssigkeitsbeschränkung von max. 1,5 l/die sowie engmaschige Gewichtskontrollen."

Auch ist dem Bericht über die Rehabilitation vom 15.06.2011 bis zum 06.07.2011 vom 14.07.2011 (Blatt 1662/1670 der Beklagtenakte) folgendes zu entnehmen: " Der Pat. kann sich nur äußerst mühsam aus dem Bett aufrichten, freier Sitz möglich, kann kurzzeitig frei stehen. Ausgeprägte Gangstörung, weder adäquate Gewichtsverlagerung zur Seite, noch ein Abheben des Fußes ist zu erreichen, sehr kleinschrittiges, ataktisches Gangbild für wenige Schritte und Halten am Untersucher ... Therapie und Verlauf Im Vordergrund der aktuellen Beschwerde stand eine zunehmende Gangverschlechterung, weiter bestand ein organisches Psychosyndrom. Im Rahmen der Physiotherapie wurde intensiv an dem Gehtraining gearbeitet. Die Behandlung wurde durch das organische Psychosyndrom mit eingeschränkter Flexibilität, mangelnder Impulskontrolle und Minderung der Kritikfähigkeit erschwert. Im Verlauf ist es jedoch gelungen, die Gehfähigkeit des Patienten zu verbessern, so dass der Patient am Ende mit geringer Unterstützung einige Meter auf ebenem Grund zurücklegen konnte. "

Diese Immobilisierung war auch rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich Folge des Arbeitsunfalles von 1995. Denn gerade der Unfall von 1995 hat die beinbetonte, rollstuhlpflichtige Tetraparese und die nachfolgenden Unfälle von 2006, die zu einer weiteren Einengung der Beweglichkeit geführt haben, wesentlich verursacht. Soweit Dr. F. eine Lungenembolie, eine Lungenentzündung oder pulmonale Atelektasen (luftleere Lungenräume; vgl. Blatt 68 der SG-Akte = Seite 18 des Gutachtens) als mögliche Todesursachen anführt, konnte der Senat diese weder den Berichten der Krankenhäuser Allensbach und Stockach als Ursachen der damals aufgetretenen Symptomatik mit Herz-/Kreislaufbeschwerden und Atemnot oder als etwaige Komplikationen sonstiger Krankheitsverläufe, noch den Angaben von Dr. M. zu seiner Behandlung des Versicherten entnehmen. Auch konnte die Notärztin Dr. R.-H. Anhaltspunkte für derartige Gesundheitsstörungen nicht mitteilen; andererseits erhob sie bei Ausstellung des Todesscheins den gleichen Befund einer massiven Ödematisierung der Beine des Verstorbenen wie dies bereits bei dessen stationärer Behandlung im August und November 2012 der Fall gewesen ist und sie beschrieb die gleiche und damit glaubhafte, von der Klägerin erhobene Beschwerdeanamnese mit starker Atemnot bei geringer Belastung in den Tagen und Wochen vor dem Tod des Versicherten. Die Aufnahme des Versicherten im Krankenhaus Stockach zur stationären Behandlung vom 22.11.2012 bis 26.11.2012 erfolgte wegen der gleichen Beschwerdesymptomatik und es wurde als Aufnahmebefund ein expiratorisches Giemen in der Lunge, nach Dr. F. ein deutlicher Befund für eine Flüssigkeitsüberladung der Lunge (Bl. 66 der SG-Akte = S. 16 des Gutachtens), und eine Rechtsherzinsuffizienz beschrieben (gutachterliche Stellungnahme des Krankenhauses Stockach vom 17.04.2013 an die Beklagte). Damit konnte der Senat eine Lungenembolie, eine Lungenentzündung oder pulmonale Atelektasen als Todesursache oder Ursache einer Überwässerung ausschließen. Abgesehen davon bezeichnete der Sachverständige eine Lungenembolie und eine latente Lungenentzündung als eine typische Folge einer Immobilisation (Bl. 68, 71 der SG-Akte = S.18. 21 des Gutachtens).

Soweit Dr. F. eine Malnutrition – entweder durch gestörte Blutzusammensetzung, etwa durch zu wenig Eiweiß, oder zu viel "salzlose" Flüssigkeitsaufnahme (vgl. Bl. 65 der SG-Akte = S. 15 des Gutachtens) – als Ursache einer Überwässerung beschrieben hat, lässt sich diese angesichts des bezüglich des Versicherten mitgeteilten Essverhaltens, gerade im Hinblick der Aufnahme von zu wenig salzhaltigen oder eiweißreichen Nahrungsmitteln zwar als (Mit-)Ursache für die Dekompensation möglicherweise noch annehmen – andererseits wurde der Versicherte von der Ehefrau als "guter Esser" beschrieben, was nicht unbedingt für eine einseitige Ernährung spricht –, sie verdrängt aber die Ursächlichkeit der Immobilisation für den Eintritt der todesursächlichen kardialen Dekompensation nicht. Denn auch gerade der Immobilisation kommt mit dem Gutachten des Dr. F. eine nicht zu vernachlässigende Ursache für das Auftreten der Überwässerung zu, so

dass allenfalls beide Bedingungen von Bedeutung wären, die Immobilisation unter diesen beiden Bedingungen aber noch wesentlicher Wirkfaktor bleibt (hierzu siehe unten).

Der von der Klägerin vorgebrachten Polyglobulie und der von Dr. F. angegebenen Oxygenierungsstörung als Folge pulmonaler Atelektasen (zu Letzterem vgl. Bl. 71 der SG Akte = S. 21 des Gutachtens) kommt keine Relevanz für den Tod des Versicherten zu. Beide Gesundheitsstörungen sind nicht durch ärztliche Diagnosen belegt. Weder finden sich in den Entlassungsberichten der S.-Kliniken von 2004 bis 2012 und des Krankenhauses Stockach vom 17.04.2013 über die stationäre Behandlung im November 2012 diese Diagnosen noch teilte sie der behandelnde Hausarzt Dr. M. mit. Darüber hinaus ist dem von der Klägerin bei der Beklagten vorgelegten Ausdruck aus Wikipedia zur Polyglobulie zwar zu entnehmen, dass diese auch zu Herzinfarkten führen könne. Dass der Versicherte aber tatsächlich an einem Herzinfarkt gestorben wäre, konnte die Notärztin Dr. R.-H. nicht feststellen. Würde man aber einen Herzinfarkt als Todesursache feststellen können, wäre dieser vorliegend mit größerer Wahrscheinlichkeit auf die kardiale Dekompensation bei Gewebewassereinlagerung zurückzuführen als auf die allenfalls als Verdachtsdiagnose diskutierte Erkrankungen der Polyglobulie oder der Oxygenierungsstörung.

Der Senat konnte daher feststellen, dass der Versicherte an einer kardialen Dekompensation gestorben ist, die ihre Ursachen in einer Überwässerung hatte. Die Überwässerung wiederum hat ihre Ursachen in einer unfallunabhängigen Malnutrition und der unfallbedingten sitzenden Immobilität des Versicherten. Sind aber mehrere Faktoren für den Tod des Versicherten ursächlich, und ist einer davon unfallbedingt, so ist die Wesentlichkeit der Wirkfaktoren im Rahmen der Kausalität zu prüfen.

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. stellvertretend BSG vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72](#), 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (ständige Rechtsprechung; vgl. stellvertretend zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [SozR 4 2700 § 8 Nr. 17](#); [B 2 U 40/05 R](#), UV Recht Aktuell 2006, 419; [B 2 U 26/04 R](#), UV Recht Aktuell 2006, 497; alle auch veröffentlicht in Juris).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = [SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO](#); [BSGE 32, 203](#), 209 = [SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO](#); [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) und [B 2 U 26/04 R](#) - a.a.O. m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG [SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.](#)).

Nach diesen Grundsätzen liegt zur Überzeugung des Senats eine unfallbedingte Kausalität für die Todesursache vor. Denn auch wenn eine unfallunabhängige Malnutrition bestanden hatte und diese die Dekompensation und damit den Tod des Versicherten mitbedingt hatte, so kommt der seit 1995 zunehmenden sitzenden Immobilisation des Versicherten, die ebenfalls Ursache der Dekompensation und damit Todesursache ist, hinreichend wahrscheinlich eine ebenso wesentliche Bedeutung zu. So konnte der Gutachter Dr. F. ausführen, dass - wenn keine kardiale oder pulmonale (Primär-)Erkrankung vorliegt - der Tod hinreichend wahrscheinlich Folge des Arbeitsunfalles ist. Dies war - anders als vom SG angenommen - nicht bloße Möglichkeit, sondern es konnte vom Senat festgestellt werden, dass die durch den Arbeitsunfall verursachte Immobilität hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentliche Ursache der kardialen Dekompensation und damit des dadurch rechtlich wesentlich verursachten Todes des Versicherten ist. Der Sachverständige Dr. F. hat - aus seiner Sicht ein pulmonales oder kardiales Versagen nur unterstellend - mangels entsprechender Vorerkrankungen dieses Versagen zwanglos aus der Folge der Immobilisation angenommen (Bl. 72 der SG-Akte = S. 22 des Gutachtens). Entgegen der Einschätzung des Mediziners Dr. F. konnte der Senat aber aus den oben dargelegten Erwägungen, mit denen andere Ursachen ausgeschlossen wurden, ein kardiales Versagen als unmittelbare Todesursache mit der für die richterliche Überzeugungsgewissheit ausreichenden hinreichenden Wahrscheinlichkeit feststellen. Die noch denkbaren, aber nur weit entfernt in Betracht kommenden unfallunabhängigen Todesursachen sind gegenüber den vom Senat festgestellten Anknüpfungstatsachen für den unfallabhängigen letalen Krankheitsverlauf ohne Gewicht. Aufgrund der vom Sachverständigen Dr. F. umfassend dargestellten Entstehungsursachen für eine Gewebewassereinlagerung und der anhand der gutachterlichen Ausführungen oben dargelegten Ausschlussgründe für eine unfallunabhängige Genese der beim Versicherten zum

Todeszeitpunkt diagnostizierten Ödeme hat der Senat die volle Überzeugung für die vom Senat festgestellte Todesursache gewonnen. Eine absolute Gewissheit im Sinne einer unumstößlichen Sicherheit ist für die Feststellung von dem Vollbeweis unterliegenden Tatsachen nicht erforderlich, ausreichend ist eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG 27.06.2006 – [B 2 U 20/04 R](#) – juris, zuletzt auch BSG 17.04.2013 [B 9 V 3/12](#) m.w.N., juris, Keller in Mayer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl., § 128 Rn. 3b). Die nach [§ 202 SGG](#), [§ 286 ZPO](#) erforderliche Überzeugung des Gerichts verlangt nur einen für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet (vgl. auch BGH, Urteil vom 17.02.1970 – [III ZR 139/67](#) – juris Rn. 72, = [BGHZ 53, 245](#); BVerwG 16.04.1985 – [9 C 109/84](#) – juris).

Dem Gutachten und den sonstigen ärztlichen Befunden konnte der Senat insoweit entnehmen, dass die Malnutrition noch keine relevanten Gesundheitsfolgen gezeigt hatte und auch noch nicht das Stadium einer lebensgefährdenden Bedrohung erreicht hätte. Hieraus folgert der Senat, dass Dr. F. eine Malnutrition gerade nicht allein als wesentlichen Ursachenfaktor angesehen hat – ihr Vorliegen unterstellt – und dass dieser nicht wesentlich todesursächlich war. Im Verhältnis zur unfallbedingten Immobilität des Versicherten aber tritt damit die Malnutrition, die bisher keine spürbaren Auswirkungen gezeigt hatte, für die Entstehung der kardialen Dekompensation und des Todes des Versicherten eher in den Hintergrund. Somit kommt der Immobilisation nicht bloß die Rolle einer untergeordneten, mithin unwesentlichen Gelegenheitsursache zu. Vielmehr kann die kardiale Dekompensation und der Tod des Versicherten zum Todeszeitpunkt entweder allein durch die unfallbedingte Immobilisation oder im Zusammenwirken beider als wesentlich zu beurteilenden Faktoren erklärt werden. Daher kommt dieser unfallbedingten Gesundheitsstörung in beiden Konstellationen wesentliche Ursächlichkeit für den Eintritt der kardialen Dekompensation und damit des Todes zu. Insoweit ist die Immobilisation des Versicherten eine überwiegende, wesentliche Ursache für die Überwässerung, die wiederum den Tod des Versicherten wesentlich ursächlich verursacht hat.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und dem Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und Todesfolge.

Damit erweist sich der angefochtene Gerichtsbescheid des SG – teilweise – sowie der angefochtene Bescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheids als rechtswidrig, weshalb auf die Berufung hin der Gerichtsbescheid abzuändern, der angefochtene Bescheid aufzuheben und die Beklagte zur Gewährung einer Witwenrente zu verurteilen war.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#); dabei war zu berücksichtigen, dass die Klägerin lediglich in geringen Umfang (Anfechtung des Schreibens vom 09.08.2012) unterlegen war.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-01-16