
S 29 V 117/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	15
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 29 V 117/96
Datum	15.12.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 15 V 6/99
Datum	11.06.2002

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts MÄnchen vom 15.12.1998 wird zurÄckgewiesen.
II. AuÄergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zahlung einer Witwenrente bzw. des (vollen) Bestattungsgeldes nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Die am 1920 geborene KlÄgerin ist die Witwe des am 1922 geborenen und am 02.04.1994 ausweislich der Todesbescheinigung im amtlichen Leichenschauschein an "Resp.Insuffizienz durch Asthma bronchiale, Herzinsuffizienz" verstorbenen Versorgungsberechtigten F. K. (nachfolgend VB).

Am 17.10.1944 wurde der VB durch einen Granatsplitter im Unterleib verletzt und vom 17.10.1944 bis zu seiner Entlassung am 28.04.1945 in verschiedenen Lazaretten behandelt. Seinen sieben Jahre spÄter am 03.11.1951 erstmals gestellten Antrag auf Versorgung begrÄndete er damit, sein Leiden habe sich erst

in letzter Zeit wesentlich verschlimmert, so dass er sich erneut einer Operation habe unterziehen müssen. Insoweit verwies er auf den beigefügten Bericht der chirurgischen Privatklinik Dr.R. für die Zeit vom 02.04.1951 bis 25.05.1951 wegen einer chronischen Knochenmarksentzündung im Bereich der rechten Darmbeinschaukel. Bei der versorgungsärztlichen Untersuchung und Begutachtung am 20.06.1952 gab er an, Schmerzen am rechten Beckenkamm zu haben; manchmal habe er das Gefühl, als ob etwas herunterlaufe; dies seien alle Beschwerden, die er habe. Nachdem der Versorgungsarzt Dr.S. in diesem Gutachten einen Beckenschaufeldurchschuss rechts mit Knochensubstanzverlust sowie eine reizlose Granatsplitternarbe über dem rechten Gesäß mit einer Erwerbsminderung von 10 v.H. bejahte und der Präfazt Dr.W.B. es angesichts des vermutlichen Verlaufs des Schusskanals, der vom rechten Gesäß nach dem Kreuzbein zum rechten Beckenkamm verlaufe, für unwahrscheinlich ansah, dass dabei untere Dünndarmschlingen, die im kleinen Becken liegen, verletzt worden sein sollten, stellte der Beklagte mit Bescheid vom 18.08.1952 die vorgeschlagenen Schädigungsfolgen mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 v.H. fest.

Mit Schreiben vom 30.09.1976 teilte der VB dem Beklagten mit, von seinem behandelnden Arzt wegen dauernder Durchfälle und aufgeblähtem Bauch in das Krankenhaus N. eingewiesen worden zu sein; dort habe Prof.Dr.O. (Aufenthalt 22 Tage) funktionelle Darmstörungen festgestellt; außerdem habe er festgestellt, dass durch seine Kriegsverletzung ein Beckenschaufeldurchschuss, Dünndarmverletzung und Entfernung einer Dünndarmschlinge im Darm jetzt Ausbuchtungen zu finden seien, die zu den jetzigen Beschwerden führten. Daraufhin zog der Beklagte die Unterlagen der gastroenterologischen Untersuchung (Februar/März 1976) im Krankenhaus N. durch Prof.Dr.O. bei. In dem versorgungsärztlichen internistischen Gutachten der Internistin Dr.H. vom 24.06.1977 wurde festgestellt, der Nachweis einer doppelten Querverbindung zwischen den anastomosierten Schlingen, in deren Bereich sich vier unterschiedliche große Divertikel befänden, sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine Operationstechnik analog der Granatsplitterverletzung des Darmes während des Krieges zurückzuführen; es sei nicht wahrscheinlich, dass der Befund im Zusammenhang mit der im Alter von 16 Jahren durchgemachten Blinddarmoperation stehe. Nachdem auch der Internist Dr.R. in einem privaten Gutachten zur Vorlage beim ärztlichen Dienst des Beklagten vom 16.06.1977 ausführte, der Zusammenhang des sogenannten Blindsacksyndroms mit der Kriegsverletzung stehe außer Zweifel, stellte der Beklagte mit Bescheid vom 20.07.1977 als Schädigungsfolgen mit einer MdE von 40 v.H. ab 01.10.1976 im Sinne der Entstehung fest: "1. Beckenschaufeldurchschuss rechts mit Knochensubstanzverlust; 2. reizlose Granatsplitternarbe über dem rechten Gesäß; 3. Blindsacksyndrom als Operationsfolge nach Granatsplitterverletzung des Darmes."

Gleichzeitig lehnte er die Anerkennung der Fettstoffwechselstörung als Schädigungsfolge ab; hierbei handele es sich um ein schädigungsfremdes Leiden, um eine endogene Erkrankung.

Am 27.12.1979 stellte der VB einen weiteren Verschlimmerungsantrag unter Hinweis auf ein fachärztliches Gutachten seines behandelnden Arztes Dr.R. vom 30.11.1979 und einen Operationsbericht der Chirurgischen Klinik und Poliklinik R. der Technischen Universität M. vom 20.12.1977 über den stationären Aufenthalt vom 22.11. bis 09.12.1977 wegen Dünndarm- ileus und einer Resektion und End-zu-End-Anastomose. Der vom Beklagten beauftragte Internist und Arbeitsmediziner Dr.P. stellte in seinem Gutachten vom 14.04.1980 fest, zweifellos sei durch die Resektion des für den Ileus verantwortlichen Dünndarmkonvoluts die Darmpassage wiederhergestellt, jedoch seien die vom Kläger geschilderten, offensichtlich durch Adhäsionen hervorgerufenen Beschwerden und Missempfindungen durchaus glaubhaft. Der Gutachter erinnerte in diesem Zusammenhang daran, dass anlässlich der stationären Behandlung im August 1979 radiologisch das Phänomen einer "massigen Gasblähung im Dün- und Dickdarm sowie das von einzelnen Spiegelbildungen im kleinen Becken" imponierte; im Rahmen der heutigen radiologischen Überprüfung habe sich zwar die gute Durchgängigkeit des Dünndarms unter Beweis stellen lassen, jedoch habe man Hinweise auf verwechslungsbedingte partielle Fixierungen von Dünndarmschlingen erhalten; während nach umfangreichen ärztlichen Erfahrungen nur ein Teil der Adhäsionen wirkliche Beschwerden verursache, könnten sich im Einzelfall jedoch die sogenannten Adhäsionsbeschwerden durch ihre Hartnäckigkeit auszeichnen; neben unangenehmen Sensationen, die bis zur ausgesprochenen Kolik reichten, vervollständigten Übelkeit, Erbrechen, Diarrhöe, Obstipation und dergl. das bunte Bild. Insgesamt schlug Dr.P. eine Neubezeichnung der Schädigungsfolgen unter Ziff.3 und eine Gesamt-MdE von 50 v.H. vor. Dementsprechend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 28.04.1980 als Schädigungsfolgen unter Ziff.3 "partielle Dünndarmresektion und abdominelle Verwachsungsbeschwerden mit Subileuserscheinungen nach Granatsplitterverletzung des Darmes" fest und gewährte dem VB ab dem 01.12.1979 bis zu seinem Tod Versorgung nach einer MdE um 50 v.H.

Mit Bescheid vom 05.07.1994 lehnte der Beklagte die von der Klägerin beantragte Witwenrente nach [§ 38 Abs.1 BVG](#) und mit Bescheid vom 01.07. 1994 die Zahlung des vollen Bestattungsgeldes ab, weil die anerkannten Schädigungsfolgen mit dem Tod nicht in ursächlichem Zusammenhang ständen und es auch nicht wahrscheinlich sei, dass der VB ohne die Schädigungsfolgen mindestens ein Jahr länger gelebt hätte. Die Widersprüche hiergegen wies er mit Widerspruchsbescheiden vom 16.08.1995 zurück. Gegen diese Ablehnungsbescheide erhob die Klägerin mit Schreiben vom 08.09.1995 Klage zum Sozialgericht München. In beiden Verfahren (S 26 V 551/95 und S 26 [V 152/95](#)) wurde mit Beschluss vom 08.12.1995 das Ruhen angeordnet; nach Ablauf von 6 Monaten wurden die Verfahren als erledigt ausgetragen.

Mit gleichlautenden Schreiben vom 31.07.1998 beantragte die Klägerin Fortführung der Verfahren und deren Verbindung. Sie sei nach wie vor überzeugt, dass bei dem VB anerkannte Kriegsleiden sei zumindest in dem Sinne für den Tod von wesentlicher ursächlicher Bedeutung gewesen, als dadurch die Lebenserwartung um mindestens ein Jahr verkürzt worden sei. Man dürfe nicht allein von dem Leidenszustand ausgehen, der im Bescheid des Beklagten vom

28.04.1980 festgehalten sei, sondern von dem Leidenszustand, wie er sich aufgrund der kontinuierlichen Verschlechterungen der anerkannten Darmverletzungen, die bis zum Tode aufgetreten seien, im Zeitpunkt des Todes dargestellt habe.

Der von Amts wegen gehörrte Sachverständige Prof.Dr.B. (Rechtsmediziner) stellte in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 11.04.1997 u.a. fest, eine der Schädigungsfolgen, die allerdings bisher als solche noch nicht erwähnt bzw. anerkannt worden sei, nämlich eine mit Wahrscheinlichkeit durch die partielle Dünndarmresektion mitbedingte Elektrolytstörung, könnte Teilursache für den Todeseintritt gewesen sein; hierbei handele es sich allerdings nur um eine Möglichkeit; es sei auch nicht wahrscheinlich, dass der VB ohne diese Teilursache ein Jahr länger gelebt hätte; zum Tode des VB habe mit Wahrscheinlichkeit ein akutes Herzversagen auf dem Boden seiner koronaren Herzkrankheit geführt; der VB sei nicht an seinen anerkannten Schädigungsfolgen verstorben; Versorgungsleiden und Todesleiden seien nicht gleichzusetzen.

Mit Schreiben vom 03.06.1997 übersandte die Klägerin durch ihre Bevollmächtigten kritische Anmerkungen zu diesem Gutachten, das sie nicht überzeuge; nach wie vor sei sie der Auffassung, insbesondere die Schädigungsfolgen im Darmbereich hätten den VB wegen der dort erfolgten operativen Eingriffe im koronaren Bereich so geschädigt, dass man von einem ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Schädigungsfolgen ausgehen müsse.

Mit Urteil vom 15.12.1998 wies das Sozialgericht die miteinander verbundenen Klagen ([S 29 V 117/96](#), S 29 V 118/96) ab; nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof.Dr.B. könne keine Schädigungsfolge auch nur als Todesmitursache angesehen werden; der Sachverständige habe lediglich noch eine mögliche Teilursache in Form der Elektrolytstörung ermittelt; die gefährlichsten und damit weitaus überwiegenden Komponenten im Rahmen der Todesverursachung seien seiner Auffassung nach jedoch die asthmatischen Hypoxiezustände, weil der akute Sauerstoffmangel während dieser Attacken jederzeit zum Versagen der schon weitgehend zerstörten Herzfunktion führen konnte; die Elektrolytstörung hätte auch nicht dazu geführt, dass der VB ein Jahr früher gestorben sei.

Ihre anschließende Berufung zum Bayer. Landessozialgericht vom 26.01.1999 begründete die Klägerin mit Schriftsatz vom 22.02. 1999 u.a. mit dem Vorwurf eines fehlerhaften und einseitig orientierten Gutachtens, das zur Urteilsfindung herangezogen worden sei; die Arztberichte der verschiedenen Krankenhäuser seien nur beachtet worden, wenn sie dem Gutachter "in den Kram" passten; alles was für sie sprechen konnte, sei weggelassen worden; die beiden Operationen aber, die durch die Kriegsverletzung bedingt gewesen seien, seien nur mit 5 bzw. 3 Zeilen erwähnt worden; das Gutachten des Dr.R. sei ebenfalls nicht angesprochen, ihre Richtigstellungen seien nicht beachtet worden, obwohl sie nur durch Arztberichte unterlegt gewesen seien; die Bestattungskosten habe sie nicht haben wollen, denn sie habe von der Krankenkasse, von einer Privatversicherung, alles ersetzt bekommen.

Mit Schreiben vom 30.04.1999 teilte das Gericht der KlÄgerin mit, es sei nicht beabsichtigt, ein weiteres Gutachten von Amts wegen einzuholen; unter Hinweis auf den Kostenvorschuss wurde sie gebeten, mitzuteilen, ob sie einen Gutachter ihres Vertrauens nach [ÄS 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) benennen wolle.

Mit Schriftsatz vom 12.06.1999 teilte sie dem Gericht mit, wegen eines Krankenhausaufenthaltes erst jetzt Stellung zu nehmen; unter Hinweis auf den angesetzten ErÄrterungstermin vom 13.04. 1999, der wegen Richterwechsels aufgehoben worden war, wies sie darauf hin, dass dieser Termin ohne Gutachten angesetzt worden sei, nunmehr solle wieder ein Gutachten vorgelegt werden. Sie bat die am 03.06.1997 Äbersandte Notiz zum Gutachten des Prof.Dr.B. und die BegrÄndung der Berufung zu lesen; um ein Urteil fÄllen zu kÄnnen, mÄsse man es ja sowieso tun.

Mit Schreiben vom 25.10.1999 wurde die KlÄgerin gebeten, die Ärztlichen Unterlagen, die sie Äber den VB gesammelt habe, zu Äbersenden und mitzuteilen, wo auÄer dem Klinikum R. weitere Unterlagen angefordert werden kÄnnten. AnschlieÄend forderte das Gericht die Unterlagen des Klinikums R. und des StÄdtischen Krankenhauses M. an. Mit Schreiben vom 06.08.1997 teilte das Klinikum R. mit, der VB habe sich 1993 und 1994 in der ersten medizinischen Klinik und Poliklinik ihres Hauses in stationÄrer Behandlung befunden, so dass das Gerichtsschreiben zustÄndigkeitshalber an das Sekretariat der ersten medizinischen Klinik mit Bitte um Bearbeitung weitergeleitet wurde. Die KlÄgerin Äbersandte am 03.11.1999 die gewÄnschten Unterlagen und wies darauf hin, den von ihr in ihrer Erwiderung zum Gutachten B. angefÄhrten Arztbericht der Herz- und Kreislaufklinik B. in ihren Unterlagen nicht finden zu kÄnnen; vielleicht habe sie diese nicht zurÄckbekommen.

Nach Eingang der angeforderten Unterlagen und unter Hinweis des SachverstÄndigen Prof.Dr.B. auf die ihm vormals nicht vorgelegten Unterlagen, bat das Gericht den SachverstÄndigen um eine ergÄnzende Stellungnahme.

In dieser ergÄnzenden Stellungnahme vom 03.01.2000 verwies der SachverstÄndige Prof.Dr.B. auf die schon im Vorgutachten aus dem B. Arztbericht vom 31.05.1994 Äbernommene Todesursache: "Ursache ist ein akutes Herzversagen entweder auf dem Boden einer erneuten kardialen IschÄmie oder auf dem Boden von RhythmusstÄrungen bei bekannten ventrikulÄren Tachyarrythmien". In der Todesbescheinigung heiÄe es allerdings: "Respiratorische Insuffizienz bei Asthma bronchiale, Herzinsuffizienz". Danach wies der SachverstÄndige darauf hin, dass eine Sektion nicht durchgefÄhrt worden sei. Zu der klinischen Entweder-oder-Feststellung der Todesursache ergÄnzte er aus den beigezogenen Krankenblattunterlagen, der Kaliumwert habe bei dem VB am 28.03.1994 3,16 mmol/l, am 31.03.1994 4,17 mmol/l betragen; spÄtere Werte seien nicht angegeben; als Normalwerte fÄr Kalium im Blutserum gÄlten 3,6 bis 5,5mmol/l; der erste Wert sei somit als erniedrigt anzusehen, der zweite liege im Bereich der Norm; ob in der Nacht vom 01. zum 02.04.1994 eine erneute Erniedrigung eingetreten sein kÄnnte, sei unbekannt; es mÄsse immerhin als mÄglich angesehen werden; welche Rolle die "respiratorische Insuffizienz" beim

Todeseintritt gespielt habe, sei aus dem Krankenblatt nicht ersichtlich; da diese in der Todesbescheinigung jedoch an erster Stelle genannt und nach dem Gutachtensauftrag zu berücksichtigen sei, müsse die Begutachtung auch die Entwicklung der asthmatischen Störungen stärker berücksichtigen; bisher habe er hauptsächlich auf die nachgewiesenen Elektrolytstörungen und ihre Bedeutung gegenüber der koronar-sklerotisch bedingten Myodegeneratio cordis für das finale Herzversagen abgestellt; hierfür seien in seiner Stellungnahme auf S.66 der Sozialgerichtsakte im Wesentlichen pathologisch-anatomische und rechtsmedizinische Erfahrungen zugrunde gelegt worden; die fortschreitende coronare Herzerkrankung sei bei dem VB durch die Herzkatheter-Untersuchungen auch für das Frühjahr 1993 belegt; nach rechtsmedizinischen, aber auch klinischen Erfahrungen über den plötzlichen Herztod liege diesem praktisch immer ein koronares Herzversagen zugrunde; aus dieser Sicht gebe es s.E. auch unter Berücksichtigung der neuerlich beigezogenen Krankenunterlagen keine Fakten, die eine über den Status der "Möglichkeit" hinausgehende Wertung eines funktionellen Herz- Stillstandes durch Elektrolyt-Störung wenigstens als annähernd gleichwertige Todesursache begründen würden; wenn man nun der "respiratorischen Insuffizienz bei Asthma bronchiale" das größere Gewicht bei der Definition einer komplexen Todesursache beimesse, müsse zunächst gesagt werden, dass dieses Leiden nicht zu den anerkannten Schädigungsfolgen gehöre; allerdings komme insofern ein Zusammenhang in Betracht, als die Schädigungsfolgen im Sinne der chronischen intestinalen Störungen mit den notwendigen Operationen somatische und psychische Einflüsse auf den Krankheitsverlauf beim VB ausgeübt haben könnten; da es sich hierbei um betont klinisch-psychosomatische Fragen handle, möchte er vorschlagen, noch ein internistisches Gutachten einzuholen, welches sich auch noch mit der Ätiologie der Herzrhythmusstörungen und insbesondere mit der Frage beschäftigen könnte, ob der VB ohne die intestinalen Schädigungsfolgen wahrscheinlich noch mindestens ein Jahr länger gelebt hätte.

Hierzu teilte die Klägerin am 06.02.2000 u.a. mit, ihr Mann sei seit 1976 immer wieder bei Prof.Dr.O. in Behandlung gewesen, nicht des Herzens, sondern des Darmes, also der Kriegsbeschädigung wegen; Prof.Dr.B. erwähne im Arztbericht 1987 u.a. "â von kardialer Seite kann sich Herr K. normal belasten usw â" Im Übrigen wies sie darauf hin, der VB habe sehr unter den schlimmen Durchfällen gelitten, das habe seine Seele krank gemacht, diese wiederum habe das Herz kaputt gemacht; von Wissenschaftlern sei doch bewiesen, dass in sehr vielen Fällen die Seele, der immerwährende Stress, die Angst das Herz ruinierten; weshalb wolle man dies bei ihrem Mann nicht wahrhaben. Im Übrigen bot sie noch einmal an, das Tagebuch ihres Mannes, welches das letzte Jahr von ihm geführt worden sei, einer Vertrauensperson zur Einsichtnahme zu geben.

Die Beklagte übersandte mit Schriftsatz vom 21.03.2000 die versorgungsärztliche Stellungnahme der Internistin Dr.L. vom 03.03.2000, in der diese bzgl. des diskutierten Zusammenhangs von Elektrolytstörungen und Durchfällen als Schädigungsfolge anmerkte, den Eigenaufzeichnungen sei neben Durchfällen vor allem auch ein sehr schwerer harter Stuhlgang zu entnehmen, der zum Teil manuell und mit Klistieren entfernt worden sei; dies spreche doch gegen

anhaltende profuse Durchfälle, die zu einer Erniedrigung des Kaliumwertes führten; es sei vielmehr davon auszugehen, dass die Elektrolytstörungen durch die Diuretikagaben verursacht worden seien; am 31.03.1994 habe das Kalium im Normbereich gelegen, ob genau zu diesem Zeitpunkt dann ein profuser Durchfall bestanden habe, wodurch es zu einem Elektrolytabfall hätte kommen können, sei ggf. dem Krankenblatt zu entnehmen, das nicht vorliege.

Mit Schriftsatz vom 04.05.2000 entgegnete die Klägerin, es sei ein Wechsel zwischen hartem und weichem, ja dünnflüssigem Stuhl gewesen, aber keineswegs habe der harte Stuhlgang im Vordergrund gestanden; in dem von ihr gerne zur Verfügung gestellten Tagebuch seien in der Mehrzahl dünnflüssige Stühle erwähnt; im Übrigen wiederhole sie bzw. frage sie erneut, warum man die auf Leben und Tod 1977 durchgeführte Operation, das Gutachten des Dr.R. und die Arztberichte der letzten fast nur im Krankenhaus verbrachten Jahre ebensowenig wie den Umstand erwähne, dass die Beschwerden des Herzens und das Asthma erst nach der Operation 1977 aufgetreten seien; selbst im Totenschein ständen doch nur Wahrscheinlichkeiten, aber keine konkreten Gründe für den Tod des VB.

Der Beklagte übersandte mit Schreiben vom 27.06.2000 eine weitere versorgungsärztliche Stellungnahme der Dr.L. vom 19.06.2000, wonach eine schwere koronare Dreigefäßkrankung und ein Asthma nicht Folge einer Dünndarmteilresektion und von Verwachsungsbeschwerden seien; auch der Hinweis, noch ein Jahr vor dem Tod sei eine Augenoperation genehmigt worden, sei sicher kein Gegenargument dafür, dass das Ableben ein Jahr später kardiopulmonal bedingt gewesen sei.

Mit Schreiben vom 23.11.2000 teilte der Beklagte unter Hinweis auf die versorgungsärztliche Stellungnahme der Dr.L. vom 17.11.2000 mit, aus den zwischenzeitlich von der Klägerin an das Gericht übergebenen und dem Beklagten zur Stellungnahme zugeleiteten Tagebuchaufzeichnungen ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, man halte den Rechtsstreit für entscheidungsreif. Die Versorgungsärztin wies u.a. darauf hin, in den Tagebüchern seien immer wieder Atemnotzustände (Therapie u.a. mit Brikanyl und Bronchoparat, Sultanol und Sauerstoff) und Herzattacken vermerkt (s.11.12.1993 und 14.02.1994); auch wenn die Stuhlgangproblematik belastend für den VB gewesen sei, stellte diese keine wesentliche Mitursache für sein Ableben im Alter von 71 Jahren bei schwerer koronarer Dreigefäßkrankung und Asthma dar.

Mit Schriftsatz vom 07.06.2001 übersandte der Beklagte eine zusammenfassende versorgungsärztliche Stellungnahme der Dr.L. vom 28.05.2000, in der insbesondere die Krankheitsgeschichte seit 1944 gewürdigt und u.a. darauf hingewiesen wurde, die Darmerkrankung sei entgegen der Vermutung der Klägerin nach schulmedizinischen Erkenntnissen keine wesentliche Mitursache für die koronare Herzkrankheit gewesen; besonders ungünstig auf diese hätte sich das gleichzeitig bestehende schwere Asthma ausgewirkt, sowohl wegen der psychisch-physischen Belastung als auch wegen der Sauerstoffnot und der

Herzrhythmusstörungen fñrdernden Wirkung der erforderlichen broncholytischen Medikamente; der zum Teil fehlende Lebenswille, wie im Arztbericht auf Bl.20/21 in der Witwenakte vermerkt sei, sei im Hinblick auf die schwere Herz- und Lungenerkrankung nur zu gut verstñndlich.

Die Klñgerin teilte im Schriftsatz vom 07.07.2001 u.a. mit, 7 Jahre nach der Verwundung und den damals notwendigen Operationen im Feldlazarett usw. sei es zu einer Knocheneiterung gekommen, die operativ hñtte beseitigt werden mñssen; nach dieser Operation habe die Wunde wochenlang fest geeitert, was fñr den VB stark belastend gewesen sei.

In der vom Beklagten mit Schriftsatz vom 08.08.2001 ñbersandten versorgungsñrztlichen Stellungnahme der Dr.L. wurden frñhere Ausñhrungen zu Kausalitñtsproblemen wiederholt. Hierzu gab die Klñgerin mit Schriftsatz vom 26.08.2001 kritische Stellungnahmen ab.

Die Klñgerin beantragt sinngemñß, den Beklagten unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Mñnchen vom 15.12.1998 und der Bescheide vom 01.07. und 05.07.1994 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 16.08.1995 zur Zahlung von Witwenrente und des vollen Bestattungsgeldes zu verurteilen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung der Klñgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mñnchen vom 15.12.1998 zurñckzuweisen.

Zum Verfahren beigezogen wurden die Schwerbehinderten- und Versorgungsakten des VB und der Klñgerin beim Beklagten, die Akten des Sozialgerichts Mñnchen, Az.: S 26 V 151/95, S 26 [V 152/95](#), [S 29 V 117/96](#) und S 29 V 118/96 sowie die von der Klñgerin ñbersandten Aufzeichnungen, Unterlagen und Tagebñcher des VB.

Bezñglich des weiteren Sachverhalts in den Verfahren des Beklagten und des Sozialgerichts wird gemñß [Å§ 202 SGG](#) und [Å§ 543](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils und die dort angefnhrten Beweismittel, hinsichtlich des Sachverhalts im Berufungsverfahren auf die Schriftsñtze und Anlagen der Beteiligten sowie den Inhalt der Berufungsakte nach [Å§ 136 Abs.2 SGG](#) Bezug genommen.

Entscheidungsgrñnde:

Die statthafte und zulñssige Berufung der Klñgerin ([Å§Å§ 143 ff.](#), [151 SGG](#)) ist unbegrñndet.

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Mñnchen und die ihm zugrunde liegenden Bescheide vom 01.07./05.07.1994 i.d.F. der Widerspruchsbescheide vom 16.08.1995 sind nicht zu beanstanden. Die Klñgerin hat keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente/Witwenrente ([Å§ 38 Abs.1 BVG](#)) und das volle Bestattungsgeld ([Å§ 36 Abs.1 BVG](#)).

Die KlÄgerin hat keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente nach [Â§ 38 Abs.1 Satz 1 BVG](#), weil ihr Ehemann, der VB, nicht als BeschÄdigter an den Folgen einer (rechtsverbindlich anerkannten) SchÄdigung gestorben ist. Es ist nicht wahrscheinlich im Sinne des [Â§ 1 Abs.3 Satz 1 BVG](#), dass der Tod des VB am 02.04.1994 durch Folgen wehrdienstlicher Einwirkungen ([Â§ 38 Abs.1 BVG](#)) verursacht worden ist; dies in erster Linie deshalb, weil die Diagnose des Todesleidens â desjenigen Leidens, welche im vorliegenden Falle zum Exitus letalis (tÄldlicher Ausgang der Krankheit) des VB gefÄhrt hat â auch nach Einlassung der KlÄgerin selbst (vgl. z.B. ihr Schreiben vom 04.05.2000) nicht feststeht. Ohne eine solche sichere Feststellung des zum Tode fÄhrenden Leidens entfÄhlt jedoch von vorneherein die Wahrscheinlichkeit der Todesverursachung durch ganz bestimmte, als verantwortlich in Betracht kommende UmstÄnde, im Rahmen des Witwenrentenanspruchs also durch die als SchÄdigungsfolgen im Sinne der Entstehung mit einer MdE um 50 v.H. zuletzt im Bescheid vom 28.04.1980 unter Ziff.3 neu festgestellten und zusÄtzlich anerkannten GesundheitsstÄrungen "partielle DÄnndarmresektion und abdominelle Verwachsungsbeschwerden mit Subileuserscheinungen nach Granatsplitterverletzung des Darmes." Dies gilt auch fÄr die bereits im Bescheid vom 20.07. 1977 als SchÄdigungsfolgen unter Ziff.1 und 2 anerkannten und danach Äbernommenen GesundheitsstÄrungen: "1. Beckenschaufeldurchschuss rechts, Knochensubstanzverlust; 2. reizlose Grantsplitternarbe Äber dem rechten GesÄÃ."

Nur wenn nÄmlich das Todesleiden sicher feststeht, kann ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Tode und dem anderen feststehenden Leiden, einer SchÄdigungsfolge, mit Wahrscheinlichkeit bejaht werden; aus diesem Grunde kann auch nicht auf die Fiktion des [Â§ 38 Abs.1 Satz 2 BVG](#) zurÄckgegriffen werden, wonach der Tod stets dann als Folge einer SchÄdigung gilt, wenn ein BeschÄdigter an einem Leiden stirbt, das als Folge einer SchÄdigung rechtsverbindlich anerkannt und fÄr das ihm im Zeitpunkt des Todes Rente zuerkannt war. Steht aber die Diagnose des Todesleidens schon nicht sicher fest, ist sie vielleicht nur eine von mehreren MÄglichkeiten, dann kann ein Anspruch nach [Â§ 38 BVG](#) nicht mehr in Betracht kommen. Denn wenn von den beiden UmstÄnden, Todesleiden und SchÄdigungsfolgen einer, nÄmlich das Todesleiden, schon nicht sicher ist, kann die BrÄcke des Ursachenzusammenhangs zwischen diesen beiden UmstÄnden â Tod und SchÄdigungsfolge â nicht mehr wahrscheinlich, sondern lediglich noch mÄglich sei. Der Umstand, dass eine LeichenÄffnung nicht stattgefunden hat, kann zu keiner anderen Entscheidung fÄhren. Hierbei ist auch die Frage ohne Bedeutung, ob es im vorliegenden Fall zweckmÄÃig gewesen wÄre, eine Sektion zu veranlassen.

Die UnmÄglichkeit, das Leiden sicher festzustellen, welches zum Tode des VB gefÄhrt hat, ergibt sich aus sÄmtlichen in der vorliegenden Sache abgegebenen und beigezogenen Ärztlichen ÄuÃerungen, Bescheinigungen, Befunden und Krankengeschichten.

Ausweislich der Todesbescheinigung im amtlichen Leichenbeschauschein wird zwar

als Todesursache eine "respiratoische Insuffizienz durch Asthma bronchiale, Herzinsuffizienz" angegeben; ein Ursachenzusammenhang dieser Diagnose mit den o.g. Schädigungsfolgen wird jedoch nicht hergestellt. Da die Todesursache konkret ermittelt und nachgeprüft werden muss, hat diese Todesbescheinigung nur einen bedingten Aussagewert, zumal eine unwiderlegbare Vermutung für ihre Richtigkeit – wie sie z.B. [§ 38 Abs.1 Satz 2 BVG](#) für die anerkannten Schädigungsfolgen bei Identität mit dem Todesleiden festlegt – gesetzlich nicht vorgesehen ist. Im Übrigen ist die in dieser Todesbescheinigung enthaltene Diagnose ausweislich der Feststellungen des Sachverständigen Prof.Dr.B. (vgl. seine ergänzende Stellungnahme vom 03.01.2000) ebenfalls durch die im B. Arztbericht vom 31.05.1994 angegebene Todesursache ("Ursache ist ein akutes Herzversagen entweder auf dem Boden einer erneuten kardialen Ischämie oder auf dem Boden von Rhythmusstörungen bei bekannten ventrikulären Tachyarrhythmien") in Frage gestellt. Durch diese beiden alternativen Todesursachen-Möglichkeiten, die wiederum mit den anerkannten Schädigungsfolgen nicht in Zusammenhang gebracht werden können, erweitern sich die möglichen Todesleiden, Klarheit bringen sie dagegen nicht. Zu der klinischen Entweder-oder-Feststellung der Todesursache ergänzte der Sachverständige Prof.Dr.B. aus den beigezogenen Krankenblattunterlagen, dass der Kaliumwert bei dem VB am 28.03.1994 3,16mmol/L am 31.03.1994 4,7mmol/l betragen habe; spätere Werte seien nicht angegeben; als Normalwerte für Kalium im Blutserum gelten 3,6 bis 5 mmol/l; der erste Wert sei somit als erniedrigt anzusehen, der zweite liege im Bereich der Norm; ob in der Nacht vom 01. zum 02.04. 1994 eine erneute Erniedrigung eingetreten sei, sei unbekannt, müsse jedoch immerhin als möglich angesehen werden; nach rechtsmedizinischen, aber auch klinischen Erfahrungen über den plötzlichen Herztod liege diesem praktisch immer ein coronares Herzversagen zugrunde; aus dieser Sicht gebe es s.E. auch unter Berücksichtigung der neuerlich beigezogenen Krankenunterlagen keine Fakten, die eine über den Status der "Möglichkeit" hinausgehenden Wertung eines funktionellen Herzstillstandes durch Elektrolyt-Störung wenigstens als annähernd gleichwertige Todesursache begründen würden. Im Übrigen weist die Versorgungsärztin Dr.L. in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 03.03.2000 bzgl. des diskutierten Zusammenhangs von Elektrolytstörungen und Durchfällen als Schädigungsfolgen darauf hin, dass den Eigenaufzeichnungen des VB neben Durchfällen auch ein sehr schwerer, harter Stuhlgang zu entnehmen sei, der zum Teil manuell und mit Klistieren entfernt worden sei; dies spreche gegen anhaltende profuse Durchfälle die zu einer Erniedrigung des Kaliumwertes führten; es sei vielmehr davon auszugehen, dass die Elektrolytstörungen durch die Diuretikagabe verursacht worden seien.

Schließlich stellt der Sachverständige Prof.Dr.B. in seinem Gutachten vom 11.04.1997 klar, dass keiner der Schädigungsfolgen die Qualität einer Mitursache zukommt. In Übereinstimmung mit den Feststellungen des versorgungsärztlichen Dienstes sieht er die gefährlichsten und damit weitaus überwiegenden Komponenten im Rahmen der Todesverursachung in den asthmatischen Hypoxiezuständen, weil der akute Sauerstoffmangel während dieser Attacken jederzeit zum Versagen der schon weitgehend zerstörten Herzfunktion führen konnte. Die Versorgungsärztin Dr.L. wies in ihrer Stellungnahme vom 17.11.2000

diesbezüglich darauf hin, dass in den Tagebüchern des VB immer wieder Atemnotzustände (Therapie u.a. mit Brikanyl und Bronchoparat, Sultanol und Sauerstoff) und Herzattacken (s. 11.12.1993 und 14.02.1994) vermerkt seien. Auch wenn die Stuhlgangproblematik belastend für den VB gewesen sei, stellte diese keine wesentliche Mitursache für sein Ableben im Alter von 71 Jahren bei schwerer koronarer Dreigefäßkrankung und Asthma dar.

Abgesehen davon, dass infolge der Ungewissheit über das Todesleiden die Kausalitätsproblematik nicht im Mittelpunkt dieses Rechtsstreites angesiedelt ist, kann sich die Klägerin auch nicht auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Lebensverkürzung berufen. Zwar vertritt das BSG in ständiger Rechtsprechung die Auffassung, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Schädigung im Sinne des BVG auch dann gegeben sei, wenn der Tod ohne Schädigung innerhalb einer absehbaren Zeitspanne wahrscheinlich nicht eingetreten wäre (vgl. z.B. [BSGE 2, 265](#); Urteil vom 14.03.1958 in KOV 1958 Nr.868; vom 02.02.1971, [8 RV 353/70](#) in ZfS 1971, S.84). Hierzu ist jedoch anzumerken, dass das BSG in seinem Urteil vom 24.01.1979, (Az.: [9/10 RV 33/77](#) in SozR 3100 [Â§ 1 BVG Nr.21](#)) bereits darauf hinweist, die zeitliche Bemessung sei lediglich ein besonderer Anwendungsfall der allgemeinen Kausalitätslehre, wie sie in der Kriegsopferversorgung gelte. Da die Verursachung auf die Verhältnisse des Einzelfalles abstelle, dürfe die "Lebensverkürzung" nicht ausschlaggebend nach der durchschnittlichen statistischen Lebenserwartung beurteilt werden; vielmehr komme es darauf an, ob der Tod des Beschädigten erheblich früher eingetreten sei, als sonst in Kenntnis aller anderen für ihn bedeutsamen Umstände des Einzelfalles hätte zu erwarten gewesen wäre. Nachdem jedoch der Sachverständige Prof.Dr.B. in seinem Gutachten ebenfalls klar stellt, auch eine (sc möglicherweise aufgetretene) Elektrolytstörung hätte nicht dazu geführt, dass der VB ein Jahr früher gestorben sei, braucht der Senat auf die Problematik der "Lebensverkürzung" nicht näher einzugehen.

Bei dieser Sach- und Rechtslage ist eine weitere Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes nicht veranlasst. Die vorliegenden Befunde sind insbesondere von dem Sachverständigen Prof.Dr.B. umfassend und objektiv gewürdigt und durch keine anders lautende objektive medizinische Beurteilung in Frage gestellt; im Übrigen könnte auch eine weitere Begutachtung letztlich nicht zur sicheren Klärung der tatsächlichen Todesursache beitragen.

Damit steht der Klägerin auch das volle Bestattungsgeld nicht zu,; [Â§ 36 abs.1 Satz 2 BVG](#) setzt nämlich voraus, dass der Tod (des VB) die Folge einer Schädigung ist, was im vorliegenden Falle nicht bewiesen werden konnte.

Nachdem es die Klägerin letztlich abgelehnt hat, einen Antrag nach [Â§ 109 SGG](#) zu stellen, muss sie sich nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast die medizinische Sach- und Gutachtenslage entgegenhalten lassen bzw. rechtlich die Folgen der Nichterweislichkeit der Todesursache tragen. Dass sie selbst aufopferungsvoll den VB in den letzten Jahren seines Lebens pflegte und betreut hat, ist in diesem Zusammenhang ohne rechtliche Bedeutung.

Die Kostenentscheidung beruht auf den [Â§Â§ 183, 193 SGG](#).

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nicht vor (vgl. [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#)).

Erstellt am: 26.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024