S 10 V 111/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Die allgemeine Erkenntnis, dass der Tod als solcher immer ein Geheimnis bleibt, führt noch nicht zu regelmäßig gegebener Beweisnot, wenn es um die Feststellung einer Todesursache geht. Wenn ein Kriegsverletzter nach seiner Kriegsverletzung nie wieder richtig gesund wird und dies durch ständige Neurosen, Reinfektionen und erhebliche Arbeitsunfähigkeitszeiten nachgewiesen ist, genügt unter Umständen für die Annahme eines Kausalzusammenhangs zwischen Kriegsverletzung und Tod, dass 1.) ein solcher Kausalzusammenhang sich retrospektiv plausibel herstellen lässt und 2.) andere Erklärungen für den vorzeitigen Tod sich nicht finden lassen.
Normenkette	§ 38 Abs 1 S 1 BVG

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 V 111/97
Datum	03.08.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 V 37/99
Datum	10.12.2003

3. Instanz

Datum	-

I. Das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 03.08.1999 wird aufgehoben. II. Der Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 23.09.1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 04.11.1997 verpflichtet, den Ablehnungsbescheid

vom 28.10.1992 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.04.1995 zurÃ¼ckzunehmen und der KlÃ¤gerin ab dem 01.01.1992 Hinterbliebenenleistungen zu bewilligen. III. Der Beklagte hat der KlÃ¤gerin die auÃ□ergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten. IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist der Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung nach dem ersten Ehemann der KlÃ¤gerin J â□¦ O â□¦(J. O.), geboren am â□¦1922, gestorben am â□¦1961.

Dieser beabsichtigte nach dem Besuch der Volksschule zunÃ¤chst, Schlosser zu werden, arbeitete dann aber bei einer Metallwarenfabrik als Ungelernter und besuchte gleichzeitig die Berufsschule. Im Jahr 1941 wurde er zur Wehrmacht einberufen. Er erlitt mehrere Verwundungen an der Ostfront; unter anderem einen Durchschuss der rechten Hand. Am 22.01.1943 erlitt er eine Granatsplitterverletzung. Hierbei wurde der Oberschenkel beinahe vÃ¶llig durchschlagen, vor allem kam es zur Zertrennung des Ischiasnerven. Im Jahre 1944 wurde eine Nervennaht angelegt, diese erbrachte aber keine Besserung. Es kam immer wieder zu Phlegmonen und Abszessen (unter anderem auch in der Mandel) und zu septischen FieberschÃ¼ben. Es entstand eine Muskelarthrophie und es kam zur Versteifung des Beines in SpitzfuÃ□stellung. Eine Amputation des VorfuÃ□es wurde 1947 durchgefÃ¼hrt; wiederholte Nekrosen und Infektionen machten eine Unterschenkelamputation im Jahre 1957 erforderlich. Deswegen kam es in diesem Jahr zu einer lÃ¤ngeren Krankschreibung. Zuvor aber hatte J. O. eine normale Erwerbsbiographie durchlebt. ZunÃ¤chst war er nach dem Krieg in Heimarbeit KnÃ¼pfer fÃ¼r Fischernetze, dann Holzmaler. Am 27.04.1948 heiratete er die KlÃ¤gerin. Aus der Ehe gingen zwei Kinder hervor, geboren 1948 und 1952. Im August 1948 fand er beim VEB P â□¦ A â□¦ eine Anstellung als Werkstattschreiber. Er qualifizierte sich zum Sachbearbeiter und schlieÃ□lich zum Energiebeauftragten. Er erhielt jeweils sehr gute Beurteilungen. Nebenbei war er gesellschaftlich aktiv als SchÃ¶ffe, als Elternbeirat und als Hauptkassierer der BGL. Er besuchte mehrere Kurse bei der Volkshochschule in Zeichnen und Malen, vor allem in Landschaftsmalerei. Nach der Amputation stieg sein Gehalt noch einmal deutlich an, er war jetzt als technischer Angestellter beschÃ¤ftigt und durchlief Ende 1960 eine Fortbildung von zehn Wochen. Er wurde als Schwerbehinderter mit einem Grad des KÃ¶rperschadens von 60 anerkannt.

Im MÃ¤rz 1961 wurde J. O. ins Krankenhaus eingeliefert. Am â□¦1961 gegen 06.00 Uhr verstarb er; der Totenschein weist als Todesursache aus: "Coronarsklerose, Sekundenherztod, Zustand nach Oberschenkelamputation". Dies ist so zu lesen, dass als unmittelbare Todesursache der Sekundenherztod infolge Coronarsklerose bei Zustand nach Oberschenkelamputation angesehen wurde.

Am 27.05.1991 beantragte die KlÃ¤gerin Witwenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG): Zwar habe sie am 03.08.1973 wieder geheiratet, die Ehe sei jedoch am 14.09.1989 geschieden worden. Dem Antrag war eine sogenannte eidesstattliche ErklÃ¤rung der Krankenschwester R. E â□¦ beigelegt, in

der es zur Todesursache des J. O. heiÃ□t, dass es infolge des insgesamt schweren Krankheitsverlaufes zur Ausbildung einer Angina pectoris gekommen sei, J. O. sei in laufender Behandlung gewesen und an den Folgen der Kriegsverletzung gestorben. Nach versorgungsÃ¤rztlicher EinschÃ¤tzung wurde dem allerdings wiedersprochen: nach allgemeinmedizinischen Erkenntnissen bestehe mit Wahrscheinlichkeit kein ursÃ¤chlicher Zusamenhang. So kam es zu dem Ablehnungsbescheid des Beklagten vom 28.10.1992, der von der KlÃ¤gerin mit dem Widerspruch angefochten wurde, J. O. hÃ¤tte mit Sicherheit ohne die Kriegsverletzung mindestens ein Jahr lÃ¤nger gelebt. Hieraufhin wurde zunÃ¤chst von dem Beklagten der Anspruch auf Witwenbeihilfe mit Bescheid vom 15.04.1994 abgelehnt: J. O. hÃ¤tte weder Anspruch auf BeschÃ¤digtenrente eines ErwerbsunfÃ¤higen gehabt, noch zu Lebzeiten Anspruch auf fÃ¼nf Jahre Berufsstandsausgleich. Daher bestehe kein Anspruch nach Â§ 48 BVG. Gegen diesen Bescheid wurde Widerspruch nicht erhoben. Der Widerspruch gegen die Ablehnung der Hinterbliebenenversorgung nach Â§ 38 Abs. 1 BVG wurde mit Widerspruchsbescheid vom 20.04.1995 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ckgewiesen. Die dagegen erhobene Klage wurde verspÃ¤tet erhoben und daher zurÃ¼ckgenommen. Einen Tag nach der KlagerÃ¼cknahme, am 25.06.1996, wurde allerdings ein Antrag nach Â§ 44 SGB X gestellt mit welchem gerÃ¼gt wurde, dass die Zeugin Frau R. E â□¦ nicht gehÃ¶rt worden sei. Der Versorgungsarzt nahm auf diesen Antrag hin dahingehend Stellung, dass mit dem Unterschenkelverlust die SchÃ¤digungsfolgen weitgehend ausgeheilt gewesen seien. Die Herzkrankheit sei davon unabhÃ¤ngig gewesen und habe einen schicksalhaften Verlauf genommen.

Mit Bescheid vom 23.09.1996 lehnte daher der Beklagte die RÃ¼cknahme des Ablehnungsbescheides vom 28.10.1992 ab. J. O. sei an einem Herzversagen gestorben, welches zweifelsfrei mit den SchÃ¤digungsfolgen in keinem ursÃ¤chlichen Zusammenhang gestanden habe. Der Widerspruch wurde mit Bescheid vom 04.11.1997 zurÃ¼ckgewiesen.

Auf die Klage zum Sozialgericht Chemnitz hat dieses ein Gutachten bei Flottenarzt Dr. S1 â□¦ vom Bundeswehrkrankenhaus L â□¦ eingeholt. Der Gutachter hat zunÃ¤chst festgestellt, dass es keine Hinweise auf Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Rauchen, Diabetes bzw. FettstoffwechselstÃ¶rung gab. J. O. sei mit 39 Jahren verstorben, also weit vor dem Erreichen der statistischen Lebenserwartung mÃ¤nnlicher Erwachsener. Eine Coronarsklerose sei zwar im Totenschein erwÃ¤hnt, eine schicksalhafte vorzeitige Entwicklung einer solchen sei hingegen nicht wahrscheinlich. Wahrscheinlich sei aber, dass durch die kriegsverletzungsbedingten rezidivierenden septischen FieberschÃ¼be mit septischen Metastasen in den Tonsillen, dem Kniegelenk und dem FuÃ□rÃ¼cken es auch zu einer Herzbeteiligung gekommen sei, ob nun in der Form der HerzmuskelentzÃ¼ndung, der HerzinnenhautentzÃ¼ndung oder der vorzeitigen SchÃ¤digung der HerzkranzgefÃ¤Ã□e, mÃ¼sse offen bleiben. Insgesamt sei aber ein Zusammenhang zwischem dem vorzeitigen Tod und der Kriegsverletzung wahrscheinlich. Von versorgungsÃ¤rztlicher Seite wurde daraufhin eingewandt, dass eine Endokarditis wohl kaum vom Lazarettpersonal Ã¼bersehen worden wÃ¤re.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 03.08.1999 die Klage abgewiesen. Das

klageabweisende Urteil wurde im Wesentlichen damit begrÃ¼ndet, dass das Gutachten von Dr. S1 â¦ nur auf MutmaÃungen beruhe; eine Wahrscheinlichkeit habe nicht festgestellt werden kÃ¶nnen.

Mit der Berufung legt die KlÃ¤gerin das Sektionsprotokoll vor, in welchem von einem Myocardinfarkt ausgegangen wird.

Der Senat hat daraufhin ein weiteres medizinisches Gutachten eingeholt und Dr. med. habil A1 â¦, Chefarzt der Medizinischen Klinik II des StÃ¤dtischen Klinikums D â¦ zum Gutachter ernannt. In seinem Gutachten vom 22.02.2000 weist er darauf hin, dass es keinen Anhalt gebe fÃ¼r einen frischen Myocardinfarkt. Im Sektionsprotokoll werde nur eine mÃ¤ÃÃige Koronararteriensklerose beschrieben, diese erklÃ¤re nicht die zum Tode fÃ¼hrende Herzinsuffizienz. Aus dem Sektionsprotokoll ergebe sich weiterhin, dass die Mitralklappe durch einen Zustand nach abgelaufener HerzklappenentzÃ¼ndung mit fiebrÃ¶ser Verdickung und VerkÃ¼rzung des Sehnenfadens des vorderen Segels verÃ¤ndert gewesen sei. Der Tod sei wahrscheinlich durch ein akutes Herzversagen bzw. akute HerzrythmusstÃ¶rungen eingetreten; eine herdfÃ¶rmige fein- bis mitteltropfige Lipoidose weise auf eine toxische SchÃ¤digung oder eine SchÃ¤digung durch Karditis bzw. eine postkarditische SchÃ¤digung hin. Dem Versorgungsarzt sei dahingehend zu wiedersprechen, dass eine Endokarditis sehr wohl vom Lazarettpersonal habe Ã¼bersehen werden kÃ¶nnen â es gÃ¤be in diesem Fall keine erkennbaren (sogenannten "pathognomischen") Symptome die auf Beteilung der Herzklappen hinwiesen. Im Ãbrigen habe es damals noch keine Echokardiographie gegeben. HÃ¶chst plausibel sei daher â im Zusammenhang mit dem Ã¼ber Jahre rezidivierenden Verlauf eines septischen Krankheitsbilder folgender Ablauf: Die Schussverletzung habe zunÃ¤chst zu einer Wundinfektion gefÃ¼hrt, durch das langjÃ¤hrige rezidivierende Krankheitsbild sei es zu einer bakteriellen HerzklappenentzÃ¼ndung gekommen, die ihrerseits einen Herzklappenfehler ausgelÃ¶st habe, der wiederum verantwortlich fÃ¼r die HerzmuskelschwÃ¤che und damit fÃ¼r den akuten Herztod gemacht werden mÃ¼sse. Das Leben des J. O. sei mithin durch die Kriegsverletzung mindestens um ein Jahr verkÃ¼rzt worden.

Der Beklagte wandte daraufhin ein, dass bei diesem Szenario eine Rechtsherzinsuffizienz zu erwarten gewesen sei. Es sei aber eine Linksherzinsuffizienz beschrieben. Eine typische VorwÃ¶lbung erklÃ¤re im Ãbrigen doch, wieso die beim J. O. ausgebildete mÃ¤ÃÃige Koronararteriosklerose den Myocardinfarkt verursacht habe und somit tÃ¶dlich gewesen sei. Die von Dr. A1 â¦ beschriebenen Lipoidpolster seien keine postkarditischen SchÃ¤den. Ihre Interpretation mÃ¼sse durch einen Pathologen vorgenommen werden.

Dr. A1 â¦ hat daraufhin einer weiteren Stellungnahme noch einmal darauf aufmerksam gemacht, dass aus dem Befund "fibrotische VerÃ¤nderungen und eine VerkÃ¼rzung des Sehnenfadens" mit Sicherheit auf eine StÃ¶rung der Herzklappenfunktion zu schlieÃen sei. In der Praxis spreche man von einem sogenannten unreinen Mitralvitium, wenn es sowohl zu einer Verengung der KlappenÃ¶ffnungsflÃ¤che als auch zur eingeschrÃ¤nkten SchlussunfÃ¤higkeit der

Segel komme. Je nachdem was Ã¼berwiege, ergebe sich eine Rechts- oder Linksherzinsuffizienz. Im Ãbrigen mÃ¼sse bei einem Herzinfarkt ein Thrombus im Koronarsystem nachzuweisen sein.

Der Beklagte entgegnete, dass im Sektionsprotokoll der Herzinfarkt als Todesursache genannt sei. Insofern gebe es keinen Raum fÃ¼r "Hineininterpretationen".

Es wurde daraufhin ein pathologisches Gutachten eingeholt von Prof. Dr. M1 â¦, Institut fÃ¼r Rechtsmedizin bei der Technischen UniversitÃ¤t D â¦ Nach Auffassung von Prof. Dr. M1 â¦ ist eine Mitralendokarditis wahrscheinlich SchÃ¤digungsfolge. Die Koronarsklerose sei mit Wahrscheinlichkeit nicht SchÃ¤digungsfolge. Das Herzgewicht habe 450 g betragen, es habe eine Linksherzhypertrophie bestanden, insofern bestehe ein Zusammenhang mit der HerzklappenentzÃ¼ndung. Dies sei allerdings nicht die alleinige Todesursache. Wenn man Lipoidpolster als mÃ¶gliche Ursache eines Myocardinfarktes anerkenne, kÃ¶nne auch angenommen werden, dass ein solcher Infarkt die Todesursache war. Das Auffinden eines Thrombus sei in solchen FÃ¤llen nicht erforderlich.

Vom KlÃ¤ger wurden daraufhin beim Deutschen Krebsforschungszentrum noch vorhandene PrÃ¤parate ausfindig gemacht und dem Pathologen Prof. Dr. M1 â¦ vorgelegt. Dieser stellte frische HerzmuskeluntergÃ¤nge und frische Wandblutungen einer Herzkranzschlagader bei Zustand nach einer intrakardialen Injektion fest und sah sich dadurch in der Auffassung, dass ein Myocardinfarkt Todesursache war, bestÃ¤tigt.

Hierauf entgegnete der KlÃ¤ger, dass die hochgradige allgemeine Stauung auf einen Mitralklappenfehler hinweise. Ein Herzinfarkt sei lediglich mÃ¶glich, nicht aber wahrscheinlich gewesen. Makroskopisch habe sich kein Anhalt fÃ¼r einen frischen Myocardinfarkt gefunden.

Auf Antrag des KlÃ¤gers wurde ein weiteres Gutachten bei Oberarzt Dr. S2 â¦ vom B â¦ Landesinstitut fÃ¼r Rechtsmedizin eingeholt. Auch Dr. S2 â¦ haben die histologischen Schnitte vorgelegen. Dr. S2 â¦ kommt in seinem Gutachten vom 07.07.2003 zu folgendem Ergebnis: der Myocardinfarkt sei wahrscheinlich nicht die Ursache fÃ¼r den Sekundenherztod, sondern eine akute HerzrythmusstÃ¶rung. Die im Befundbericht des rechtsmedizinischen Gutachtens von Prof. Dr. M1 â¦ beschriebene geringe frische Blutung einer Herzkranzschlagader habe bei der eigenen histologischen Untersuchung nicht verifiziert werden kÃ¶nnen. Es sei davon auszugehen, dass es nach Lichteinfall auf die HistoprÃ¤perate etwa 40 Jahre nach der Anfertigung doch zu einer gravierenden VerÃ¤nderung gekommen sei. Es kÃ¶nne sich prinzipiell bei der von Prof. Dr. M1 â¦ festgestellten Blutung um den Randbereich der Region handeln, die durch eine intrakardiale Injektion getroffen worden sei. Im Rahmen des vermuteten Kammerflimmerns kÃ¶nne es auch zu kleinstherdigen Blutungen in der Herzmuskulatur gekommen sein. Die dokumentierten arteriosklerotischen VerÃ¤nderungen seien alleine nicht geeignet, einen todesursÃ¤chlichen Myocardinfarkt mit Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Die im Sektionsprotokoll dokumentierte StauungshyperÃ¤mie habe sowohl Organe, die

dem linken als auch Organe, die dem rechten Herzen vorgeschalten sind, betroffen. Da es sich um einen akuten Befund handle, mÃ¼sse von einem aktuellen globalen Pumpversagen des Herzens ausgegangen werden, wie es bei einem Kammerflimmern vorliege. Lediglich die StauungshyperÃ¤mie der Lungen, wenn chronisch, kÃ¶nne als Symptom eines Klappenfehlers der Mitralklappe angesehen werden. Ganz allgemein mÃ¼sse eine lebensverkÃ¼rzende Wirkung von der kriegsverletzungsbedingten VerÃ¤nderung der Mitralklappe und der davon ausgelÃ¶sten FolgezustÃ¤nde sowohl im Lungenkreislauf als auch Ã¼ber eine Rechtsherzbelastung an den rechts vorgeschalteten Organen angenommen werden. Es sei auch mÃ¶glich, dass durch die GliedmaÃenamputation es zu einer psychischen Belastung des J. O. und hierdurch mittelbar zu einer vorzeitigen Herausbildung einer Koronarsklerose gekommen sei. Solche ZusammenhÃ¤nge seien allerdings nicht meÃbar. Es bestehe eine geringgradig hÃ¶here Wahrscheinlichkeit einer Linksherzinsuffizienz bei Endokarditis mitralis.

Die KlÃ¤gerin sieht sich durch dieses Gutachten in ihrer Auffassung bestÃ¤tigt und beantragt:

das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 03.08.1999 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 23.09.1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 04.11.1997 zu verpflichten, den Ablehungsbescheid vom 28.10.1992 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.04.1995 aufzuheben und der KlÃ¤gerin ab dem 01.01.1992 Hinterbliebenenversorgung zu bewilligen.

Der Beklagte beantragt:

die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialge richts Chemnitz vom 03.08.1999 zurÃ¼ckzuweisen.

Ein Herzinfarkt sei zwar nicht nachgewiesen, aber auch nicht unwahrscheinlich. Der fehlende Nachweis von GewebsuntergÃ¤ngen spreche nicht gegen einen Herzinfarkt, solche GewebsuntergÃ¤nge seien nÃ¤mlich frÃ¼hestens nach einer ÃberlebenszeitÃ¼ von vier bis sechs Stunden festzustellen. Die Diagnose einer chronischen HerzÃ¼berlastung lasse sich nur stellen, wenn Zeichen der chronischen Lungenstauung, VerÃ¤nderung des rechten Herzens und Zeichen der chronischen Stauung an den vorgeschalteten Organen gefunden werden. Solche Zeichen seien vom Pathologen, der seinerzeit aktuell die Sektion durchgefÃ¼hrt habe, nicht gefunden worden. Im Ãbrigen sei eine RechtsherzverÃ¤nderung im Sektionsprotokoll nicht beschrieben. Es sei nicht wahrscheinlich, dass der Pathologe diese VerÃ¤nderung, die ohne Mikroskop bei Betrachtung der Organe zu sehen sei, nicht gesehen habe, zumal ja gerade nach dieser VerÃ¤nderung gesucht worden sei. Denn die Frage, ob der plÃ¶tzliche Herztod Folge des Klappenfehlers oder eines Infarktes gewesen sei, sei Grund der Sektion gewesen. Das Lebergewicht sei wesentlich durch Verfettung erhÃ¶ht gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die beigezogenen Witwenakten des Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die zulÃ¤ssige Berufung ist auch begrÃ¼ndet.

Die KlÃ¤gerin hat Anspruch auf Hinterbliebenenrente, da Herr J â¦ O â¦ an den Folgen einer SchÃ¤digung i.S.d. BVG gestorben ist (Â§ 38 Abs. 1 BVG). Die KlÃ¤gerin hat auch trotz ihrer Wiederverheiratung Anspruch auf Hinterbliebenenrente, da die neue Ehe mit G â¦ H â¦ am 14.09.1989 wieder aufgelÃ¶st wurde (Â§ 44 Abs. 2 BVG).

Die Rechtsvermutung des Â§ 38 Abs. 1 Satz 2 BVG, wonach der Tod stets dann als Folge einer SchÃ¤digung gilt, wenn ein GeschÃ¤digter an einem Leiden stirbt, das als SchÃ¤digungsfolge rechtsverbindlich anerkannt und fÃ¼r das ihm im Zeitpunkt des Todes Rente zuerkannt war, kann im vorliegenden Fall nicht greifen, da diese Voraussetzungen nicht vorlagen. Zugunsten der Bewohner des Beitrittsgebietes gilt auch nicht etwa eine Fiktion in dem Sinne, dass eine Rente als zuerkannt gilt, wenn sie unter Geltung des BVG hÃ¤tte zuerkannt werden mÃ¼ssen. Insofern kÃ¶nnten sich allenfalls Besonderheiten ergeben, wenn bereits vor GrÃ¼ndung der DDR ein bestandskrÃ¤ftiger Versorgungsbescheid vorgelegen hÃ¤tte (vgl. LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 03.05.1956 L 1 W 413/55). Ein solcher Versorgungsbescheid hat im Falle des J. O. nicht vorgelegen. Ein logischer "Umweg" Ã¼ber anerkannte SchÃ¤digungsfolgen findet nur in den FÃ¤llen des Â§ 38 Abs. 1 Satz 2 BVG statt; nur wenn der Anspruch auf diese Rechtsvermutung gestÃ¼tzt wird, ist die IdentitÃ¤t zwischen SchÃ¤digungsleiden und Versorgungsleiden festzustellen, nur in diesem Fall kÃ¶nnte auch die Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs nach Â§ 1 Abs. 3 BVG â die dann freilich nicht mehr erneut zu prÃ¼fen wÃ¤re â eine Rolle spielen, bzw. gespielt haben.

StÃ¼tzt sich der Anspruch jedoch auf Â§ 38 Abs. 1 Satz 1 BVG, so ist unabhÃ¤ngig von einem anerkannten oder anzuerkennenden SchÃ¤digungsleiden der Tod immer dann die Folge einer SchÃ¤digung, wenn er durch diese mittelbar oder unmittelbar herbeigefÃ¼hrt worden ist. Kausal fÃ¼r den Tod ist die SchÃ¤digung auch dann, wenn sie zu einer LebenszeitverkÃ¼rzung um mindestens ein Jahr gefÃ¼hrt hat. Dieser auch in der gesetzlichen (vgl. BSG, Urteil vom 27.10.1987 â 2 RU 35/87) sowie der privaten Unfallversicherung (vgl. LG Ravensburg ZfSch 1994, 454) geltende Rechtsgrundsatz hat seinen Niederschlag auch in der Verwaltungsvorschrift (VV Nr. 1 Satz 2) zu Â§ 38 BVG gefunden und entscheidet darÃ¼ber, ob eine SchÃ¤digung, die Mitursache im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne gewesen ist, auch als wesentliche Ursache anzusehen ist (vgl. BSG, Beschl. vom 26.08.1998 â B 9 V 15/98 B). Dabei ist von einer wesentlichen Bedingung schon dann auszugehen, wenn es nur wahrscheinlich ist, dass der Betreffende ohne die SchÃ¤digung ein Jahr lÃ¤nger gelebt hÃ¤tte (vgl. VV Nr. 1, 2. HS. zu Â§ 38 BVG i.V.m. VV Nr. 9 Satz 1 zu Â§ 1 BVG).

Auf Grund der Beweisaufnahme steht zur Ãberzeugung des Senats fest, dass der nach einer schweren Kriegsverletzung mit jahrzentelangen Komplikationen im Alter von 39 Jahren gestorbene J. O. sehr wahrscheinlich ohne die Kriegsverletzung â mindestens ein Jahr â lÃ¤nger gelebt hÃ¤tte.

Das angefochtene sozialgerichtliche Urteil beruht im Wesentlichen auf einem MissverstÃ¤ndnis des Gutachtens von Flottenarzt Dr. S1 â¦, insbesondere was die Interpretation des Totenscheins angeht. In der schriftlichen Todesanzeige des Krankenhauses wurde als Todesursache (lt. Totenschein) zitiert: Coronarsklerose, Sekundenherztod, Zustand nach Oberschenkelamputation links. Dies ist nun nicht so zu verstehen, dass hier gewissermaÃen wahlweise drei Todesursachen, Ã¼ber die letztendlich nur MutmaÃungen angestellt werden kÃ¶nnten, angeboten werden. Vielmehr differenziert der Totenschein nach unmittelbarer Todesursache, akuter Erkrankung, die im Zusammenhang mit der Todesursache gesehen wird und einem weiteren Grundleiden. Der "Sekundenherztod" ist also weder nach Totenschein noch nach Todesanzeige oder Sektionsprotokoll als mÃ¶gliche Todesursache aufgefÃ¼hrt, sondern es handelt es sich hierbei um die jedenfalls nach Ansicht der Ãrzte vollstÃ¤ndig sichere unmittelbare Todesursache. Dass dies so war, wird auch von den Beteiligten nicht bezweifelt und steht auch nach den im weiteren Verlauf des Verfahrens eingeholten Gutachten fest. Im weiteren Verlauf der EntscheidungsbegrÃ¼ndung geht dann das Sozialgericht den ausgesprochen unwahrscheinlichen ZusammenhÃ¤ngen nach, die im Gutachten von Flottenarzt Dr. S1 â¦ gewissermaÃen nur der VollstÃ¤ndigkeit halber erwÃ¤hnt wurden, so z.B. der Frage, ob mÃ¶glicherweise psychische Stressfaktoren im Zusammenhang mit der Unterschenkelamputation eine Rolle gespielt haben kÃ¶nnten. Dies erscheint in der Tat ausgeprochen unwahrscheinlich, zumal die Amputation mehr als drei Jahre vor dem Tod des J. O. stattgefunden hatte und Ã¼ber psychische AuffÃ¤lligkeiten oder eine WesensverÃ¤nderung nichts berichtet ist. Auch dass J. O. wegen der nach Amputation und des damit verbundenen psychischen Stresses eine Coronarsklerose entwickelt habe, hÃ¤lt das Sozialgericht â nach Auffassung des Senats zu Recht â fÃ¼r unwahrscheinlich; hierbei muss freilich noch angemerkt werden, dass die nur mÃ¤Ãig entwickelte, geradezu altersgemÃ¤Ãe Coronarsklerose sogar bei einer Bejahung dieses Zusammenhangs noch nicht zu einem Kausalzusammenhang zwischen SchÃ¤digung und Tod fÃ¼hren wÃ¼rde.

Letztendlich sind auch die Schlussfolgerungen, die das Sozialgericht aus dem Umstand zieht, dass keine der diskutierten Todesursachen plausibel erscheint, nicht zwingend. Es ist zwar richtig, dass Beweisnot zu Lasten des BeweisfÃ¼hrers wirkt; die allgemeine Erkenntnis, dass der Tod als solcher immer ein Geheimnis bleibt, fÃ¼hrt aber noch nicht zu regelmÃ¤Ãig gegebener Beweisnot, wenn es um die Feststellung einer Todesursache geht. Es liegt nicht ein Fall vor, dass ein vollkommen gesunder Mensch plÃ¶tzlich ohne sichtlichen Anlass und fÃ¼r AuÃenstehende vÃ¶llig unerklÃ¤rbar stirbt. J. O. ist nach seiner Kriegsverletzung nie wieder richtig gesund geworden; das verletzte Bein musste wegen wiederholter Nekrosen und Infektionen sukzessiv nachamputiert werden und es kam zu erheblichen ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten, insbesondere nach der letzten Amputation. Vor diesem Hintergrund spricht es also gerade fÃ¼r den Anspruch der KlÃ¤gerin, dass sich andere plausible ErklÃ¤rungen fÃ¼r den Tod ihres ersten Ehemannes nicht finden lassen.

Der Senat folgt hinsichtlich der Rekonstruktion der Ereignisse vom 22.03.1961, sofern diese Ã¼berhaupt mÃ¶glich ist, dem insoweit schlÃ¼ssigen und objektiven Gutachten des B â¦ Landesinstituts fÃ¼r Rechtsmedizin (Dr. S2 â¦). J. O. ist

wahrscheinlich an einem Sekundenherztod infolge HerzrhytmusstÃ¶rung verstorben. Da der Sehnenfaden des Papillarmuskels der Mitralklappe betroffen war, mÃ¼ssen die VerÃ¤nderungen an der Mitralklappe als Folgen einer durchgemachten HerzklappenentzÃ¼ndung interpretiert werden. Da eine offene Brustkorbverletzung bei J. O. nie vorgelegen hat, ist also der Schluss auf eine durch EntzÃ¼ndungen anderer KÃ¶rperregionen verursachte sekundÃ¤re EntzÃ¼ndung geradezu zwingend. Eine EntzÃ¼ndung aus dem rheumatischen Formenkreis erscheint unwahrscheinlich. Die lediglich theoretische MÃ¶glichkeit, dass die chronische Herzerkrankung entzÃ¼ndlicher Art durch Bakterien verursacht wurde, die anlÃ¤sslich von Bagatellverletzungen in den KÃ¶rper gelangt sind, erscheint spekulativ. Wie auch Dr. S2 â¦ ausfÃ¼hrt, gibt es keinen vernÃ¼nftigen Grund, an einer kausalen VerknÃ¼pfung zwischen der Schussverletzung des linken Beines und der KlappenentzÃ¼ndung zu zweifeln. Dr. S2 â¦ hat auch dargestellt, inwiefern die im Sektionsprotokoll festgestellte mÃ¤Ãige Linksherzhypertrophie sowie die auf eine Rechtsherzinsuffizienz hinweisenden Stauungsorgane genau zu dem Befund der Mitralklappeninsuffizienz passen. Der Einwand des Beklagten, bei der chronischen Stauung der Leber handele es sich in Wahrheit um eine Leberverfettung, ist nicht haltbar: Weder stÃ¼tzt sich diese Behauptung auf irgendwelche eigene Beobachtungen oder Hinweise in den Akten, noch ist ein solcher Schluss auf Grund irgendeines "Erfahrungswissens" zulÃ¤ssig, zumal ein Erfahrungswissen, dass im Jahre 1961 in der DDR eine sogenannte "Wohlstandsleber" normalerweise bei jedem BÃ¼rger zu erwarten war, nicht existiert. Das Argument des Beklagten, eine Rechtsherzhypertrophie wÃ¤re mit Sicherheit dem Pathologen nicht entgangen, zumal die Frage "war der plÃ¶tzliche Herztod Folge des Klappenfehlers oder eines Infarktes?" Grund der Sektion gewesen sei, ist aus zwei GrÃ¼nden fraglich. Grund der Sektion war bei Symptomen einer akuten Bronchitis der Ausschluss eines Bronchialkarzinoms. AuÃerdem ist eine regelrechte Hypertrophie erst als Reaktion auf eine Rechtsherzinsuffizienz zu erwarten. Keineswegs kann die Rechtsherzinsuffizienz ausgeschlossen werden, wenn sich nicht Zeichen einer Hypertrophie finden.

Der fÃ¼r die Mitralklappeninsuffizienz typische Befund hÃ¤tte zwar grundsÃ¤tzlich auf eine Bluthochdruckerkrankung hinweisen kÃ¶nnen, die, wie Dr. S2 â¦ zutreffenderweise auf Grund der Aktenauswertung feststellen konnte, aber nicht vorlag.

Der Senat folgt nicht dem Gutachten der Dres. D1 â¦, D2 â¦, M1 â¦, wonach bereits aus dem Sektionsprotokoll der Nachweis eines Herzinfarktes durch Koronarstenose erbracht sei. ZunÃ¤chst einmal ist auch in diesem Zusammenhang noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Diagnose frischer Myocardinfarkt in dem Sektionsprotokoll mit einem Fragezeichen versehen ist. Die Auffassung des Beklagten, dass auf jeden Fall der zeitnÃ¤heren Diagnose (Sektionsprotokoll) zu folgen sei, ist also dadurch bereits ganz wesentlich erschÃ¼ttert: Eine solche Diagnose hat gar nicht vorgelegen. Davon abgesehen ist auch die im Sektionsprotokoll beschriebene "erhebliche sklerotische Wandverdickung" keineswegs ein zwingender Hinweis auf eine deutlich stenosierende Koronararteriosklerose. Im Sektionsprotokoll ist nur von einer leichten bis mÃ¤Ãigen Sklerose der extra- und intramuralen Koronararterien die Rede. Dieser

Befund schlieÃ□t einen Myocardinfarkt natÃ¼rlich nicht aus, ist aber auch auf der anderen Seite keineswegs ein deutliches Indiz dafÃ¼r, dass ein solcher Infarkt stattgefunden hat, ja nicht einmal dafÃ¼r, dass er bei diesem Zustand leicht hÃ¤tte stattfinden kÃ¶nnen. Im Ã□brigen wurde auch bei der Bewertung der Zeichen frischer Blutungen in der Herzkranzschlagader (dieser Befund konnte von Dr. S2 â□¦ nicht mehr betÃ¤tigt werden) der Vermerk im Sektionsprotokoll "Zustand nach intrakardialer Injektion" nicht berÃ¼cksichtigt. In diesem Zusammenhang kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass sich diese Injektion als kontraproduktiv erwiesen hat.

Es ist also ausgesprochen unwahrscheinlich, dass J. O. tatsÃ¤chlich an einem Herzinfarkt verstorben ist; dies ergibt sich auch aus dem Gutachten von Dr. A1 â□¦ einschlieÃ□lich der nachgereichten Stellungnahme; insgesamt ist jedenfalls im Rahmen der WÃ¼rdigung aller MÃ¶glichkeiten auch nicht auÃ□er Acht zu lassen, dass auch ein Herzklappenfehler eine wesentliche mitwirkende Bedingung fÃ¼r einen Herzinfarkt sein kann (vgl. AHB 1996.101 S. 271). Die theoretische MÃ¶glichkeit eines todesursÃ¤chlichen Herzinfarkts bekommt hierdurch als die KausalitÃ¤t limitierender Gesichtspunkt noch einmal geringeres Gewicht: Es wÃ¤re kaum vorstellbar, dass bei einem Herzinfarkt die beschriebene Mitralklappeninsuffizienz nicht ihrerseits einen wesentlichen Anteil an dem letalen Ausgang gehabt hÃ¤tte.

Da also die SchÃ¤digung (Kriegsverletzung) des J. O. wesentliche Ursache fÃ¼r seinen Tod war â□□ sie hat zumindest zu einer LebenszeitverkÃ¼rzung um mehr als ein Jahr gefÃ¼hrt â□□ ist der Beklagte gem. Â§ 44 SGB X verpflichtet, den deshalb rechtswidrigen Ablehnungsbescheid vom 28.10.1992 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.04.1995 zurÃ¼ckzunehmen und der KlÃ¤gerin in der GemÃ¤Ã□heit des Â§ 44 Abs. 4 SGB X Hinterbliebenenleistungen zu erbringen. Die entgegenstehenden Bescheide sowie das diese Bescheide bestÃ¤tigende Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 03.08.1999 waren aufzuheben.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG, GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor. â□□

Erstellt am: 01.02.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024