
S 2 KN 875/05

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	13
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KN 875/05
Datum	23.11.2005

2. Instanz

Aktenzeichen	L 13 KNU 5565/05
Datum	23.05.2006

3. Instanz

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

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23. November 2005 wird zur¼ckgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitbefangen ist der Anspruch der 1932 geborenen Klägerin auf Hinterbliebenenrente nach ihrem verstorbenen Ehemann J. S. (Versicherter).

Der 1930 geborene und am 13. Mai 2003 verstorbene Versicherte war von 1947 bis 1950 bei Asbest Exposition als Isolierer versicherungspflichtig beschäftigt und anschließend von 1950 bis 1982 als Schlepper, Lehrhauer, Hauer, Bandaufseher und Senkarbeiter im A. Steinkohlenbergbau unter Tage auf den Zechen A. und A. I beschäftigt. Seit 11. August 1982 bezog der Versicherte eine Rente wegen Berufsunfähigkeit, ab 1983 wegen Erwerbsunfähigkeit. Auf Antrag des Klägers leitete die Beklagte am 15. Juli 1997 ein Feststellungsverfahren wegen einer Berufskrankheit ein. Im Wesentlichen auf der Grundlage des fachinternistischen Gutachtens von Dr. W. vom 14. Mai 1998, wonach eine Bronchitis klinisch nicht

festzustellen sei und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Untertagetätigkeit des Versicherten und dem irreversiblen leichtgradigen Emphysem nicht zu begründen sei, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 24. Juli 1998 die Anerkennung der Berufskrankheit Nr. 4111 (chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlenbergbau) ab. Nach erfolglosem Widerspruchsverfahren (Widerspruchsbescheid vom 10. März 1999) erhob der Kläger beim Sozialgericht A. Klage. Auf Veranlassung des Sozialgerichts A. erstattete Prof. Dr. S. vom Institut für Arbeitsmedizin M. das internistisch-arbeitsmedizinische Gutachten vom 26. Oktober 1999. Zur Krankenanamnese war aufgeklärt, dass 1986 eine Behandlung eines Lungenabszesses rechts erfolgt sei. 1993 habe der Versicherte einen Hirninsult mit Reinsult nach einigen Tagen mit Betreff der linken Körperhälfte erlitten; 1993 sei eine Herzschrittmacherimplantation erfolgt bei absoluter Arrhythmie bei Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz. Der Versicherte habe von 1950 bis 1989 etwa 30 Zigaretten am Tag geraucht; seit 10 Jahren bestehe Nikotinkarenz. Seit 1987 sei ein Diabetes mellitus bekannt. Seit Ende der 80iger Jahre bestanden zunehmend Atembeschwerden, deshalb und wegen Bluthochdrucks und Herzbeschwerden und wegen des Diabetes mellitus stehe er in Behandlung. Der physikalische Herzbefund sei unauffällig, der Blutdruck normal. In der Röntgenübersichtsaufnahme zeige sich keine eindeutige disseminierte silikosebedingte Fleckelung der Thoraxorgane. Der Gutachter war der Meinung, dass beim Versicherten eine Berufskrankheit Nr. 4111 in Form einer chronischen obstruktiven Bronchitis ab 16. August 1999 vorlag. Die dadurch herbeigeführte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er auf 20 v.H. Nachdem sich die Beklagte deswegen bereit erklärt hatte, beim Versicherten ab dem 16. August 1999 eine Berufskrankheit Nr. 4111 mit einer MdE in Höhe von 20 v.H. anzuerkennen und der Versicherte am 21. Dezember 1999 die Klage zurückgenommen hatte, führte die Beklagte mit Bescheid vom 7. April 2000 das Anerkenntnis aus, erkannte als Folgen der Berufskrankheit Nr. 4111 "chronische obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem" an und gewährte dem Versicherten Verletztenrente seit 17. August 1999 nach einer MdE von 20 v.H. Ab 1. April 1995 bezog der Versicherte Regelaltersrente. Am 21. Juni 2001 erfolgte eine Nachbegutachtung durch den Internisten und Arbeitsmediziner Dr. P. In seinem fachinternistischen Gutachten vom 21. Juni 2001 beschrieb er eine regelmäßige Herzaktion ohne pathologische Geräusche und eine schon ausgeprägtere obstruktive Ventilationsstörung mit recht gutem Ansprechen auf Broncholyse und eine deutliche Einschränkung der dynamischen Parameter bei respiratorischer Partialinsuffizienz. Beim Vergleich mit der Lungenfunktionsuntersuchung im Oktober 1999 sei die Atemwegobstruktion jetzt deutlicher; die MdE sei nunmehr mit 30 v.H. zu bewerten. An weiteren Erkrankungen bestehe eine Hemiparese links, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus und eine coronare Herzkrankheit mit nur geringerer Symptomatik bei Zustand nach Schrittmacherimplantation. Mit Bescheid vom 24. Juli 2001 gewährte die Beklagte ab 1. Juli 2001 Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H.

Nachdem der Beklagten am 13. Mai 2003 der an diesem Tag eingetretene Tod des Versicherten mitgeteilt wurde, erklärte sich die Klägerin mit Schreiben vom 13. Mai 2003 damit einverstanden, dass der Versicherte obduziert werde. Die medizinische Klinik I des Universitätsklinikums A. übersandte der Beklagten den

Abschlussbericht vom 29. Mai 2003 über die Behandlung des Versicherten vom 6. bis 13. Mai 2003. Als Diagnosen waren aufgeführt ein kardiogener Schock bei Herzinfarkt am 4. Mai 2003 und Reinfarkt am 10. und 11. Mai 2003, eine kardiale Dekompensation bei leichtgradig reduzierter Funktion des linken Ventrikels im Rahmen einer hypertensiven Entgleisung am 3. Mai 2003, eine Bradyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern, differenzialdiagnostisch eine Batterieerschöpfung des Herzschrittmachers, eine Lungenentzündung rechts basal, akutes Nierenversagen am 12. Mai 2003 bei vorbestehender chronischer Niereninsuffizienz (im Sinne einer diabetischen Nephropathie), eine chronische Lungenerkrankung, eine Silikose, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, eine latente Hyperthyreose und ein dreimaliger Apoplex im Jahre 1993. An Risikofaktoren hätten bestanden ein Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Nikotin und Adipositas. Die Erstbehandlung sei im Krankenhaus Bardenberg seit 3. Mai 2003 erfolgt, am 6. Mai 2003 die Verlegung nach Aachen zur Herzschrittmacherkontrolle und Koronarangiographie bei rhythmus- und kreislaufstabilem Patienten. Am 10. Mai 2003 habe der Versicherte erneut einen Herzinfarkt entwickelt; im weiteren Verlauf sei es zu einem kardiogenen Schock gekommen. Am 13. Mai 2003 sei der Versicherte verstorben. Mit Schreiben vom 2. März 2004 mahnte die Beklagte beim Institut für Pathologie, Prof. Dr. K.-C. in A. das mit Schreiben vom 19. September 2003 (richtig 14. Mai 2003) in Auftrag gegebene Obduktionsgutachten an. Aus dem der Beklagten übersandten Verlegungsbericht des Medizinischen Zentrums Kreis A. gGmbH Betriebsteil B. vom 6. Mai 2003 ergibt sich als Aufnahmediagnose eine mittelschwere kardiale Dekompensation bei hypertensiver Entgleisung; im Verlauf sei es zu einem Myokardinfarkt bei Bradyarrhythmie absoluta bis 35 Herzschlägen pro Minute wegen Schrittmacherversagens gekommen. Nach nochmaliger Erinnerung der Beklagten an das Obduktionsgutachten vom 8. Januar 2004 ging dieses dann mit Datum vom 18. März 2004 versehen und von Prof. Dr. K.-C. und Privatdozentin Dr. H. unterschrieben am 23. März 2004 bei der Beklagten ein. Hingewiesen wurde zunächst auf die Herzschrittmacherimplantation wegen eines Sick-Sinus-Syndrom. Als pathologisch-anatomische Diagnosen wurden genannt ein frischer Myokardinfarkt mit Infarzierung der linksventrikulären Vorderwand des Kammerseptums, der Papillarmuskeln und der Hinterwand. Es habe eine ischämische Kardiomyopathie bei schwerer koronarer 3-Gefäßkrankung und eine biventrikuläre Myokardhypertrophie vorgelegen, außerdem Zeichen der chronischen Herzinsuffizienz und des akuten Herz-Kreislaufversagens durch Nachweis von sog. Herzfehlerquellen und den Lungenalveolen. Außerdem hätten sich ein massives intraalveoläres Lungenödem, seröse Pleuraergüsse beidseits, akute und chronische Blutstauung der Lungen, ein geringes oberlappenbetontes Lungenemphysem, eine chronische Bronchitis, eine Anthrakose, eine akute und chronische Blutstauung der Leber, eine hypoxämische Leberzellenverfettung, eine akute und chronische Blutstauung der Milz, eine generalisierte Arteriosklerose, Arterio-Arteriolosklerose der Nieren, links mit Nachweis zweier ischämischer Rindeninfarkte sowie eine akute Blutstauung der Nieren gezeigt. Die Todesursache habe in einer akuten kardialen Dekompensation als Folge eines fulminanten Myokardreinfarktes bestanden. Der Tod sei zweifelfrei weder Folge der zu Lebzeiten anerkannten Berufskrankheit gewesen, noch sei er durch diese um ein Jahr beschleunigt worden. Beim Versicherten hätten mehrere

Risikofaktoren für die Entstehung einer generalisierten Arteriosklerose vorgelegen, deren hervorstechende Manifestation die schwere Koronararteriosklerose mit konsekutiver schwergradiger ischämischer Herzerkrankung darstellte. Bekannt gewesen sei eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und ein über 30 Jahre währender Nikotinabusus sowie eine Adipositas. Darüber hinaus hätten zunächst beherrschbare Herzrhythmusstörungen vorgelegen. Auf dem Boden dieser synergetisch wirkenden Faktoren sei eine erhebliche linksbetonte Herzvergrößerung mit Überschreiten des kritischen Herzgewichtes, eine ausgeprägte koronare Gefäßkrankung sowie Myokardinfarkte mit schließlich kardialer Dekompensation und kardiogenem Schockgeschehen entstanden. Mit Bescheid vom 27. April 2004 lehnte die Beklagte Hinterbliebenenleistungen ab. Hiergegen legte die Klägerin am 5. Mai 2004 Widerspruch ein. Es beständen erhebliche Bedenken, ob es sich bei dem Obduzierten tatsächlich um den Versicherten gehandelt habe, da der Obduktionsbericht erst etwa zehn Monate nach dem Tod erstellt worden sei und einige auffällige Narben und Fingerveränderungen nicht oder falsch beschrieben seien. In der von der Beklagten eingeholten Stellungnahme von Prof. Dr. K.-C. vom 27. September 2004 führte diese aus, zwar sei die Zeitspanne zwischen Obduktion und Obduktionsbericht zu lange; sie sei jedoch durch die Personalsituation bedingt gewesen. Obduzent Dr. K. habe die Klinik zum 31. Dezember 2003 verlassen. Es sei jedoch selbstverständlich, dass ein Protokoll zur Obduktion während der Obduktion schon auf ein Band gesprochen werde und dieses dann für die weitere Bearbeitung jederzeit zur Verfügung stünde. Die Qualität des Obduktionsberichtes sei durch die verzögerte Bearbeitung aufgrund der mit der Obduktion verbundenen Dokumentationspflichten nicht eingeschränkt. Zu den im Widerspruch aufgeführten ergänzenden und korrigierenden Informationen zu äußeren Merkmalen des verstorbenen Versicherten habe sie die Präparatoren, die bei der Sektion anwesend gewesen seien, befragt. Diese erinnerten sich an das Fehlen eines Fingergliedes und die Durchführung der äußeren Betrachtung. Es gehe um die Aufgabe der Präparatoren und des Obduzenten, die Identität der Leiche zu überprüfen. Hier ergebe sich keinerlei Zweifel. Der zum Beginn der Sektion am Knöchel befindliche sog. Fußzettel liege vor; er zeige eindeutig die Identität des Verstorbenen. Die Genauigkeit einer Beschreibung des äußeren solle mindestens zur Wiedererkennung der Person dienen. Hierbei müssten nicht alle Details erfasst werden. Es gehe um die Klärung des Ausmaßes einer Silikoseerkrankung; damit seien die inneren Organe Schwerpunkt der Betrachtung. Aufgrund der Prozessabläufe im Sektionsfall sei sie 100-%ig sicher, dass eine Verwechslung des Verstorbenen nicht vorliegen könne. Nachdem die Klägerin weiterhin aufgrund der fehlerhaften bzw. der fehlenden Beschreibung äußerlicher Besonderheiten insbesondere an den Händen des obduzierten Leichnams von einer Verwechslung ausging, nahm Prof. K.-C. nochmals mit Schreiben vom 29. Dezember 2004 Stellung. Sie teilte mit, dass trotz intensiver Bemühungen bislang eine Stellungnahme des Obduzenten Dr. K. nicht zu erhalten gewesen sei. Die Obduktion des Versicherten erfolgte am 14. Mai 2003 in der Zeit zwischen 8 und 12 Uhr. Die Einlieferung des Versicherten sei registriert am 13. Mai 2003, die Ausgabe am 15. Mai 2003. Am 14. Mai 2003 sei nur der Gutachtensfall des Versicherten obduziert worden. Die Obduktion sei von Dr. K. in Anwesenheit

eines der Präoperatoren und unter ihrer Aufsicht durchgeführt worden; die Beendigung der Schriftform sei von Privatdozentin Dr. H. übernommen worden, da Dr. K. vor seinem Ausscheiden keine Zeit mehr zur Fertigstellung des Obduktionsgutachtens gehabt habe. Die Identität der Leiche sei nach allen zur Verfügung stehenden Methoden gesichert. Sie bekamen die Verstorbenen mit dem Fußzettel über die Person zugewiesen; diese Identität sei über die Kopie des Fußzettels belegt. Zusätzlich zu der kritisierten unklaren Beschreibung hätten sie eine Vielzahl von Vergleichsmöglichkeiten. Die klinischen Angaben aus dem Aktenmaterial zeigten eine hohe Übereinstimmung zu den makroskopischen und auch histologischen Befunden; sie zeigten eine hohe Stringenz. Für sie bestehe keinerlei Zweifel an der Identität des Verstorbenen. Mit Widerspruchsbescheid vom 23. Februar 2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Am 10. März 2005 hat die Klägerin beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben. Zur Begründung hat sie ausgeführt, die dekompenzierte Herzinsuffizienz sei Folge der anerkannten Berufskrankheit. Es werde bezweifelt, dass überhaupt eine Obduktion des verstorbenen Versicherten durchgeführt worden sei; jedenfalls sei diese nicht mit der notwendigen Sorgfalt vorgenommen worden. Das SG hat die Hausärztin des Versicherten als Sachverständige Zeugin befragt. Diese hat mit Schreiben vom 6. August 2005 mitgeteilt, neben der respiratorischen Partialinsuffizienz und der chronisch obstruktiven Bronchitis habe auch eine Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit und absoluter Arrhythmie vorgelegen. Anhand des zugesandten Obduktionsgutachtens scheine die Sachlage wie dort beschrieben klar. Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Mit Urteil vom 23. November 2005 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Tod der Versicherten sei nicht durch die Berufskrankheit und ihre Folgen wesentlich verursacht oder wesentlich um mindestens ein Jahr beschleunigt worden. Im übrigen wird auf das den Prozessbevollmächtigten der Klägerin gegen Empfangsbekanntnis vom 5. Dezember 2005 zugestellte Urteil Bezug genommen.

Die Klägerin hat am 29. Dezember 2005 schriftlich beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Sie bleibt bei ihren Zweifeln daran, dass das Obduktionsgutachten tatsächlich den verstorbenen Versicherten betreffe. In jedem Obduktionsbericht müsse aufgenommen werden, was nicht der Norm entspreche. Es fehlte jedoch eine Hodenbruchoperation und ein Nabelbruch bei der Beschreibung des obduzierten Leichnams. Die Körpergröße stimme nicht. Im Lungenbereich werde eine tatsächlich 22 cm lange Narbe mit lediglich 9 cm angegeben. Eine deutliche Verschwartung sei nicht erwähnt. Die Beschreibung der Besonderheiten der linken Hand des Versicherten stimme nicht. Die Narbenbildung am Rücken des Versicherten werde nicht beschrieben. Der Obduktionsbericht enthalte nicht Namen und Unterschrift des Obduzenten; die Namen der sonstigen bei der Obduktion beteiligten Personen würden nicht aufgeführt. Auch Tag und Zeitraum der Obduktion würden nicht angegeben. Die vom verstorbenen Versicherten eingenommenen Medikamente wiesen Nebenwirkungen auf, wie z. B. Tachycardie, Atembeschwerden, kardiale Arrhythmien einschließlich Vorhofflimmern, supraventrikuläre Tachycardie und Extrasystolie.

Die KlÄgerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23. November 2005 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 27. April 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Februar 2005 zu verurteilen, Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewÄhren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÄckzuweisen.

Sie hÄlt das angegriffene Urteil und ihre Bescheide fÄr zutreffend. Die EinwÄnde der KlÄgerin gegen den Obduktionsbericht griffen nicht durch; ein hinreichender IdentitÄtsbeweis des Verstorbenen liege vor.

Der Berichterstatter hat am 21. MÄrz 2006 mit den Beteiligten die Sach- und Rechtslage erÄrtert.

Wegen der weiteren Darstellungen des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten (2 BÄnde), die Klageakte des SG (S 2 KN 875/05) und die Berufungsakte des Senats (L 13 KN 5565/05) Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄnde:

Die Berufung der KlÄgerin hat keinen Erfolg.

Die gemÄÄ [ÄÄ 143, 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung ist zulÄssig; sie ist unter Beachtung der maÄgeblichen Form- und Fristvorschriften ([ÄÄ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#)) eingelegt worden. Die Berufung ist jedoch nicht begrÄndet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen.

Eine Witwe hat Anspruch auf Hinterbliebenenrente, wenn der Tod des Versicherten infolge eines Versicherungsfalls (d.h. infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit â BK -, vgl. [ÄÄ 7 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]) eingetreten ist ([ÄÄ 63 Abs. 1, 65 SGB VII](#)). Eine BK kann nur dann als Todesursache angesehen werden, wenn die BK mit Wahrscheinlichkeit eine rechtlich wesentliche Bedingung fÄr den Tod war; dies ist auch dann der Fall, wenn durch die anerkannte BK eine LebensverkÄrzung um Jahre eingetreten ist (vgl. Bundessozialgericht [BSG] [BSGE 25, 49](#), 50; 40, 273, 275; Bereither-Hahn-Mertens, Gesetzliche Unfallversicherung, ÄÄ 63 Anm. 4 ÄÄ 8 Anm. 8.2 mit umfangreichen Nachweisen aus Rechtsprechung). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht gegeben.

Der Tod des Versicherten trat durch eine akute kardiale Dekompensation als Folge eines fulminanten Myokardinfarktes mit Infarzierung der links ventrikulÄren Vorderwand, des Kammerseptums, der Papillarmuskeln und der Hinterwand bei schwerer koronarer Drei-GefÄÄ-Erkrankung ein. Dies ergibt sich aus dem Ärztlichen Abschlussbericht der medizinischen Klinik I des UniversitÄtsklinikums

A. vom 29. Mai 2003, in der der Klager vom 6. bis 13. Mai 2003 behandelt wurde. Diese klinische Diagnose der Todesursache wird bestätigt durch das Ergebnis der Obduktion. Auch im Obduktionsgutachten des Instituts für Pathologie der Rheinisch-Westfälisch Technischen Hochschule A. vom 18. März 2004 wird als Todesursache eine akute kardiale Dekompensation als Folge eines fulminanten Myokardinfarktes beschrieben. Diese Todesursache steht in keinem ursächlichen Verhältnis mit der mit Bescheid vom 7. April 2000 anerkannten BK Nr. 4111 (chronisch obstruktive Bronchitis oder Emphysem der Bergleute unter Tage im Steinkohlebergbau). Die anerkannte BK war auch nicht nennenswert im Sinne einer Vorverlegung des Todes des Versicherten um ein Jahr an der todesurschlichen Kausalkette beteiligt. Die akute kardiale Dekompensation als Folge eines fulminanten Myokardreinfarktes, an dem der Klager verstorben ist, hat ihre Ursache in der beim Klager vorhanden gewesenen generalisierten Arteriosklerose, deren hervorstechende Manifestation die schwere Koronararteriosklerose mit konsekutiver schwergradiger ischämischer Herzerkrankung war. Diesbezuglich lagen beim Versicherten mehrere Risikofaktoren vor, die für die Entstehung der generalisierten Arteriosklerose ursächlich waren. Dies waren eine arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, eine Fettstoffwechselstörung und ein über 30 Jahre währender Nikotinabusus sowie eine Adipositas. Die generalisierte Arteriosklerose, die letztlich den Myokardreinfarkt bewirkte, steht in keinerlei ursächlichem Zusammenhang mit der beim Versicherten anerkannten Berufskrankheit. Bereits seit 1987 war beim Klager eine koronare Herzerkrankung bekannt. 1993 bereits kam es aufgrund arteriosklerotischer Veränderungen zu einem Hirninsult mit Reinsult und zur Implantation eines Herzschrittmachers bei absoluter Arrhythmie bei Vorhofflimmern mit Herzinsuffizienz. Die mit dem 16. August 1999 als Zeitpunkt des Versicherungsfalls anerkannte BK Nr. 4111 kann somit nicht Ursache der zum Tode führenden Herzerkrankung des Klagers gewesen sein; vielmehr sind die außerhalb der Berufskrankheit vorhanden gewesen erheblichen Risikofaktoren dafür ursächlich gewesen.

An der Todesursache des Versicherten und des nicht bestehenden ursächlichen Zusammenhangs mit der BK ist auch nicht etwa aus den Gründen zu zweifeln, mit denen sich die Klagerin gegen das Obduktionsgutachten vom 18. März 2004 wendet. Der Senat hat keinen Zweifel daran, dass sich dieses Gutachten auf den Versicherten bezieht; eine Verwechslung der obduzierten Person durch das Institut für Pathologie der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule A. hält der Senat für ausgeschlossen. Prof. Dr. K.-C., zum damaligen Zeitpunkt Kommissarische Leiterin des Instituts für Pathologie, hat in ihren Stellungnahmen vom 27. September und 29. Dezember 2004 ausgeführt, warum eine Verwechslung des obduzierten Leichnams ausgeschlossen ist. Die Stellungnahmen überzeugen den Senat. Die Obduktion des Versicherten erfolgte am 14. Mai 2003 in der Zeit zwischen 8 und 12 Uhr. Dies ergibt sich aus dem Obduktionsbuch des Instituts für Pathologie. Die Einlieferung des verstorbenen Versicherten ist registriert am 13. Mai 2003, die Ausgabe im Durchgangsbuch am 15. Mai 2003. Am 14. Mai 2003 wurde nur eine Obduktion durchgeführt. Es ist Aufgabe der an der Obduktion beteiligten Präparatoren und des Obduzenten, die Identität des Leichnams zu überprüfen. Der zu Beginn einer Obduktion am Knöchel des Leichnams befindliche sog. "Fußzettel" dient der Identifikation der obduzierten

Person. Diesen hat Prof. K.-C. vorgelegt; danach handelte es sich bei dem Obduzierten um den Versicherten. Auch den Nachweis über die Herausgabe des Leichnams des Versicherten hat Prof. K.-C. vorgelegt. Dass in dem, worin der Klägerin zuzustimmen ist, das Obduktionsgutachten im Hinblick auf die unzureichende Beschreibung des obduzierten Leichnams Auslassungen und Ungenauigkeiten aufweist, genügt deshalb nicht, um Zweifel an der Identität des Obduzierten aufkommen zu lassen. Außerdem zeigen die makroskopischen und auch histologischen Befunde, die einerseits im Abschlussbericht der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikum A. stehen und andererseits bei der Obduktion am 14. Mai 2003 gewonnen wurden, eine derart hohe Übereinstimmung, dass kein Zweifel daran besteht, dass es sich bei der obduzierten Person um den Versicherten gehandelt hat. Auch der Umstand, dass das Obduktionsgutachten nicht vom obduzierenden Arzt Dr. K. erstellt worden ist sondern ca. 10 Monate nach der Obduktion von Privatdozentin Dr. H. abgefasst wurde, ändert hieran nichts. Die verzögerte Bearbeitung beeinflusst nämlich die Qualität des Obduktionsgutachtens deswegen nicht, weil während der Obduktion ein Protokoll zur Obduktion auf Band gesprochen wird und dieses sodann für die Abfassung des eigentlichen Obduktionsgutachtens verwendet wird. So ist auch vorliegend nach der Stellungnahme von Prof. K.-C. verfahren worden.

Nach alledem besteht somit kein Anspruch der Klägerin auf Gewährung von Hinterbliebenenrente.

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

Erstellt am: 23.06.2006

Zuletzt verändert am: 21.12.2024