



HVBG

HVBG-Info 14/2001 vom 01.06.2001, S. 1300 - 1304, DOK 370.3

**Keine Beweislastumkehr bei unterlassener Obduktion - Urteil des LSG Niedersachsen vom 25.01.2001 - L 6 KN 3/99 U**

Auch im Fall einer von einer BG unterlassenen Obduktion findet eine Beweislastumkehr nicht statt - ungeklärte Todesursache des Versicherten;

hier: Rechtskräftiges Urteil des Landessozialgerichts (LSG)

Niedersachsen vom 25.01.2001 - L 6 KN 3/99 U -

Das LSG Niedersachsen hat mit Urteil vom 25.01.2001

- L 6 KN 3/99 U - Folgendes entschieden:

Leitsatz:

1. Auch im Fall einer vom Sozialversicherungsträger unterlassenen Obduktion findet eine Beweislastumkehr nicht statt. Im Rahmen der freien richterlichen Beweiswürdigung können jedoch bei einem Beweisnotstand die Anforderungen an die Feststellung einer Tatsache oder an die Bejahung der Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs gesenkt werden (Anschluss an BSG vom 29. September 1965 - 2 RU 61/60 = BSGE 24, 25 und an BSG vom 27. Mai 1997 - 2 RU 38/96 = SozR 3-1500 § 128 Nr 11.
2. Auch einem obsiegenden Sozialversicherungsträger können die außergerichtlichen Kosten der klagenden Beteiligten auferlegt werden, wenn er seine Pflicht zur Ermittlung des Sachverhalts nicht erfüllt hat.

Tatbestand

-----

Die Klägerin begehrt Sterbegeld und Witwenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (UV). Zwischen den Beteiligten ist umstritten, ob der Tod ihres Ehemannes durch (mittelbare) Folgen eines Arbeitsunfalls verursacht worden ist.

Der im Jahre 1910 geborene Ehemann der Klägerin (Versicherter) erlitt bei einem Arbeitsunfall am 9. August 1947 neben einer Gehirnerschütterung und Weichteilverletzungen Brüche beider Unterschenkel und einen Bruch des rechten Oberschenkels. Nach operativer Versorgung entwickelte sich im linken Bein eine Thrombose (Krankenbericht des Dr. .. vom 15. Oktober 1948).

Aufgrund der Verletzungen und der Thrombose kam es zu schweren Durchblutungsstörungen sowie Ödembildungen beider Unterschenkel und wiederkehrenden Unterschenkelgeschwüren zunächst links (chirurgisches Gutachten des Dr. .. vom 14. Dezember 1948). Nachdem es zunächst gelang, die Geschwürsbildung zurückzudrängen (chirurgisches Gutachten des Dr. .. vom 2. November 1953, S. 4), musste 1956 der linke Unterschenkel wegen erheblicher entzündlicher Veränderungen amputiert werden (Nachschaubericht des Dr. .. vom 6. Dezember 1956). In den folgenden Jahrzehnten wurde der Versicherte immer wieder wegen der Geschwürsbildung am rechten

Unterschenkel ambulant und auch stationär behandelt (vgl. die Berichte des Dr. .. vom 21. Mai, 19. August und 13. November 1987 sowie vom 15. Januar, 23. März, 25. Mai, 2. August und 22. September 1988). 1969 wurde eine tiefe Oberschenkelthrombophlebitis rechts stationär behandelt (Krankenbericht vom 18. April 1969). Zusätzlich entwickelten sich durch statische Fehlbelastung arthrotische Veränderungen im rechten Hüft-, Knie- und oberen Sprunggelenk, die die Erwerbsfähigkeit des Versicherten schließlich vollständig aufhoben (Rentengutachten des Dr. .. vom 29. März 1983) und zur Zahlung von Verletztenvollrente führten (Bescheid vom 13. Mai 1983). Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. August 1947 waren von der Beklagten anerkannt: Verlust des linken Unterschenkels an der Grenze vom oberen zum mittleren Drittel, Verkürzung des rechten Oberschenkels mit erheblicher Herabsetzung der Muskelkraft, unvollkommener Gang, Herabsetzung der Belastbarkeit beider Beine, Durchblutungsstörungen am rechten Unterschenkel und zeitweise auftretende Geschwüre an beiden Beinen (Bescheid vom 16. September 1958) sowie zunehmende Verschleißerscheinungen im rechten Hüft-, rechten Knie- und rechten Fußgelenk mit Bewegungseinschränkung dieser Gelenke, besonders im Fußgelenk, starke Zunahme der Ernährungsstörungen des rechten Unterschenkels mit Ausbildung eines ausgedehnten Unterschenkelgeschwürs ohne Heilungstendenz (Bescheid vom 13. Mai 1983). Ab 1989 war der Versicherte gezwungen, zeitweise einen Rollstuhl zu benutzen (Schreiben vom 10. Juli 1989). Ab Juni 1991 erhielt er Pflegegeld (Bescheid vom 21. November 1991). Des Weiteren litt der Versicherte an einer koronaren Herzkrankheit (KHK). Unter der Diagnose eines Angina pectoris-Anfalls bei KHK und eines Zustandes nach Hinterwandinfarkt wurde er im Februar 1984 stationär behandelt (Krankenbericht vom 7. März 1984). Wegen Herzrhythmusstörungen befand sich der Versicherte Anfang des Jahres 1989 in stationärer Behandlung (Krankenbericht vom 19. Januar 1989, s. auch den Arztbrief des Internisten-Kardiologen Dr. .. vom 29. September 1989).

Ende Oktober 1996 wurde der Versicherte wegen eines zunehmenden Hustenreizes stationär aufgenommen. Röntgenologisch und klinisch bestand das Bild einer dekompensierten Herzinsuffizienz bei chronisch-obstruktiver Ventilationsstörung. Unter Therapie konnte ein stabiles Gleichgewicht erzielt werden. Die Geschwüre im Bereich des Amputationsstumpfes und des Unterschenkels rechts wurden nachhaltig gesäubert. Im Krankenbericht vom 3. Dezember 1996 ist abschließend festgehalten, dass der Versicherte nach insgesamt komplikationslosem stationären Verlauf und vollständiger kardialer Rekompensation am 20. November 1996 in hausärztliche Behandlung entlassen wurde. Am 11. Dezember 1996 teilte der Sohn der Klägerin der Beklagten telefonisch mit, dass der Versicherte am 10. Dezember 1996 zu Hause gestorben sei. Dr. .. führte in seiner ärztlichen Bescheinigung vom 2. Januar 1997 aus, der Versicherte sei nach der Entlassung bettlägerig gewesen. Die tägliche Betreuung sei durch ihn und einen Pflegedienst vorgenommen worden. Dennoch habe eine Verschlechterung der Nekrosenbildung an der rechten Ferse und des Geschwürs am Knöchel nicht verhindert werden können. Es sei zur Ödembildung und Weichteilinfektion gekommen. Einige Stunden vor seinem Tod habe der Versicherte Bewußtseinseintrübung und Unruhezustände gehabt. Klinisch sei keine erhebliche Herz-Kreislaufschwäche festzustellen gewesen. Die Herzaktion sei rhythmisch gewesen. Lungenödeme seien nicht vorhanden gewesen. Seines Erachtens müsse ein embolischer Verschluss durch die seit

Jahren bestehenden Geschwüre am rechten Bein unter anderem als Todesursache angenommen werden. Die Beklagte holte daraufhin die beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. .. vom 21. Januar und 24. April 1997 ein. Dr. .. wies auf schwere internistische Diagnosen hin. Insbesondere die dekompensierte Herzinsuffizienz bei KHK sei für den Tod verantwortlich. Ein Zusammenhang mit den Folgen des Arbeitsunfalls bestehe nicht. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 14. Mai 1997 die Zahlung von Witwenrente und Sterbegeld ab. Der Widerspruch wurde zurückgewiesen (Widerspruchsbescheid vom 20. Juni 1997).

Dagegen richtet sich die rechtzeitig vor dem Sozialgericht (SG) Hannover erhobene Klage. Das SG hat in der öffentlichen Sitzung am 27. April 1999 den Ltd. Landesmedizinaldirektor Dr. .. als Sachverständigen vernommen. Der Sachverständige vermochte einen Zusammenhang des Todes des Versicherten mit dem 1947 erlittenen Arbeitsunfall nicht abzuleiten. Das SG hat die Klage durch Urteil vom selben Tag abgewiesen.

Gegen das ihr am 16. Juni 1999 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 15. Juli 1999 Berufung eingelegt. Unter Hinweis auf den ärztlichen Bericht des Dr. .. vom 2. Januar 1997 hält sie an ihrer Auffassung fest, dass der Tod ihres Ehemannes auf die Folgen des Arbeitsunfalls zurückzuführen sei. Der behandelnde Hausarzt habe in der von ihr vorgelegten Bescheinigung vom 23. Februar 2000 darauf hingewiesen, dass die Todesursache nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem in den 80er Jahren erlittenen Infarkt stehe. Seiner Wertung komme besonderes Gewicht zu, weil er ihren Ehemann in den letzten Lebensjahren begleitet habe. Dass die Todesursache eines embolischen Verschlusses mit völliger Sicherheit nur durch eine Obduktion festzustellen gewesen sei, könne ihr - der Klägerin - nicht angelastet werden. Diesen Umstand habe vielmehr die Beklagte zu verantworten. Ihr Sohn habe sich unmittelbar nach dem Tod ihres Ehemannes mit der Beklagten in Verbindung gesetzt, um zu klären, was zu veranlassen sei. Dieser habe dem Mitarbeiter der Beklagten - Herrn .. - die Todesumstände im Einzelnen geschildert. Herr .. habe daraufhin bemerkt, dass er die Sache regeln werde". Sie - die Klägerin - sei deshalb davon ausgegangen, - dass die Beklagte die erforderlichen Vorkehrungen für eine Rentenbewilligung treffen werde.

Die Klägerin beantragt,

1. das Urteil des SG Hannover vom 27. April 1999 und den Bescheid der Beklagten vom 14. Mai 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Juni 1997 aufzuheben,
2. die Beklagte zu verurteilen, ihr Sterbegeld und Witwenrente zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Hannover vom 27. April 1999 zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und hat die Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. .. vom 28. Februar 2000 vorgelegt. Des Weiteren hat sie vorgetragen, dass aufgrund der anerkannten Unfallfolgen keine Notwendigkeit bestanden habe, den Versicherten obduzieren zu lassen, zumal kurz vor seinem Tod eine dreiwöchige stationäre Behandlung wegen der Folgen eines Myocardinfarktes erfolgt sei.

Der Senat hat das Gutachten des Facharztes für Pathologie Dr. .. vom 25. Oktober 2000 eingeholt.

Dem Senat haben neben den Prozessakten und den Unfallakten der Beklagten medizinische Unterlagen des Dr. .. vorgelegen. Sie sind

Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung gewesen. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme, der Einzelheiten des Sachverhalts und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

#### Entscheidungsgründe

-----

Die statthafte Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und damit zulässig. Sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Denn das SG hat die zulässige Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung von Sterbegeld und Witwenrente (§§ 589 f. der auf den vorliegenden Sachverhalt noch anzuwendenden - vgl. Art. 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz, § 212 Sozialgesetzbuch VII - Reichsversicherungsordnung), weil der Tod ihres Ehemannes nicht mit der im Recht der gesetzlichen UV erforderlichen Wahrscheinlichkeit durch (mittelbare) Folgen des Arbeitsunfalls, den der Versicherte, im Jahre 1947 erlitt, insbesondere nicht durch eine Lungenembolie wesentlich (mit)verursacht worden ist.

Bei seiner Wertung berücksichtigt der Senat, dass sich die Klägerin aufgrund der unterlassenen Obduktion in Beweisnot befindet, auch wenn es - darauf weist die Beklagte zutreffend hin - aufgrund der anerkannten Unfallfolgen und des stationären Aufenthalts unmittelbar vor dem Tod unter der Diagnose einer dekompensierten Herzinsuffizienz bei fehlendem Hinweis auf eine Thrombose sowie des Alters des Versicherten nicht nahelag, dass der Tod des Versicherten durch (mittelbare) Unfallfolgen verursacht worden und der Versicherte deshalb zu obduzieren ist. Des Weiteren hätte es - darauf weist der Sachverständige Dr. .. in seinem Gutachten (S. 3) nachvollziehbar hin - eher an Dr. .. gelegen, den Hinterbliebenen zu einer Obduktion zu raten, wenn er eine Folgeerkrankung des Arbeitsunfalls als Todesursache in Betracht zieht. Schließlich hätte auch die Klägerin ein Beweissicherungsverfahren gemäß § 76 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einleiten können. Dessen ungeachtet berücksichtigt der Senat bei seiner Entscheidungsfindung die Beweisschwierigkeiten der Klägerin und senkt die Anforderungen an die Überzeugungsbildung, dass der Tod des Versicherten wahrscheinlich wesentlich durch (mittelbare) Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. August 1947 (mit)verursacht worden ist. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), der sich der erkennende Senat anschließt, ist er aber nicht befugt, den Beweismaßstab zu verringern und die Möglichkeit eines wesentlich durch (mittelbare) Unfallfolgen (mit)verursachten Todes ausreichen zu lassen (BSGE 24, 25; SozR 3-1500 § 128 Nr. 11). Mit der Rechtsprechung des BSG würde es dem Senat jedoch genügen, wenn Anhaltspunkte, Hinweise bestünden, dass der Versicherte wahrscheinlich wesentlich wegen (mittelbarer) Folgen des Arbeitsunfalls verstarb. Unter dieser Fragestellung ist der Facharzt für Pathologie Dr. .. beauftragt worden, das Sachverständigengutachten vom 25. Oktober 2000 zu erstatten. Er hat jedoch solche Hinweise nicht aufzuzeigen vermocht. Ein Zusammenhang des Todes des Versicherten mit (mittelbaren) Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. August 1947 ist allenfalls über eine von Dr. .. als eine Todesursache in Betracht gezogene Lungenembolie infolge des Unterschenkelgeschwürs des rechten Beines denkbar. Der Sachverständige Dr. .. hat nach sorgfältiger Auswertung der vorhandenen medizinischen Unterlagen schlüssig darauf aufmerksam gemacht, dass abgesehen von der nach dem Unfall aufgetretenen Thrombose als unmittelbare Komplikation der

operativen Versorgung der Versicherte nur einmalig im Jahre 1969 wegen einer tiefen Oberschenkelthrombophlebitis des rechten Beines behandelt wurde und dass sich eine Lungenembolie nicht entwickelt hatte. In den darauf folgenden 27 Jahren sind keine Hinweise auf rezidivierende Beinvenenthrombosen und/oder Lungenembolien vorhanden, die im Sinne einer Brückensymptomatik erforderlich wären, um mit Wahrscheinlichkeit einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Tod des Versicherten begründen zu können. Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass der Versicherte sich in ständiger ärztlicher Behandlung befand und dass sein Gesundheitszustand in den vorliegenden Akten im Einzelnen dokumentiert ist. Auch im Krankenbericht vom 3. Dezember 1996 und in der Todesbescheinigung des Dr. .. vom 10. Dezember 1996 finden sich keine Anhaltspunkte auf einen Thrombos und/oder einer Embolie. Die Todesbescheinigung des Dr. .. enthält vielmehr als Ursache eine dekompensierte Herzinsuffizienz, und unter dieser Diagnose wurde der Versicherte im Monat November 1996 stationär behandelt. In der Bescheinigung vom 23. Februar 2000 weist Dr. .. zutreffend lediglich darauf hin, dass der stationäre Aufenthalt wegen des dekompensierten Herzleidens und nicht wegen des in den 80er Jahren erlittenen Infarkts erforderlich war. Dass unmittelbar vor dem Tod stabile Kreislaufverhältnisse und unter Therapie ein normaler Blutdruck bestanden, belegt keine Lungenembolie und spricht nicht gegen die Herzerkrankung als Todesursache, weil akut auftretende Herzrhythmusstörungen oder eine Koronarinsuffizienz - Befunde, die bei dem Versicherten auch zu stationären Aufenthalten führten - innerhalb weniger Stunden zu einer Dekompensation einer latenten Herzinsuffizienz führen können (S. 4 des pathologischen Gutachtens vom 25. Oktober 2000). Zutreffend weist die Klägerin zwar darauf hin, dass der Sachverständige eine tödliche Lungenembolie nach unerkannt gebliebener Thrombose als mögliche Alternative des zum Tode führenden Krankheitsgeschehens nicht ausschließen kann. Ohne einen Hinweis, einen Anknüpfungspunkt für ein thrombotisch-embolisches Ereignis stellt eine Lungenembolie jedoch lediglich eine theoretische, mögliche Todesursache dar. Dieses genügt jedoch - wie ausgeführt - nicht, um der Klägerin Sterbegeld und Witwenrente zusprechen zu können. Insgesamt sprechen nach Überzeugung des Senats die fehlenden Hinweise auf ein thrombotisches Geschehen, die erhebliche Herzerkrankung mit erforderlicher stationärer Behandlung unmittelbar vor dem Tod und das Alter des Versicherten dafür, dass der Versicherte wahrscheinlich an den Folgen der Herzerkrankung starb und dass Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. August 1947 an dem zum Tode führenden Krankheitsgeschehen wahrscheinlich nicht wesentlich mitgewirkt haben.

Der Senat hat - unter Änderung der Kostenentscheidung des SG - gemäß § 193 Abs. 1 SGG die außergerichtlichen Kosten der Klägerin aus beiden Rechtszügen der Beklagten auferlegt. Die Kostenentscheidung im sozialgerichtlichen Verfahren richtet sich nach dem sachgemäßen richterlichen Ermessen, wobei in der Regel der Ausgang des Verfahrens die Kostenverteilung bestimmt (BSGE 17, 124, 128). Diese Regel ist aber nicht starr zu handhaben (vgl. Kummer, Das sozialgerichtliche Verfahren, S. 108, Rn. 382; Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens - Krasney, 2. Aufl. 1997, XII Rn. 49 mit weiteren Nachweisen zur Rechtsprechung und Literatur). Ausnahmsweise können auch einem obsiegenden Beteiligten die Kosten auferlegt werden (BSG SozR 5870 Nr. 62, S. 202), wenn dieser durch unzureichende Sachverhaltsaufklärung Anlass zur Klageerhebung gegeben hat (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, Kommentar, § 193 Rn. 12 b; Knittel in: Hennig, SGG, Kommentar, § 193 Rn. 37). Dieses ist hier - wie die

Beklagte in der mündlichen Verhandlung eingeräumt hat - der Fall. Denn zur Beantwortung der Frage, ob der Tod des Versicherten wahrscheinlich wesentlich durch (mittelbare) Unfallfolgen (mit)verursacht worden ist, ist medizinischer Sachverstand erforderlich. Zwar hat die Beklagte die beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. .. vom 21. Januar und 24. April 1997 eingeholt. Diese enthalten jedoch lediglich die Aufzählung "schwerer internistischer Diagnosen", die für den Tod des Versicherten "verantwortlich sind". Eine Auseinandersetzung mit der von Dr. .. in der ärztlichen Bescheinigung angenommenen Todesursache einer (mittelbar) unfallbedingten Embolie erfolgt in ihnen jedoch nicht. Dieses wäre aber erforderlich gewesen, um den rechtserheblichen Sachverhalt umfassend zu ermitteln (§ 20 Sozialgesetzbuch X) und ein gerichtliches Verfahren zur Klärung der von Dr. .. angenommenen Todesursache zu vermeiden. Dieser Frage ist erst der erkennende Senat mit der Beweisanordnung vom 25. Oktober 2000 nachgegangen. Auch die Vernehmung des Leitenden Landesmedizinaldirektors Dr. .. in der mündlichen Verhandlung vor dem SG hat insoweit keine Klarheit gebracht, zumal dieser Sachverständige nicht nachvollziehbar eine von Unfallfolgen unabhängige Embolie diskutiert hat. Dass die - mittlerweile 86 Jahre alte - Klägerin angesichts ihrer auch durch die Länge des Verfahrens bedingten und - aufgrund der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat - nachvollziehbaren emotionalen Verfassung trotz des - auch aus ihrer Sicht - überzeugenden pathologischen Gutachtens den Abschluss des Rechtsstreits durch Urteil für erforderlich hielt, steht der Wertung, dass die Beklagte durch eine unzureichende Sachverhaltsaufklärung den Rechtsstreit veranlasste und damit der Kostentragungspflicht der Beklagten nicht entgegen.

Ein gesetzlicher Grund zur Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegt nicht vor.