



HVBG

HVBG-Info 10/2000 vom 07.04.2000, S. 0914 - 0919, DOK 374.27

**Ausschluss des UV-Schutzes bei einer durch Medikamente  
herbeigeführten Fahruntüchtigkeit im Straßenverkehr  
(§ 550 Abs. 1 RVO) - Urteil des SG Ulm vom 20.01.2000  
- S 2 U 572/98**

Ausschluss des UV-Schutzes (§ 550 Abs. 1 RVO = § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII) bei einer durch Medikamente (Dihydrocodein) herbeigeführten Fahruntüchtigkeit im Straßenverkehr;  
hier: Urteil des Sozialgerichts (SG) Ulm vom 20.01.2000  
- S 2 U 572/98 (Vom Ausgang des Berufungsverfahrens  
- L 10 U 805/00 - vor dem LSG Baden-Württemberg wird berichtet.)

Unter besonderem Hinweis auf das BSG-Urteil vom 27.11.1985 - 2 RU 75/84 - (= HVBG-INFO 1986, 62-72 = BSGE 59, 193-198) hat das SG Ulm mit Urteil vom 20.01.2000 - S 2 U 572/98 - entschieden, dass die allein rechtlich wesentliche Ursache für den tödlichen Verkehrsunfall eines Arbeitnehmers seine Einnahme von Dihydrocodein im Rahmen einer Drogensubstitution war. Ein UV-Schutz nach § 550 Abs. 1 RVO war damit ausgeschlossen.

Orientierungssatz zum SG-Urteil vom 20.01.2000 - S 2 U 572/98 -:

Kann selbst die Einnahme von berauschend wirkenden Medikamenten, die zur Abwehr oder Linderung von Krankheiten geboten oder wenigstens veranlaßt sind, bei Fahruntüchtigkeit zum Verlust des Versicherungsschutzes führen (vgl BSG vom 27.11.1985 - 2 RU 75/84 = BSGE 59, 193), so muß diese Rechtsfolge auch bei der Einnahme von Mitteln eintreten, die anders als Heroin, Kokain oder Haschisch nicht als Rauschgifte zu qualifizieren sind, sondern im Rahmen einer Substitutionsbehandlung planmäßig und ärztlich kontrolliert mit dem Ziel eingesetzt werden, den Drogenabhängigen langfristig von seiner Sucht zu befreien oder jedenfalls seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Tatbestand

-----

Die Beteiligten streiten darum, ob der 1957 geborene und am 17.09.1996 bei einem Verkehrsunfall tödlich verunglückte .. (A.L.) bei einem versicherten Arbeitsunfall ums Leben gekommen ist und deshalb Ansprüche auf Sterbegeld, Witwen- und Waisenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen.

A.L. war bei der .. und Co. KG als Vorarbeiter beschäftigt. Am 17.09.1996 verließ er gegen 6 Uhr morgens seine Wohnung in Bad B., um mit einem Firmenfahrzeug eine Baustelle in U. in der Nähe von L. aufzusuchen. Etwa um 6.15 Uhr kam er auf der L 275 in der Nähe von Bad W. in einer leichten Rechtskurve nach links von der Straße ab und fuhr ungebremst gegen einen Baum. Dabei erlitt er tödliche

Verletzungen. Bei der gegen 8.30 Uhr durchgeführten polizeilichen Leichenschau wurde eine relativ frische Einstichstelle an der rechten Ellbeuge und eine ältere Einstichstelle an der linken Ellbeuge vorgefunden. Im Fußraum des Fahrersitzes fand sich ferner Methadon, in einer Hosentasche von A.L. die dazu gehörige Verpackung. Die daraufhin entnommene Blutprobe ergab keinen Alkohol, jedoch 0,78 mg/kg freies Dihydrocodein sowie 2,8 mg/kg Gesamt-DHC im Vollblut. Im Untersuchungsbericht vom 04.11.1996 führte der Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin der Universität T., Prof. Dr. W., der Befund beweise den Konsum von DHC. Die DHC-Konzentration liege im Erwartungsbereich nach übertherapeutischer Dosierung.

Am 20.09.1996 ging die Unfallanzeige des Arbeitgebers bei der Beklagten ein. Diese trat in Ermittlungen ein. U.a. erstattete der Technische Aufsichtsdienst am 23.09.1996 einen Unfalluntersuchungsbericht. Die Beklagte zog die Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft R. 26 Js 625/96 bei und holte von dem behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. den Behandlungsbericht vom Mai 1997 ein. Dieser bekundete, er habe A.L. seit 1986 hausärztlich wegen aller anfallenden Erkrankungen ohne besonders schwerwiegende Erkrankungen behandelt, seit 1994 zusätzlich wegen chronischer Schlafstörungen. Er habe A.L. am 13.09.1996 Chloralduurat sowie Dihydrocodein-Hydrogentartratsaft 3,5 % 250 ml und am 16.09.1996 10 ml L Polamidon Höchst verordnet. Das bei A.L. gefundene Polamidon habe er wohl am Vortag verordnet mit dem Hinweis, abends probatorisch 5 ml zu sich zunehmen und die Wirkung am nächsten Morgen abzuwarten. Diese Anweisung sei nach Durchsicht der Unterlagen in Übereinstimmung mit einem stationären Entziehungsversuch im PLK Bad Sch. erfolgt, wo mit der gleichen Dosis begonnen worden sei. Wie sich im nachhinein herausgestellt habe, habe A.L. während der Zeit seines Suchtproblems noch bei anderen Ärzten in Behandlung gestanden, die wohl ebenfalls Codein und Schlafmittel verordnet hätten, ohne voneinander Kenntnis zu haben. Bezüglich der Polamidon vorhergegangenen Codeindosierung habe er eine Dosis von 50 ml pro Tag vereinbart. A.L. sei darauf hingewiesen worden, keinesfalls beide Medikamente einzunehmen. Eine übertherapeutische Dosierung sei wohl deshalb gefunden worden, weil sich A.L. nicht an die therapeutischen Empfehlungen gehalten habe.

Die Staatsanwaltschaft R. teilte der Beklagten unter dem 20.05.1997 mit, das gefundene Fläschchen Polamidon habe ein Fassungsvermögen von 20 ml; davon sei noch eine Restmenge von ca. 5 ml übrig gewesen.

Der Leiter des Fachbereichs Drogen des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) W., Dr. R., erstattete der Beklagten unter dem 11.06.1997 einen Bericht über die stationäre Behandlung von A.L. vom 05. bis 25.06.1996 wegen Opiatabhängigkeit.

Der Allgemeinarzt Dr. W. berichtete der Beklagten unter dem 12.06.1997, er habe A.L. seit November 1992 u.a. wegen einer Drogenentzugssymptomatik, Schlafstörungen bei Drogenmißbrauch und Zustand nach Opiatentzug behandelt. Er habe A.L. u.a. Chloralduurat 500, Codeinum Phosphoricum und DHC 2,5 %, jedoch keine L-Polamidon-Tropfen verordnet. Zuletzt habe er A.L. am 27.05.1996 gesehen. Zuletzt habe A.L. vor seiner Entgiftung im ZfP W. ca. 60 ml DHC 2,5 % täglich benötigt.

Die Beklagte holte von Prof. Dr. W. das Gutachten vom 03.07.1997 ein. Dieser führte darin aus, Dihydrocodein sei ein Medikament gegen Husten, welches als Ersatzdroge von Drogenabhängigen eingenommen werde. An Nebenwirkungen seien u.a. Schläfrigkeit sowie Sehstörungen bekannt. Weiterhin beeinträchtigten einige der Dihydrocodein-Präparate das Reaktionsvermögen. Eine Konzentration

von 2,8 mg/kg Gesamt-DHC sei aus rechtsmedizinischer Sicht zwanglos geeignet, die Fahrtüchtigkeit soweit einzuschränken, daß es zu dem Unfall habe kommen können. Nach Aktenlage könne eine andere Ursache für das Zustandekommen des Unfalls nicht nachvollzogen werden.

Mit drei Bescheiden vom 01.08.1997 lehnte die Beklagte die Gewährung von Witwenrente für Klägerin zu 1, Waisenrente für die Kläger zu 2 und 3 sowie die Gewährung von Sterbegeld ab. Zur Begründung führte sie aus, der Drogenkonsum von A.L. sei die rechtlich allein wesentliche Ursache für den Unfall vom 17.09.1996 gewesen.

Hiergegen erhoben die Kläger mit der Begründung Widerspruch, ihnen sei zugesagt worden, daß Rentenleistungen von Seiten der Beklagten erfolgen würden. Die Beklage habe ferner leichtfertig die Durchführung einer Obduktion unterlassen.

Die Beklagte zog vom ZfP Bad Sch. den Arztbrief vom 04.03.1996 über die dortige stationäre Behandlung vom 25. bis 27.08.1995 wegen Polytoxikomanie einschließlich des Morphintyps bei. Die Kläger legten die Stellungnahme Dr. R. vom 11.12.1997 zum Gutachten Prof. Dr. W. vom 03.07.1997 vor. Dieser führte aus, ausweislich des toxikologischen Untersuchungsberichts lägen keine Hinweise vor, daß der Kläger außer dem von Dr. K. verordneten Dihydrocodeinsaft gleichzeitig andere Substanzen, insbesondere L-Polamidon oder Methadon eingenommen habe. Die festgestellten Mengen von 0,78 mg/kg freies Dihydrocodein sowie 2,8 mg/kg Gesamt-DHC seien bei einer Substitutionsbehandlung durchaus als therapeutische Dosis anzusehen. Lediglich bei Verwendung von DHC als Antitussivum (Hustensaft) stelle diese Dosierung zweifelsfrei eine übertherapeutische Dosierung dar. Zur Fahrtauglichkeit unter therapeutischen Dosierungen von Dihydrocodein in der Substitutionsbehandlung lägen keine Studien vor. Analog zur Methadonsubstitution könne jedoch nicht von vornherein aus der Tatsache der Einnahme von DHC bei opiatabhängigen Patienten auf eine Einschränkung der Fahrtauglichkeit geschlossen werden.

Mit drei Widerspruchsbescheiden vom 24.02.1998 wies die Beklagte die Widersprüche der Kläger zurück. Zur Begründung bezog sie sich auf das Gutachten Prof. Dr. W. und führte ergänzend aus, besonders unter Abwägung des vorliegenden Einzelfalles sei von einer eingeschränkten Fahrtüchtigkeit und einem drogenbedingten Leistungsausfall von A.L. im Unfallzeitpunkt auszugehen. Hiergegen richtet sich die am 13.03.1998 schriftlich erhobene Klage.

Die Kammer hat von Prof. Dr. W. die gutachtliche Rückäußerung vom 03.05.1998 eingeholt. Darin führt der Sachverständige aus, während eine Konzentration von 2,8 mg/kg Gesamt-DHC im Rahmen einer Substitution durchaus vorkomme, seien Grenzwerte der DHC-Konzentration im Rahmen einer Substitution nicht bekannt. Somit könne im Rahmen einer Substitution auch nicht von einer übertherapeutischen Konzentration oder einer übertherapeutischen Dosierung gesprochen werden. Dagegen werde eine DHC-Konzentration von bis zu 0,15 mg/kg als max. therapeutische Konzentration nach der Einnahme von 60 mg DHC angesehen. Die DHC-Konzentration von 2,8 mg/kg liege somit weit oberhalb der in der Literatur angegebenen oberen therapeutischen Grenze. Untersuchungen zur Fahrtauglichkeit nach Einnahme von DHC zwecks Substitution lägen bisher nicht vor. Analogien zum Fahrverhalten unter Methadoneinfluß verböten sich, weil es sich hierbei um zwei unterschiedliche Stoffklassen handele. Zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit seien vielmehr die verkehrsmedizinisch relevanten Wirkungen und Nebenwirkungen von Opiaten zu betrachten. Die

sedierende Wirkung der Opiate zeige sich in reduzierter geistiger Aktivität, Konzentrationsschwäche, Apathie und Schläfrigkeit sowie in einer Verlängerung der Reaktionszeit. In der Roten Liste finde sich bei DHC-Präparaten (Hustenpräparate) der Hinweis "Reaktionsvermögen!". Dies bedeute, daß diese Präparate auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch (als Hustenmedikation) das Reaktionsvermögen soweit verändern könnten, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigt werde. Dr. G. sei darin zuzustimmen, daß eine Konzentration von 2,8 mg/kg Gesamt-DHC nicht ohne Abwägung des Einzelfalles auf eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit schließen lasse. Eine solche Einzelfallabwägung liege jedoch seinem Gutachten vom 03.07.1997 zugrunde. Hierbei sei berücksichtigt worden, daß A.L. in einer leichten Rechtskurve nach links von der Straße abgekommen sei, ohne daß sich Anzeichen für einen Bremsvorgang oder für einen vorausgegangenen Schleudervorgang gefunden hätten, und nach Aktenlage keine andere Ursache für das Zustandekommen des Unfalls nachvollzogen werden könne.

Die Kammer hat die Akte 26 Js 625/96 der Staatsanwaltschaft R. zum Rechtsstreit beigezogen. Auf den Antrag der Kläger nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat sie von Dr. U. das Gutachten vom 17.05.1999 zur Frage der Todesursache von A.L. eingeholt. Dieser gelangt darin zu dem Ergebnis, am wahrscheinlichsten komme für die lange Zeit ohne Reaktion vor dem Unfall eine komplette Bewußtlosigkeit in Frage. Diese könne beispielsweise durch einen cerebralen Anfall, einen apoplektischen Insult, eine Hirnblutung, einen Herzinfarkt oder durch Herzrhythmusstörungen bedingt sein. Da keine Obduktion erfolgt sei, bleibe dies alles spekulativ. Die Wahrscheinlichkeit, daß eines der genannten Ereignisse stattgefunden habe, sei aber nicht gering einzuschätzen. Dagegen sei es sehr unwahrscheinlich, daß der tödliche Unfall auf die Einnahme von Dihydrocodein zurückzuführen sei. Daß ein Opiattoleranter aufgrund einer Opiat- oder Opioidintoxikation plötzlich völlig reaktionslos werde, sei extrem unwahrscheinlich. Man sehe bei einer geordneten Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen "wohl selten" die Auswirkungen von Substanzüberdosierungen. In solchen Fällen wirkten die Patienten müde, nickten ab, seien verlangsamt, seien aber so gut wie nie völlig reaktionslos. Wenn solche Bilder zu beobachten seien, seien sie so gut wie immer mit der Einnahme von Benzodiazepinen verbunden. Bei A.L. sei ein solcher Zustand ein Jahr zuvor bei einer Aufnahme im ZfP Bad Sch. beschrieben worden, wo er damals auch 3-4 Valium täglich erhalten habe. Am Unfalltag seien jedoch in der Blutprobe von A.L. keine Benzodiazepine gefunden worden.

Die Kläger tragen vor, A.L. müsse entweder in suizidaler Absicht oder aber im Rahmen einer Bewußtseinsbeeinträchtigung gegen den Baum gefahren sein. Für Suizidabsichten lägen keinerlei Anhaltspunkte vor. Selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, so wären hierfür betriebliche Umstände (Arbeitsbelastung von täglich 10-12 Stunden) eine wesentliche Mitursache gewesen. Die von der Beklagten implizit gezogene Parallele zum Verhalten eines alkoholisierten Fahrers sei nicht ohne weiteres akzeptabel. Während Alkohol zum eigenen, privaten Vergnügen konsumiert werde, habe A.L. die ärztlich verschriebenen Ersatzdrogen offensichtlich zur Sicherung seiner Arbeitsfähigkeit eingenommen. Dabei habe er sich offensichtlich an die therapeutischen Empfehlungen des behandelnden Arztes Dr. K. gehalten, wobei allerdings unklar sei, ob er sich an die ärztlich verordnete Dosis von 50 ml pro Tag gehalten habe oder ob er diese Dosis schon am Morgen vor der Fahrt zu sich genommen habe. Selbst wenn insofern ein verbotswidriges

Handeln vorgelegen habe, könne dies nicht zum Leistungsausschluß führen, weil der Grund der Medikamenteneinnahme die Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit gewesen sei. Das Restrisiko der Substitutionsbehandlung sei bei normaler Dosierung offensichtlich von allen, inklusive Arzt und Arbeitgeber, als hinnehmbar erachtet worden. Wie Dr. G. überzeugend dargelegt habe, sei die bei A.L. gemessene Codeinkonzentration im Blut durchaus der therapeutischen Situation angemessen gewesen. Bezüglich anderer Unfallursachen als der DHC-Einnahme könne nur spekuliert werden. Der bestehende Beweisnotstand sei durch die Beklagte mitverschuldet, weil diese keine Obduktion angeregt habe. Angesichts des Lebensalters von A.L. erschienen Erkrankungen, wie sie Dr. U. in der Zusammenfassung seines Gutachtens beschrieben habe, extrem unwahrscheinlich. Plausibler erscheine die Möglichkeit, daß A.L. angesichts eines vorausgegangenen 10-stündigen Arbeitstages eingeschlafen sei. Die arbeitsbedingte Übermüdung sei dem betrieblichen Bereich zuzurechnen.

Die Kläger beantragen,

die Bescheide der Beklagten vom 01.08.1997 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 24.02.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Klägern ab 17.09.1996 Witwenrente bzw. Waisenrente sowie Sterbegeld zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, weshalb die Kläger der Drogensucht einen anderen Krankheitswert unterstellten als der Alkoholsucht, sei nicht nachvollziehbar. Ob A.L. die Medikamente zur Drogensubstitution zur Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit eingenommen habe und ob dies ein bewußt verbotswidriges Handeln dargestellt habe, spiele keine Rolle. Entscheidend sei, daß als Unfallursache keinerlei andere Einwirkungen und Teilursachen ermittelt werden könnten als der Drogen- und Medikamenteneinfluß. Die relative Verkehrsuntüchtigkeit von A.L. sei deshalb die rechtlich allein wesentliche Ursache des Unfalls mit Todesfolge. Dem Gutachten Dr. U. könne nicht gefolgt werden, da sich dieser auf rein hypothetische Überlegungen zu möglichen Alternativursachen gestützt habe, die jedoch nicht mit der geforderten hinreichenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen seien. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Akten des Gerichts und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

#### Entscheidungsgründe

-----

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig, aber nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide verletzen die Kläger nicht in ihren Rechten.

Gem. § 212 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) sind hier noch die Vorschriften des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung (RVO) anzuwenden, da der Versicherungsfall, aus dem die Ansprüche auf Hinterbliebenenrenten und auf Sterbegeld abgeleitet werden, vor dem Inkrafttreten des SGB VII am 01.01.1997 eingetreten sind und keiner der in den §§ 213 ff. SGB VII normierten Ausnahmetatbestände erfüllt ist. Insbesondere liegt hier kein Fall des § 214 Abs. 3 Satz 1 SGB VII vor, weil diese Vorschrift erfordert, daß der materielle Anspruch nach dem 01.01.1997 entstanden ist. Bei Tod durch Arbeitsunfall sind ein Sterbegeld (§ 589 Abs. 1 Nr. 1 RVO), der Witwe

Witwenrente (§ 590 RVO) und den Kindern unter den in § 595 RVO näher bestimmten Voraussetzungen Waisenrenten zu gewähren. Zwischen der Arbeit und dem Unfall (sogenannte haftungsbegründende Kausalität) sowie zwischen dem Unfall und dem Tod (sogenannte haftungsausfüllende Kausalität) muß ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang bestehen. Arbeitsunfall ist ein Unfall, den ein Versicherter im Zusammenhang mit einer versicherten Tätigkeit erleidet (§ 548 Abs. 1 RVO). Als Arbeitsunfall gilt auch ein Unfall auf einem mit einer versicherten Tätigkeit zusammenhängenden Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit (§ 550 Abs. 1 RVO).

Im vorliegenden Fall ist es unstreitig, daß sich A.L. im Zeitpunkt seines Unfall auf dem Weg von der Wohnung zu einer Arbeitsstelle im Raum L. befand, wo er am 17.09.1996 arbeiten sollte. Er befand sich deshalb grundsätzlich unter Versicherungsschutz nach § 550 Abs. 1 RVO. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), der sich die Kammer anschließt, ist es jedoch anerkannt, daß sich ein Versicherter durch übermäßigen Alkoholgenuß vom Betrieb lösen, d.h. den inneren Zusammenhang mit der Tätigkeit beenden und dadurch sein Versicherungsschutz nicht nur bei seiner Betriebstätigkeit, sondern auch auf dem Weg von und zur Arbeit entfallen kann. Letzteres ist dann anzunehmen, wenn der Versicherte durch Alkoholgenuß verkehrsuntüchtig geworden und dies die rechtlich allein wesentliche Ursache für den eingetretenen Unfall ist. Dies ist der Fall, wenn die Auswirkungen des Alkoholgenußes die unternehmensbedingten Umstände derart in den Hintergrund drängen, daß diese als rechtlich nicht wesentlich für die Frage der Verursachung unberücksichtigt bleiben (BSG in ständiger Rechtsprechung, vgl. BSGE 12, 242; 38, 127; 43, 110, 111). In der Regel ist dies anzunehmen, wenn nach der Erfahrung des täglichen Lebens der betreffende Versicherte in nüchternem Zustand bei gleicher Sachlage wahrscheinlich nicht verunglückt wäre (Beweis des ersten Anscheins). Der Anscheinsbeweis wird nur entkräftet durch den Vollbeweis einer Tatsache, aus der sich die ernsthafte Möglichkeit eines untypischen Geschehensablaufs ergibt.

Dieselben Grundsätze gelten, wenn der Versicherte nicht Alkohol, sondern andere berauschende Mittel zu sich genommen hat. In dem der Entscheidung BSGE 59, 193 ff. zugrunde liegenden Sachverhalt hatte der Versicherte die Medikamente Valium 10 und Betadorm eingenommen. Das BSG hat in diesem Fall der Medikamenteneinnahme die für den Ausschluß des Versicherungsschutzes nach Alkoholkonsum maßgeblichen Grundsätze entsprechend angewandt und ausgeführt, der Ausschluß des Versicherungsschutzes beruhe nicht auf dem bloßen "Sichberauschen" oder dem Umstand des Genusses legal erhältlicher berauschender Mittel, sondern auf den Folgen, d.h. dem Fahren mit einem Kraftfahrzeug in dem durch das berauschend wirkende Mittel fahruntüchtigen Zustand. Die gegenüber Unfällen aus innerer Ursache abweichende Wertung beruht in erster Linie auf der "Gefährlichkeit" des Alkohols als berauschendes Mittel in Bezug auf die Fahruntüchtigkeit von Kraftfahrern und dessen möglichen Auswirkungen auf die Sicherheit des Straßenverkehrs. Auf den Anlaß zur Einnahme und die Art des zur Fahruntüchtigkeit führenden berauschend wirkenden Mittels kommt es nicht an. Das BSG hat deshalb selbst bei einem als Folge einer akuten progressiven Paralyse alkoholabhängigen Kraftfahrer, dem wegen des Verlustes der Selbstkontrolle im Zeitpunkt des zur Fahruntüchtigkeit führenden krankhaften Alkoholgenußes kein "Schuldvorwurf" gemacht werden konnte, den Versicherungsschutz bei einem wesentlich allein auf die - nicht schuldhaft - Fahruntüchtigkeit zurückzuführenden Unfall verneint (BSGE 38, 127). Kann selbst die Einnahme von

berauschend wirkenden Medikamenten, die zur Abwehr oder Linderung von Krankheiten geboten oder wenigstens veranlaßt sind, bei Fahruntüchtigkeit zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, so muß diese Rechtsfolge auch bei der Einnahme von Mitteln eintreten, die anders als Heroin, Kokain oder Haschisch nicht als Rauschgifte zu qualifizieren sind, sondern im Rahmen einer Substitutionsbehandlung planmäßig und ärztlich kontrolliert mit dem Ziel eingesetzt werden, den Drogenabhängigen langfristig von seiner Sucht zu befreien oder jedenfalls seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Die Anwendung dieser Grundsätze auf den vorliegenden Fall ergibt folgendes: Aufgrund des toxikologischen Untersuchungsberichts von Prof. Dr. W. vom 04.11.1996 und seines Gutachtens vom 03.07.1997 ist die Kammer davon überzeugt, daß das Blut von A.L. nach dem Unfall eine Konzentration von 0,78 mg/l freies Dihydrocodein und von 2,8 mg/l Gesamt-Dihydrocodein aufwies. Diese Konzentration lag weit über den Werten, die bei der bestimmungsgemäßen Einnahme von Dihydrocodein als Hustenmittel zu erwarten sind. Hier wird nämlich eine DHC-Konzentration von bis zu 0,15 mg/l als maximale Konzentration nach der Einnahme von 60 mg DHC angesehen. Die DHC-Konzentration von 2,8 mg/l liegt deshalb weit oberhalb der in der Literatur angegebenen oberen therapeutischen Grenze. Zwar liegen bisher keine Untersuchungen zur Fahrtauglichkeit nach der Einnahme von DHC zwecks Substitution vor. In der Roten Liste findet sich jedoch bei DHC-Präparaten der Hinweis "Reaktionsvermögen!". Dies bedeutet, daß diese Hustenpräparate auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern können, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigt wird. Auch Dr. U. hat im übrigen in seinem Gutachten vom 17.05.1999 eingeräumt, bei einer geordneten Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen wirkten die Patienten bei Substanzüberdosierungen müde, seien verlangsamt und "nickten ab". Mit dem zuletzt verwendeten Ausdruck kann Dr. U. nur den Vorgang des Einschlafens, und sei es nur i.S. des sogenannten Sekundenschlafs, gemeint haben. Trotzdem ist Dr. R. darin zuzustimmen, daß eine Konzentration von 2,8 mg/l Gesamt-Dihydrocodein allein noch nicht den Schluß auf eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit zuläßt. Der Kammer leuchtet auch die Argumentation von Dr. U. und Dr. R. zum sogenannten Toleranzphänomen durchaus ein. Danach ist davon auszugehen, daß ein an Opiate gewöhnter Patient einen weit größeren Dosisspielraum besitzt als Menschen, die nie Opiate zu sich genommen haben. Es mag auch sein, daß bei einem opiatabhängigen Menschen die Opiattoleranzgrenze immer höher ist als diejenige Dosis, die zur Verhinderung von Entzugserscheinungen benötigt wird. Die Kammer folgt Dr. R. und Dr. U. auch darin, daß die bei A.L. vorgefundene Konzentration von 2,8 mg/l Gesamt-DHC im Rahmen einer Substitutionsbehandlung durchaus üblich ist, so daß nur im Rahmen des Einsatzes von Dihydrocodein als Hustenmittel, nicht aber im Rahmen einer Substitutionsbehandlung von einer übertherapeutischen Dosierung die Rede sein kann. Die Konzentration von 2,8 mg/l Gesamt-DHC ist mithin nicht ausreichend, ohne Abwägung sämtlicher Umstände des Einzelfalles auf eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit zu schließen.

Gerade die Einbeziehung der Gesamtumstände des Unfalls führt jedoch zwingend zu dem Schluß, daß A.L. im Unfallzeitpunkt fahruntüchtig war. Er fuhr in einer leichten Rechtskurve auf dem linken unbefestigten Fahrbahnrand noch ca. 45 Meter weiter geradeaus, ohne irgendeine Reaktion zu zeigen. Am Unfallort konnten nämlich keinerlei Spuren eines Brems- oder Schleudervorgangs festgestellt werden. Auch die Art der an dem

Fahrzeug eingetretenen Beschädigungen beweist, daß der Wagen völlig ungebremst an einen Baum geprallt ist. Dieses Fahrverhalten ist so ungewöhnlich, daß nach der Erfahrung des täglichen Lebens anzunehmen ist, daß A.L. ohne die Einnahme von Dihydrocodein wahrscheinlich nicht verunglückt wäre.

Dieser Anscheinsbeweis wäre nur zu entkräften durch den Vollbeweis einer Tatsache, aus der sich die ernsthafte Möglichkeit eines untypischen Geschehensablaufs ergäbe. Insoweit hat

Dr. U. ausgeführt, bei dem Kläger könnte vor dem Unfall eine komplette Bewußtlosigkeit, bedingt durch einen cerebralen Anfall, einen apoplektischen Insult, eine Hirnblutung, einen Herzinfarkt oder durch Herzrhythmusstörungen vorliegen haben. Er räumt jedoch selbst ein, daß diese Überlegung rein spekulativ ist.

Hypothetische Ursachen scheiden jedoch bei der Anwendung der Kausalitätsnorm von vornherein aus; sie sind an der Entstehung des Unfalls nicht beteiligt (BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 4). Dem Bericht Dr. K. ist im übrigen zu entnehmen, daß bei A.L. in den letzten Jahren vor dem tödlichen Unfall keine schwerwiegenden Erkrankungen aufgetreten sind. Ganz im Vordergrund der Behandlung stand die Drogensucht mit ihren Folgeerscheinungen, u.a. den seit ca. 1994 bestandenen Schlafstörungen. Die Kammer hält deshalb für unwahrscheinlich, daß ein cerebraler Anfall, apoplektischer Insult, eine Hirnblutung, ein Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen zu dem Unfall geführt haben. Richtig ist allerdings, daß nur durch eine Obduktion mit Sicherheit der Eintritt eines solchen Ereignisses hätte ausgeschlossen werden können. Der Beklagten ist deshalb aber kein Vorwurf zu machen. Sie hat unmittelbar nach dem Tod von A.L. die Polizei um Akteneinsicht gebeten. Bis zum Eingang der Unterlagen am 15.11.1996 war nicht erkennbar, worauf der Unfall zurückzuführen sei. Erst aufgrund der in den polizeilichen Ermittlungsakten enthaltenen Hinweise auf eine relativ frische Einstichstelle an der rechten Ellenbeuge, das Auffinden von Polamidon und aufgrund der Tatsache, daß A.L. in der Kurve ungebremst geradeaus gefahren war, entstand der Verdacht, daß die Fahrtüchtigkeit durch Drogen beeinträchtigt gewesen sein könnte. Für eine Obduktion war es zu diesem Zeitpunkt schon zu spät. Im übrigen haben auch die Kläger von sich aus keine Obduktion angeregt.

Rechtlich allein wesentliche Ursache des Unfalls ist nach alledem die Einnahme von Dihydrocodein im Rahmen der Drogensubstitution, weshalb die Klage abzuweisen war.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.