

Aktenzeichen:
S 11 U 40/15
Beglaubigte Abschrift



Verkündet am: 08.10.2018



(gez. Jänicke)
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

SOZIALGERICHT SPEYER

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

Berufungsbegr.

FE: 08.01.19

Vf: 02.01.19

*/not.
we*

XXX

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwälte Dr. Rassek pp., Bühlertalstraße 11,
77815 Bühl

gegen

Unfallkasse Baden-Württemberg, vertreten durch den Geschäftsführer Herrn
Siegfried Tretter, Waldhornplatz 1, 76131 Karlsruhe

- Beklagte

hat die 11. Kammer des Sozialgerichts Speyer auf die mündliche Verhandlung
vom 8. Oktober 2018 durch

die Richterin Dr. Heidenreich
den ehrenamtlichen Richter Herr Joder die
ehrenamtliche Richterin Frau Bohrmann

für Recht erkannt:

1. Der Bescheid vom 22.10.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.01.2015 wird dahingehend abgeändert, dass ein Chronisches Erschöpfungssyndrom als wesentliche Folgen des Arbeitsunfalles anerkannt wird.
2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin eine Verletztenrente auf Basis einer MdE von 20 v.H. zu gewähren.
3. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
4. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin in Höhe von 2/3 zu tragen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Anerkennung eines Chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS) als Unfallfolge bei einer Lebendnierenspende sowie die Gewährung einer Verletztenrente.

Die am **XXX** geborene Klägerin spendete ihrem Sohn am 23.11.2010 eine Niere. Aus dem Entlassungsbericht der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums MXX vom 02.02.2011 geht hervor, dass aufgrund von Verwachsungen und enger anatomischer Lage keine komplett laparoskopische Entnahme durchgeführt worden sei, sondern eine offene Nephrektomie, bei der sich postoperativ eine Pankreasfistel gezeigt habe.

Am 18.02.2011 zeigte die Krankenversicherung der Klägerin der Beklagten gegenüber das Vorliegen eines Arbeitsunfalles in Form von Komplikationen bei der Nierenspende mit der Folge einer Pankreasfistel an. Die Beklagte bat hieraufhin das Universitätsklinikum MXX um Vorlage entsprechender Befundberichte. Mit Schreiben vom 11.04.2011 führte **XXX** der Chirurgischen Klinik

im Universitätsklinikum MXX, aus, dass die Pankreasfistel als Folge der Nierenentnahme zu sehen sei und diese Erkrankung inzwischen komplett geheilt sei.

Im Bericht vom 19.03.2012 diagnostizierte der Dipl. Psychologe **XXX** ein Fatigue-Syndrom nach Nierenlebenspende bei der Klägerin. Nach stufenweiser Wiedereingliederung als Sachbearbeiterin in der Stadtverwaltung seit 11.04.2011 werde diese ihren Angaben zu Folge den beruflichen Anforderungen nur noch sehr eingeschränkt gerecht, so dass sie ihre Arbeitszeit habe reduzieren müssen.

Im Bericht des Prof. Dr. **XXX** Ärztlicher Leiter der Nephrologie des Universitätsklinikums HXX, vom 21.05.2012 wurde eine unauffällige Nierenfunktion nach Nierenlebenspende festgehalten.

Am 13.06.2012 teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass sie immer noch Beschwerden habe und ihre Arbeitszeit reduziert habe. Sie befinde sich mittlerweile im Universitätsklinikum HXX in Behandlung. Sie bat um Mitteilung, welche Unfallfolgen die Beklagte anerkenne. Die Beklagte forderte hieraufhin entsprechende Berichte an.

Mit Schreiben vom 30.07.2012 führten die Ärzte der Chirurgischen Klinik im Universitätsklinikum MXX Prof. **XXX** aus, dass die Klägerin zuletzt am 27.09.2011 zum Ausschluss einer Narbenhernie vorstellig gewesen und hierbei ein regelrechter Befund erhoben worden sei. In dem Ambulanzbrief des Universitätsklinikums MXX vom 24.08.2012 führte Prof. **XXX** aus, dass sich die Klägerin am 02.03.2011 erstmalig zur internistisch-nephrologischen Nachsorge in der Transplantationsnachsorge-Sprechstunde vorgestellt habe. Zu diesem Termin sowie zu den Wiedervorstellungen am 27.04., 20.05. und 13.07.2011 habe die Klägerin über gelegentliche Müdigkeit und Kopfschmerzen berichtet. Am 16.08.2012 habe die Klägerin über ein insgesamt verschlechtertes Gesamtbefinden mit vermehrter Erschöpfbarkeit, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen berichtet. Das aktuelle, unspezifische Beschwerdebild

der Klägerin sei differenzialdiagnostisch am Ehesten funktionell bedingt und gut mit einem Erschöpfungssyndrom zu vereinbaren, welches möglicherweise mit der komplizierten Lebendnierenspende assoziiert sei. Als weitere psychosomatische Auslöser müssten differenzialdiagnostisch sowohl die langjährige, intensive Pflege des schwer körperlich behinderten und schwer nierenkranken Sohnes, als auch eine berufliche Stresssituation im Sinne einer psychosozialen und sozioemotionalen Belastungsreaktion bzw. einer Somatisierungsstörung diskutiert werden. Aufgrund des aktuell erhöhten Leidensdrucks und der zunehmenden Beeinträchtigung der Klägerin sei ein stationäres psychosomatisches Rehabilitationsverfahren zur gesundheitlichen Rekonvaleszenz und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen. Auf Anfrage der Beklagten führte der behandelnde Nephrologe Prof. Dr. **XXX** am 18.02.2013 aus, dass ein CFS nach Lebendnierenspende bestehe, wobei für eine psychiatrische Erkrankung kein Hinweis vorliege.

Die Beklagte lies die Klägerin hieraufhin von Dr. **XXX** nephrologisch begutachten. Dieser gab in seinem Gutachten vom 23.10.2013 als wesentliche Unfallfolgen eine chronische Niereninsuffizienz im Stadium einer kompensierten Retention, eine renoparenchymatöse Hypertonie, einen sekundären Hyperparathyreoidismus, eine Hyperurikämie und ein Fatigue-ähnliches Syndrom an. Es liege eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf 50 v.H. vor.

Die Beklagte ließ die Klägerin Im Anschluss psychosomatisch von Dr. **XXX** begutachten. Dieser führte in seinem Gutachten vom 07.03,2014 aus, dass ein CFS bestehe, das auf die Lebendnierenspende zurückzuführen sei. Es liege eine MdE von 50 v.H. vor. Auf Rückfrage der Beklagten führte der Gutachter am 28.03.2014 ergänzend aus, dass eine Neurasthenie vorliege, Hinweise auf Aggravation hätten sich nicht gefunden. Die Einzel-MdE liege bei 30 v.H. für sein Fachgebiet, da das CFS aber nicht von den körperlichen Symptomen zu trennen sei, liege eine Gesamt-MdE von 50 v.H. vor.

In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 23.04.2014 führte Dr. **XXX** aus, dass das CFS allein auf subjektive Angaben der Betroffenen gestützt werde und die internistische MdE beratungsärztlich zu überprüfen sei. Mit Schreiben vom 24.07.2014 führte der Beratungsarzt Prof. Dr. **XXX** aus, dass die MdE auf nephrologischem Fachgebiet bei 30 v.H. anzusetzen sei (Nierenverlust 25 %, Proteinurie und Hypertonie 0-10 %, leichtgradige Nierenfunktionsstörung 0 %).

Mit Bescheid vom 22.10.2014 erkannte die Beklagte den Unfall vom 23.11.2010 als Versicherungsfall an und lehnte einen Anspruch auf Rente ab. Als wesentliche Unfallfolgen würden anerkannt: Nach einer Lebendnierenspende links mit im Verlauf aufgetretener und zwischenzeitlich folgenlos ausgeheilte Pankreasfistel bestehende leichtgradige Nierenfunktionsstörung und eine milde Proteinurie. Als Folgen des Unfalls würden nicht anerkannt: Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, Überfunktion der Schilddrüse, arterielle Hypertonie, Asthma, Fettleber.

Mit ihrem Widerspruch vom 11.11.2014 machte die Klägerin geltend, dass die Entscheidung der Beklagten anhand der Akten nicht nachvollziehbar sei. Der Umstand, dass über die Pathogenese des CFS noch nichts Ausreichendes bekannt sei, könne ihr nicht zum Nachteil gereichen. Die Beklagte habe die Beweislastumkehr für Organspender nach § 12a Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) nicht beachtet.

Mit Schreiben vom 18.12.2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie beabsichtige eine weitere Begutachtung auf psychiatrischem Fachgebiet, da eine psychiatrische Diagnose nicht im Vollbeweis gesichert sei. Auch sei eine Wiedervorstellung bei Prof. Dr. **XXX** zwecks Überprüfung der Hypertonie durchzuführen. Mit Schreiben vom 31.12.2014 lehnte die Klägerin eine weitere Begutachtung und eine Wiedervorstellung ab. Mit Widerspruchsbescheid vom 28.01.2015 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Ein CFS sei nicht im Vollbeweis gesichert und könne als Diagnose keinem wissenschaftlichen Diagnosesystem, z.B. ICD-10, zugeordnet werden. Die Kausalität könne nur fingiert werden, sofern eine gefestigte

Lehrmeinung bzgl. der generellen Eignung des angeschuldigten Ereignisses für das Entstehen des Gesundheitsschadens bestehe. Es mangle in der Literatur an Studien, die einen derartigen Zusammenhang belegen würden. Eine rentenberechtigende MdE liege in der Konsequenz nicht vor.

Mit ihrer Klage vom 27.02.2015 verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Eine ICD-10-Codierung einer auf der Spende beruhenden Beeinträchtigung sei für die Anerkennung als solche nicht erforderlich. Bei einem CFS handle es sich um eine schwere Erkrankung, die mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einhergehe. Zudem habe das CFS seinen Niederschlag in der ICD-10-Codierung unter dem Code G 93.3 gefunden. Das CFS sei von Dr. **XXX** auch objektiv festgestellt worden in Form einer Ausschlussdiagnose, da hierfür bislang keine diagnostischen Labortests oder objektivieren technische Untersuchungen möglich seien. Weder das Gesetz, die Gesetzesmaterialien noch Literaturmeinungen sähen vor, dass zum Nachweis des Ursachenzusammenhangs zwischen Spende und Gesundheitsschaden eine „gefestigte Lehrmeinung“ oder „gesicherte Erfahrungssätze“ vorliegen müssten, wonach ein solcher Ursachenzusammenhang bestehen müsse. Wenn man diese Eingangsvoraussetzung aber unterstellen wolle, so wären diese vorliegend beim CFS in Zusammenhang mit der Lebendnierenspende bei Weitem erfüllt und tatsächlich sogar die von der Beklagten zulässigerweise postulierte Behauptung, dass es eine gefestigte Lehrmeinung geben müsse, erfüllt. Die wissenschaftliche Literatur bis hin zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erkenne diesen Zusammenhang zwischenzeitlich an, was durch mehrere Studien belegt werde (siehe hierzu im Einzelnen Blatt 31 bis 33 und 185 ff. der Gerichtsakten).

Die Klägerin beantragt,

1. den Bescheid vom 22.10.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.01.2015 dahingehend abzuändern, dass ein Chronisches Erschöpfungssyndrom als Folge des Arbeitsunfalles anerkannt wird.

2. die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Rente nach einer MdE von 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält an ihrer Entscheidung fest und ist der Auffassung, dass die Diagnose des CFS im Vollbeweis zu erheben sei und eine tatsächliche Ausschlussdiagnostik in den bisherigen Gutachten und Untersuchungen nicht ausreichend erfolgt sei, so könne insbesondere die endokrinologische Erkrankung der Klägerin ein entsprechendes Beschwerdebild verursachen. Das Gutachten von Dr. **XXX** sei aufgrund seiner subjektiven Komponente nicht aussagekräftig zumal weitere Testungen von der Klägerin abgelehnt worden seien. Ob die hier vorliegenden Symptome unter dem ICD-10 Code G 93.3 zu fassen seien, sei bei dem unklaren Beschwerdebild der Klägerin fraglich. Es werde allein ausgeführt, dass die wissenschaftliche Literatur voll von Belegen dafür sei, dass ein CFS Folge einer Lebendnieren spende sein könne, die Möglichkeit der Verursachung müsse aber nach medizinisch-empirisch belegten Erkenntnissen gegeben sein, damit die Vermutung des § 12a SGB VII greife.

Die Kammer hat Beweis erhoben durch Einholung von Befundberichten der Ärzte der Klägerin sowie durch Einholung eines Vorerkrankungsverzeichnisses bei der gesetzlichen Krankenversicherung der Klägerin (Techniker Krankenkasse). Bezüglich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 117 ff. der Gerichtsakten verwiesen.

Mit Schreiben vom 12.09.2016 hat die Beklagte auf das Urteil des Sozialgerichts (SG) Detmold vom 29.01.2016 (Az.: S 24 KR 314/13) verwiesen, wonach eine Lebendnierenspende nicht geeignet sei ein CFS zu verursachen.

Die Kammer hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei Dr. **XXX**. Dieser ist in seinem Gutachten vom 28.09.2017 zu dem Ergebnis gekommen, dass die Klägerin unter Neurasthenie bzw. CFS, Zustand nach Nierenentnahme im Rahmen einer Lebendnierenspende 2010, chronischer Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention, Asthma, Bluthochdruck und Störung des Harnsäurestoffwechsels leide. Für ein CFS ergebe sich bei der Klägerin kein Anhalt organischer Genese, weshalb die Diagnose der Neurasthenie zu stellen sei. Diese Diagnose beruhe allein auf der Beschwerdeschilderung der Klägerin. Sie stelle keine typische Folgeerkrankung nach einer Nierenentnahme dar. Die leicht eingeschränkte Niereninsuffizienz sei mit Wahrscheinlichkeit wesentlich mitursächlich auf die Lebendnierenspende links vom 23.10.2010 zurückzuführen. Es liege keine MdE der Klägerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 20 v.H. mehr vor. Die MdE für den Verlust der Niere liege bei 10 v.H. Einige Wochen oder Monate nach der Entfernung einer Niere unterscheide sich die Funktion der Restniere nicht von der zweier normaler Nieren.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 17.10.2017 ausgeführt, dass in der gesetzlichen Unfallversicherung lediglich Gesundheitsschäden versichert seien, die über die regelmäßig mit der Entnahme der Niere einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinausgingen. Eine MdE der Klägerin sei abzulehnen.

Mit Schreiben vom 30.10.2017 hat die Klägerin angemerkt, dass zahlreiche Studien belegen würden, dass das CFS als Folge der Spende auftreten könne. Allein die Tatsache, dass die pathophysiologischen Zusammenhänge noch nicht abschließend geklärt seien, könne nicht dazu führen, dass man den körperlichen Zusammenhang zwischen Spende und CFS für nicht bestehend erkläre. Der

Sachverständige habe sich mit den zahlreich vorgelegten Studienergebnissen in seinem Gutachten an keiner Stelle auseinandergesetzt. Es sei eine MdE zumindest für die diagnostizierte Neurasthenie festzustellen.

In seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 26.01.2018 und 16.02.2018 hat Dr. **XXX** ausgeführt, dass die Symptome einer Neurasthenie und eines CFS klinisch nicht eindeutig unterschieden werden könnten. Die erhöhte seelische Vulnerabilität der Klägerin sei dadurch belegt, dass sie sich bereits im Jahr 2015 und 2016 in Behandlung wegen Depressionen befunden habe. Als weitere psychosomatische Auslöser müssten differenzialdiagnostisch sowohl die langjährige intensive Pflege des schwer körperlich behinderten und schwer nierenkranken Sohnes als auch eine berufliche Stresssituation im Sinne einer psychosozialen und sozioemotionalen Belastungsreaktion diskutiert werden. Eine Lebendnierenspende sei nicht generell geeignet ein CFS zu verursachen, da es keine nachvollziehbaren Erkenntnisse zu den möglichen Ursachen hierfür gebe. Das Problem bei den bekannten Studien sei, dass diese vor allem federführend von Nephrologen bzw. Internisten konzipiert seien. Differenzialdiagnostische Überlegungen wie das Auftreten einer somatoformen Störung seien dabei nicht ausreichend berücksichtigt worden. Auch gebe es keine objektiven Messparameter zur Erfassung einer Erschöpfung. Die Annahme der Erschöpfung beruhe somit auf den subjektiven Angaben z.B. in Form von Fragebögen. Es müssten in diesem Fall zur definitiven Bestätigung eines Kausalzusammenhangs andere Faktoren wie Infekte, Belastungen des sozialen Umfelds oder andere Systemkrankheiten ausgeschlossen sein. Verständlicherweise stelle eine Lebendnierenspende einen relevanten körperlichen Eingriff dar, der auch in Zusammenhang mit den entsprechenden medizinischen Maßnahmen und Therapien zu einer vorübergehenden Erschöpfbarkeit führe, ein CFS entstehe durch eine Lebendnierenspende allerdings nicht. Unterstellt die anzunehmende Neurasthenie sei durch die Lebendnierenspende bedingt, sei eine MdE von 20 v.H. anzunehmen. Es ergebe sich bei Annahme einer 10 %-igen MdE für den Verlust der Niere eine Gesamt MdE von 25 v.H.

Die Klägerin hat mit Schreiben vom 28.02.2018 ausgeführt, dass die Neurasthenie aufgrund der gesetzlichen Fiktion und Beweislastumkehr dem Spendeereignis in jedem Falle zuzurechnen sei. Das CFS werde auch bei Multiples Sklerose und Autoimmunerkrankungen als Folge anerkannt. Auch Dr. **XXX** bestätige das psychosomatische Folgen der Spende bislang nicht ausreichend berücksichtigt worden seien.

Mit Schreiben vom 15.03.2018 hat die Beklagte ausgeführt, dass die Vermutungsregelung des § 12a SGB VII aufgrund der unfallunabhängig vorliegenden psychischen Erkrankungen nicht greife. Die Ausprägung der Neurasthenie könne unter Berücksichtigung der vorbestehenden psychischen Beeinträchtigungen jedenfalls auch nicht mit einer MdE von 20 v.H. bewertet werden. Eine manifeste Funktionsbeeinträchtigung der verbliebenen Niere bestehe nicht, sodass auch keine MdE-relevante Schädigung vorliege. Der Verlust der Spenderniere an sich stelle keine Unfallfolge dar.

Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand nimmt das Gericht Bezug auf die Gerichtsakten und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten. Der Inhalt dieser Akten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist im tenorierten Umfang begründet. Ihr Begehren verfolgt die Klägerin zulässig mit der kombinierten Anfechtungs-, Feststellungs- und Verpflichtungsklage (§§ 54 Abs. 1 S.1, 55 Abs. 1 Nr. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid vom 22.10.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.01.2015 beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG, denn der Bescheid ist rechtswidrig. Die Klägerin leidet aufgrund der durchgeführten Lebendnierenspende unter einem CFS. In der Konsequenz hat sie einen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente auf Grundlage einer MdE i.H.v. 20 v.H.

Gemäß § 12a Abs. 1 Satz 1 SGB VII gilt als Versicherungsfall im Sinne des § 7 Abs. 1 SGB VII bei Versicherten nach § 2 Abs. 1 Nr. 13b SGB VII auch der Gesundheitsschaden, der über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und in ursächlichem Zusammenhang mit der Spende steht. Werden dadurch Nachbehandlungen erforderlich oder treten Spätschäden auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird vermutet, dass diese hierdurch verursacht worden sind (§ 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Dies gilt nicht, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht; eine Obduktion zum Zwecke einer solchen Feststellung darf nicht gefordert werden (§ 12a Abs. 1 Satz 3 SGB VII).

Bei der Klägerin ist ein Gesundheitsschaden in Form eines CFS entstanden, der über die durch die Organspende regelmäßige Beeinträchtigung hinausgeht. Dass diese Diagnose zu stellen ist, haben sowohl Dr. **XXX** auch Dr. **XXX** bestätigt. Dr. **XXX** hat insbesondere ausgeführt, dass die Diagnosen Neurasthenie und CFS im Allgemeinen synonym verwandt werden, sodass sich aus der anderweitigen Bezeichnung des CFS als Neurasthenie nichts anderes ergibt.

Hinsichtlich der Kausalität der Organspende für den Gesundheitsschaden ist § 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII heranzuziehen. Die Vermutungsregelung des § 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII umfasst zum einen Gesundheitsschäden, die sich in einem

zeitlich unmittelbaren Zusammenhang mit dem Spendenvorgang (einschließlich der medizinisch notwendigen Vorbereitungs- und Nachbehandlungsmaßnahmen) durch einen regelwidrigen Verlauf ergeben (z. B. Behandlungsfehler, Wundinfektion, Thrombosen, Embolien, Lungenentzündung) und die so schwerwiegend sind, dass sich eine (Nach-)Behandlungsbedürftigkeit ergibt. Zum anderen werden auch Spätschäden umfasst, die sich erst zu einem späteren Zeitpunkt als Aus- oder Nachwirkung der Spende selbst oder des aus ihr resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos des Betroffenen ergeben. Diese Spätschäden ergeben sich i.d.R. aus einer schicksalhaften Entwicklung der ursprünglich nicht regelwidrigen gesundheitlichen Beeinträchtigung. Dies gilt insbesondere für die Folgen, die sich aus dem Fehlen des gespendeten Organs ergeben.

Die Voraussetzungen des § 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII liegen hier vor. Die Klägerin hat zur Überzeugung der Kammer im Nachgang zu der Lebendnierenspende ein CFS entwickelt. Die Organspende ist aufgrund der Vermutungsregelung des § 12 a Abs. 1 Satz 2 SGB VII als ursächlich für die Entwicklung des CFS anzusehen. Sowohl der gerichtliche Sachverständige Dr. **XXX** als auch die Beklagte verkennen die Anwendbarkeit der Vermutungsregelung bezüglich der Kausalitätsfrage. Dies wird im Gutachten des Dr. **XXX** insbesondere darin deutlich, dass er ausführt, dass das CFS im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung nicht im Vollbeweis ursächlich auf die Lebendnierenspende zurückgeführt werden könne. Ein Vollbeweis ist vorliegend gerade nicht erforderlich, es genügt die bloße Möglichkeit, welche bereits im Ambulanzbrief vom 24.08.2012 von Prof. Dr. **XXX** angesprochen worden ist. Die Kammer teilt insbesondere nicht die Ansicht des von der Beklagten zitierten SG Detmold, wonach die gesetzliche Vermutung des § 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII voraussetzt, dass nach dem Stand der „allgemeinen medizinischen Lehrmeinung“ die Spende generell geeignet ist, den konkreten Spätschaden zu verursachen (so auch, allerdings ohne Begründung Schönberger/Mehrtens/Valentin, 9. Auflage, S. 1024; Woltjen, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl., 2014, § 12a SGB VII Rn. 42; a.A. Ricke, in: Kassler Kommentar Stand: 88. EL, 12/2015, § 12a SGB VII Rn. 8 — eine „Möglichkeit

müsse nach medizinisch empirischen Erkenntnissen belegt sein"). Vorliegend ist jedenfalls die Möglichkeit der Entwicklung eines CFS nach medizinisch-empirischen Erkenntnissen belegt, was für das Greifen der Vermutungsregelung ausreichend ist.

Die vom SG Detmold vollzogene Auslegung der Norm widerspricht deren ausdrücklichem Wortlaut und ist mit der Intention des Gesetzgebers bei deren Einführung nicht vereinbar.

Nach dem ausdrücklichen Wortlaut kann von der gesetzlichen Vermutung der Kausalität allein dann eine Ausnahme gemacht werden, wenn „offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht“, Offenkundigkeit ist, wenn man der Auslegung des Begriffs durch das Bundessozialgericht (BSG) zu § 63 Abs. 2 SGB VII (BSG, Urteil vom 15.02.2005 — B 2 U /04 R) folgt, gegeben, wenn aufgrund des Beweisergebnisses die Organspende mit einer jeden ernsthaften Zweifel ausschließenden Wahrscheinlichkeit nicht rechtlich wesentliche Ursache der Gesundheitsstörung ist, also die Gesundheitsstörung weder im medizinischen Sinne mindestens mitverursacht oder noch um wenigstens ein Jahr beschleunigt ist. Die Vermutung ist jedoch nicht widerlegt, wenn die Ursachen der (...) Erkrankung medizinisch ungeklärt sind. Eine derartige Offenkundigkeit ist im vorliegenden Fall bezüglich eines CFS nicht anzunehmen. Dass sich ein solches entwickeln kann wird von zahlreichen Ärzten und Studien geschildert (Giessing et al., DMW (2004), S. 147 ff., Reimer et al. Transplantation (2006) 81(9):1268-73, Meyer et al., BMC Nephrology (2016) 17:8, Rodrigue et al., J Clin Psychol med Settings (2015) 22:160-168). Auch Dr. **XXX** hat lediglich ausgeführt, dass eine „gefestigte Lehrmeinung“ nicht besteht. Die Tatsache, dass mehrere Mediziner eine Möglichkeit der Entwicklung eines CFS sehen, hat er nicht in Abrede gestellt. Hinzu kommt, dass transplantierende Kliniken dazu übergegangen sind über die Möglichkeit der Entwicklung eines CFS in ihren Aufklärungsbögen hinzuweisen, um mögliche Haftungsfolgen auszuschließen. Dies legt nahe, dass die Entwicklung zumindest als Möglichkeit in

Betracht gezogen wird. Eine Offenkundigkeit ist bezüglich eines auszuschließenden Zusammenhangs zwischen Lebendnierenspende und der Entwicklung eines CFS auf dieser Grundlage zu verneinen.

Auch die Gesetzesbegründung und die Intention des Gesetzgebers sprechen für die von der Kammer vertretene Auffassung. In der Gesetzesbegründung heißt es: „Werden besondere Nachbehandlungen im Zusammenhang mit der Spende erforderlich oder treten Spätschäden auf, die sich als spezielle Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Krankheitsrisikos ergeben können, so gilt eine gesetzliche Vermutung, dass diese infolge eines Gesundheitsschadens nach Satz 1 verursacht worden sind" (BT-Drucks. 17/9773, S. 42). Dies ist eine sehr weit gefasste Formulierung, die auf einen umfassenden Spenderschutz und nicht an eine gegeben falls und im Falle der Lebendnierenspende wohl anzunehmende, noch gar nicht existente allgemeine medizinische Lehrmeinung anknüpft. Die Intention des Gesetzgebers, den Schutz der Spender durch die Beweislastumkehr zu erweitern und die zuletzt rückläufige Spendenbereitschaft zu erhöhen, würde durch eine derartige Auslegung der Norm konterkariert.

im Ergebnis ist also aufgrund der Beweislastumkehr des § 12a Abs, 1 Satz 2 SGB VII die bei der Klägerin vorliegende Gesundheitsstörung *in* Form des CFS als Unfallfolge anzusehen.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch auf Verletztenrente ist § 56 Abs. 1 SGB VII. Nach dessen Abs, 1 S 1 haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die Rente ist gemäß § 56 Abs. 3 S. 2 Halbs. 2 SGB VII i.H.d. Vomhundertsatzes der Vollrente festzusetzen, die dem Grad der MdE entspricht. Die MdE richtet sich gemäß § 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten

Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Anhaltspunkte für die Bemessung der MdE im Einzelfall bilden die sogenannten Erfahrungswerte, die sich in der gesetzlichen Unfallversicherung im Laufe der Zeit bei einer Vielzahl von Unfallfolgen herausgebildet haben (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 13.09.2005 — B 2 U 4/04 R Hurt m.w.N.).

Die Kammer folgt bezüglich der anzunehmenden Höhe der MdE dem gerichtlichen Sachverständigen Dr. **XXX**. Auch wenn er das bei der Klägerin bestehende CFS als Neurasthenie bezeichnet ergibt sich nichts anderes, da auch er angibt, dass diese Diagnosen regelmäßig synonym verwendet werden. Schönberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O., S. 169 ff.) zufolge ergibt sich bei dieser Diagnose eine MdE von 20 v.H., was einer stärkergradig sozial-kommunikativen Beeinträchtigung zusätzlich zur psychischen und emotionalen Störung wie bei einer Anpassungsstörung oder einer leichten depressiven Episode entspricht. Eine MdE von 30 v.H. entspricht einem stärkergradig ausgeprägtem langanhaltendem depressiven Zustand. Ein mit einem derartigen Zustand vergleichbarer Zustand liegt bei der Klägerin nicht vor. So zeigte sich bei ihr keine Antriebsminderung oder psychomotorische Hemmung, sie war geistig gut flexibel ohne relevante kognitive oder mnestiche Defizite, in der Grundstimmung ausgeglichen und affektiv resonanzfähig. Eine offensichtliche Erschöpftheit konnte jedenfalls in der Untersuchungssituation von Dr. **XXX** nicht erkannt werden. In der Konsequenz konnte sich die Kammer mangels feststellbarer erheblicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit der MdE-Bewertung des Dr. **XXX** nicht anschließen.

Der Klage war damit im tenorierten Umfang stattzugeben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG. Sie berücksichtigt, dass die Klägerin mit ihrem Klagebegehren nur teilweise erfolgreich gewesen ist.