



**Sozialgericht Stade**  
**Im Namen des Volkes**  
**Urteil**

Verkündet am: 15. April 2021

Affelt, Justizangestellte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

**S 7 U 43/15**

In dem Rechtsstreit

XY,  
Ort

— Kläger —

Prozessbevollmächtigte:  
Rechtsanwälte Rassek Ehinger & Partner,  
Bühlertalstraße 11, 77815 Bühl

gegen

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen,  
Moskauer Straße 18, 40227 Düsseldorf

— Beklagter —

hat die 7. Kammer des Sozialgerichts Stade auf die mündliche Verhandlung vom 15. April 2021 durch die Richterin am Sozialgericht Dr. Otter sowie die ehrenamtlichen Richter Lutz Bock und Knut Schlichting für Recht erkannt:

- 1. Der Bescheid vom 09 November 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2015 und der Bescheid vom 02. März 2021 werden abgeändert und die Beklagte verurteilt, ein CFS als Folge des Arbeitsunfalls anzuerkennen und dem Kläger ab 1. März 2011 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 vH zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.**
- 2. Die Beklagte hat dem Kläger die Kosten des Widerspruchsverfahrens und 1/3 der außergerichtlichen Kosten des Klageverfahrens zu erstatten.**

Befugung  
23.05.21 (29.05.21  
Sommer)

## Tatbestand

Der Kläger begehrt die Anerkennung und Entschädigung von Gesundheitsstörungen als Folge eines Arbeitsunfalls.

Der Kläger spendete seiner Ehefrau am 19. August 2010 eine Niere. Als Vorerkrankung bestand bei dem Kläger eine 1986 erstmals diagnostizierte Colitis ulcerosa (eine vom Enddarm ausgehende chronisch-entzündliche Darmerkrankung). Vor der Nierenlebendspende war der Kläger zur Evaluation einer potentiellen Nierenlebendspende vom 19. Februar 2009 und 24. Februar 2010 in der Klinik für Nephrologie des Universitätsklinikums E. Ausweislich des Berichts vom 23. Juli 2010 bestand eine glomeruläre Filtrationsrate im Mittel von 86,46 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Eine ambulante Untersuchung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums E. ergab ein sehr gutes Coping und eine sehr gute Compliance. Aus psychosomatischer Sicht bestanden keine Gründe gegen die geplante Nierenspende.

Der intra- und postoperative Verlauf der Entfernung der rechten Niere gestaltete sich zunächst regelhaft. Bei der Vorstellung am 25. August 2010 in der Klinik für Nephrologie des Universitätsklinikums E. wurde ein auf 1,8 ml/dl erhöhter Wert für Kreatinin (Wert zur Beurteilung der Nierenfunktion) festgestellt. In der Folgezeit kam es bei dem Kläger zu einem erneuten Schub der Colitis ulcerosa, der sich bis Ende des Jahres 2010 wiedereinstellen ließ.

Am 30. Mai 2011 stellte sich der Kläger erneut in der Klinik Nephrologie des Universitätsklinikums E. vor und berichtete über allgemeine Abgeschlagenheit und es wurde eine chronische Nierenkrankheit Stadium CKD 3 bei Zustand nach Nierenlebendspende rechts diagnostiziert. Mit Schreiben vom 11. Juli 2011 berichtete der Kläger den behandelnden Ärzten des Klinikums E. über eine permanente dauerhafte Müdigkeit. Der Facharzt für Allgemeinmedizin R. äußerte in seinem Schreiben vom 19. September 2011 seinen Verdacht auf ein Fatigue-Syndrom (englisch: chronic fatigue syndrom, abgekürzt CFS). Er führte aus, dass sich der Kläger von dem Eingriff nicht wieder richtig erholt habe. Neben einem Anstieg der Werte für Harnstoff und Kreatinin habe der Kläger zunehmend unter Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Mattigkeit und Schweißausbrüchen gelitten, so dass er seine zuletzt ausgeübte leitende Tätigkeit als Ingenieur nicht mehr adäquat ausüben könne. Dieser Zustand halte bis zum heutigen Tage an.

Am 19. Juli 2011 wurde bei dem Kläger in der Universitätsklinik E. der Wert für Testosteron bestimmt. Dieser erbrachte einen Wert von 9,88 nmol/l (Referenzbereich 8,4 bis 28,7 nmol/l).

Vom 6. Juli bis 11. Juli 2012 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in der medizinischen Klinik des Roten Kreuz Krankenhauses in B. und es wurde eine linksseitige tiefe

Beinvenenthrombose diagnostiziert und ein Mangel an Antithrombin-III festgestellt. Zur Abklärung der Beinvenenthrombose stellte sich der Kläger in der Gerinnungssprechstunde des MVZ w. für Laboratoriumsmedizin und Pathologie in H. vor. Eine Analyse der Gerinnungsparameter ergab mit 160 % (am 23. November 2012) bzw. 190 % (am 1. März 2013) einen erhöhten Wert für den Faktor VIII. Antithrombin-III war im Normbereich. Entgegen des Vorbefundes aus dem Roten Kreuz Krankenhaus war ein Antithrombin-III-Mangel nicht mehr nachweisbar.

Ab dem 24. September 2012 war der Kläger beim Internisten und Nephrologen Prof. H. in Behandlung. Der Kläger klagte über chronische Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsminderung, Kurzzeitgedächtnisprobleme, kurzes Erinnerungsvermögen, Vergesslichkeit und ein Schwindelgefühl und Prof. H. diagnostizierte ein CFS und ein Zustand nach Nephrektomie bei Lebendnierenspende an die Ehefrau sowie eine Niereninsuffizienz. Eine Testosteronspiegel-Untersuchung ergab Werte im niedrigen Normalbereich und es wurde eine chronische Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention (CKD Stadium II bis IIIa) und ein chronisches CFS diagnostiziert.

Mit Bescheid vom 9. November 2012 lehnte die Beklagte eine Anerkennung des Ereignisses vom 19. August 2010 als Arbeitsunfall ab und führte zur Begründung aus, dass sich der Kläger ca. 11 Monate nach der Organspende in die psychosomatische Abteilung der Uniklinik E. begeben habe und dort sei aufgrund psychologischer Faktoren ein Erschöpfungssyndrom diagnostiziert worden. Die Uniklinik E. habe mitgeteilt, dass weder Komplikationen noch von der Norm des Wiederherstellungsprozesses abweichende Erscheinungen aufgetreten seien. Nach der Organspende sei bei dem Kläger ein normaler Wiederherstellungsprozess beobachtet worden, so dass Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht in Anspruch genommen werden könnten. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein.

Am 4. Februar 2014 teilte Herr Dr. R. mit, dass bei dem Kläger keine neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen aktenkundig seien. Von ihm und Herrn Prof. H. sei die Diagnose eines CFS gestellt worden. Unabhängig davon leide der Kläger an typischen Anzeichen einer Nierenschwäche wie stark verringerter Leistungsfähigkeit, schneller Ermüdung, einem Kurzzeitgedächtnisverlust, stark trockener Haut und Vitaminmangel etc.

Aufgrund des Widerspruchs des Klägers gab die Beklagte ein psychiatrisches Gutachten bei Frau Dr. P. und ein neuropsychologisches Zusatzgutachten bei der Dipl.-Psychologin I. in Auftrag. Im neuropsychologischen Zusatzgutachten vom 10. Juni 2014 wurden bei dem Kläger eine krankheitsbedingte exekutive Dysfunktion mit entsprechenden kognitiven Defiziten im leicht bis mittelgradigen Bereich diagnostiziert. Von einer negativen Antwortverzerrung

war nicht auszugehen, da der Kläger eine gute Anstrengungsbereitschaft zeigte. Frau Dr. P. diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 13. August 2014 bei dem Kläger ein CFS. Eine depressive Störung und eine Angststörung schloss sie aus. Das CFS mit vermehrter Erschöpfung, verminderter Belastbarkeit, anhaltender Müdigkeit und Schwäche nach nur geringer körperlicher Anstrengung, dem Auftreten von Schmerzsyndrom des Bewegungs- und Haltungsapparates, Schlafstörungen, der Unfähigkeit zu entspannen, einer vermehrten Reizbarkeit/Affektibilität und kognitiven Funktionseinschränkungen (leicht bis mittelgradig ausgeprägte in Teilbereichen) bemaß sie ab 1. März 2011 mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30 vom Hundert (vH). Einen psychischen Vorschaden stellte die Gutachterin bei dem Kläger nicht fest und führte aus, dass vor der Nierenlebendspende eine psychosomatische Abklärung erfolgt sei, die keinerlei Hinweise auf einen psychischen Vorschaden oder eine Schädensanlage gezeigt habe.

Die Beklagte ließ sich zu dem Gutachten von Frau Dr. Wo. beraten, die am 10. September 2014 eine Stellungnahme erstellte. Frau Dr. Wo. gelangte in ihrer Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass auf neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet keine anzuerkennenden Unfallfolgen vorlägen. Sie führte zur Begründung aus, dass bei dem Kläger eine erhebliche Vorerkrankung in Form einer Colitis ulcerosa vorliege und er zudem unter einem niedrig normalen Testosteronspiegel leide, welche auch eine vermehrte Erschöpfung verursachten. Es bestünde kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem CFS und der Lebendnierenspende.

Daraufhin nahm Frau Dr. P. am 16. Oktober 2014 ergänzend Stellung und führte aus, dass aufgrund der greifenden Vermutungsregelung ein Zusammenhang vermutet werde. Ein niedriger Testosteronspiegel könne das komplexe Beschwerdebild nicht in dieser Gestalt und in diesem Umfang verursachen. Die bei dem Kläger ereignisunabhängigen körperlichen Grunderkrankungen seien berücksichtigt worden. Es habe vor der Nierenlebendspende ein psychisch stabiler Zustand vorgelegen

Daraufhin nahm Frau Dr. Wo. am 27. Oktober 2014 ergänzend Stellung und führte aus, dass sie die beschriebenen funktionellen Einschränkungen des Klägers nicht mit einer CFS nach Lebendnierenspende in Einklang bringen könne. Der Verdacht eines möglichen Zusammenhanges reiche nicht aus.

Am 22. Dezember 2014 erstattet der Facharzt für Innere Medizin Dr. M. seine Stellungnahme und ging von einer wesentlichen Verursachung der Niereninsuffizienz durch die Lebendnierenspende aus. Die Folgen bemaß er mit einer MdE von 20 vH. Er führte zur Begründung aus, dass vor der Nierenspende mit Werten von 83 bzw. 81 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> keine Einschränkung der glomerulären Filtrationsrate bestanden habe. Diese sei am 18. August 2011 mit einer Filtrationsrate von 41 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> erniedrigt gewesen und habe sich im Stadium drei der

Niereninsuffizienz befunden. Ein vergleichbarer Wert sei am 16. Dezember 2013 mit einer glomerulären Filtrationsrate von 43 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> festgestellt worden. Die im Juli 2012 aufgetretene tiefe Beinvenenthrombose führte Dr. M. nicht auf die Nierenspende und deren Folgen zurück. Er führte aus, dass die tiefe Beinvenenthrombose mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit auf einen Mangel an Antithrombin-III zurückzuführen sei. Dieser Mangel könne auf bestimmte Krankheitszustände zurückgeführt werden. Ein möglicher Krankheitszustand, der mit Nierenspende und der sich daraus resultierenden kompensierten Niereninsuffizienz im Zusammenhang stehen könne, wäre ein nephrotisches Syndrom, welches bei dem Kläger durchgängig nicht belegt sei. Ein genetisch bedingter Antithrombin-III-Mangel sei als Ursache wahrscheinlich.

In ihrer Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 führte Frau Dr. Wo. aus, dass das CFS zwar als Diagnose in den ICD-10 aufgenommen worden sei, es sich hierbei aber eher um ein Beschwerdekomples als um einen objektivierbaren, abgrenzbaren und zweideutig zu diagnostizieren Unfallschaden handele. Die Erkrankung des Klägers könne durch die chronisch entzündliche Darmerkrankung und den Testosteronmangel erklärt werden. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zum CFS über auslösende Wirkungszusammenhänge gebe es nicht. Ursachen und Krankheitsmechanismen seien ungeklärt.

Am 12. Februar 2015 führte Herr Dr. M. ergänzend aus, dass in den durchgeführten Gerinnungsanalysen im Gegensatz zum Erstbefund kein Antithrombin-III-Mangel mehr nachgewiesen werden können. Stattdessen sei der Faktor-VIII um 160 bis 190 % oberhalb der Norm erhöht gewesen. Eine Erhöhung des Faktor-VIII stelle ebenfalls ein Thromboserisiko dar. Bei dem Faktor-VIII handele es sich um ein akutes Phaseprotein, welches auch bei chronischen Entzündungszuständen, nach schweren Verletzungen, bei akuten Leberentzündungen oder unmittelbar nach Operationen erhöht sein könne. Ein Zusammenhang mit der Aktivität der Colitis ulcerosa sei diskutiert worden, da die stärkste Erhöhung des Faktor-VIII mit 190 % während eines Schubes der Colitis ulcerosa beobachtet worden sei. Eine Faktor-VIII-Erhöhung stehe in keinem Zusammenhang mit einer chronischen Niereninsuffizienz. Die Lebendnierenspende liege auch zu weit zurück, um postoperativ eine Erhöhung des Faktor-VIII begründen zu können. Aus diesem Grunde ergebe sich bezüglich des Zusammenhangs zwischen der tiefen Beinvenenthrombose und der Nierenlebendspende kein neuer Aspekt. Mit Widerspruchsbescheid vom 25. März 2015 gab die Beklagte den Widerspruch des Klägers teilweise statt und erkannte eine chronische Niereninsuffizienz Stadium drei als Folge des Arbeitsunfalls vom 19. August 2010 an. Sie gewährte dem Kläger eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH ab 20. August 2010. Eine vorbestehende Colitis ulcerosa, Psoriasis vulgaris, Polyarthralgien mit Impingement im Bereich der rechten Schulter, eine chronische Gastritis, eine Hyperurikämie, ein CFS, eine Faktor-VIII-Erhöhung und einem im Juli 2012 durchlittene Beinvenenthrombose wurden nicht als Folgen des Arbeitsunfalls anerkannt.

Am 27. April 2015 hat der Kläger die vorliegende Klage erhoben, mit der er sein Begehren weiterverfolgt.

Mit Bescheid vom 2. März 2021 hat die Beklagte eine arterielle Hypertonie als weitere Unfallfolge anerkannt. Die MdE hat die Beklagte weiterhin mit 20 vH eingeschätzt.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 19. November 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2015 und die Bescheide vom 16. Juni 2015 und 2. März 2021 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen eine nach einer Lebendnierenspende links (Nephrektomie) aufgetretenes chronisches Erschöpfungssyndrom (CFS), eine Faktor VIII-Erhöhung, eine Beinvenenthrombose links, einen Testosteronmangel und eine Hyperurikämie als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. August 2010 anzuerkennen und zu entschädigen, insbesondere ihm eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 80 vH zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Gericht hat Beweis erhoben gemäß § 106 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch die Einholung eines Gutachtens von Dr. We. Dieser hat in seinem Gutachten vom 23. Mai 2018 eine chronische Niereninsuffizienz Grad III als Folge des Arbeitsunfalls angenommen und mit einer MdE von 20 vH bewertet. Das CFS, die Faktor VIII-Erhöhung und die Beinvenenthrombose, den Testosteronmangel und die Hyperurikämie hat er nicht als Folgen des Versicherungsfalls angenommen. Zur Begründung hat der Gutachter in Bezug auf das CFS ausgeführt, dass sich nach aktueller Literaturrecherche nicht ergebe, dass es sich beim CFS um einen objektivierbaren, abgrenzbaren Körperschaden oder eine definierte, allgemein anerkannte Erkrankung handele. Anhand der Studien sei ein möglicher Kausalzusammenhang zwischen einer Lebendnierenspende und dem Auftreten des Beschwerdekompleses CFS nicht belegbar. In Bezug auf die Faktor VIII-Erhöhung und Beinvenenthrombose hat der Gutachter ausgeführt, dass eine Erhöhung der Faktor VIII-Aktivität auf Werte über 150 % Krankheitswert besitze und als etablierter Risikofaktor auf arterielle und venöse Gefäßverschlüsse gelte. Bei dem Faktor VIII handele es sich um ein akutes Phase-Protein, welches bei chronischen Entzündungszuständen, nach schweren Verletzungen, unmittelbar nach Operationen, aber auch bei akuten Leberentzündungen erhöht sein könne. Im vorliegenden Fall sei der höchste Wert für Faktor VIII mit 190 % als Hinweis auf ein akutes Phase-Protein im Rahmen eines akuten Schubes der bekannten Colitis ulcerosa bestimmt worden. Zwischen der erstmaligen Feststellung der Faktor VIII-Erhöhung und der Lebendnierenspende liege ein Zeitraum von zwei Jahren. Dieser Zeitraum

sei zu lang, um einen Kausalzusammenhang anzunehmen. Eine Nierenfunktionsstörung führe nicht zu einer Faktor VIII-Erhöhung. Den Testosteronmangel hat der Gutachter ebenfalls nicht als Folge der Nierenlebenspende angesehen und zur Begründung ausgeführt, dass der bei dem Kläger ermittelte Testosteronmangel am 19. Juli 2011 vergleichsweise niedrig gewesen sei, aber noch im Referenzbereich gelegen habe. Ein regelwidriger Körperzustand habe demnach nicht bestanden. Erst der fünf Jahre nach der Lebendniere spende ermittelte Testosteronwert sei erniedrigt gewesen. Gegen einen Zusammenhang mit der Lebendniere spende spreche der zeitliche Zusammenhang. Eine Lebendniere spende sei nicht mit einer relevanten Risikoerhöhung zum Erwerb eines Testosteronmangels vergesellschaftet. Ein erniedrigter Laborwert für Testosteron sei auch nicht gleichzusetzen mit einem definierten Gesundheitsschaden. In Bezug auf die Hyperurikämie hat der Gutachter ausgeführt, dass bereits vor der Lebendniere spende eine leichte Hyperurikämie bestanden haben. Bei dem Kläger liege ein sehr leichter und schwankender Anstieg der Harnsäurekonzentrationen vor. Es sei möglich, dass dieser Anstieg auf die Lebendniere spende zurückzuführen sei. Ebenso sei möglich, dass der leichte und schwankende Anstieg der Harnsäurekonzentration im Blut dem Verlauf der Harnsäurekonzentration im Blut ohne stattgehabten Lebendniere spende darstelle. Indes stellten die schwankenden, gering erhöhten Harnsäurespiegel keinen Gesundheitsschaden dar, zumal der Kläger offensichtlich nicht unter Gichtanfällen als Folge erhöhter Harnsäurespiegel leide.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Gutachtens wird auf Bl.331 ff der Gerichtsakte verwiesen.

Das Gericht hat die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten beigezogen. Diese und die Prozessakte waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Grundlage der Entscheidungsfindung.

## **Entscheidungsgründe**

Die Klage ist zulässig und teilweise begründet.

Der Bescheid vom 9. November 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2015 und der Bescheid vom 2. März 2021 sind teilweise rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten.

Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 26 Abs 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch — Gesetzliche Unfallversicherung -, SGB VII) sind dann zu gewähren, wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist. Nach § 7 Abs 1 SGB VII sind Versicherungsfälle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind Unfälle, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden (§ 8 Abs 1 Satz 1 SGB VII).

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 ursächlichen 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, wird vermutet, dass diese hierdurch verursacht worden sind (§ 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Dies gilt nicht, wenn offenkundig, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht.

Bei dem Kläger ist durch die Organspende eine chronische Niereninsuffizienz Grad III der noch verbliebenen Niere und ein Bluthochdruck entstanden, den die Beklagte bereits als Folgen des Versicherungsfalls anerkannt hat. Darüber hinaus ist bei dem Kläger ein Gesundheitsschaden in Form eines CFS entstanden. An dem Vorliegen eines CFS hat die Kammer keinerlei Zweifel. Die Diagnose eines CFS wurde durch den Allgemeinmediziner R., Prof. H. und Dr. P. gestellt. Hinweise für eine Aggravation oder Simulation finden sich bei dem Kläger nicht. Die von Frau Dr. Wo. und auch Dr. We. geäußerten Zweifel am Vorliegen eines sogenannten CFS beziehen sich auf die Diagnose eines CFS an sich. So hat Frau Dr. Wo. wie auch später Dr. We. ausgeführt, dass es sich bei dem CFS eher um einen Beschwerdekomples als um einen objektivierbaren, abgrenzbaren und unzweideutig zu diagnostizierenden Unfallschaden handele. Diese Kritik an der Diagnose vermag die Kammer nicht zu teilen. Das CFS wurde unter der Ziffer G93.3/F48.0 in den ICD-10 aufgenommen. Es handelt sich um eine anerkannte Erkrankung, die danach auch als Folge eines Arbeitsunfalls anerkannt werden kann. Zur Überzeugung der Kammer hat der Kläger im Nachgang zu der Lebendnierenspende ein CFS entwickelt. Aufgrund der Regelung des § 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII wird die Lebendnierenspende als ursächlich für die Entwicklung des CFS angesehen. Nach den medizinischen Erkenntnissen besteht die Möglichkeit der Entwicklung eines CFS nach einer Lebendnierenspende (so auch SG Speyer, Urteil vom 8. Oktober 2018, Az. 11 U 40/15), so dass die Voraussetzungen des § 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII erfüllt sind. Entgegen der von der Beklagten und anderen (SG Detmold Urteil vom 29. Januar 2016, Az. 24 KR 314/13, Schönberger/MehrtensNalentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Seite 1024) vertretenen Auffassung bedarf es nicht allgemein anerkannter medizinischer Erfahrungssätze (so auch Ricke in: Kasser Kommentar § 12a SGB VII RdNr. 8), nach denen eine Lebendnierenspende generell geeignet ist, ein CFS zu verursachen. § 12a SGB VII wurde durch Artikel 2c des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juli 2012 eingeführt. In der BT-Drucksache 17/9773 heißt es hierzu, dass der im Gesetz vorgezeichnete Weg über die gesetzliche Unfallversicherung konsequent weitergeführt werde und der Gesetzgeber eine Empfeh-



lung der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages in ihrem Zwischenbericht vom 17. März 2005 (Drucksache 15/5050) gefolgt sei, Die Enquete-Kommission hatte gefordert, dass der Unfallversicherungsschutz das gesamte gesundheitliche Risiko des Organspenders im Zusammenhang mit der Organspende absichern solle und hatte auf in der Regel vorliegende erhebliche Beweisprobleme hingewiesen (BT-Drucksache 15/5050, Seite 62). Die von der Beklagten und anderen vorgenommene Auslegung der Norm, nach der die gesetzliche Vermutung des § 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII voraussetzt, dass nach dem Stand der allgemein medizinischen Lehrmeinung die Spende generell geeignet ist, den konkreten Spätschaden zu verursachen widerspricht, zum einen dem ausdrücklichen Wortlaut der Norm und zum anderen dem Willen des Gesetzgebers, wie er in der BT-Drucksache zum Ausdruck gekommen ist. Zutreffend ist, dass die Ursache eines CFS ungeklärt und Gegenstand verschiedener Studien ist. Indes ist der Umstand, dass sich ein CFS nach einer Nierenlebendspende entwickeln kann von zahlreichen Ärzten und Studien geschildert worden (Giessing et al. DMW (2004), Seite 1047 ff., Reimer et al. Transplantation (2006), 81 (9): 1268-73, Meier et al., BMC Nephrology (2016) 17:8, Rodrigue et. Al., J Clin Psychol med Settings (2015) 22: 160-168). Danach ist auch das CFS neben der chronischen Niereninsuffizienz und dem Bluthochdruck als Folge des Versicherungsfalls anzuerkennen und zu entschädigen. Der bei dem Kläger grenzwertig niedrige Testosteronspiegel und auch die Colitis ulcerosa können das bei dem Kläger vorliegende komplexe Beschwerdebild nicht erklären, worauf Frau Dr. P. überzeugend hingewiesen hat. Der Kläger litt bereits vor der Nierenspende unter Colitis ulcerosa und war leistungsfähig. Die bei ihm aufgetretenen massiven Erschöpfungszustände mit Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Mattigkeit und Schweißausbrüchen sind erst nach der Nierenlebendspende aufgetreten. Im neuropsychologischen Zusatzgutachten sind leicht bis mittelgradige Einschränkungen festgestellt worden, die Frau Dr. P. in nicht zu beanstandender Weise in ihrem Gutachten vom 13. August 2014 mit einer MdE von 30 vH bewertet hat. Zusammen mit der bereits anerkannten Niereninsuffizienz ergibt sich insgesamt eine MdE von 40 vH. Die Niereninsuffizienz ist nach den überzeugenden Ausführungen des Dr. M. und des Dr. We. mit einer MdE von 20 vH zu bewerten. Die Einschätzung der Gutachter überzeugt, da sie allgemein anerkannten medizinischen Erfahrungssätzen entspricht. Nach diesen (Schönberger/MertensNalentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Seite 1023) wird eine Niereninsuffizienz mit einer mittelgradig herabgesetzten glomerulären Filtrationsrate, Stadium 3 mit einer MdE von 20 bis 30 vH bewertet, wenn bei Serumkreatininwerten weniger als 2 ml/dl die Kreatinin-Clearance auf etwa 35 bis 50 ml/min erniedrigt ist. Bei dem Kläger wurde ein Serumkreatinin von 1,72 und eine Kreatinin-Clearance von 46 (vor der Nierenspende 86) festgestellt, so dass die MdE im unteren Bereich des Rahmens anzusiedeln ist, Die MdE von 20 vH für die chronische Niereninsuffizienz und die MdE von 30 vH für das CSF können nicht addiert werden, da sich beide Erkrankungen in ihren Funktionsbeeinträchtigungen teilweise überschneiden. Auch eine chronische Niereninsuffizienz

geht mit Erschöpfungszuständen einher. Der ebenfalls als Arbeitsunfallfolge anerkannte Bluthochdruck hat mit einer MdE von 10 vH keine Auswirkungen auf die MdE. Es handelt sich auch um ein Behandlungsleiden ohne Funktionsbeeinträchtigungen und damit ohne Auswirkungen auf die MdE.

Die Kammer vermochte sich nicht davon zu überzeugen, dass die weiteren Erkrankungen, die der Kläger als Folgen des Arbeitsunfalls geltend macht, Folge des Arbeitsunfalls sind. Dr. M. hat, wie später auch Dr. We., für die Kammer überzeugend und nachvollziehbar ausgeführt, dass bei dem Kläger kein Zusammenhang zwischen der tiefen Beinvenenthrombose und der Nierenlebenspende besteht. Herr Dr. M. hat die tiefe Beinvenenthrombose mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einen Antithrombin-III Mangel zurückgeführt, der nicht in Zusammenhang mit der Spende steht. Denkbar wäre ein solcher Zusammenhang mit einem nephrotischem Syndrom, welches bei dem Kläger nicht vorliegt. Als nachgewiesen thromboseerhöhender und von der Nierenspende unabhängiger Faktor ist bei dem Kläger ein erhöhter Faktor VIII-Wert festgestellt worden. Bei dem Faktor VIII handelt es sich um ein akutes Phase-Protein, welches bei chronischen Entzündungszuständen auftreten kann. Der höchste Wert (190%) wurde bei dem Kläger im Rahmen eines Colitis-Schubes bestimmt, so dass die Kammer eine wesentliche Verursachung der Faktor VIII-Erhöhung und der später eingetretenen Beinvenenthrombose mit der Colitis des Klägers annimmt. Eine Faktor VIII-Erhöhung steht nach den überzeugenden Ausführungen des Dr. M. mit einer chronischen Niereninsuffizienz nicht in Zusammenhang. Auch den vom Kläger angenommenen Zusammenhang zwischen seinem Testosteronmangel und der Organspende sieht die Kammer nicht. Überzeugend hat Dr. We. ausgeführt, dass der Wert am 19. Juli 2011 zwar bereits vergleichsweise niedrig war, mit 9,88 aber noch im Referenzbereich lag, so dass sich zu diesem Zeitpunkt kein regelwidriger Körperzustand und damit keine Krankheit feststellen ließ. Erst fünf Jahre nach der Spende, nämlich am 18. August 2015 ist ein erniedrigter Wert festgestellt worden. Die Kammer folgt diesbezüglich den Ausführungen des Dr. We., nach denen der zeitliche Zusammenhang gegen eine Verursachung des Testosteronmangels durch die Lebendnierenspende spricht. Selbst wenn man diesen Gesundheitsschaden als Folge der Lebendnierenspende anerkennen würde, würde dies nach Auffassung der Kammer nicht zu einer Erhöhung der MdE führen, da es sich hierbei zum einen um ein Behandlungsleiden handelt und zum anderen die MdE für die durch einen niedrigen Testosteronspiegel verursachte vermehrte Erschöpfung komplett in der MdE von 30 vH für das von der Kammer als Unfallfolge angenommene CFS aufgehen würde. In Bezug auf die Hyperurikämie folgt die Kammer ebenfalls den Ausführungen des Dr. We., der aufgrund der schwankenden, gering erhöhten, Harnsäurespiegel im Blut bereits keine Erkrankung feststellen konnte. Im übrigen war bereits vor der Lebendnierenspende bei dem Kläger der Wert im oberen Bereich des Referenzbereiches nämlich mit 6,5 mg/dl am 19.

Februar 2009 (Referenzbereich 3,5 bis 7,2 mg pro dl) bzw. ein erhöhter Wert von 7,5 mg festzustellen. Die nach der Lebendnierenspende festgestellten Werte schwankten zwischen 6,8 und 8,7.

Die Kostenentscheidung beruht auf s 193 SGG

