

L 4 V 24/05

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung

4

1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 7 V 1123/02

Datum
03.02.2005

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

L 4 V 24/05
Datum

06.12.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 3. Februar 2005 sowie der Bescheid des Beklagten vom 5. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2002 aufgehoben und der Beklagte verurteilt, der Klägerin ab dem 1. Januar 2001 Hinterbliebenenrente nach § 38 BVG zu gewähren.

Der Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin für beide Rechtszüge zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über den Anspruch der Klägerin auf Hinterbliebenenrente nach § 38 Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Die Klägerin ist Witwe des 1921 geborenen und 2000 verstorbenen A. (im Folgenden: Beschädigter). Dieser erhielt von dem Beklagten neben anderen Leistungen Versorgung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 100 v.H., wobei u. a. als Schädigungsfolge zu Nr. 1 anerkannt war: Verlust des linken Oberschenkels im unteren Drittel mit ungünstiger, teilweise schmerzhafter und verhärteter Stumpfnarbe mit tastbarer Myogelose an der Stumpfrückfläche und belastenden Phantomschmerzen; Neigung zu Fistelbildungen mit entzündlichen Reaktionen.

Ausweislich des Behandlungsberichts des KU.Hospitals A-Stadt vom 29. Dezember 2000 wurde der Beschädigte dort am 4. Dezember 2000 von seinem Hausarzt Dr. M. eingewiesen mit massiven Schmerzen im Stumpfbereich des linken Oberschenkels (Zustand nach Unterschenkelamputation 1944), nachdem auswärtig bereits eine Schmerztherapie begonnen worden war. Am 22. Dezember 2000 ergab sich eine plötzliche Entwicklung steigender Entzündungsparameter sowie Husten. Über der Lunge beidseits basal am 22. Dezember 2000 waren mittelgradige Rasselgeräusche auskultierbar. Es kam rasch zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, wobei der Beschädigte auf die Intensivstation verlegt wurde. Trotz ausgedehnter intensiv-medizinischer Bemühungen gelang es nicht, den Allgemeinzustand wieder zu stabilisieren. Der Beschädigte verstarb 2000 bei katecholamin-resistentem myokardialen Versagen auf dem Boden respiratorischer Insuffizienz bei beidseitiger Pneumonie. Dem entspricht der Leichenschauschein der Klinik von 2000, wonach die unmittelbare Todesursache als Folge eines Zustandes einer respiratorischen Insuffizienz (Stunden vor dem Tode) und als Folge einer beidseitigen Pneumonie (Tage vor dem Tode) eintrat. Andere wesentliche Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen waren ein Diabetes mellitus, ggf. Hypertonus, Z.n. Rektumkarzinom, Z.n. Oberschenkelamputation links. Eine Obduktion wurde nicht durchgeführt.

Am 1. Februar 2001 stellte die Klägerin einen Antrag auf Hinterbliebenenversorgung, den der Beklagten nach Einholung einer Stellungnahme von Dr. B. vom 26. Juni 2001 mit Bescheid vom 5. Juli 2001 ablehnte. In der Begründung wies der Beklagte darauf hin, dass der Tod des Beschädigten durch ein Herzversagen im Rahmen einer Lungenerkrankung eingetreten sei. Ein ursächlicher Zusammenhang mit den anerkannten Schädigungsfolgen habe nicht bestanden. Damit sei der Tod nicht als Folge der anerkannten Schädigungen eingetreten und eine Witwenrente gemäß § 38 BVG stehe der Klägerin nicht zu.

Dagegen legte die Klägerin am 2. August 2001 Widerspruch ein. Der Beklagte holte in der Folgezeit ein internistisches Gutachten nach Aktenlage bei Dr. A. (Internist) ein. Dieser legte dar, der Krankheitsverlauf lasse erkennen, dass die stationäre Behandlung zwar auch wegen Schmerzen im Bereich des linken Stumpfes stattgefunden habe, der Befund im Bereich des Stumpfes aber als leichtgradig wenn auch schmerzhaft bezeichnet worden sei. Er habe keine wesentliche Schwächung des Organismus verursacht. Vielmehr sei die Schwächung von

einer protrahierten bakteriellen Darmentzündung ausgegangen. Darüber hinaus hätten weitere internistische Leiden wie ein Diabetes mellitus und eine Hypertonie mit Aortensklerose vorgelegen. Da nach einer Besserung des klinischen Zustandes der Beschädigte einer Krankengymnastik habe zugeführt werden können, könne auch nicht von einer Lungenentzündung bei körperlicher Inaktivität im Liegen ausgegangen werden. Vielmehr hätten die schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen zum Auftreten einer Lungenentzündung mit anschließendem Tod geführt. Den anerkannten Schädigungsfolgen sei eine annähernd gleichwertige Bedeutung beim Zu-Stande-Kommen des Todes nicht beizumessen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31. Juli 2002 wies der Beklagte den Widerspruch zurück, wobei er sich im Wesentlichen auf die Feststellungen von Dr. A. bezog.

Dagegen hat die Klägerin am 27. August 2002 Klage bei dem Sozialgericht Wiesbaden erhoben. Das Sozialgericht hat einen Arztbericht des Dr. N. (Internist, A-Stadt) vom 17. Juli 1998, einen Behandlungsbericht vom 5. Januar 2001 nebst Krankenblatt des Dr. H. (Anästhesist, E.) sowie einen Befundbericht nebst Krankenblatt des Hausarztes Dr. M. (Allgemeinmedizin, A-Stadt) vom 25. Februar 2003 beigezogen. Weiter hat das Sozialgericht ein internistisches Gutachten nach Aktenlage bei Dr. C. (Internist, A-Stadt) vom 17. März 2004 nebst ergänzender Stellungnahme vom 22. Juni 2004 eingeholt. Der Sachverständige hat im Gutachten die Auffassung vertreten, dass die Pneumonie, die letztlich zum Tode geführt habe, von ihrer Behandelbarkeit vorrangig vom Allgemeinzustand des Patienten abhängige. Der rasch eingetretene körperliche Verfall des Beschädigten könne weder auf das 1997 operierte Colonkarzinom noch auf die erhebliche Schmerzhaftigkeit im Stumpfbereich des linken Oberschenkels zurückgeführt werden. Eine maßgebliche, wenn nicht entscheidende Rolle bei der Entwicklung der dramatischen Verschlechterung des Allgemeinbefindens komme offenbar dem Diabetes mellitus IIb zu, denn im Abschlussbericht des KU.Hospitals werde mitgeteilt, dass es starke Blutzuckerschwankungen gegeben habe. Auch im Laborbefundbericht sei ein HbA 1c von 10 % und damit eine schwer wiegende Entgleisung des Diabetes mellitus erwähnt worden. Daraus ergebe sich, dass der Tod des Beschädigten nicht Folge einer anerkannten Schädigung sei. Im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. Juni 2004 hat sich der Sachverständige mit der von der Klägerin angeführten nosokomialen Infektion auseinander gesetzt und insoweit ausgeführt, dass die Klägerin insoweit in unzulässiger Weise den Eintritt der nosokomialen Infektion (hier: Pneumonie) und andererseits den tödlichen Ausgang dieser Erkrankung als eine in sich geschlossene Einheit darstelle. Diese Auffassung wäre nur dann ggf. zu bestätigen, wenn jede Pneumonie im Rahmen einer nosokomialen Infektion zwangsläufig mit dem Tode des Patienten enden müsste. Der Sachverständige hat weiterhin die Auffassung vertreten, der entgleiste Diabetes mellitus habe die Abwehrkräfte des Beschädigten wesentlich reduziert.

Mit Urteil vom 3. Februar 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat das Sozialgericht ausgeführt, dass die Schmerzen am Stumpf, die auf eine anerkannte Schädigungsfolge zurückgehen würden, zwar eine Mitursache für die Einlieferung in das Krankenhaus gewesen seien. Damit stelle die anerkannte Schädigungsfolge eine Ursache im Sinne des naturwissenschaftlich-philosophischen Kausalitätsbegriffs für den Tod dar, denn wäre der Ehemann wegen seiner Stumpfverletzung nicht in das Krankenhaus eingeliefert worden, hätte er dort keine Lungenentzündung erlitten, die wiederum zum Herzversagen und dem Tod geführt habe. Allerdings habe es sich dabei nicht um eine wesentliche Bedingung für den Tod gehandelt. Denn aufgrund der nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Dr. C. gehe die Kammer davon aus, dass sich die Lungenentzündung nur deshalb so dramatisch bei dem Beschädigten hätte auswirken können, so dass sie letztlich zum Tod führte, weil der Allgemeinzustand des Beschädigten zu einer Reduzierung seiner Abwehrkräfte gegenüber der Infektion geführt habe. Todbringend seien danach Krankenhausinfektionen nur dann, wenn sie auf einen geschwächten Organismus träfen. Der verschlechterte Allgemeinzustand sei aber nicht wesentlich auf die anerkannten Schädigungsfolgen zurückzuführen. Wie sich aus dem Bericht des KU.Hospitals ergebe, sei während des Krankenhausaufenthaltes eine dramatische Verschlimmerung der Weichteilinfektion am Stumpf nicht eingetreten.

Gegen das der Klägerin am 12. April 2005 zugestellte Urteil hat diese am 11. Mai 2005 Berufung bei dem Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt.

Der Senat hat zunächst eine weitere ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. C. vom 17. November 2005 eingeholt, weiter hat er sodann ein internistisches Gutachten nach Aktenlage bei Dr. D. (D-Stadt) vom 11. Mai 2006 nebst ergänzender Stellungnahme vom 15. August 2006 eingeholt. Der Sachverständige ist zu dem Ergebnis gelangt, dass die Schädigung zwar mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht als alleinige Ursache für den Tod des Beschädigten anzusehen sei. Die maßgebliche Ursache für den Tod sei die unter Krankenhausbedingungen entstandene nosokomiale Pneumonie beidseits anzusehen. Hierbei handele es sich um eine spezielle unter Krankenhausbedingungen mit Problemkeimen abgelaufene Infektion, die im Falle einer derartigen Infektion circa 15 % von Krankenhausinsassen betreffe und dann wiederum in circa 50 % der Fälle zum Tode führe. Aus den Berichten des behandelnden Hausarztes sowie des behandelnden Schmerztherapeuten sei zu entnehmen, dass unter ambulanten Bedingungen ein nicht ausreichend behandelbarer Schmerzzustand infolge der schädigungsabhängigen Leiden Anlass für die stationäre Aufnahme gewesen sei. Dem Behandlungsbericht des KU.Hospitals sei nicht zu entnehmen, dass das Durchfalleiden zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme in seiner Bedeutung als hauptwertig zu betrachten sei. Vielmehr sei das Auftreten von "rezidivierend Diarrhöe" im Rahmen der Anamnese miterwähnt worden. Die Annahme, dass durch den protrahierten bakteriellen Darminfekt eine Schwächung des Allgemeinzustandes hervorgerufen worden sei, sei nicht nachvollziehbar, da dieser Effekt eindeutig überwunden gewesen sei, da an eine Verlegung in die orthopädische Klinik beziehungsweise Entlassung gedacht worden sei. Auch die Leiden wie Diabetes mellitus und Hypertonie seien isoliert betrachtet ebenfalls keine Begründung für das Auftreten der nosokomialen Pneumonie, der Diabetes mellitus nach Abklingen des Darminfekts kompensiert gewesen sei und eine Hypertonie ohnehin nicht mit irgendwelchen Auswirkungen auf die Immunkompetenz des Organismus zu verbinden sei.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass der Tod des Beschädigten mittelbar durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sei. Denn die erheblichen Stumpfbeschwerden seien die Ursache für die Krankenhauseinweisung gewesen. Dies werde nunmehr durch das Gutachten des Dr. D. bestätigt.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 3. Februar 2005 sowie den Bescheid des Beklagten vom 5. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2002 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihr ab dem 1. Januar 2001 Hinterbliebenenrente nach § 38 BVG zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte vertritt die Auffassung: Zwar könne dem Sachverständigen Dr. D. insoweit gefolgt werden, dass der Beschädigte an einer während des Krankenhausaufenthaltes erworbenen nosokomialen Infektion der Lunge verstorben sei. Diese nosokomiale Infektion wäre dann aber, wenn die Einweisung in das Krankenhaus in wesentlicher Weise durch schädigungsabhängige Gesundheitsstörungen herbeigeführt worden wäre, als mittelbare Schädigungsfolge anzusehen. Allerdings könne man gerade diese Überzeugung nicht gewinnen, da die Krankenhauseinweisung nicht aufgrund der anerkannten Schädigungsfolgen bedingt sei. Denn aus dem Befundbericht des Dr. M. vom 25. Februar 2003 ergebe sich, dass ein stationärer Aufnahmetermin im KU.Hospital zur Abklärung im Sinne einer eventuellen Knochenmetastasierung bei Zustand nach Rektumexstirpation bei Rektumkarzinom 1997 und Anlage eines protektiven Transversostomas vereinbart gewesen sei. Von einem Zusammenhang mit den anerkannten Schädigungsfolgen sei nicht die Rede. Auch aus dem Behandlungsbericht des Schmerztherapeuten Dr. H. gehe hervor, dass die stationäre Einweisung zur Vornahme einer längst überfälligen Tumornachsorge vorgeschlagen worden sei. Außerdem sei die Einweisung in die Medizinische Klinik II (Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankheiten) erfolgt.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen sowie wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakten des Beklagten sowie die Gerichtsakten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist auch begründet.

Der Bescheid des Beklagten vom 5. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2002 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Ihr steht aufgrund ihres Antrags vom 1. Februar 2001 Witwenrente ab 1. Januar 2001 zu. Das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 3. Februar 2005 war daher aufzuheben.

Gemäß § 38 Abs. 1 BVG hat die Witwe, sofern ein Beschädigter an den Folgen einer Schädigung gestorben ist, Anspruch auf Hinterbliebenenrente. Der Tod gilt stets dann als Folge einer Schädigung, wenn ein Beschädigter an einem Leiden stirbt, das als Folge einer Schädigung rechtsverbindlich anerkannt und für das ihm im Zeitpunkt des Todes Rente zuerkannt war. Zur Überzeugung des Senats besteht ausgehend von der anerkannten Schädigungsfolge bezüglich der Oberschenkelamputation bis zu dem Tod des Beschädigten eine durchgehende Kausalkette. Denn die Schädigungsfolge war wesentliche Ursache für die Krankenhausbehandlung. Der stationäre Aufenthalt dort war die mit Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursache für die nosokomiale Infektion (Pneumonie) und diese zumindest mit Wahrscheinlichkeit wiederum für den Tod des Beschädigten. Nach der im Versorgungsrecht herrschenden Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung ist maßgeblich, dass von den Bedingungen, die bei der Entstehung der Schädigung mitgewirkt haben, nicht jeder Umstand, der irgendwie zum Erfolg beigetragen hat, als rechtlich beachtlich anzusehen ist. Es sind also nicht alle Bedingungen des Erfolges, wie es der naturwissenschaftlich-philosophischen Lehre der Ursächlichkeit entspricht, in ihrer Gesamtheit als Ursache gleichwertig zu behandeln. Vielmehr muss zwischen den Bedingungen des Erfolgs, die im Rechtssinn als Ursache zu gelten haben, und solchen, die es nicht sind, unterschieden werden, und die Unterscheidung im Einzelfall aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden. Als Ursache sind nur die Bedingungen zu verstehen, die wegen ihrer besonderen Beziehungen zum Erfolg diesen wesentlich herbeigeführt haben. Entscheidend ist also, ob der versorgungsrechtlich relevante Sachverhalt einzige Bedingung oder eine von mehreren Bedingungen für den Eintritt des Erfolgs gewesen ist, wobei die Ursache im Sinne des BVG diejenige Bedingung ist, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg nach der natürlichen Betrachtungsweise zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Haben mehrere Bedingungen in gleicher Weise, d.h. gleichwertig oder annähernd gleichwertig zum Erfolg beigetragen, ist jede von ihnen Ursache im Sinne des BVG. Kommt aber einer Bedingung gegenüber den anderen Bedingungen überwiegende Bedeutung zu, ist diese Bedingung rechtlich allein Ursache (vgl. Wilke-Fehl, § 1 Rdnrn. 67, 69 m.w.N.). Dabei verlangt das Gesetz die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Wahrscheinlichkeit ist insoweit gegeben, wenn nach der geltenden ärztlichen-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (vgl. Wilke-Fehl, § 1 Rdnr. 65 m.w.N.).

Vorliegend steht aufgrund des Behandlungsberichts des KU.Hospitals A-Stadt vom 29. Dezember 2000 und des Befundberichts des Dr. M. zur Überzeugung des Senats fest, dass die Ursache für die Einweisung in das Krankenhaus des Beschädigten am 4. Dezember 2000 die massiven Schmerzen im Stumpfbereich des linken Oberschenkels gewesen sind. So führt Dr. M. aus, dass er den Beschädigten am 27. November 2000 zu einem Schmerztherapeuten (Dr. H.) überwiesen habe. Da diese vom Schmerztherapeuten eingeleitete Therapie zu keiner wesentlichen Besserung der Schmerzsymptomatik geführt habe, habe er mit dem Beschädigten und der Klägerin einen stationären Aufnahmetermin im KU.Hospital zur Abklärung vereinbart. Auch im Behandlungsbericht des KU.Hospitals A-Stadt heißt es wörtlich: "Herr A. wurde eingewiesen mit massiven Schmerzen im Stumpfbereich des linken Oberschenkels (Zustand nach Unterschenkelamputation 1944). Auswärtig war bereits eine Schmerztherapie begonnen worden." Es trifft auch nicht zu, wie der Beklagte meint, dass Dr. H. eine stationäre Behandlung wegen einer Tumornachsorge empfohlen habe. Vielmehr war dort eine ambulante Behandlung wegen der Schmerzproblematik beabsichtigt. Zur symptomatischen Behandlung der Schmerzen wurde dem Beschädigten ein Morphinpräparat sowie zur Verbesserung des Nachtschlafs ein Medikament verordnet. Zur Kontrolle und gegebenenfalls Dosisanpassung war eine Wiedervorstellung nach einer Woche vereinbart worden. Im Behandlungsbericht des Dr. H. findet sich auch die Aussage des Beschädigten, dass er zur Diarrhöe neige. Da diese Therapie zu keiner Besserung der Schmerzsymptomatik führte, veranlasste Dr. M. eine stationäre Aufnahme im KU.Hospital. Dort sollte abgeklärt werden, ob es zu einer eventuellen Knochenmetastasierung bei Zustand nach Rektumexstirpation bei Rektumkarzinom 1997 und Anlage eines prospektiven Transversostomas gekommen ist. Daraus ergibt sich aber ohne weiteres, dass der Zustand des amputierten Oberschenkels der Einweisungsgrund war. Von daher ist die Aufnahme in die Medizinische Klinik II des KU.Hospitals nach Auffassung des Senats auch nicht ungewöhnlich, da dort neben Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankheit auch eine onkologische Schwerpunktambulanz ist. Ausgehend von dem Verdacht, dass das Rektumkarzinom ursächlich für die massiven Schmerzen am Oberschenkelstumpf sein könnte, ist eine Aufnahme in die onkologische Klinik nachvollziehbar, ändert insoweit aber nichts an der Tatsache, dass Grund für die Einweisung der Zustand am Oberschenkelstumpf gewesen ist. Der Senat folgt dem Sachverständigen Dr. D. auch dahingehend, dass die außerdem vorliegende Durchfallerkrankung ganz offensichtlich nicht der Grund für die Krankenhauseinweisung gewesen ist. Zum einen finden sich weder in dem Befundbericht des Dr. M. hierfür Anhaltspunkte, obwohl sich aus dem vorgelegten Krankenblatt ergibt, dass dem Beschädigten am 1. Dezember 2000 ein Rezept für das Medikament Imodium ausgestellt wurde. In dem Krankenblatt heißt es weiter unter

dem 4. Dezember 2000:" Einweisung KU. (= KU.Hospital) mit massiven Schmerzen; Phantomschmerzen; DD Knochenfiliae".

Zwischen den Beteiligten ist nunmehr unstrittig, dass der Beschädigte im Rahmen des stationären Aufenthalts eine nosokomiale Infektion erlitten hat und diese Infektion nach wenigen Tagen zum Tode führte. Sowohl die nosokomiale Pneumonie wie auch der Tod des Beschädigten sind mittelbare Schädigungsfolgen. Sie knüpfen an die Amputation des linken Oberschenkels an. Diese mittelbaren Schädigungsfolgen werden versorgungsrechtlich wie unmittelbare Schädigungsfolgen behandelt. Als mittelbare Folgen einer Schädigung gelten Gesundheitsstörungen, die zwar unabhängig von dem schädigenden Vorgang selbst entstehen, bei deren Zustandekommen die anerkannte Schädigungsfolge aber wesentlich mitgewirkt hat. Üblicherweise unterscheidet man hier zwischen zwei Arten der mittelbaren Folgen der Schädigung, dem Folgeschaden und der mittelbaren Schädigungsfolgen im engeren Sinne. Letztere wird durch das Zusammenspiel der als Schädigungsfolge anerkannten Gesundheitsstörung und einer Einwirkung von außen verursacht (Wilke-Fehl, Soziales Entschädigungsrecht, 7. Auflage, § 1 Rdnr. 70).

Aufgrund des Sachverständigengutachtens des Dr. D. steht fest, dass zum Zeitpunkt der Infektion der Beschädigte sich in einem stabilisierten und damit entlassungswürdigen Zustand befunden hat. Der Diabetes mellitus war nicht dekompensiert. Eine relevante Einschränkung der Immunabwehr war nicht erkennbar. Zeichen einer Mangelernährung waren ebenfalls zum Zeitpunkt der Infektion nicht dokumentiert, da sich der Patient klinisch deutlich gebessert hatte und die für die Durchfallerkrankung verantwortliche *Campylobacter*-Infektion offensichtlich überwunden war. Für diese Annahme spricht überdies auch, dass im Rahmen des stationären Aufenthalts durchaus belastende Untersuchungen durchgeführt wurden (Gastroskopie, Koloskopie, Echokardiographie, Knochenszintigraphie). Man hatte bereits mit Krankengymnastik bezüglich des rechten Knies und des Sprunggelenks begonnen. Soweit der Sachverständige Dr. C. darauf hinweist, dass ein schlechter Allgemeinzustand des Beschädigten Ursache für den Tod sei und er insbesondere den Diabetes mellitus hierfür verantwortlich macht, kann dem nicht gefolgt werden. Letztlich stellt die These des Dr. C. eine reine Vermutung dar. Von einem schlechten Allgemeinzustand wegen des Diabetes mellitus wird in dem Behandlungsbericht des KU.Hospitals an keiner Stelle gesprochen, vielmehr heißt es dort, dass - vor der Infektion - "nach Einstellung des entgleisten Diabetes und des arteriellen Hypertonus" eine Verlegung in die Orthopädische Klinik geplant war. Von einer raschen Verschlechterung des Allgemeinzustandes wird erst infolge der nosokomialen Infektion gesprochen. Auch der Durchfallerkrankung kommt offensichtlich keine größere Bedeutung zu. Denn in dem Behandlungsbericht des KU.Hospitals heißt es, dass ein "seit längerer Zeit persistierender Diarrhöe" bestehe. Auch im Behandlungsbericht des Dr. H. wird - nebenbei - im Rahmen der Anamneseerhebung erwähnt, dass der Beschädigte zu Diarrhöen neige.

Der Sachverständige Dr. D. weist auch nach, dass das Alter des Beschädigten nur einen geringen Risikofaktor für die nosokomiale Infektion darstellt. Mit einer dreifach höheren Wertigkeit ist der so genannte "Late onset" (Erkrankung ab dem fünften Tag Krankenhausaufenthalt) verantwortlich. Das bedeutet, dass jeder einzelne Tag eines Krankenhausaufenthaltes das Risiko steigert, eine nosokomiale Pneumonie zu erleiden. Dieses Risiko hat sich bei dem Beschädigten verwirklicht. Damit kommt dem Umstand, dass der Beschädigte wegen seiner Stumpfbeschwerden überhaupt eine längere Krankenhausbehandlung durchführen musste, im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung die ausschlaggebende Bedeutung zu. Sein Alter und seine sonstigen Erkrankungen, Diabetes mellitus, Diarrhöe, Hypertonie, stellen keine gleichwertigen Faktoren dar.

Dass die Pneumonie zum Tode des Beschädigten geführt hat, stellt kein ganz seltenes Ausnahmeeignis dar, das nicht vorhersehbar gewesen wäre und das deshalb im Rahmen der Kausalität keine wesentliche Bedeutung haben könnte. Vielmehr ergibt sich aus dem Gutachten des Dr. D. und den insoweit vorgelegten Unterlagen aus der medizinischen Forschung, dass nosokomiale Pneumonien in etwa 15 % der unter Krankenhausbedingungen mit Problemkeimen abgelaufenen Infektionen auftreten. Derartige Pneumonien führen danach in etwa 50 % der Fälle zum Tode (vgl. Bodmann et al, in Chemotherapie 2003, Seite 33).

Der Zeitpunkt des Beginns der Hinterbliebenenversorgung ergibt sich aus § 61 i.V.m. § 60 BVG.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-02-19