

## L 3 U 19/12

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 8 U 5233/09  
Datum  
21.12.2011  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 3 U 19/12  
Datum  
30.04.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. Dezember 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls am (Samstag) 02.10.2004 Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 70 v.H. ab dem 08.04.2006 gegen die Beklagte hat.

Der 1947 geborene Kläger war zum Unfallzeitpunkt als Kraftfahrer versicherungspflichtig beschäftigt. Ausweislich der Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 18.10.2004 erlitt der Kläger am 02.10.2004 um 11.30 Uhr einen Unfall, als er in einer Privatarztpraxis in Frankfurt beim Abtransport einer medizinisch-technischen Anlage (CT) über einen Fahrstuhlschacht den Fuß umknickte. Trotz Schmerzen und Humpelns habe der Kläger die restliche Woche weitergearbeitet. Nach Rückkehr von der Tour am Samstag, dem 09.10.2004 habe der Kläger den Notarzt aufgesucht, weil der Fuß stark geschwollen gewesen sei und sehr stark geschmerzt habe.

Im Durchgangsarztbericht des Prof. Dr. A., Orthopädische Klinik B.-Kliniken, vom 11.10.2004, wird ausgeführt, bei der Vorstellung des Klägers am 09.10.2004 sei der linke Fuß stark geschwollen gewesen mit Druckschmerz über der Basis des fünften Mittelfußknochens sowie entlang der außenseitigen Fußwurzel. Als Diagnose wurde eine knöcherne Absplitterung am Os cuboideum links gestellt. Arbeitsunfähigkeit wurde bis zum 14.10.2004 bescheinigt.

Im Nachschaubericht des Chirurgen C. vom 15.10.2004 wird ausgeführt, die Bewegung im oberen Sprunggelenk sei durch Schwellung weitgehend blockiert und im unteren Sprunggelenk (USG) schmerzhaft aufgehoben. Die Thromboembolieprophylaxe mit Fragmin P werde fortgesetzt.

Im Zwischenbericht vom 29.10.2004 führte der Chirurg C. weiter aus, eine Röntgenkontrolle der linken Fußwurzel habe die kleine Abspaltung aus dem Os cuboideum im Sinne eines Kapselausrisses bestätigt. Weitere Frakturzeichen seien nicht nachweisbar. Zur Zeit bestehe noch eine geringe Schwellneigung des linken Fußes, ein weiterhin deutlicher Druckschmerz und mäßiger Belastungsschmerz der linken Fußwurzel. Arbeitsunfähigkeit bestehe voraussichtlich noch bis zum Ende der Behandlung am 14.11.2004. Eine MdE werde nicht verbleiben.

Am 15.11.2004 erlitt der Kläger eine beidseitige Lungenembolie und befand sich deshalb vom 15.11. bis 06.12.2004 in stationärer Behandlung im Städtischen Klinikum Karlsruhe (SKK). Im dortigen Arztbrief vom 14.12.2004 führte Prof. Dr. D., Direktor der II. Medizinischen Klinik, aus, eine CT-Pulmonalis vom 15.11.2004 habe eine zentrale Lungenembolie rechts im Bereich des Pulmonalis-Hauptstamms mit Füllungsdefekten in Ober-, Mittel- und Unterlappensegmentarterien ergeben. Es sei eine systemische Thrombose durchgeführt worden. Nach zweitägiger intensiv-medizinischer Betreuung sei der Kläger auf Normalstation verlegt worden. Am 22.11.2004 hätten sich echokardiographisch keine akuten Rechtsherzbelastungen mehr nachweisen lassen. Ausgangspunkt der multiplen Lungenembolien sei eine frische Beinvenenthrombose rechtsseitig gewesen. Zum Entlassungszeitpunkt habe der Kläger über Dyspnoe-Beschwerden entsprechend NYHA II-III geklagt. In der Entlassungsanzeige vom 11.12.2004 teilte das SKK der Beklagten als Hauptdiagnose "Lungenembolie m. Ang. e. akut. Cor pulmonale" mit.

Im Arztbrief vom 01.02.2005 führte der Chirurg C. aus, zur Zeit bestehe beim Kläger noch eine Dyspnoe, insbesondere Belastungs-Dyspnoe

NYHA II. Der Kläger sei marcumarisiert. Zur Zeit bestehe weiterhin Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Unfallfolgen wie Lungenembolie.

Vom 16.12.2004 bis 06.01.2005 befand sich der Kläger zur Durchführung einer Anschlussheilbehandlung in der Albert-Schweitzer-Klinik Königfeld. Im dortigen ärztlichen Entlassungsbericht wird ausgeführt, die Belastungsatemnot, Belastungsschwäche und mangelnde Kondition beruhten wesentlich auf einem Zustand nach schwerer Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose. Daneben sei eine arterielle Hypertonie von Bedeutung. Eine 2D- und Doppler-Echokardiographie vom 28.12.2004 habe normal große Herzkammern ergeben, jedoch keine linksventrikuläre Hypertrophie. Es seien keine regionalen Wandbewegungsstörungen nachweisbar gewesen, die LV-Globalfunktion sei normal, die Aortenklappe und Mitralklappe unauffällig, es beständen keine sichtbaren Vegetationen, die Aorta ascendens sei unauffällig, es bestehe kein Perikarderguss und kein sichtbarer Thrombus. Es bestehe eine normale linksventrikuläre Pumpfunktion mit Hinweis auf diastolische Dysfunktion, kein Nachweis regionaler Wandbewegungsstörungen, keine linksventrikuläre Hypertrophie, kein hämodynamisch relevantes Vitium cordis und keine Rechtsherzbelastung. In der Epikrise wurde ausgeführt, lungenfunktionsanalytisch habe eine leichte Lungenüberblähung bestanden, die sich im Zuge des stationären Aufenthaltes vollständig normalisiert habe. Blutgasanalytisch habe sich eine leichte respiratorische Partialinsuffizienz bei Diffusionsstörung ergeben. Röntgenologisch habe sich der Hinweis auf eine mögliche pulmonal-arterielle Hypertonie gefunden, die sich in der durchgeführten Echokardiographie nicht bestätigt habe. Bei allgemeiner Besserung habe der Kläger beim Bergangehen oder zügigem Treppensteigen nach wie vor eine leichte Belastungsdyspnoe bemerkt.

Im Zwischenbericht vom 11.04.2005 nebst Anlage vom 15.04.2005 teilte der Chirurg C. mit, seitens der Fußverletzung könnte das Heilverfahren abgeschlossen werden. Im Vordergrund stünden jedoch die eingeschränkte Belastbarkeit, eine gewisse Atemnot und auch Angstzustände, verursacht durch die rechtsseitige Unterschenkelthrombose und anschließender Lungenembolie mit Kompletverschluss des rechten pulmonalen Hauptstammes. Beigefügt war die Kopie eines von Dr. E. am 07.04.2005 durchgeführten Belastungs-EKG.

Vom 09.06. bis 30.06.2005 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen. Im Bericht hierüber führte Prof. Dr. F. aus, bei der Lungenfunktionsprüfung am 10.06.2005 habe sich eine deutliche Restriktion (26%), jedoch keine Obstruktion ergeben. Eine Wiederholung der Lungenfunktionsprüfung im Stehen am 23.06.2005 habe eine Verminderung der FVC von 51,9% des Sollwertes ergeben. Im Rahmen einer internistischen Konsiliaruntersuchung sei vor Fortführung der Reha-Behandlung eine weiterführende kardiologische Diagnostik mit Rechtsherzkatheter-Untersuchung empfohlen worden. In Abhängigkeit von den kardiologischen Befunden sei über das weitere Heilverfahren zu entscheiden.

Bei der Vorstellung am 19.07.2005 teilte der Kläger ausweislich des Zwischenberichts vom 20.07.2005 mit, er habe eine Rechtsherzkatheter-Untersuchung nicht durchführen lassen, da ihm von internistischer Seite hiervon abgeraten worden sei. Vorgelegt wurde daraufhin der Arztbrief des Arztes für Innere Medizin Dr. E. vom 23.07.2005. Danach konnten bei einem Belastungs-EKG vom 07.04.2005, das bei 100 Watt wegen Schwindelsymptomatik und Dyspnoe, Blutdruckanstieg auf 140/84 sowie Herzfrequenz von 84 s/Min. abgebrochen wurde, keine Herzrhythmusstörungen und keine Zeichen einer Ischämie festgestellt werden. Ein Farbdopplerechokardiogramm, erstellt durch die Kardiologen Dres. G./H. ohne Datumsangabe, habe eine leichte pulmonale Hypertonie bei ansonsten morphologisch und funktionell unauffälligen Herzklappen ergeben ohne Zeichen einer Rechtsherzinsuffizienz. Ein Ruhe-EKG vom 04.08.2005 habe einen regelmäßigen Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz von 61 ohne Hypertrophie-Zeichen oder Erregungsrückbildungsstörung gezeigt. Zur weiteren Abklärung der bestehenden pulmonalen Hypertonie sei ein Rechtsherzkatheter unter Belastung sinnvoll. In der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 03.08.2005 führte Dr. I.-J. aus, es müsse zügig geklärt werden, ob tatsächlich die Ursache für die Lungenembolie die Thrombose im Bereich des rechten Unterschenkels am 22.11.2004 gewesen sei, der nie verletzt und nie ruhiggestellt worden sei. Bei der Rechtsherzkatheter-Untersuchung handle es sich um einen nicht duldungspflichtigen Eingriff, da diese eine invasive Maßnahme betreffe.

Im Arztbrief vom 30.09.2005 teilte Dr. E. mit, beim Kläger bestehe bei Zustand nach Lungenembolie beidseits eine leichte pulmonale Hypertonie. Er sei immer noch körperlich wenig belastbar. In dem am 23.09.2005 durchgeführten Belastungs-EKG sei der Kläger nur bis zu einer Belastungsstufe von 50 Watt belastbar gewesen, ohne Herzrhythmusstörungen und ohne Zeichen der Ischämie. Weiterhin auffällig seien die deutlich erhöhten diastolischen Blutdruckwerte trotz antihypertensiver Therapie.

Dr. K., II. Medizinische Klinik am SKK, teilte der Beklagten unter dem 08.09.2005 mit, bei Recherchen nach alten Röntgenbildern hätten sich Aufnahmen des oberen Sprunggelenkes links, des unteren Sprunggelenkes links und des Fußes in zwei Ebenen links vom Juni 1999 gefunden. Bei diesen Untersuchungen habe sich eine kleine knöcherne Aussprengung am lateralen proximalen Rand des Os cuboideum links darstellen lassen. Weitere Frakturen hätten sich nicht gefunden.

Unter dem 22.03.2006 erstattete Prof. Dr. L. ein gefäßchirurgisches Gutachten. Bei dem Kläger sei am 22.11.2004 mit einer Phlebographie rechts eine Unterschenkel-Venenthrombose aller drei tiefen Leitvenenbündel diagnostiziert worden. Ein Pulmonalis-CT habe eine beidseitige Lungenembolie mit primär komplettem Verschluss des rechten Pulmonalis-Hauptstammes gezeigt. Von Seiten der tiefen Beinvenenthrombose seien jetzt gefäßchirurgischerseits keine massiven Schäden mehr festzustellen. Es sei zu einer Restitutio ad integrum gekommen. Auch bestehe kein klinisches Zeichen der chronischen Insuffizienz im Sinne eines postthrombotischen Syndroms mehr. Eine vom Kläger berichtete rezidivierend auftretende Schwellneigung im Bereich der Beine habe sich während der Untersuchung nicht nachweisen lassen. Beim Kläger bestehe eine pulmonale Hypertonie mit eingeschränkter Lungenfunktion, ausgeprägter Dyspnoe und Minderung der Belastungsfähigkeit, die MdE von gefäßchirurgischer Seite liege unter 10 v.H. Der Kläger sei jedoch maximal eingeschränkt durch die Folgen einer massiven Lungenembolie mit einer pulmonalen arteriellen Hypertonie sowie Schädigung der Lungenfunktion im Sinne einer deutlichen Restriktion.

Die Beklagte stellte daraufhin mit bestandskräftigem Bescheid vom 20.03.2006 mit Ablauf des 07.04.2006 die Gewährung von Verletztengeld ein.

Am 22.09.2006 erstattete Dr. M.-N., Chefarzt der Inneren Abteilung an der Asklepios-Klinik Germersheim, ein erstes Rentengutachten. Als wesentliche Unfallfolgen nannte er einen Belastungsschmerz im Bereich des linken Fußes, Belastungsdyspnoe, Belastungseinschränkung im Alltag ab 50 Watt sowie eine reaktive depressive Verstimmung. Die MdE betrage ab dem 02.10.2004 auf Dauer 100 v.H.

Die Beklagte ließ den Kläger erneut durch den Lungenarzt/Allergologen Dr. O. gutachtlich untersuchen. Im Gutachten vom 30.12.2006 führte Dr. O. aus, bei der Untersuchung am 29.11.2006 hätten Atembeschwerden vorgelegen, aufgrund derer der Kläger auch geringsten

Belastungen nicht mehr gewachsen gewesen sei. Die körperliche Untersuchung habe eine nahezu völlige Atemblockade offenbart, wie sie nur im Rahmen von Zwerchfelllähmungen beidseits zu erwarten seien. Nur auf mehrfaches Auffordern sei im Rahmen eines Schnupfversuches eine Belüftung beider Lungen zu erreichen gewesen, die dabei nicht eingeschränkt erschienen seien. Auskultatorisch hätten keine pathologischen Nebengeräusche bestanden, und zwar weder eine Spastik noch inspiratorische Rasselgeräusche. Eine Lähmung der Zwerchfelle sei auszuschließen. Das im Rahmen der körperlichen Untersuchung vorgetragene Atemmuster stehe keinesfalls in Zusammenhang mit einem embolischen Geschehen oder einer verbliebenen Restsymptomatik. Die blutgasanalytische Untersuchung habe in Ruhe und nach der Belastung eine normale Sauerstoffkonzentration mit Normokapnie ergeben, sodass auch eine Hyperventilation infolge einer Minderperfusion eines Lungenabschnitts ausgeschlossen werden könne. Auch der PH-Wert sei im Normbereich geblieben, sodass auch eine Alkalose verneint werden könne. Da die Lungenfunktionsanalyse in Übereinstimmung mit dem klinischen Bild gegen einen fortbestehenden Organschaden spreche, die Bewertung jedoch aufgrund der mangelhaften Kooperation Beurteilungslücken biete, sei eine ergänzende Spiralcomputertomographie des Thorax mit Kontrastmittelgabe (Pulmonalis-CT) im Radiologie-Zentrum Karlsruhe veranlasst worden. Entsprechend dem dortigen, von Dr. P. am 06.12.2006 erhobenen Befund würden sämtliche zentralen Pulmonalarterien als komplett rekanalisiert und regelrecht kontrastiert beschrieben. Es fänden sich weder Füllungsdefekte intraluminal noch randförmige Restthromben in den zentralen Pulmonalarterien. CT-morphologisch lägen keine fassbaren Rechtsherzbelastungszeichen vor. Dies spreche gegen einen fortbestehenden Organschaden nach erfolgreicher Thrombolyse einer beidseitigen Lungenarterienembolie. Aus pneumologischer Sicht bestünden keine Unfallfolgen. Die MdE liege unter 10 v.H.

Mit Bescheid vom 09.03.2007 lehnte die Beklagte die Bewilligung einer Unfallrente ab. Die Unfallfolgen nach Bruch des linken Mittelfußes und nachfolgender Lungenembolie seien im Wesentlichen behoben.

Hiergegen legte der Kläger am 04.04.2007 Widerspruch ein. Zur Begründung wurde ein von Dr. Q., Internist, Lungen- und Bronchialheilkunde, für das Sozialgericht Speyer im Verfahren S 2 SB 171/06 am 06.12.2006 erstattetes Gutachten vorgelegt. Dieser diagnostizierte einen Zustand nach Lungenembolien in Form mittelschwerer bis schwerer Restriktion, eine COPD mit mittelschwerer bis schwerer Obstruktion und Lungenemphysem bei bronchitischem Infektschub, eine Betablockade nach Betamimetika durch Betablocker (iatrogen), eine grenzwertige respiratorische Partialinsuffizienz nach O<sub>2</sub>-Inhalation sowie eine nicht messbare Diffusionskapazität.

Die Krankenkasse des Klägers teilte unter dem 25.05.2007 folgende vor dem Unfall liegende Arbeitsunfähigkeitszeiten mit: 24.01.1994 bis 13.06.1994 Metatarsalgie, 23.09.1995 bis 06.10.1995 OP Lymphknoten und Lipom-Entfernung, 19.04.1999 bis 07.05.1999 essentielle Hypertonie, 07.06.1999 bis 21.10.1999 Bandausriss.

Unter dem 20.09.2007 erstellte der behandelnde Facharzt für Neurologie/Nervenarzt Dr. X. ein nervenärztliches Gutachten. Darin gelangte er zu der Beurteilung, auf neurologischem Fachgebiet seien keine Unfallfolgen erkennbar, es seien auch keine Beeinträchtigungen nervaler Strukturen im Bereich des linken Beines erkennbar, auch neurophysiologische Zusatzuntersuchungen seien ohne pathologische Abweichungen. In psychiatrischer Hinsicht bestehe eine behandlungsbedürftige reaktive depressive Entwicklung, die jedoch nach Unfällen, die mit einer erheblichen Veränderung der bisherigen Lebensmöglichkeiten und Entfaltungsmöglichkeiten einhergehe, bei jedem Menschen mehr oder minder ausgeprägt auftrete. Die Verarbeitung der Folgen des Unfalls stelle keine eigenständige neue zusätzliche Folgeerkrankung dar. Die Einschätzung der MdE müsse auf unfallchirurgischem und internistischem bzw. lungenfachärztlichem Gebiet erfolgen. Auf nervenärztlichem Fachgebiet bestehe keine eigenständige unfallbedingte MdE.

Mit Bescheid vom 20.09.2007 lehnte die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg die Bewilligung einer Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit ab.

Im Februar 2008 erfolgte zur weiteren kardiologischen Abklärung eine Herzkatheter-Untersuchung in der Abteilung Innere Medizin II der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg. Hierbei zeigte sich eine koronare Zweigefäßerkrankung mit Beteiligung des Ramus Interventricularis Anterior (LAD) sowie der rechten Koronararterie (RCA) bei leichtgradig eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion. Es erfolgte eine Intervention mit Stent-Implantation zur Versorgung der LAD-Stenose. In gleicher Sitzung erfolgte ebenfalls ein Rechtsherzkatheter mit Pulmonalis-Angiographie. Hierbei fanden sich normale Druckverhältnisse im kleinen Kreislauf. In der Angiographie fand sich kein Hinweis auf eine (zentrale) Lungenembolie.

Am 26.08.2008 erstattete Prof. Dr. R., Leiter der III. Medizinischen Klinik und Poliklinik - Schwerpunkt Pneumologie - der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, ein internistisch-pneumologisches Fachgutachten. Darin führte er u.a. aus, im Gegensatz zu den im Dezember 2006 beschriebenen Befunden falle im Rahmen der aktuellen Untersuchungen bereits unter ergometrischer Belastung mit 25 Watt ein inadäquater Abfall des Sauerstoffpartialdruckes auf. Bei der Messung der CO<sub>2</sub>-Diffusionskapazität zeige sich eine mittelgradige Einschränkung. Die Befundkonstellation sei mit einer pulmonalen Gasaustauschstörung vereinbar. Radiomorphologisch finde sich derzeit weiterhin weder ein Hinweis auf Residuen der Lungenembolie vom November 2004 noch Hinweise auf rezidivierende Lungenembolien. Im transthorakalen Echokardiogramm finde sich kein Anhalt für einen erhöhten pulmonal-arteriellen Druck. Bei guter linksventrikulärer Pumpfunktion (LVEF ca. 60 bis 65%) sei eine primär kardiale Genese des inadäquaten Sauerstoffpartialdruckabfalls unter Belastung nicht anzunehmen. Am wahrscheinlichsten als Ursache seien strukturelle Residuen der Lungenembolie, die sich peripher der subsegmentalen Ebene manifestiert hätten und daher in den verwendeten bildgebenden Verfahren nicht zur Darstellung kämen. Trotz fehlender radiomorphologischer Zeichen von Residuen der Lungenembolie bzw. trotz noch fehlender echokardiographischer Zeichen der Rechtsherzbelastung lägen Residuen der Lungenembolie vor, die für die entsprechende funktionelle Einschränkung schon bei geringer Belastung verantwortlich seien. Dies gelte umso mehr, als sich differenzialdiagnostisch kein Anhalt für andere Ursachen ergebe. Unfallbedingt leide der Kläger an einer Belastungsdyspnoe, die sich bereits bei alltäglicher Belastung manifestiere und auf eine schwere Gasaustauschstörung zurückzuführen sei. Unfallunabhängig bestehe eine koronare Zweigefäßerkrankung. Die MdE sei mit 70 v.H. zu bewerten.

In der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20.10.2008 vertrat der Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie Dr. S. die Auffassung, entgegen der Beurteilung durch den Sachverständigen Prof. Dr. R. seien in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung keine auf die Lungenembolie zu beziehenden Funktionsstörungen zu objektivieren gewesen. Insbesondere die Ergebnisse der invasiven Diagnostik im Februar 2008 hätten keinerlei Hinweise für eine pulmonale Hypertonie ergeben. Bei der letzten gutachterlichen Untersuchung hätten auch regelrechte statische und dynamische Lungenfunktionsparameter vorgelegen. Angesichts der vielen

unauffälligen Untersuchungsbefunde, welche genauer zur Bestimmung des Gasaustausches, der Ventilation und Perfusion beitragen, könnten die Ergebnisse bei der Messung der Diffusionskapazität nicht als Beweis für eine Gasaustauschstörung herangezogen werden, da diese mitarbeiterabhängig sei. Die Annahme einer Gasaustauschstörung oder einer pulmonalen Hypertonie sei durch sämtliche zuvor durchgeführten Untersuchungen und auch durch die Befunde bei der aktuellen Untersuchung widerlegt worden.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 14.01.2009, auf die Bezug genommen wird, vertiefte Dr. S. seine Stellungnahme.

Im orthopädischen Gutachten vom 12.05.2009 führte Dr. T., Facharzt für Orthopädie, aus, als Unfallfolgen auf orthopädischem Fachgebiet bestünden ein Zustand nach Distorsion des linken Sprunggelenkes mit nachfolgender Lungenembolie beidseits als Folge einer Unterschenkelvenenthrombose rechts, eine geringgradige posttraumatische Arthrose des Calcaneo-Cuboidalgelenks links, ein hinkendes Gangbild ohne physiologisches Abrollverhalten des linken Fußes, Lymphödeme beidseits ohne Nachweis einer posttraumatischen Genese sowie eine reaktive depressive Verstimmung. Die MdE werde vom 02.10.2004 bis 08.03.2007 mit 100% und ab dem 09.03.2007 mit 10 v.H. bewertet.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.10.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde u.a. ausgeführt, zwar beruhe auch die stattgehabte Lungenembolie auf dem Arbeitsunfallgeschehen. Diese sei jedoch durch die Lyse-Therapie erfolgreich behandelt worden. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfalltrauma bzw. der Lungenembolie und der nun festgestellten koronaren Zweigefäßerkrankung sowie den vom Kläger angegebenen Atembeschwerden sei nicht mit der in der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlichen Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Eine pulmonale Beeinträchtigung sei letztendlich nicht nachweisbar. Die Unfallfolgen (Lungenembolie mit der Notwendigkeit einer Lyse-Therapie mit vorübergehender Belastung des rechten Herzens) hätten sich vollständig zurückgebildet. Eine MdE messbaren Grades ergebe sich somit nicht. Auch aus den Unfallfolgen im Bereich des linken Fußes ergebe sich keine rentenberechtigende MdE.

Hiergegen hat der Kläger am 23.11.2009 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben.

Vorgelegt wurde ein Schreiben des Dr. U., Oberarzt am SKK, vom 03.07.2008 mit der zusammenfassenden Beurteilung, Ausgangspunkt der schweren zentralen Lungenembolien sei eine frische tiefe Beinvenenthrombose gewesen. Durch die schwere Lungenembolie habe sich ein Cor pulmonale sowie eine starke Einschränkung der Lungenfunktion entwickelt. Die pulmonal-arterielle Hypertonie habe sich verbessert, eine mittelschwere Einschränkung der Lungenfunktion bestehe bis heute. 2006 sei eine Ektasie (Erweiterung) der Aorta ascendens festgestellt worden, die 2004 im SKK noch nicht bestanden habe. Die Entstehung dieser Ektasie sei im Zusammenhang mit der akuten fulminanten Lungenembolie zu sehen.

Das SG hat die behandelnden Ärzte Dr. E., Dr. V., Dr. W., Praxisnachfolger des Chirurgen C., Dr. X. und Prof. Dr. D. als sachverständige Zeugen gehört. Der Auskunft von Dr. E. war ein Arztbrief des Prof. Dr. med. Y. vom 21.01.2008 beigelegt, der den Kläger im Januar 2008 untersucht hatte. Auf die Aussagen wird Bezug genommen.

Das SG hat weiter Beweis erhoben durch Einholung von Gutachten auf lungenfachärztlichem, internistisch-arbeitsmedizinischem und unfallchirurgisch-orthopädischem Fachgebiet.

Im lungenfachärztlichen Gutachten vom 02.08.2010 hat der Lungenfacharzt Dr. van Z. ausgeführt, die im Anschluss an eine tiefe Beinvenenthrombose aufgetretene beidseitige Lungenembolie sei innerhalb kurzer Zeit komplett verschwunden gewesen. Auf lungenfachärztlichem Fachgebiet seien keine Folgen der Lungenembolie mehr nachzuweisen.

Der Internist Dr. Ä. ist im Gutachten vom 11.09.2010 zu der Beurteilung gelangt, beim Kläger bestünden eine koronare Zweigefäßerkrankung, Hypertonie, Proteinurie, leichte Niereninsuffizienz sowie ein Zustand nach Beinvenenthrombose rechts 11/2004. Bei der gutachterlichen Untersuchung des Klägers hätten sich keine klinischen Hinweise auf ein postthrombotisches Syndrom ergeben. Sowohl die Beinvenenthrombose rechts als auch die daraus resultierenden Lungenembolien seien folgenlos abgeheilt. Unfallunabhängig bestünden eine koronare Zweigefäßerkrankung sowie eine Hypertonie. Diese stünden in keinem Zusammenhang mit den Ereignissen des Unfalls vom 02.10.2004.

Im unfallchirurgisch-fachorthopädischen Gutachten vom 09.12.2010 hat Dr. Ü. unter Einbeziehung des lungenfachärztlichen und internistisch-arbeitsmedizinischen Gutachtens ausgeführt, als Unfallfolge bestehe eine Schwellneigung des rechten Unterschenkels und Sprunggelenks nach Unterschenkelthrombose. Diese sei mit einer MdE mit 10 v.H. zu bewerten.

Mit Urteil vom 21.12.2011 hat das SG die Klage, gestützt auf die Beurteilungen der Sachverständigen Dr. Ü., Dr. Ä. und Dr. van Z., abgewiesen.

Gegen das am 02.01.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 02.01.2012 Berufung eingelegt.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Prof. Dr. Y. mit der Erstellung eines fachinternistisch-kardiologischen Gutachtens beauftragt. Im nicht datierten, am 24.01.2013 beim Gericht eingegangenen Gutachten hat dieser ausgeführt, als Unfallfolge bestehe beim Kläger über die anerkannten Unfallfolgen hinaus ein Residuum einer herzinsuffizienzwirksamen Einschränkung der rechtsventrikulären Pumpfunktion. Aufgrund des plausiblen pathophysiologischen Zusammenhangs seien die Veränderungen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als Residuum der Lungenarterienembolie zu verstehen und bestünden daher seit Auftreten der Lungenembolie. Nicht unfallbedingt seien die koronare Herzkrankheit und der arterielle Hypertonus. Die MdE sei in den ersten drei Jahren nach dem Unfall mit 100 v.H., im vierten Jahr mit 90 v.H. und in den Jahren danach mit 80 v.H. zu bewerten. Inwieweit die Herzinsuffizienz auch noch auf der Basis von Herzproblemen zu erklären sei, die nicht mit dem Unfall in Zusammenhang stünden, lasse sich nicht klären. Die Herzinsuffizienz sei aufgrund des kardio-MRTomographischen Bildes mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf eine unfallbedingte rechtsventrikuläre Schädigung zurückzuführen.

In einer ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 12.05.2013 hat Prof. Dr. med. Y. seine Beurteilung bekräftigt.

Die Beklagte hat eine beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. S. vom 05.06.2013 vorgelegt, auf die Bezug genommen wird.

Der Senat hat daraufhin PD Dr. Ö., Arzt für Innere Medizin/Kardiologie am Universitätsherzzentrum Freiburg/Bad Krozingen, mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 12.11.2013 hat dieser ausgeführt, zur Klärung der Frage, ob die 2004 stattgehabte Lungenembolie in der Folge eine pulmonale Funktionsstörung hinterlassen habe, die die klinischen Beschwerden des Klägers (Luftnot, Leistungsschwäche) erkläre und damit eine wahrscheinliche und kausale unfallabhängige Folge darstelle, sei im Wesentlichen auf den Nachweis einer pulmonal-arteriellen Hypertonie abgestellt worden. Eine solche pulmonal-arterielle Hypertonie wäre insoweit als Folge einer restriktiven Parenchymveränderung der Lungen durch die stattgehabte Lungenembolie aufzufassen gewesen und hätte - im Falle des positiven Nachweises - eine unfallabhängige Gesundheitsbeeinträchtigung dargestellt. Das Vorliegen einer solchen pulmonal-arteriellen Hypertonie sei gleichwohl genauso wenig nachweisbar wie das Vorliegen einer pulmonalen Restriktion, etwa durch pulmonale Infarktfolgen infolge der stattgehabten Embolie. Wenngleich in einer CT-Untersuchung der Lungen 2006 subpleurale Gewebeerdichtungen nachgewiesen worden seien, fehlte es doch an typischen, keilförmigen Narbenbildungen, die eine Restriktion auch morphologisch hätten plausibel machen können. Eine Gasdiffusionsstörung liege beim Kläger nicht vor, wie dem pulmologischen Gutachten von Prof. Dr. AA.-BB., Universitätsklinikum Freiburg Abt. Pneumologie, vom Dezember 2012 entnommen werden könne. Danach seien faktisch keine Lungengerüstschäden vorhanden, die eine Diffusionsstörung hätten begründen können. Wenngleich die seinerzeit im pulmologischen, aber auch im kardiologischen Gutachten von Prof. Dr. Y. festgestellte Abnahme des Sauerstoffpartialdrucks unter Belastung ungeklärt sei, könne dies nur mit einer möglichen und keinesfalls wahrscheinlichen Folge eines pulmonalen Langzeitschadens nach Lungenembolie erklärt werden. Die Leistungsminderung des Klägers könne deshalb nicht auf eine Störung der Lungenfunktion oder der kardio-pulmonalen Leistungsreserve zurückgeführt werden. Weder habe sich bei der Spiroergometrie eine Leistungsschwäche gezeigt noch hätten die Untersuchungen Hinweise auf eine pulmonal bedingte Druckbelastung des rechten Herzens ergeben. Die von den Vorgutachtern herangezogenen vermeintlich pathologischen Funktionstests seien Folge einer konstitutionellen Leistungsminderung des Klägers, weil die spiroergometrischen Befunde nur diese Interpretation zuließen. Insbesondere der regelrechte Anstieg des Sauerstoffpulses bis zu der erreichten Belastungsstufe von immerhin 125 Watt und die Tatsache, dass bereits schon das rechnerisch in jedem Fall erreichbare Atemminutenvolumen vom Kläger nicht erreicht werde, spreche eindeutig gegen einen kardiorespiratorisch bedingten Leistungsmangel und eine Luftnotsymptomatik aus diesem Grunde. Eine unfallbedingte MdE sei nicht erkennbar. Beigefügt war das für das Oberlandesgericht Karlsruhe (6 O 207/09 und [12 U 187/11](#)) erstattete fachpneumologische Zusammenhangsgutachten von Prof. Dr. AA.-BB. vom 04.12.2012, der zu dem Ergebnis gelangt war, dass keiner der erhobenen Parameter und auch keine Kombination derselben den zwingenden Schluss auf das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie zulasse. Ebenso wenig könne diese mit letzter diagnostischer Sicherheit ausgeschlossen werden. Hierzu wäre die Durchführung einer Rechtsherzkatheter-Untersuchung zwingend notwendig. Diese nichtduldungspflichtige Untersuchungsmethode habe der Kläger abgelehnt.

Der Kläger hat vorgetragen, das von PD Dr. Ö. erstellte Gutachten sei nicht verwertbar, da er sich nahezu vollständig am Gutachten von Prof. Dr. AA.-BB. orientiert und dieses in weiten Passagen übernommen habe. Zudem seien die gutachterlichen Untersuchungen nicht vom Sachverständigen selbst durchgeführt worden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. Dezember 2011 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihm unter Aufhebung des Bescheides vom 9. März 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. November 2009 ab dem 8. April 2006 Verletztenrente aufgrund der Unfallfolgen des Arbeitsunfalls vom 2. Oktober 2004 nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 70 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 12.03.2014 haben die Beteiligten einen für die Beklagte widerruflichen Vergleich geschlossen und sich für den Fall des Widerrufs mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Die Beklagte hat den Vergleich mit am 28.03.2014 bei Gericht eingegangenen Schriftsatz widerrufen.

Nachdem den Beteiligten mitgeteilt worden ist, dass der Rechtsstreit zur Entscheidung ohne mündliche Verhandlung in der Sitzung am 30.04.2014 vorgemerkt sei, hat der Kläger mit Schriftsatz vom 25.04.2014 nochmals auf die in den Gutachten Prof. Dr. R. und Prof. Dr. Y. getroffenen Beurteilungen hingewiesen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gem. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) entscheidet, ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat nach dem Ende des Anspruchs auf Verletzengeld (vgl. [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) am 07.06.2006 keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen der Folgen des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls.

Nach [§ 56 Abs. 1](#) Sätzen 1 bis 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) 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.

Der Kläger hat, was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist, am 02.10.2004 einen Arbeitsunfall erlitten, indem er bei Ausübung der versicherten Tätigkeit als Kraftfahrer bzw. Transportarbeiter mit dem Fuß umgeknickt ist.

1. Aufgrund dieser Verrichtung kam es zu einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis. Dieses hat auch einen Gesundheitserstschaden verursacht, nämlich eine Distorsion des linken Sprunggelenkes sowie eine kleine Absprengung am Os cuboideum im Sinne eines Kapselausrisses im linken Fuß. Hieraus resultiert zwischenzeitlich jedoch lediglich noch eine subjektive Beschwerdesymptomatik bei leicht hinkendem Gangbild durch ein unphysiologisches Abrollverhalten des linken Fußes. Diese bedingt eine MdE von allenfalls 10 v.H. Der Senat stützt sich hierbei auf die von Dr. T. am 12.05.2009 und Dr. Ü. am 09.12.2010 erstatteten orthopädischen Gutachten, folgt dem Sachverständigen Dr. T. jedoch insoweit nicht, als dieser eine MdE von 100 v.H. über den 08.04.2006 hinaus bis zum 08.03.2007 angenommen hat.

2. Beim Kläger hat weiter eine Beinvenenthrombose rechts vorgelegen. Diese war einerseits kausal durch den Unfall bedingt und ist deshalb als mittelbare Unfallfolge anzusehen. Sie ist jedoch zwischenzeitlich folgenlos ausgeheilt. Insoweit bestehen lediglich noch post-thrombotische Residuen (Teil-Kanalisation der Vena tibialis posterior linksseitig, eine Ödemneigung des linksseitigen Unterschenkels sowie eine Hyperpigmentation im Bereich des linksseitigen Unterschenkels), die jedoch keine MdE bedingen. Der Senat stützt sich bei dieser Beurteilung auf das von Prof. Dr. Stork am 22.03.2006 erstattete gefäßchirurgische Gutachten.

3. Die Belastungsdyspnoe des Klägers ist keine unfallbedingte Gesundheitsstörung. a) Eine Gesundheitsstörung ist Unfallfolge (im engeren Sinne) eines Versicherungsfalles im Sinne des [§ 8 SGB VII](#), wenn sie spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des (hier anerkannten) Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Der Anspruch setzt grundsätzlich das "objektive", d.h. aus der nachträglichen Sicht eines optimalen Beobachters gegebene Vorliegen einer Gesundheitsstörung voraus, die spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Da der Gesundheitserstschaden (Gesundheitsbeeinträchtigung, Tod oder Krankheit) eine den Versicherungsfall selbst begründende Tatbestandsvoraussetzung und damit keine Folge des Arbeitsunfalls (der Berufskrankheit) ist, muss er grundsätzlich bei der Feststellung des Versicherungsfalles benannt werden. Erstschaden war vorliegend die Distorsion des linken Sprunggelenkes. Ob ein Gesundheitsschaden dem Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls als Unfallfolge im engeren Sinn zuzurechnen ist (sog. haftungsausfüllende Kausalität), beurteilt sich nach der Zurechnungslehre der Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG, Urt. v. 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - juris Rn. 12; BSG, Urt. v. 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [BSGE 96, 196](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#); BSG, Urt. v. 12.04.2005 - [B 2 U 11/04 R](#) - [BSGE 94, 262](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 14](#) Rn. 17). Die Zurechnung erfolgt danach in zwei Schritten. Erstens ist die Verursachung der weiteren Schädigung durch den Gesundheitserstschaden im naturwissenschaftlich-naturphilosophischen Sinne festzustellen. Ob die Ursache-Wirkung-Beziehung besteht, beurteilt sich nach der Bedingungslehre. Nach ihr ist eine Bedingung dann notwendige Ursache einer Wirkung, wenn sie aus dem konkret vorliegenden Geschehensablauf nach dem jeweiligen Stand der einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (Erfahrungssätze) nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine qua non). Auf dieser ersten Stufe sind alle derartigen notwendigen Bedingungen grundsätzlich rechtlich gleichwertig (äquivalent). Alle festgestellten anderen Bedingungen (und kein Ereignis ist monokausal), die in diesem Sinn nicht notwendig sind, dürfen hingegen bei der nachfolgenden Zurechnungsprüfung nicht berücksichtigt werden. Ist der Gesundheitserstschaden in diesem Sinne eine notwendige Bedingung des weiteren Gesundheitsschadens, wird dieser ihm aber nur dann zugerechnet, wenn er ihn wesentlich (ausreichend: mit-) verursacht hat. "Wesentlich" (zurechnungsbegründend) ist der Gesundheitserstschaden für den weiteren Gesundheitsschaden, wenn er eine besondere Beziehung zum Eintritt dieses Schadens hatte (vgl. BSG, Urt. v. 09.05.2006 - [B 2 U 1/05](#) - [BSGE 96, 196](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) Rn. 15 ff. m.w.N.; BSG, Urt. v. 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - juris Rn. 27 ff.). Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - wobei eine Ursache allerdings nicht deswegen wesentlich ist, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (vgl. BSG, Urt. v. 09.05.2006 [a. a. O.](#), m. w. N.).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge - im Unterschied zu den Merkmalen "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden", die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für das Gericht feststehen müssen - die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urt. v. 02.04.2009 - [B 2 U 29/07 R](#) - juris). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze ist die vom Kläger geltend gemachte Belastungsdyspnoe nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentlich auf den Arbeitsunfall vom 02.10.2004 zurückzuführen.

Zwar liegt ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Lungenembolie und den nachfolgenden verminderten Belastbarkeit des Klägers vor. Allein daraus kann jedoch noch nicht auf einen kausalen Zusammenhang zwischen einer unfallbedingten Schädigung und den dokumentierten Beschwerden wie Belastungsatemnot, Belastungsschwäche sowie mangelnder Kondition geschlossen werden, wie sie bereits im Bericht der Albert-Schweitzer-Klinik Königsfeld vom Januar 2005 beschrieben worden sind, geschlossen werden. Denn eine organisch fassbare Schädigung der Lunge bzw. des Herzens als Folge des Unfalls ist nicht nachgewiesen.

b) Eine unfallbedingte Schädigung der Lunge liegt nicht vor.

Infolge der Beinvenenthrombose kam es im Jahr 2004 auch zu einer beidseitigen Lungenembolie mit primär komplettem Verschluss des rechten Pulmonalis-Hauptstamms. In der Folgezeit kam es jedoch zu einer kompletten Rekanalisierung sämtlicher zentraler Pulmonalarterien, wie dem von Dr. P. am 06.12.2006 erstellten Pulmonalis-CT entnommen werden kann. Bereits zum damaligen Zeitpunkt lagen keine CT-morphologisch fassbaren Rechtsherzbelastungszeichen vor.

Insgesamt besteht keine relevante Einschränkung der Lungenfunktion mehr und insbesondere auch keine pulmonale Hypertonie. Der Senat stützt sich hierbei auf die von Dr. O. im Gutachten vom 30.12.2006 und von Dr. van Z. im Gutachten vom 02.08.2010 erhobenen Befunde,

das von PD Dr. Ö. am 12.11.2013 erstattete Gutachten sowie das Gutachten Prof. Dr. AA.-BB. vom 04.12.2012, das im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird.

Bereits im Jahr 2008 war beim Kläger auf Veranlassung des damals behandelnden Arztes Prof. Dr. Y. in der Universitätsklinik Heidelberg wegen des Verdachts auf koronare Herzkrankheit und sekundärer pulmonal-arterieller Hypertonie eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt worden. Hierbei wurde eine koronare Zweigefäß-Erkrankung bei leichtgradig eingeschränkter Pumpfunktion festgestellt. Angiographisch ergab sich bereits zum damaligen Zeitpunkt kein Hinweis für eine zentrale Lungenembolie, wie dem Arztbrief der Medizinischen Klinik - Klinik für Psychosomatik und Allgemeine Klinische Medizin - des Universitätsklinikums Heidelberg vom 12.02.2008 entnommen werden kann.

Beim Kläger liegen weder eine pulmonal-arterielle Hypertonie noch eine pulmonale Restriktion, etwa durch pulmonale Infarktfolgen infolge der stattgehabten Embolie vor. Zwar hat eine CT-Untersuchung der Lungen 2006 subpleurale Gewebeverdichtungen nachgewiesen, es fehlt jedoch an typischen, keilförmigen Narbenbildungen, die eine Restriktion auch morphologisch plausibel machen könnten. Auch liegt keine Diffusionsstörung vor, so dass faktisch keine Lungengerüstschäden gegeben sind. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. Ö. ist die Belastung des Klägers nicht wegen einer respiratorischen Insuffizienz, sondern aus Gründen muskulärer Schwäche beendet worden. Bis zu einer Belastungsstufe von 125 Watt hat sich dort ein regelrechter Anstieg des Sauerstoffpulses gezeigt, was einer bedeutsamen Einschränkung der kardio-pulmonalen Leistungsbreite entgegensteht.

Der Senat folgt nicht der von Prof. Dr. R. im Gutachten vom 26.08.2008 vertretenen Auffassung, ursächlich für die Beschwerden des Klägers seien strukturelle Residuen der Lungenembolie, die sich peripher der subsegmentalen Ebene manifestiert hätten und daher in den verwendeten bildgebenden Verfahren nicht zur Darstellung kämen. Positive klinische Nachweise einer fortbestehenden Lungenschädigung konnten danach auch durch den Sachverständigen Prof. Dr. R. nicht festgestellt werden, wie Dr. S. in der beratungszärztlichen Stellungnahme vom 20.10.2008 zutreffend ausgeführt hat. Prof. Dr. R. hat seine Beurteilung denn auch maßgeblich darauf gestützt, dass kein Anhalt für eine andere Ursache feststellbar sei. Dies ist für die Feststellung eines Kausalzusammenhangs nicht ausreichend, zumal PD Dr. Ö. im Gutachten vom 12.11.2013 eine konstitutionelle Leistungsminderung als ursächlich für die vermeintlich pathologischen Funktionstests genannt hat.

c) Auch eine unfallbedingte Schädigung des Herzens, die kausal für die Leistungsbeeinträchtigung des Klägers sein könnte, ist nicht nachgewiesen.

aa) Beim Kläger besteht eine erstmals im Jahr 2008 diagnostizierte koronare Zweigefäßerkrankung. Diese stellt - nach Auffassung aller Sachverständiger - keine Unfallfolge dar. Dem schließt sich der Senat an.

bb) Weiter besteht eine erstmals 2006 diagnostizierte Ektasie der Aorta ascendens. Dahingestellt bleiben kann, ob diese kausal auf die Lungenembolie zurückgeführt werden kann, wie Dr. U. im Schreiben vom 03.07.2008 ausgeführt hat. Denn jedenfalls führt sie zu keiner bedeutsamen Aortenklappeninsuffizienz. So hat auch die von Prof. Dr. Y. durchgeführte MRT-Untersuchung eine als "noch gut" eingestufte systolische rechtsventrikuläre Pumpfunktion ergeben.

cc) Soweit Prof. Dr. Y. die Auffassung vertreten hat, es bestehe eine herzinsuffizienzwirksame Einschränkung der rechtsventrikulären Pumpfunktion aufgrund der Lungenarterien-Embolie mit nachfolgendem Rückstau in den RV und akute Druck- und Volumenbelastung der betreffenden Kammer, er also sinngemäß der Auffassung ist, aufgrund der Lungenembolie sei es zu einer bis heute fortbestehenden Herzschränkung gekommen, es bestehe eine kardiale Insuffizienz aufgrund eines emboliebedingten Rechtsherzschadens, teilt der Senat diese Auffassung nicht. Denn ein erkennbarer Schaden an den rechten Herzhöhlen besteht aktuell nicht. Nicht mehr feststellbar ist, ob ein solcher unmittelbar nach der Embolie bestanden hat, und selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, hat sich dieser zwischenzeitlich jedenfalls vollständig zurückgebildet.

Der Beurteilung durch Prof. Dr. Y. steht bereits der von ihm erhobene Kardio-MRT-Befund entgegen. Dieser spricht von einer "noch" guten rechtsventrikulären Funktion, wonach ein erkennbarer Schaden an den rechten Herzhöhlen durch die Lungenembolie eben gerade nicht eingetreten ist bzw. sich bereits kurze Zeit nach der Thrombolyse-Therapie 2004 vollständig zurückgebildet hat. Gegen die Beurteilung durch Prof. Dr. Y. spricht auch, dass es gänzlich unplausibel wäre, wenn es trotz Fehlens einer Restriktion der Lungen und ohne konsekutive Ausbildung einer pulmonal-arteriellen Druckerhöhung, was sowohl echokardiographisch als auch invasiv durch Rechtsherzkatheter-Untersuchung nachgewiesen ist, zu einem chronischen Rechtsherzschaden des Klägers gekommen wäre. Die von Prof. Dr. AA.-BB. für erforderlich gehaltene Rechtsherzkatheter-Untersuchung zur definitiven Klärung der Frage nach einem möglichen Vorliegen (bzw. dem sicheren Ausschluss) einer pulmonalen Hypertonie ist bereits 2008 durchgeführt worden, hierbei waren normale Drucke im kleinen Kreislauf festgestellt worden, wie dem Arztbrief vom 12.02.2008 und dessen Auswertung durch Dr. Ä. entnommen werden kann.

Auch der erhöhte Pro-BMP-Wert bzw. der erhöhte NT-Pro-BMP-Wert kann nicht zwingend als Hinweis auf das Vorliegen einer Herzinsuffizienz gewertet werden. Denn dieser Marker kann auch durch extrakardiale Einflussgrößen, wie insbesondere eine beim Kläger vorliegende chronische Niereninsuffizienz, bestimmt sein. Insgesamt ist der Senat damit zur Überzeugung gelangt, dass beim Kläger keine durch den Unfall bedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen, auf denen eine relevante funktionelle Beeinträchtigung der Lungen oder des rechten Herzens beruhen könnte. Damit sind auch die Leistungsschwäche und die Luftnot-Symptomatik des Klägers nicht auf eine strukturelle Veränderung des Herzens oder der Lungen rückführbar, weil solche Veränderungen weder bildtechnisch noch in Funktionstests nachgewiesen werden konnten (keine Rechtsherzstörung, keine pulmonale Hypertonie, keine Restriktion der Lungen, keine typischen Lungennarben, keine Restthromben).

Der Senat stützt sich hierbei auf die von Dr. Ä. am 11.09.2010 und von PD Dr. Ö. am 12.11.2013 erstatteten Gutachten.

4. Das von PD Dr. Ö. erstattete Gutachten war auch verwertbar. Ein Verwertungsverbot, wie vom Bevollmächtigten des Klägers im Schriftsatz vom 13.12.2013 vorgetragen, besteht nicht. Entgegen dessen Auffassung wurden die wesentlichen Testungen vom bestellten Sachverständigen PD Dr. Ö. selbst ausgewertet. Unbeachtlich ist, dass Untersuchungen wie die Durchführung laborchemischer Untersuchungen, ein EKG oder eine Spiroergometrie nicht vom Sachverständigen selbst, sondern von medizinischem Hilfspersonal

durchgeführt wurden. Denn der Sachverständige darf für Vorarbeiten, die Durchführung von Messungen oder die Feststellung eines tatsächlichen Zustands Hilfskräfte hinzuziehen und muss diese bei Hilfsdiensten von untergeordneter Bedeutung auch nicht benennen (Reichold in Thomas/Putzo, ZPO 34. Aufl., § 407a Rn. 3). Letztlich kann deshalb dahingestellt bleiben, wer die apparativen Zusatzuntersuchungen durchgeführt hat, da es sich hierbei lediglich um standardisierte Untersuchungsmethoden handelt, während der wesentliche Beitrag des Sachverständigen in der Auswertung und Interpretation der erhobenen Befunde besteht. Insoweit bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Auswertung und gutachterliche Bewertung der laborchemischen Untersuchungen vom 08.10.2013, des Oberflächen-EKG vom 08.10.2013, der transthorakalen Echokardiographie vom 08.10.2013, des Stressechokardiographie/Belastungs-EKG vom 14.10.2013, der Spiro-Ergometrie vom 08.10.2013, des Langzeit-EKG vom 08.10.2013, der Langzeit-Blutdruck-Messung vom 08.10.2013, der Oberbauch-Sonographie vom 08.10.2013, der angiologischen Untersuchung vom 08.10.2013 und der Lungenfunktionsprüfung vom 14.10.2013 durch den Sachverständigen PD Dr. Ö. selbst vorgenommen worden sind.

Es ist auch nicht zu beanstanden, dass der Sachverständige die bei anderen Untersuchungen erhobenen Befunde - insbesondere die im Gutachten von Prof. Dr. AA.-BB. vom 04.12.2012 erhobenen Befunde - bei der Erstellung des Gutachtens mit herangezogen hat. Denn er hat damit nicht den Gutachtensauftrag auf einen anderen Gutachter übertragen ([§ 118 Abs. 1 SGG](#), [§ 407a Abs. 2 Satz 1](#) Zivilprozessordnung ( ZPO )), sondern lediglich sonstige Unterlagen für die Erstellung des Gutachtens beigezogen. Die Befugnis hierzu folgt mittelbar aus [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 407 a Abs. 4 Satz 1 ZPO](#), wonach der Sachverständige auf Verlangen des Gerichts die Akten und sonstige für die Begutachtung beigezogene Unterlagen sowie Untersuchungsergebnisse unverzüglich herauszugeben oder mitzuteilen hat. Auch der Verpflichtung zur Vorlage beigezogener Unterlagen ist PD Dr. Ö. durch Vorlage des Gutachtens Prof. Dr. AA.-BB. nachgekommen.

Der Senat war auch befugt, dieses Gutachten im Wege des Urkundenbeweises zu verwerten. Zwar kann nach [§ 118 Abs. 1 SGG](#), [§ 411 a ZPO](#) die schriftliche Begutachtung durch die Verwertung eines gerichtlich oder staatsanwaltschaftlich eingeholten Sachverständigengutachtens aus einem anderen Verfahren ersetzt werden. Diese Vorschrift ermöglicht es, ein in einem anderen Verfahren eingeholtes Gutachten als Sachverständigengutachten zu benutzen. Eine Verpflichtung hierzu besteht jedoch nicht, eine Verwertung im Wege des Urkundenbeweises fällt vielmehr in den Bereich der richterlichen Unabhängigkeit (BSG, Beschluss v. 13.07.2010 - [B 9 VH 1/10 B](#) - juris Rn. 5f.).

Die Berufung des Klägers war deshalb zurückzuweisen.

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

6. Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-05-16