S 33 VS 25/09

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
33
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 33 VS 25/09
Datum
25.04.2012
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Klage gegen den Bescheid vom 13.03.2009 in Gestalt des Wider-spruchsbescheids vom 13.10.2009 wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Ausgleichsleistungen sowie von Hinterbliebenenversorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG).

Der Ehemann der Klägerin, Herr Dr. A., war im Zeitraum vom 21.10.1981 bis zu seinem Tod 2008 Soldat der Bundeswehr und zuletzt als Zahnarzt (Oberfeldarzt) tätig.

Nach akut aufgetretenem Drehschwindel am 28.09.2000 war bei Herrn Dr. A. am 05.10.2000/06.10.2000 ein Astrozytom Grad II (Hirntumor) diagnostiziert worden, das am 27.11.2000 im Bundeswehrkrankenhaus C-Stadt operativ entfernt worden ist. In der Folgezeit fanden regelmäßig – in halbjährlichen Intervallen – dort Vorstellungen mit MRT des Schädels und EEG statt, zuletzt im November 2007.

Am 18.05.2008 begab sich Herr Dr. A. in das Bundeswehrkrankenhaus C-Stadt zur Behandlung, da er in den vergangenen Tagen immer wieder Kopfschmerzen gehabt habe, sehr schläfrig gewesen sei und schwallartig habe erbrechen müssen.

Dort verstarb er am XX.XX.2008 nach zwei am 19.05.2008 in der Abteilung Neurochirurgie von Dr. med. K. durchgeführten Operationen.

Dr. K. führte in seinem Bericht vom 11.06.2008 (dort unzutreffend: OP und Nachblutung auf 20.05.2008 statt 19.05.2008 datiert) aus, dass die am 18.05.2008 sofort angefertigten Computer- und Kernspintomogramm kranial-medial des eigentlich immer bekannten Tmorbezirks etwas dichtere Strukturen gezeigt hätten, die am ehesten einer Einblutung in einen girlandenförmig anreichernden Bezirk entsprochen hätten. Aufgrund des akuten klinischen Verlaufs habe man sich zu einem raschen operativen Vorgehen entschlossen und dies in den frühen Morgenstunden des 19.05.2008 durchgeführt. In der ersten Operation (OP am 19.05.2008 von 1:20 Uhr bis 5:10 Uhr) erfolgte eine ausgedehnte Tumorre-sektion im linken Temporallappen. Die akute Drucksituation sei auf jeden Fall beseitigt worden. In den eigentlich neueren Tumorbezirk sei man nicht sehr gut hineingekommen. Dieser sei nur partiell ausgesaugt worden. Die Schnellschnittuntersuchungen hätten hier Anteile eines hochgradigen Glioms im Sinne eines Glioblastoms gezeigt, weswegen zu-sätzlich ein "Gliadel Wafer" implantiert worden sei.

Nach der Operation habe man im CT eine ausgedehnte Parenchymblutung in den linken Stammganglien gesehen. Man habe sich zu einer zweiten Operation (OP am 19.05.2008, 15:28 Uhr bis 18:50 Uhr) entschlossen, bei der eine ausgedehnte Nachblutung ausgeräumt worden sei. Es seien nochmals Tumoranteile entfernt und der "Gliadel Wafer" neu platziert worden.

Eine routinemäßige CT-Kontrolle am 20.05.2008 habe eine Ausräumung der Tumorblu-tung gezeigt. Es habe sich jedoch bereits ein Ischämieareal im linken Cerebri-Posterior-Gebiet als Folge der transtentoriellen Herniation (= Verlagerung der Mittelhirnstrukturen) in Folge der Nachblutung gezeigt. In der Folgezeit habe sich der Posteriorinfarkt mehr demarkiert, bis Herr Dr. A. in den Abendstunden des XX.XX.2008 verstarb. Der Bericht vom 11.6.2008 schließt mit der Bemerkung: "WDB anzunehmen im Sinne des Komplikati-onserlasses, WDB-Blatt bisher nicht angelegt."

Die Beklagte holte versorgungsmedizinische Stellungnahmen von Dr. S. vom 26.11.2008 und Dr. V. vom 27.02.2009 ein. Diese führten aus,

dass das Tumorrezidiv nach den medizinischen Standards angegangen worden sei und eine medizinische Fehlleistung nicht einmal ansatzweise erkennbar sei. Die OP sei als letzte therapeutische Möglichkeit ange-zeigt gewesen. Mit Bescheid vom 13.03.2009 lehnte die Beklagte daraufhin die Anerken-nung der zum Tode führenden Gesundheitsstörung des Ehemanns der Klägerin "Minder-durchblutung im linken Cerebri-posterior-Gebiet im Rahmen einer postoperativen durch neuerliche Operation gestillten Nachblutung bei weit fortgeschrittenem infiltrierenden Gli-oblastom Grad IV" als Schädigungsfolge im Sinne des § 81 SVG und einen Anspruch auf Ausgleich nach § 85 SVG ab.

Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin mit Schreiben vom 27.03.2009 Widerspruch ein und trug vor, dass moderne Therapieoptionen nicht berücksichtigt worden seien. Durch die Komplikation sei die Lebenserwartung ihres Mannes unerwartet weiter verkürzt worden. Sie gehe davon aus, dass die OP-Komplikation zum Tode geführt habe. Ohne diese Komplikation wäre sowohl eine Strahlentherapie als auch eine Chemotherapie noch möglich gewesen.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 13.10.2009 zurückgewiesen. Der Ehemann der Klägerin habe sich in stationäre Therapie mit Anzeichen einer Hirndruck-symptomatik begeben. Im unmittelbar durchgeführten bildgebenden Verfahren habe sich in der Nachbarschaft des Tumorbezirks eine Raumforderung mit Aufstau des Ventrikel-systems und akuter Einklemmungsgefahr gezeigt. Dabei habe es sich um einen akut le-bensbedrohlichen Zustand gehandelt, der einer sofortigen operativen Intervention bedurft habe. Es habe zu diesem Zeitpunkt keine Therapiealternative gegeben, weder Chemotherapie noch Radiatio. Nach zunächst postoperativ komplikationslosem Verlauf habe sich eine Nachblutung entwickelt, die wiederum im Rahmen eines Notfalleingriffs mitsamt wei-teren Tumoranteilen entfernt worden sei. Im Zeitpunkt beider Operationen hätten lebensbedrohliche Zustände mit nur möglicher therapeutischer Intervention einer sofortigen Operation bestanden. Alternative Behandlungsmethoden seien nicht angezeigt gewesen. Eine unsachgemäße Behandlung habe nicht vorgelegen.

Mit ihrer am 12.11.2009 beim Sozialgericht München erhobenen Klage begehrt die Klägerin weiterhin Versorgung nach § 85 SVG. Zur Begründung trug sie vor, dass sich weder zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme am 18.05.2008 noch präoperativ am 19.05.2008 eine Ischämie im linken Cerebri-posterior-Gebiet vorhanden gewesen sei. Erst durch die postoperative Komplikation einer Nachblutung sei es zu dieser beschriebenen Ischämie gekommen. Damit läge ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Operation, der Nachblutung und der Ischämie vor. Zudem hätten dienstliche Belastungen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf gehabt. Der Verstorbene habe massive Probleme mit dem Oberstarzt Dr. T. besonders in der Zeit von 2005 bis 2006 gehabt, die Auslöser für einen nervlichen Zusammenbruch des Verstorbenen am 23.12.2005 gewesen seien und einen stationären Krankenhausaufenthalt ausgelöst hätten. Der Wehrdienst bzw. wehrdiensteigentümliche Verhältnisse seien wesentliche Bedingung für die gesundheitlichen Folgen und die Behandlung gewesen.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Beiziehung der Personalakte und der Beschwerdesachen des Verstorbenen, der Krankenunterlagen über die Behandlungen im Bundes-wehrkrankenhaus C-Stadt seit 2000 sowie durch Einholung eines Gutachtens des Sach-verständigen Prof. Dr. D. auf neurologischem Fachgebiet. Prof. Dr. D. verneinte in seinem Gutachten vom 02.03.2011 das Vorliegen einer Wehrdienstbeschädigung durch die truppenärztliche Behandlung im Bundeswehrkrankenhaus C-Stadt. Die operativen Eingriffe durch Dr. K. am 19.05.2008 ließen auch nicht die geringsten Hinweise für eine fehlerhafte Diagnostik und für eine fehlerhafte Operationsdurchführung erkennen. Vielmehr seien unter höchstmöglichem Einsatz alle möglichen Maßnahmen zur Beseitigung des lebensbe-drohlichen, hochakuten und dabei komplizierten Hirndrucks ergriffen und durchgeführt worden. Es habe sich nicht um Operationen zur Beseitigung des ohnedies langfristig infausten, zum Glioblastom eskalierten Hirntumors gehandelt, sondern primär und in erster Linie um die Beseitigung des Hirndrucks und nachfolgend der zusätzlichen tumorbeding-ten Hirnblutung. Eine unsachgemäße Behandlung sei definitiv ausgeschlossen. Es läge auch keine Unterlassung vor.

Zur Erläuterung führte Prof. Dr. D. aus, dass bei dem Verstorbenen nach der Tumorope-ration im Jahr 2000 zunächst ein offensichtlich weitgehend beschwerde- und symptomfreier Verlauf bestanden habe. Erst ab den Jahren 2003/2004 hätten sich zunehmende Beeinträchtigungen, zunächst eher unmerklich als gewisse Leistungs- und Führungsprob-leme am Arbeitsplatz im Sinne neuropsychologischer Schläfenlappensymptome einge-stellt, die ab 2004 auch erste, ebenfalls noch eher diskrete, aber tumorbezogene Ände-rungen im EEG und im kranialen Kernspintomogramm eine beginnende Tumorprogre-dienz verdeutlichten. Außerdem seien für den Schläfenlappen typische kleine Anfälle (im Sinne von vestibulären, gustatorischen und anderen Auren bzw. komplex-fokalen Anfäl-len) aufgetreten, die nicht als Anfallereignisse bewertet worden seien.

Indikation für die beiden Operationen am 19.05.2008 sei jedoch nicht die neuerliche Re-sektion des zwischenzeitlich dramatisch vergrößerten und maligne entarteten Tumors gewesen, sondern die Beseitigung des hochakut aufgetretenen und akut lebensbedrohli-chen Hirndrucks. Es habe sich bei den beiden Operationen um den Versuch eines lebensrettenden Notfalleingriffs gehandelt, nämlich der akuten Beseitigung eines rasch bis plötz-lich aufgetretenen massiven Hirndrucks sowie der Beseitigung einer zusätzlichen Gehirnblutung mit neuerlichem Hirndruck. Irgendein Fehlverhalten des Operateurs Dr. K. ließe sich nicht einmal ansatzweise nachweisen. Erste typische Hirndruckanzeichen wie Kopfschmerz, Müdigkeit und Benommenheit, schwallartiges Erbrechen seien im Urlaub des Verstorbenen aufgetreten. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei es zu einem derart raschen Auftreten eines massiven Hirndrucks durch einen (möglicherweise nicht von den Angehö-igen beobachteten) generalisierten oder ähnlich verlaufenden großen Anfall gekommen. Ein solcher Anfall stelle einen massiven Einbruch in Hirndurchblutung, Hirnstoffwechsel und Liquordynamik mit Hirnödem und Hirndruck dar, was bei einem fortentwickelten Glioblastom gewissermaßen eine lebensbedrohliche Katastrophe sei. Wie sich aus den zu-letzt durchgeführten MR-Kontrollen und insbesondere aus der histologischen Aufarbeitung des Tumorgewebes ergebe, habe der Tumor einerseits bereits vorangehend durch Hirn-ödem in der Tumorumgebung sowie lokalen Hirndruckzeichen (mit Mittellinienshift zur Gegenseite) geführt und die feingewebliche Struktur des Tumors sei neben den Malignitätszeichen insbesondere auch durch die Durchsetzung mit hyperämisierten Kapillaren einschließlich frischer Suffusionsblutungen bestimmt gewesen. Diese Befunde erklärten schlüssig sowohl die Hauptproblematik des ersten Eingriffs, nämlich den akuten lebens-bedrohlichen Hirndruck, wie auch des zweiten Eingriffs, nämlich die massive Nachblutung, die therapeutisch nicht mehr beherrschbar gewesen seien.

Die Klägerin kann sich dem Gutachten des Prof. Dr. D. nicht anschließen. Dieser sei nie-dergelassener Neurologe und mit den aktuellen Entwicklungen der Chemotherapie bei Gehirntumoren nicht vertraut. Anders als der Gutachter ausgeführt habe, sei die Nachblu-tung eine Komplikation der Operation gewesen und keine tumorbedingte Hirnblutung, und damit eine unerwünschte Komplikation im Sinne des OP-Erlasses.

Der Beigeladene hat über den Antrag auf Hinterbliebenenversorgung für die Klägerin und die beiden gemeinsamen Töchter angesichts des sozialgerichtlichen Verfahrens gegen die Beklagte bislang nicht entschieden.

Die Klägerin stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 12.11.2009 und ergänzt, dass der Beigeladene zur Gewährung von Hinterbliebenenversorgung nach § 80 SVG verurteilt werden soll.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Der Beigeladene beantragt, die Klage abzuweisen.

Das Gericht hat die WDB-Akten, Widerspruchsakten, Personalakten und Unterlagen über die Beschwerdesachen des Verstorbenen von der Beklagten, sowie die Krankenakten des Bundeswehrkrankenhauses C-Stadt sowie die Akten des Beigeladenen beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der Prozessakte sowie der beigezogenen Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage wurde nach Durchführung des gesetzlich vorgeschriebenen Widerspruchsver-fahrens form- und fristgerecht (§§ 87, 90, 92 SGG) beim zuständigen Sozialgericht Mün-chen erhoben und ist somit zulässig.

Die Klage erweist sich in der Sache jedoch als unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 13.03.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.10.2009 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Die Beklagte hat zu Recht abgelehnt, die zum Tode des Ehemanns der Klägerin führende Gesundheitsstörung "Minderdurchblutung im linken Cerebri-posterior-Gebiet im Rahmen einer postoperativen durch neuerliche Operation gestillten Nachblutung bei weit fortgeschrittenem infiltrierenden Glioblastom Grad IV" als Folge einer Wehrdienstbeschädigung im Sinne des § 81 SVG anzuerkennen und Ausgleich nach § 85 SVG zu gewähren, da eine Wehrdienstbeschädigung nicht vorliegt.

Eine Wehrdienstbeschädigung ist gemäß § 81 Abs. 1 SVG eine gesundheitliche Schädigung, die durch eine Wehrdienstverrichtung (§ 81 Abs. 1, 1. Alt. SVG), durch einen wäh-rend der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall (§ 81 Abs. 1, 2. Alt. SVG) oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse (§ 81 Abs. 1, 3. Alt. SVG) herbei-geführt worden ist.

Entsprechend der vorgenannten Bestimmungen setzt die Anerkennung von Schädigungsfolgen eine dreistufige Kausalkette voraus (vgl. bspw. Bundessozialgericht - BSG, Urteil vom 25.03.2004, Az.: B 9 VS 1/02 R): Ein mit dem Wehrdienst zusammenhängender schädigender Vorgang (1. Glied) muss zu einer primären Schädigung (2. Glied) geführt haben, die wiederum die geltend gemachten Schädigungsfolgen (3. Glied) bedingt.

Die drei Glieder der Kausalkette müssen im Vollbeweis, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein (vgl. BSG, Urteil vom 15.12.1999, Az.: B 9 VS 2/98 R). Dies bedeutet, dass kein vernünftiger Mensch mehr am Vorliegen der Tatsachen zweifelt (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2000, B 9 VG 3/99 R). Demgegenüber reicht es für den ursächlichen Zusammenhang der drei Glieder aus, wenn dieser jeweils mit hinrei-chender Wahrscheinlichkeit gegeben ist.

Vorliegend kommt alleine eine Wehrdienstbeschädigung durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse gemäß § 81 Abs. 1, 3. Alt. SVG in Frage.

Wehrdiensteigentümlich im Sinne des §§ 81 Abs. 1, 3. Alt. SVG sind nach der ständigen Rechtsprechung des BSG die besonderen Gegebenheiten des soldatischen Sozialbereichs, die sich deutlich von vergleichbaren des Zivilbereichs unterscheiden. Dazu zählt auch die truppenärztliche Behandlung wehrdienstunabhängiger Gesundheitsstörungen. Wehrdiensteigentümlich ist in diesem Zusammenhang die besondere Verpflichtung des Soldaten, sich gesund zu halten (§ 17 Abs. 4 Soldatengesetz – SG) und vor allem der Ausschluss der freien Arztwahl im Rahmen der Heilfürsorge (§ 31 SG; vgl. BSG, SozR 3200 § 81 Nr. 20). Der Zwang, sich ausschließlich von Offizieren des Sanitätsdienstes oder von den von ihnen ausgewählten Ärzten behandeln zu lassen, wird dadurch bekräftigt, dass der Soldat eine Behandlung durch einen von ihm ausgesuchten Zivilarzt selbst finanzieren müsste (BSG a. a. O.).

Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat mit Rundschreiben vom 23.01.1987 (Az. VI a 1 – 52090) den Versorgungsschutz bei nachteiligen gesundheitlichen Folgen einer truppenärztlichen Behandlung im Einzelnen geregelt (sogenannter Truppenerlass). Da-nach umfasst der Begriff der truppenärztlichen Behandlung (Truppenerlass, a. a. O., Ziff. 1.1.) Operationen, sofern sie im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versor-gung durchgeführt oder veranlasst werden (a. a. O., 1.1.1.). Nachteilige gesundheitliche Folgen im Sinne des Erlasses sind die Folgen einer truppenärztlichen Behandlung, die außerhalb des mit der Behandlung angestrebten Heilerfolges liegen (a. a. O., 1.2.1.).

In Ziff. 3.1. des Erlasses ist festgehalten, dass bei der truppenärztlichen Behandlung von Gesundheitsstörungen, die nicht Folgen einer Wehrdienstbeschädigung sind, nachteilige gesundheitliche Folgen der Behandlung als Folgen einer Wehrdienstbeschädigung anzu-erkennen sind, wenn die Behandlung auf den Wehrdienst oder die dem Wehrdienst eigen-tümlichen Verhältnisse im Sinne des § 81 SVG zurückzuführen ist. In Ziff. 3.1.2. des Erlasses wird die truppenärztliche Behandlung im Sinne der Teilziffer 1.1. wegen ihrer Besonderheiten, die sich deutlich von vergleichbaren Gegebenheiten des Zivillebens unter-scheiden, als wehrdiensteigentümlich klassifiziert.

Hinsichtlich der Kausalitätserfordernisse ist in Ziff. 4 des Rundschreibens bestimmt, dass für die Anerkennung nachteiliger gesundheitlicher Folgen der Behandlung in jedem Einzelfall ein Ursachenzusammenhang zwischen der truppenärztlichen Behandlung und ei-ner gesundheitlichen Schädigung sowie die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen dieser Schädigung und ihren gesundheitlichen Folgen erforderlich ist (a. a. O., 4.1.). Der Wehrdienst oder wehrdiensteigentümliche Verhältnisse sind dann nicht wesentliche Bedingung für nachteilige gesundheitliche Folgen einer Behandlung, wenn andere Umstände eine überwiegende Bedeutung erlangt haben. Das kann z.B. der Fall sein, wenn in den Fällen der Teilziffer 3. eine Behandlung wegen eines tatsächlich oder vermeintlich

lebensbedrohenden Zustandes durchgeführt wurde und nachteilige gesundheitliche Folgen nicht auf eine unsachgemäße Behandlung zurückzuführen sind (a. a. O., 4.2.).

Vorliegend stellen wehrdiensteigentümliche Verhältnisse keine wesentliche Bedingung für die nachteiligen gesundheitlichen Folgen der Behandlung und des Todes des Ehemanns der Klägerin dar.

Das Risiko einer wehrdienstunabhängigen Erkrankung, wie Risiken der Diagnostik und der Behandlung einschließlich der Operation einer solchen Erkrankung, verbleibt grundsätzlich beim Soldaten (vgl. Bayerisches Landessozialgericht – BayLSG, Az. L 18 VS 48/97, juris-Rn. 20; bestätigt: BSG, Beschluss vom 09.12.1998, Az. B 9 VS 6/98 B). Des-halb rechnet das BSG im Urteil vom 24.03.1987 (SozR 3200 § 81 Nr. 27, juris-Rn. 17 ff.) die Risiken einer aus vitalem Interesse lege artis durchgeführten Operation nicht den dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnissen zu. Denn bei vitaler Indikation zur Operation ist die Duldung der Operation keine Handlung des Soldaten zur Verrichtung seines Dienstes als Soldat der Bundeswehr, sondern es handelt sich vielmehr um eine auf Erhaltung von Gesundheit und Leben gerichtete elementare Lebensvorsorge (BSG, a. a. O., juris-Rn. 17). Der nicht schädigungsbedingten Erkrankung kommt in Hinblick auf die Ursächlichkeit des Schadens in diesem Fall eine überwiegende Bedeutung zu. Der Gesichtspunkt der Wehrdiensteigentümlichkeit infolge Ausschlusses der freien Arztwahl und Gesunderhal-tungs- bzw. –wiederherstellungspflicht tritt dahinter zurück (vgl. BayLSG, a. a. O., juris-Rn. 22). Diesen rechtlichen Vorgaben entspricht die Regelung in Teilziffer 4.2 des Truppenerlasses.

Anders verhält es sich bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen und solchen, die keiner dringenden sofortigen Behandlung bedürfen. Bei diesen kann die Wehrdiensteigentümlichkeit der truppenärztlichen Behandlung schon deshalb gegeben sein, weil der Soldat seiner gesetzlichen und gesteigerten Pflicht zur Gesundheitspflege gemäß § 17 Abs. 4 SG nachgekommen ist, um seine Dienstfähigkeit auf einem möglichst hohen Niveau zu erhalten oder schnell wieder herzustellen. Diese Gesichtspunkte können so im Vordergrund stehen, dass auch bei einer lege artis durchgeführten truppenärztlichen Behand-lung evtl. aufgetretene Schäden den dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnissen kau-sal zugerechnet werden können (vgl. BSG SozR 3200 § 81 Nr. 20).

Vorliegend bestand bei dem Ehemann der Klägerin zur Überzeugung des Gerichts nach den schlüssigen und ausführlichen Darlegungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen Prof. Dr. D. in seinem gründlichen Gutachten vom 02.03.2011 sowohl bei der ersten am 19.05.2008 (1:20 Uhr bis 5:10 Uhr) als auch bei der zweiten am 19.05.2008 (15:28 Uhr bis 18:50 Uhr) durchgeführten Operation ein lebensbedrohlicher Zustand, der die sofortige operative Maßnahme indizierte. Auch bestehen nach Auffassung des Gerichts keinerlei Zweifel daran, dass die beiden von Dr. K. durchgeführten Operationen lege artis erfolgt sind. Das Gericht schließt sich den überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. D. vollumfänglich an. Auch aus dem gesamten Behandlungsverlauf seit der Diagnose des Tumors am 05.10.2000 / 06.10.2000 ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte für eine unzu-reichende oder fehlerhafte Behandlung.

Prof. Dr. D. hat eindrucksvoll und gut nachvollziehbar den Verlauf der - nach den vorlie-genden medizinischen Unterlagen unzweifelhaft - beim Ehemann der Klägerin vorliegen-den, wehrdienstunabhängigen Tumorerkrankung Astrozytom Grad II zu einem lebensbe-drohlichen Glioblastom geschildert.

Prof. Dr. D. hat zunächst dargelegt, dass bereits bei der Tumoroperation am 27.11.2000 im Bundeswehrkrankenhaus C-Stadt nur eine unvollständige Entfernung des Tumors er-folgt ist und hierzu auf den OP-Bericht vom 20.12.2000 als auch auf die MR-Bilder verwiesen. In dem Bericht vom 20.12.2000 beschrieb der Operateur Dr. K. die Operation als komplikationslos, allerdings habe der Tumor intraoperativ weder makroskopisch noch mit OP-Mikroskop und Schnellschnitt eindeutig abgegrenzt werden können. In der MR-Kontrolle vom 30.11.2000 habe nicht eindeutig geklärt werden können, ob möglicherweise "Resttumoranteile" noch vorhanden seien. Prof. Dr. D. erläuterte diesbezüglich, dass die Beschreibung dieses Ersteingriffs wie auch dessen Dokumentation keinerlei Anhaltspunkt für einen fehlerhaften intra- und postoperativen Verlauf bietet und im Übrigen beim Ehemann der Klägerin auch keinerlei neurologische oder neuropsychologische Defizite anzu-treffen gewesen seien.

Der Spontanverlauf des Tumors – laut Histologiebefund vom 05.12.2000 als "niedrig ma-lignes fibrilläres Astrozytom WHO Grad II" klassifiziert - bis hin zur Malignisierung Glioblastom Grad IV ist gemäß Prof. Dr. D. nicht nur nicht von vornherein ausgeschlossen, vielmehr statistisch sogar zu erwarten gewesen. Denn nach der Statistik ist nur bei benignen oder niedrig malignen Astrozytomen (WHO Grad I/II) bei vollständiger Tumorent-fernung eine chirurgische Heilung möglich, dagegen bei malignen Glioblastomen (WHO Grad III//IV), aber auch bei der Mehrzahl der niedrig malignen Tumoren (WHO Grad II) eine dauerhafte Heilung infolge der tiefen diffusen Infiltration des Gehirns auch bei günstiger Lokalisation chirurgisch nicht möglich. Astrozystome werden von etwa einem Drittel der Patienten 5 Jahr überlebt, Glioblastome nur von etwa 5 %; bei jüngeren Patienten ist die Überlebensrate etwas günstiger.

Des Weiteren hat Prof. Dr. D. aus dem Krankheitsverlauf bei dem Verstorbenen "verhängnisvolle Meilensteine" von dem zunächst eher noch benignen Astrozytom bis hin zum bösartigen und infausten Glioblastom herausgearbeitet.

Er führte aus, dass die Entwicklung des Krankheitsverlaufs durch neuropsychologische Beeinträchtigungen im weitesten Sinne, auch durch hirnorganische, der Tumorregion zu-geordnete zerebrale Anfälle und letztlich der Entwicklung eines hochakuten, supratento-riellen Hirndrucks gekennzeichnet sei.

Als erstes klinisches Hinweiszeichen auf einen Schläfenlappentumor bewertete Prof. Dr. D. mit hoher Wahrscheinlichkeit die vor der Diagnose des Hirntumors aufgetretenen Schwindelanfälle im Februar 2000 und September 2000 als Schläfenlappenanfälle. Diese seien über die postoperativ jahrelang durchgeführte antikonvulsive Therapie offensichtlich weitgehend oder vollständig verhindert worden.

Bis zum Jahr 2004 seien dann weder von Seiten des Tumors noch durch andere Ge-sundheitsstörungen schwerwiegende Probleme aufgetreten.

Ab dem Jahr 2004 gab es in der Rückschau nach der Auffassung von Prof. Dr. D., der sich das Gericht anschließt, jedoch erste Anhaltspunkte für eine Progredienz des Tumors.

Diese Progredienz machte sich zum einen mit komplex-fokalen Anfällen bemerkbar, die als typische Ereignisse von

Schläfenlappenprozessen gelten. Diese außerordentliche Vielfalt kleiner Anfälle bzw. komplex-fokaler Anfälle ist aufgrund der durch den Tumor be-troffenen Hirnregion (temporolateral bis temporobasal) charakteristisch und meist weder Nicht-Epileptologen noch Nervenärzten und schon gar nicht dem medizinischen Laien ge-läufig. Prof. Dr. D. schloss auf das Vorliegen von diesen Anfällen u. a. aus dem Kontroll-bericht des Bundeswehrkrankenhauses C-Stadt vom 18.11.2004 in dem vermerkt ist: "gelegentlich hat er leichte Geruchssensationen". Außerdem aus dem Eintrag in der G-Karte vom 17.04.2008 kurz vor den Operationen am 18.05.2008, in dem "gustatorische" Wahrnehmungen im Sinne von "Täuschungserlebnissen", die mit nachfolgenden kurzen Sprachstörungen verbunden gewesen seien, dokumentiert sind. Ein weiterer, eindeutiger und schwerer epileptischer Anfall im Sinne eines generalisierten Krampfanfalls ist nach-weislich am 23.12.2005 aufgetreten, wobei der Verstorbene notfallmäßig im Krankenhaus Dorfen aufgenommen werden musste.

Des Weiteren ergaben sich aus den bei den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen durchgeführten EEG-Untersuchungen ab dem 15.11.2004 diskrete Veränderungen, die als Ausdruck einer bis dahin noch eher unmerklichen Progredienz des Tumors gewertet werden können.

Schließlich verwies Prof. Dr. D. diesbezüglich auf den MR-Befund vom 16.11.2004, in dem bereits eine partielle Kompression des linken Seitenventrikels, noch ohne relevante Mittellinienverlagerung, beschrieben worden ist. Im MR vom 28.12.2005, das also fünf Tage nach dem generalisierten Anfall vom 23.12.2005 angefertigt wurde, wurde ein peri-fokales Ödem und eine, wenn auch sehr diskrete, Mittellinienverlagerung des Gehirns um ca. 3 mm nach rechts beschrieben. Dieser Befund wurde durch das MR vom 22.06.2006 bestätigt. Eine erkennbare Größenzunahme des Tumors bestand bis dahin nicht.

Auf die sich abzeichnenden diskreten Hinweise auf funktionelle wie morphologische Än-derungen im Tumorbereich weisen nach Auffassung von Prof. Dr. D. auch die besonders in den Jahren 2003/2004 aufgetretenen psychosozialen Probleme des Patienten am Ar-beitsplatz hin. Diese stünden in einer deutlichen Diskrepanz zu der bis dahin durchgängig als tatkräftige, entscheidungsfreudige und in der Mitarbeiterführung als vorbildlich beurteil-ten Ausgangspersönlichkeit. Die nachfolgenden dienstlichen Auseinandersetzungen lie-ßen den Eindruck entstehen, dass der Verstorbene den beruflichen Anforderungen nicht mehr in dem Maße wie zuvor gewachsen war. Es sei in Anbetracht der Erkrankung, die gerade den linksseitigen Schläfenlappen betreffe, keineswegs abwegig, darin die ersten neuropsychologischen Manifestationen der diskreten Tumorprogredienz zu sehen.

Zum akuten Verlauf, der zu den beiden operativen Maßnahmen am 19.05.2008 geführt hat, kam es ab dem 18.05.2008. Ausweislich des Berichts des Dr. K. vom 11.06.2008 stellte sich der Verstorbene am Abend des 18.05.2008 akut vor, nachdem er an den vo-rangegangenen Tagen schon immer wieder über Kopfschmerzen geklagt hatte, sehr schläfrig war und am Urlaubsort schwallartig erbrechen musste. Dieses Erbrechen setzte sich nachfolgend noch mehrfach fort. Als Aufnahmebefund ist neurologisch eine diskrete Hemiparese rechts mit leichter Absinktendenz in den Armvorhalteversuchen dokumen-tiert; im Übrigen ist eine volle Orientierung des Verstorbenen, bei starker Belastung durch anhaltende Übelkeit und sofortiges Einschlafen vermerkt. Das sofort durchgeführte crania-le MR und das Kernspintomogramm zeigten oberhalb und medial des vorbekannten Astrozytoms etwas dichtere Strukturen mit einem girlandenförmigen Bezirk, die am ehes-ten im Sinne einer Einblutung zu interpretieren waren. Außerdem bestand erstmals eine deutliche Raumforderung mit Ventrikelaufstau. Aufgrund dieser Befunde entschloss sich Dr. K. zum operativen Vorgehen am 19.05.2008 (1:20 Uhr bis 5:10 Uhr). Nach Öffnung der Dura (= äußere Hirnhaut) zeigte sich laut dem OP-Bericht ein frontal und parietal ver-größerter Tumor, zudem drängte das Hirngewebe unter deutlichem Druck hervor. Es er-folgte dann eine ausgedehnte Resektion des Tumors im Bereich des Schläfenlappens mit Erweiterung auf mediobasale Schläfenlappengebiete, um auch an der Basis eine adäqua-te Druckentlastung zu schaffen. Dort zeigten sich dann "zerfließende Tumoranteile", die sich im Schnellschnitt als Entartung zum Glioblastom erwiesen. Ein "Gliadel Wafer" wurde implantiert.

Im Verlauf des Tages entwickelte der Verstorbene gemäß dem Bericht vom 11.06.2008 eine Hemisymptomatik. Ein routinemäßig angefertigtes Kontroll-CT zeigte eine ausge-dehnte Parenchymblutung in den linken Stammganglien, wobei der Verstorbene zuneh-mend eintrübte. In einer zweiten Operation am 19.05.2008 (15:28 Uhr bis 18:50 Uhr) zeig-te sich massiv hervorquellendes Blut, das schrittweise ausgeräumt wurde. Die Situation sei dann "sehr entspannt" gewesen und es konnten weitere Anteile des neu entstandenen Tumors entfernt werden. Das Gliadel wurde erneut platziert.

Nach der Bewertung dieser Befunde durch den Sachverständigen Prof. Dr. D. befand sich der Verstorbene sowohl im Zeitpunkt der ersten Operation als auch im Zeitpunkt der zwei-ten Operation in einem lebensbedrohlichen Zustand. Entgegen der Auffassung der Kläge-rin dienten beide Operationen vorrangig der der akuten Beseitigung des hochakut aufge-tretenen und akut lebensbedrohlichen Hirndrucks bzw. der Beseitigung der zusätzlichen Gehirnblutung mit neuerlichem Hirndruck. Diese Auffassung wird auch durch die medizi-nischen Stellungnahmen von Dr. V. vom 27.02.2009 sowie von Frau K. vom 05.10.2009 bestätigt.

Anhaltspunkte für eine nicht ordnungsgemäße Durchführung der beiden Operationen sind nicht ersichtlich. Laut Prof. Dr. D. ist ein Fehlverhalten nicht einmal ansatzweise erkenn-bar.

Vielmehr ergibt sich nach seinen Ausführungen aus den zuletzt durchgeführten MR-Kontrollen einerseits, dass der Tumor zu einem Hirnödem in der Tumorumgebung sowie lokalen Hirndruckzeichen (mit Mittellinienshift zur Gegenseite) geführt hat und sich ande-rerseits die feingewebliche Struktur des Tumors nach der histologischen Aufarbeitung dergestalt darstellt, dass neben den Malignitätszeichen insbesondere die Durchsetzung mit hyperämisierten Kapillaren einschließlich frischer Suffusionsblutungen imponiert. Die-se Befunde erklären sowohl die Hirndruckproblematik als auch die massive Nachblutung bis in die mehr zentral gelegenen Hirnstammganglienbereiche schlüssig und therapeu-tisch als nicht mehr beherrschbar.

Im Übrigen wird auch darauf hingewiesen, dass mit der Implantation des "Gliadel Wafer" neben der Beseitigung der akut lebensbedrohlichen Situationen auch der Versuch der chemotherapeutischen Behandlung des Tumors unternommen wurde.

Eine unzureichende truppenärztliche Behandlung des Verstorbenen wegen nicht rechtzei-tiger Klinikeinweisung nach ambulanter Vorstellung am 17.04.2008 und am 13.05.2008 liegt ebenfalls nicht vor. Wie Prof. Dr. D. ausgeführt hat, rechtfertigte weder die Schilde-rung des Verstorbenen seiner regelmäßigen Täuschungserlebnisse mit Sprachstörungen (17.04.2008) noch die eines akut eingetretenen starken Kopfschmerzes mit verstärkter Druckempfindlichkeit des occipitalen Nervenaustrittspunkts ohne Übelkeit (13.05.2008) eine sofortige Klinikeinweisung. Vielmehr bestätigen die beiden Verlaufseinträge, dass der zu den Operationen am 19.05.2008 führende akute Hirndruck erst in der danach stattge-habten Urlaubszeit eingetreten sei.

Das Gericht ist nach den vorgenannten Erwägungen der festen Überzeugung, dass beim Ehemann der Klägerin ein schicksalhafter Verlauf der wehrdienstunabhängigen Tumorer-krankung vorgelegen hat, der medizinisch mit keinerlei Mitteln mehr aufzuhalten war.

Da eine Wehrdienstbeschädigung nicht vorliegt, war auch kein Ausgleich nach § 85 SVG zu leisten.

Nach alledem konnte die Klage keinen Erfolg haben. Dementsprechend war auch der Beigeladene nicht zur Gewährung von Hinterbliebenenversorgung zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2012-08-02