
Datum: 15.04.2019
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 21. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 21 U 1021/14
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2019:0415.S21U1021.14.00

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

**Die Beteiligten haben einander keine außergerichtlichen
Kosten zu erstatten.**

Tatbestand:

- Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer höheren Verletztenrente unter Anerkennung auch einer Myasthenia Gravis als Folge eines als Arbeitsunfall von der Beklagten anerkannten Unfalls des Klägers vom 15.06.2011. 1 2
- Der Kläger arbeitete als angestellter Geschäftsführer der C GmbH & Co. KG, als er, vor einer Imbissbude stehend, von einer Autofahrerin am linken Kniegelenk erfasst und verletzt wurde. 3
- Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten eine geschlossene dislozierte mehrfragmentäre Tibiakopfimppressionsfraktur. Der Kläger wurde daran am 20.06.2011 im C1 in D operiert und der Bruch durch Plattenosteosynthese und zusätzliche Schrauben- und K-Drahtosteosynthese reponiert. 4
- Am 02.09.2011 teilte Dr. T der Beklagten mit, der Kläger habe sich zur Routinekontrolle vorgestellt und berichtet, die Arbeitsbelastungserprobung falle ihm doch sehr schwer, er habe diese teilweise abgebrochen und auch nur vier Stunden durchgeführt. Insgesamt habe er eine allgemeine Schlappeheit und ein Schwächegefühl, gelegentlich auch Schweißausbrüche. Dr. T teilte weiter mit, die radiologischen Verlaufskontrollen zeigten die Fraktur in knöcherner Abheilung begriffen. 5
- Die Ärzte des N in T1 stellten am 08.09.2011 die Verdachtsdiagnose einer Myasthenia Gravis und der Kläger wurde an das St. W in Q verwiesen, wo er ab dem 08.09.2011 stationär behandelt und die Diagnose einer Myasthenia Gravis gestellt wurde. In dem Bericht vom 6

26.09.2011 über den Krankenhausaufenthalt dort hielt Dr. Q1 in der Anamnese fest: „Der Patient berichtet, dass er in den letzten Wochen eine zunehmende Schwäche der Kaumuskulatur und der Augenlider bemerkt habe. Insbesondere gegen Abend hin treten diese Beschwerden besonders auf. Bereits unter der Verdachtsdiagnose eine Myasthenie wird der Patient aus der Inneren Abteilung des N T1 verlegt.“

In der zusammenfassenden Beurteilung schrieb Dr. Q1:

„Die bereits in T1 gestellte Verdachtsdiagnose eine Myasthenie konnte auch aufgrund der eindeutig positiven Antikörpertiter gegen Acetylcholinrezeptoren sowie des nachweisbaren Dekrements in der repetitiven Simulation untermauert werden. Ein Thymom war in der CT-Thorax-Untersuchung nicht vorhanden.“

Am 26.09.2011 wurde beim Kläger eine arthroskopische Revision des linken Kniegelenkes durchgeführt mit Knorpelglättung und Teilmetallentfernung.

Nach Gutachterausswahl ließ die Beklagte den Kläger durch Dr. T begutachten, welcher in seinem Gutachten vom 27.03.2012 als Unfallfolgen noch festhielt: Ca. 20 cm. lange Narbe im Bereich des linken Kniegelenkes mit umschriebener Hypästheie, deutliche laterale posttraumatische Gonarthrose mit Valgusfehlstellung des Kniegelenkes von etwa 10° und endgradige Flexionseinschränkung des linken Kniegelenkes, eingeschränkte dynamische und statische Belastbarkeit des linken Kniegelenkes (Einschränkung der Gehstrecke auf ca. 30 Minuten, Erschwerung des Gehens auf unebener Fläche sowie auf Gefälle- und Steigungsstrecken, eingeschränktes tiefes Sitzen, Unmöglichkeit vom Hocken und Kniestand links), rezidivierender Reizzustand des linken Kniegelenkes. Er schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) für die Zeit ab dem 26.01.2012 auf 20 v.H. ein.

Mit Bescheid vom 17.09.2012 gewährte die Beklagte dem Kläger wegen der Folgen seines Arbeitsunfalls eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 % für die Zeit ab dem 26.01.2012. Dabei erkannte sie als Unfallfolgen an:

Belastungs- und Bewegungseinschränkungen im linken Kniegelenk nach mit noch liegenden Fremdmaterial versorgtem, knöchern verheilten verschobenem Schienbeinkopfmehrfragmentbruch links.

Sie beschied ferner, dass folgende Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes unabhängig von dem Arbeitsunfall vorlägen: Körperliche Schwäche mit Schweißausbrüchen und Abgeschlagenheit im Sinne einer Myasthenia gravis.

Der Klägerbevollmächtigte legte Widerspruch ein, soweit in dem Bescheid die Myasthenia gravis als unabhängig von dem Arbeitsunfall eingeschätzt worden sei, es handele sich dabei um einen Anlageschaden, der zuvor nie zum Ausbruch gekommen sei und bis zum Erreichen des Rentenalters nach aller Wahrscheinlichkeit auch nicht zum Ausbruch gekommen wäre. Er wies darauf hin, dass der Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers derzeit ein Gutachten der Charité in Auftrag gegeben habe, er halte es für sinnvoll, dieses Gutachten abzuwarten.

Nach Gutachterausswahl ließ die Beklagte den Kläger erneut begutachten, Dr. T hielt in seinem Gutachten vom 15.01.2014 die Unfallfolgen wie zuvor fest, teilte jedoch mit, die posttraumatische Gonarthrose habe deutlich zugenommen, die Seitenbänder seien stabil, die Beweglichkeit des linken Kniegelenkes annähernd physiologisch, es bestehe allerdings eine endgradige Flexionseinschränkung im Seitenvergleich, die Oberschenkelmuskulatur sei

linksseitig gering verschmächtigt, die muskuläre Führung des linken Kniegelenkes sei jedoch sehr gut. Er schätzte die MdE für die Zeit ab dem 09.11.2013 mit 25 v.H. ein.

Die Beklagte holte hierzu eine beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. M vom 29.01.2014 ein, welcher ausführte, die Bewegungsausmaße für das betroffene linke Kniegelenk seien als befriedigend bis gut zu bezeichnen. In Anlehnung an die MdE-Erfahrungswerte sei die MdE unter 20 % einzuschätzen. Unbestritten sei jedoch, dass mittlerweile eine posttraumatische Arthrose vorliege. Die im Operationsbericht beschriebenen Knorpelveränderungen der Patella seien unfallunabhängig. 16

Die Beklagte hörte den Kläger zu einem Entzug der Rente an, welcher erwiderte, er sei über die Ablehnungsabsichten erschrocken. Vor seinem Unfall sei für ihn und seine Familie die Welt in Ordnung gewesen. Er habe 5 Tage in der Woche stramm gearbeitet und sei an Samstagen und Sonntagen mit seiner Familie dem gemeinsamen Hobby der Reiterei nachgekommen. Dem sei ein jähes Ende gesetzt worden, er bitte die Entscheidung zu überdenken. 17

Mit Bescheid vom 04.03.2014 entschied die Beklagte, dass wegen der Folgen des Arbeitsunfalls kein Rentenanspruch auf unbestimmte Zeit bestehe und entzog die vorläufige Entschädigung mit Ablauf des Monats März 2014. 18

Sie erkannte dabei als Unfallfolge an: 19

Operativ versorgter, knöchern fest verheilter Bruch des linken Schienbeinkopfes mit endgradiger Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes sowie subjektiven Beschwerden. 20

Unabhängig vom Unfall lägen vor: 21

Körperliche Schwäche in Form von Abgeschlagenheit und Schweißausbrüchen (sog. Myasthenia gravis), Verschleißerscheinungen (sog. degenerative Veränderungen) der linken Kniescheibe. 22

Hiergegen legte der Kläger über seinen Bevollmächtigten Widerspruch ein, zu dessen Begründung er auf das Gutachten des Dr. T verwies. Zudem überreichte er zur weiteren Begründung das Gutachten des Prof. Dr. N1 für die B Versicherungs-AG vom 22.01.2014 und führte in der Widerspruchsbegründung aus, Prof. N1 halte in seinem Gutachten fest, „dass das Unfallereignis vom 15.06.2011 bzw. die aufgrund des Unfallereignisses notwendige Operation am 20.06.2011 sehr wahrscheinlich auslösendes Ereignis des Auftretens einer Myasthenia gravis bei dem zu Begutachtenden anzusehen ist.“ Der Bevollmächtigte führte weiter aus, dass damit die Myasthenia gravis adäquat kausal als Unfallfolge anzuerkennen sei. Prof. Dr. N1 gehe im Mittel von einer MdE von 40% aus. Er beantragte, die MdE dauerhaft auf 40% festzusetzen. 23

Die Beklagte zog weitere medizinische Unterlagen von der S2-Versicherung als der privaten BU-Versicherung des Klägers sowie von der B als Versicherung der Unfallverursacherin, sowie der behandelnden Ärzte des Klägers bei und ließ den Kläger nach doppelter Gutachterausswahl auf neurologischem sowie auf unfallchirurgisch/orthopädischen Fachgebiet begutachten. 24

Dr. L schrieb in seinem nervenärztlichen Gutachten nach Aktenlage vom 05.09.2014, der postulierte Zusammenhang der bei dem Versicherten im Jahr 2011 diagnostizierten 25

Myasthenia gravis und dem Unfallgeschehen vom 15.06.2011 sei eindeutig zu verneinen. Die Diagnose einer Myasthenia gravis werde immer wieder im Zusammenhang mit operativen Eingriffen gestellt, es liege jedoch kein kausaler Zusammenhang vor, die Patienten entwickelten vielmehr aufgrund der vorbestehenden stumm verlaufenden Erkrankung Unverträglichkeiten gegenüber den in der Narkose verwendeten Muskelrelaxantien, woraus sich meist postoperative Konsequenzen ergäben mit der Notwendigkeit einer längeren Intubation oder Beatmung. Die Myasthenia gravis stelle eine Autoimmunerkrankung dar, bei der sich Autoantikörper gegen die postsynaptischen nikotinergen Acetylcholinrezeptoren bildeten. Die neuromuskuläre Übertragung sei bei intakten Nerven und Muskeln gestört. Anhand der Literatur lägen keine hinreichend wahrscheinlichen Anhaltspunkte dafür vor, dass die Myasthenia gravis und insbesondere die Entwicklung von Antikörpern gegen neuromuskuläre Überleitung durch ein Unfallgeschehen oder durch operative Eingriffe bzw. durch Stress unmittelbar im Sinne einer Verursachung auftreten könne. Es handele sich um eine schicksalhafte autoimmunbedingte Erkrankung, die in ihren verschiedenen Formen in verschiedenen Altersklassen vorkommen könne, es sei ausschließlich von einem zeitlichen Zusammenhang der Diagnose mit dem Unfallereignis auszugehen. Eine zumindest wesentliche Teilverursachung sei zu verneinen.

Prof. Dr. F untersuchte den Kläger am 03.09.2014 und hielt in seinem Gutachten vom 29.09.2014 als Unfallfolgen fest: 26

Deutliche Valgusstellung des linken Kniegelenkes, relative Seitenbandinstabilität erheblichen Ausmaßes, deutliche Veränderung des lateralen Schienbeinkopfes im Sinne einer deutlichen posttraumatischen Arthrose, Muskelminderung linker Oberschenkel, Narbenbildung, die röntgenologisch erhobenen Befunde. In früheren Gutachten sei die unfallbedingte Valgusstellung und die relative Seitenbandlockerung nicht ausreichend berücksichtigt worden. Er schätzte die MdE mit 20 v.H. ein. 27

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.11.2014 half die Beklagte dem Widerspruch gegen den Bescheid vom 04.03.2014 teilweise ab und bewilligte dem Kläger über den Monat März 2014 hinaus Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 v.H. Im Übrigen und insbesondere soweit die Myasthenia gravis als Unfallfolge geltend gemacht wurde, wies sie den Widerspruch zurück. 28

Zur Begründung führte sie aus, unter Berücksichtigung der in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalitätslehre komme Dr. L zu dem Ergebnis, dass die beim Kläger diagnostizierte Myasthenia gravis nicht durch den Unfall vom 15.06.2011 oder dessen Folgen rechtlich wesentlich verursacht worden sei. Bei der Myasthenia gravis handele es sich um eine Autoimmunerkrankung. Das Unfallereignis sei weder im Sinne der Entstehung noch einer wesentlich richtungsweisenden Verschlimmerung geeignet, die Erkrankung zu verursachen oder auszulösen. Prof. F sei schlüssig zu der Einschätzung gelangt, dass von einer MdE von 20 auf chirurgischem Fachgebiet auszugehen sei. Das von Prof. N1 für die B erstellte Gutachten habe in seiner Beurteilung nicht die in der gesetzlichen Unfallversicherung geltende Kausalitätslehre beachtet, der Widerspruch sei daher soweit der Kläger eine Erhöhung der Gesamt-MdE und die Anerkennung der Myasthenias gravis als Unfallfolge begehre, zurückzuweisen. 29

Der Kläger hat am 23.12.2014 vertreten durch seinen Bevollmächtigten die vorliegende Klage erhoben. Er trägt zur Begründung unter Darstellung des Behandlungsverlaufs sowie des Verwaltungsverfahrens vor, etwa 2-4 Wochen nach der ersten Operation habe der Kläger eine deutliche Erschöpfungssymptomatik, eine Kauschwäche bei längerem Kauen sowie fluktuierende Doppelbilder bemerkt. 30

Prof. N1 habe zusammenfassend in seinem Gutachten die Frage bejaht, dass das Unfallereignis vom 15.06.2011 bzw. die aufgrund des Unfallereignisses notwendige Operation vom 20.06.2011 sehr wahrscheinlich als auslösendes Ereignis des Auftretens der Myasthenia gravis anzusehen sei. Der Gutachter bestätige, dass es sich bei der Myasthenia gravis um eine Autoimmunerkrankung handle, die eine veranlagungsbedingte Komponente (genetische Disposition für Autoimmunerkrankungen) habe und damit insoweit als schicksalhaft bezeichnet werden könne. Allerdings stelle der Gutachter ausdrücklich fest, dass offensichtliche Ursachen – wie eine krankhafte Veränderung des Thymus – bei dem Kläger nicht vorlägen. Nach Auffassung des Professors ergebe sich eine mittlere Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40%. 31

Er trägt weiter wiederholend und vertiefend vor, die Theorie der wesentlichen Bedingung beruhe auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Danach sei jedes Ereignis Ursache eines Erfolgs, das nicht hinweggedacht werden könne, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio-sine-qua-non). In einem zweiten Schritt erfolge die Zurechnung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung dahingehend, dass als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen würden, die wegen ihrer besonderen Bedeutung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hätten. Wesentlich sei nicht gleichzusetzen mit gleichwertig oder annähernd gleichwertig. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache könne für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung hätten. 32

Bei mehreren Ursachen könne die andere Ursache, die zwar nur naturwissenschaftlich ursächlich sei, aber im zweiten Prüfungsschritt nicht als „wesentlich“ anzusehen sei und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung ausscheide, in bestimmten Fallgestaltungen als Gelegenheitsursache bezeichnet werden. 33

Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen sei, sei darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar gewesen sei, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurft habe, sondern dass sie jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst haben würde. Eine Gelegenheitsursache sei also nur dann gegeben, wenn der Schaden auch ohne äußere Einwirkung im ungefähr gleichen Ausmaß und etwa demselben Zeitpunkt, also in naher Zukunft ohnehin eingetreten wäre. 34

Die Kausalitätsbeurteilung habe auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließe eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet sei, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG sei nicht erforderlich, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch – epidemiologische Forschung geben müsse. Gebe es keinen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer Fragestellung, könne in Abwägung der Verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt auftretenden Auffassung gefolgt werden. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs genüge hinreichende Wahrscheinlichkeit, welche vorliege, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spreche, die reine Möglichkeit genüge nicht. 35

Bezüglich des Gesundheitsschadens sei nicht die latente genetische Disposition, sondern deren akute Erscheinung infolge des Unfalles maßgeblich. Die myasthene Symptomatik sei der Gesundheitsschaden, welcher durch den Unfall herbeigeführt worden sei. Nach der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie sei der Unfall des Klägers Ursache der myasthenen Symptomatik und könne nicht hinweggedacht werden, ohne dass der Erfolg entfiere, denn der Kläger habe vor dem 15.06.2011 keinerlei Symptome einer Myasthenia gravis gezeigt. Daraus werde deutlich, dass der Unfall nicht hinweggedacht werden könne, ohne dass der Erfolg entfiere, denn wäre das Kniegelenk nicht zertrümmert worden, hätte er nicht mehrfach operiert werden müssen und wären die krankhaften Symptome nicht aufgetreten. Der Unfall sei somit kausal im Sinne der naturwissenschaftlichen-philosophischen Bedingungstheorie sowie nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Der Kläger habe unstreitig eine schicksalhafte genetische Disposition, welche auch zum Eintritt des Gesundheitsschadens mitgewirkt habe. Wesentlich sei jedoch das Unfallereignis gewesen. Auch eine rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache könne für den Erfolg rechtlich wesentlich sein. Der Unfall sei hier nicht nur als Gelegenheitsursache zu bezeichnen. Beim Kläger habe keine Veränderung des Thymus nachgewiesen werden können. Die genetische Disposition des Klägers sei am 15.06.2011 nicht so stark oder so leicht ansprechbar gewesen, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte hätte, also durch jedes andere alltägliche Ereignis ausgelöst worden wäre.

Für die besondere Beziehung des Unfalls zum Ausbruch der myasthenen Erscheinungen spräche die Schwere des Unfalls, welcher kein alltägliches Ereignis darstelle und schon orthopädisch eine MdE von 20 nach sich ziehe. Auch die Erscheinungen der Myasthenia Gravis beeinträchtige den Kläger erheblich, nach Prof. N1 im Mittel um 40%. Dafür, dass allein die genetische Disposition des Klägers von überragender Bedeutung sein solle, trage die Beklagte die objektive Beweis- und Feststellungslast. 37

Der Klägerbevollmächtigte hat dem Gericht zudem ein Gutachten des Dr. I für die B2 Lebensversicherung vorgelegt. Darin führte Dr. I aus, dass er der klinisch-wissenschaftlichen Beurteilung durch Prof. N1 bis ins Detail zustimme, er auf einen weiteren Beleg der Zusammenhänge bzw. der klinisch-wissenschaftlichen Zuordnung bezüglich der Auslösung der Myasthenia gravis jedoch weitgehend verzichte. 38

Der Kläger beantragt, 39

den Bescheid der Beklagten vom 17.09.2012 sowie den Bescheid vom 04.03.2014 beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.2014 teilweise aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, auch die Myasthenia gravis des Klägers als Folge des Arbeitsunfalls vom 15.06.2011 anzuerkennen und dem Kläger eine höhere Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. zu gewähren. 40

Die Beklagte beantragt, 41

die Klage abzuweisen. 42

Die Beklagte wendet sich gegen die Klage. 43

Sie hält die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig und verweist zur Begründung auf den Inhalt der Verwaltungsakte sowie den angefochtenen Bescheid sowie den Widerspruchsbescheid und hat erwidert, sie stütze sich auf das Gutachten des Dr. L. Dem Gutachten des Prof. N1 könne nicht gefolgt werden, da dieser die Annahme, dass der Unfall 44

bzw. die notwendige Operation als auslösendes Ereignis anzusehen sei im Wesentlichen mit dem zeitlichen Zusammenhang des Auftretens begründe, jedoch auch darauf hinweise, dass die Myasthenia gravis in der Mehrzahl der Fälle ohne auslösendes Ereignis zu jedem Lebensalter ausbrechen könne. Studien lägen nicht vor, Prof. N1 beziehe sich auf Einzelfälle. Das für eine private Versicherung erstattete Gutachten von Prof. I erstrecke sich auf das aktuelle Beschwerdebild und enthalte keine eigene Ursachendiskussion.

Auf Antrag des Klägers gem. § 109 SGG hat das Gericht Prof. Dr. N1 mit der Begutachtung des Klägers beauftragt und auf Intervention des Klägerbevollmächtigten diesem auch dessen ergänzende Beweisfragen vorgelegt. 45

Prof. N1 hat sein Gutachten am 21.01.2016 erstellt und festgehalten hat, dass die Gesundheitsstörungen des Klägers, die bei diesem zum 01.04.2014 vorlägen, die charakteristischen Beschwerden der Myasthenia gravis seien. Aus den Aktenunterlagen ergebe sich kein Anhalt dafür, dass zum Zeitpunkt des Unfalls Beschwerden einer Myasthenia gravis bestanden hätten. Eine erschwerte Narkoseausleitung sei nicht beschrieben worden, was bei vorbestehender Myasthenia gravis ein in der Praxis häufig bekanntes Problem sei und dafür spreche, dass zum Zeitpunkt der Operation die Myasthenia gravis klinisch noch nicht manifest gewesen sei. Wahrscheinlich sei die Erkrankung zwischen Mitte bis Ende August 2011 erstmalig aufgetreten. Bei einem stationären Aufenthalt zwischen dem 08.09. und 20.09.2011 sei sie zweifelsfrei diagnostiziert worden. 46

Es gebe keinerlei wissenschaftliche Daten die belegen könnten, dass die autoimmun bedingte Myasthenia gravis vor Ausbruch der Beschwerden „stumm“ verlaufen würde. Im Einzelfall könnten Beschwerden im Rahmen milder klinischer Verläufe erst später bei der Diagnosestellung als der Myasthenia gravis zugehörig festgestellt werden. Für solche milden Beschwerden, welche vor dem 15.06.2011 aufgetreten seien gebe es keinerlei Anhalt. 47

Entscheidend sei, ob der Unfall die ca. acht Wochen später beginnende Myasthenia gravis wahrscheinlich ausgelöst habe. Aufgrund des vorliegenden Wissens zur Myasthenia gravis könne beim Kläger ein erhöhtes anlagebedingtes Risiko für den Ausbruch der Myasthenia gravis unterstellt werden. Die Frage danach, ob die Myasthenia gravis regelmäßig spontan, d.h. ohne auslösende Faktoren auftrete oder ob sich häufig vor dem Auftreten ein auslösendes Ereignis nachweisen lasse, hat er zunächst mit einem Verweis auf die Fragen I.2., I.3 und II.3. seines Vorgutachtens vom 22.01.2014 beantwortet. 48

In dem Vorgutachten hat er unter I.2 und I.3 zusammenfassen nach Darstellung des Krankheitsmechanismus ausgeführt: „Zusammenfassend geht man heute davon aus, dass die Myasthenia gravis als Autoimmunerkrankung eine veranlagungsbedingte Komponente (genetische Disposition für Autoimmunerkrankungen) hat und damit als schicksalhaft bezeichnet werden kann. Offensichtliche Ursachen wie krankhafte Veränderungen des Thymus liegen bei dem zu Begutachtenden nicht vor. 49

Aufgrund 1) des zeitlichen Verlaufes der Krankengeschichte des zu Begutachtenden, 2) fehlender Hinweise in den uns vorliegenden Unterlagen auf einen Ausbruch der myasthenen Symptomatik vor dem Unfallereignis, 3) der in der Literatur mit ähnlichen Zeitverläufen zu findenden zeitlichen Assoziation des Erstauftretens der myasthenen Symptomatik mit auslösenden Faktoren wie dem Unfallereignis und/oder 4) der kurz darauf folgenden Operation, sowie 5) der Exazerbation der myasthenen Symptomatik in Folge der Revisionsoperation am 26.09.2011, ist sehr wahrscheinlich, dass die Myasthenia gravis bei dem zu Begutachtenden infolge des Unfalls bzw. der aufgrund des Unfalls notwendigen Operation ausgebrochen ist. Ob die Erkrankung ohne das Unfallereignis bei dem zu 50

Begutachtenden ausgebrochen wäre und wenn ja, wann, lässt sich nicht beantworten.“

Unter I.3. des Gutachtens vom 22.01.2014 hat er ausgeführt: 51

„in den Ausführungen zu Frage I.2. und I.3. ist dargelegt, dass die Myasthenia gravis in der Mehrzahl der Fälle ohne auslösendes Ereignis ausbricht. Allerdings kennt die Fachliteratur hinreichend viele Fälle, bei denen ein physisches Trauma oder Operationen als Auslöser einer Myasthenia gravis beschrieben werden (Grob et al., 2008; Petersen et al., 2012; Lane et al., 2009; Scopetta et al., 2003). Da Prävalenz und Inzidenz sehr niedrig sind und die Myasthenia gravis damit der EU-Definition einer „seltenen Erkrankung“ unterliegt, erscheint es unwahrscheinlich, dass sich über die genannten Einzelfälle hinausgehende Daten zur Häufigkeit äußerer Ursachen als Auslöser einer Myasthenia gravis in prospektiven Untersuchungen gewinnen ließen. In der genannten großen Fallstudie (Grob et al., 2008) mit 1976 Patienten traten Symptome einer Myasthenia gravis erstmalig in der Folge von psychischem Stress bei 4% oder Operationen bei 1 % aller Patienten auf. ...“ 52

In seinem Gutachten für das Sozialgericht hat der Sachverständige nach dem Verweis auf das Vorgutachten weiter ausgeführt: 53

„Bekannte auslösende Faktoren umfassen Infektionen, Entzündungen, Operationen, Traumata, Schwangerschaft, Medikamente und emotionalen Stress (Meriggioli und Sanders, 2009).“ ... „In der Fachliteratur werden physische Traumata und Operationen als Auslöser einer Myasthenia gravis beschrieben (Grob et al, 2008) So werden in Fallberichten Verkehrsunfälle (Persen et al, 2012 und Lane et al. 2009) oder Operationen (Scopetta et al., 2003) als auslösende Faktoren beschrieben. In einer vergleichsweise großen australischen Studie mit 165 Patienten wurden in 63% der Fälle Auslösefaktoren identifiziert, in 20 % der Fälle starker physischer bzw. emotionaler Stress, in 17,5 Operation oder Trauma, in 6,1% Infektionen oder Impfung, in 3,6 % Schwangerschaft und in 18,2% nicht näher spezifizierte Erkrankungen. Damit lassen sich in einer großen Zahl von Fällen auslösende Faktoren für die Myasthenia gravis beschreiben. Die Krankheit tritt also nicht regelhaft spontan ohne auslösende Faktoren auf (Blum et al. 2015). 54

Die im Rahmen der Notfallversorgung und der operativen Versorgung eingesetzten Medikamente, insbesondere die zur Narkose notwendigen Medikamente kommen auf Grund der erst 8 Wochen später beginnenden myasthenen Syndroms nicht als Auslöser infrage, da diese Medikamente unmittelbar myasthene Beschwerden auslösen oder verstärken. 55

Zusammenfassend sind mit dem Unfallereignis vom 15.06.2011 neben dem direkten Trauma und der damit verbundenen notwendigen Operation zwei allgemein akzeptierte Auslösefaktoren für die Myasthenia gravis (Sanders 2009, Blum 2015) vorhanden. Diese traten mehrere Wochen vor den myasthenen Beschwerden auf und stehen damit in einem typischen zeitlichen Zusammenhang zum Beginn der Myasthenia gravis. Auch wenn anlagebedingte Faktoren der Myasthenia gravis allgemein unterstellt werden müssen, ist der ursächliche Zusammenhang zum Unfall als direkt und über die Operation indirekt auslösender Faktor der Myasthenia gravis als wahrscheinlich anzusehen. Ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ergeben sich insofern nicht, als dass keine anderen unfallunabhängigen Faktoren bekannt sind... Dazu gehört insbesondere auch, dass bei Herrn Schencking keine pathologische Veränderung der Thymusdrüse vorliegt. Entsprechende bildgebende Verfahren waren unauffällig. ... Patienten mit Thymomen haben ein hohes Risiko an einer Myasthenia gravis zu erkranken.“ 56

Prof. N1 hat die MdE mit 40 v.H. eingeschätzt. 57

Der Klägerbevollmächtigte hat das Klagebegehren durch das Gutachten bestätigt gesehen und zudem auch auf das Gutachten des Dr. I im Auftrag des B2 verwiesen, welcher Prof. N1 bis ins Detail zugestimmt habe. Der Klägerbevollmächtigte hat die Auffassung vertreten, die Gesamt-MdE betrage 60%. 58

Die Beklagte hat sich dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht angeschlossen und eingewandt, Prof. N1 begründe seine Annahme des Zusammenhangs im Wesentlichen mit dem zeitlichen Zusammenhang. Gleichzeitig räume er ein, dass weder die auslösenden Faktoren noch die Anlagebedingungen in Form der genetischen Erkrankung vollständig bekannt seien. Im Ergebnis widerspreche er damit dem im Widerspruchsverfahren gehörten Gutachter Dr. L. Auch der Einschätzung der MdE mit 40 v.H. vermochte die Beklagte nicht zu folgen, da sich der Gutachter auf die Anhaltspunkte beziehe, welche für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einschlägig seien. Das Gutachten könne nach dortiger Auffassung nicht Grundlage einer Entscheidung sein. 59

Der Klägerbevollmächtigte hat daraufhin vertreten, das Gutachten des Dr. L sei nicht verwertbar. Die Verwertbarkeit sei bereits deshalb eingeschränkt, da es nach Aktenlage erstellt worden sei, es genüge zudem nicht den wissenschaftlichen Mindeststandards. 60

Zudem hat der Klägerbevollmächtigte die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG), insbesondere das Urteil vom 09.05.2006 (BSGE 96, 196) zitiert, die dortigen Ausführungen zur Theorie der wesentlichen Bedingung dargelegt und die Auffassung vertreten, der Sachverständige (Prof. N1) gehe in seinem Gutachten aus Januar 2016 davon aus, dass der Unfall vom 15.06.2011 nicht hinweggedacht werden könne, ohne dass der Ausbruch der Myasthenia entfiele. Auch stelle der Gutachter fest, dass der Unfall als kausal im Sinne der wesentlichen Bedingung gelte. Der Bevollmächtigte hat weiter ausgeführt, es sei nach der Rechtsprechung des BSG im Sinne eines medizinischen Ursache-Wirkung-Zusammenhangs nicht erforderlich, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben müsse. Gebe es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, könne in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden. Beweisrechtlich genüge hinreichende Wahrscheinlichkeit, diese liege vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spreche und ernste Zweifel ausschieden, die reine Möglichkeit genüge hingegen nicht. 61

Das Gericht hat Prof. N1 unter Hinweis darauf, dass die Anlehnung an die Anhaltspunkte des Schwerbehinderungsrechtes im Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung nicht möglich sei, um eine ergänzende Stellungnahme gebeten und dieser hat unter dem 27.06.2016 die Bildung der MdE im Einzelnen erläutert. 62

Die Beteiligten haben hierzu Stellung genommen, insbesondere der Klägerbevollmächtigte unter umfassender Darlegung seiner Rechtsauffassung. 63

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhalts gem. § 106 SGG den Neurologen und Psychiater Dr. L1 mit der Begutachtung des Klägers beauftragt, welcher dem Gericht sein Gutachten vom 24.02.2017 am 07.03.2017 vorgelegt hat. Der Klägerbevollmächtigte hat daraufhin einen Befangenheitsantrag gegen den Sachverständigen gestellt, den das Gericht nach Anhörung des Sachverständigen mit Beschluss vom 29.03.2018 als unbegründet abgelehnt und sodann den Direktor der Klinik für Neurologie Prof. Dr. L2 gem. § 106 SGG mit der Begutachtung des Klägers gem. § 106 SGG beauftragt hat. 64

Auch diesem Sachverständigen hat der Klägerbevollmächtigte nach Intervention gegen den Beweisbeschluss ergänzende Beweisfragen übersandt.

Der Sachverständige Prof. L2 hat den Kläger am 16.08.2018 untersucht und festgehalten, dass der Kläger durch die Einwirkungen des Ereignisses vom 15.06.2011 eine mehrfragmentäre dislozierte Tibiakopffraktur links erlitten habe. Zu den bei der Begutachtung noch feststellbaren Gesundheitsstörungen, die dem Kläger infolge des Unfalls entstanden seien, zähle eine posttraumatische Arthrose und Seitenbandinstabilität des linken Kniegelenkes und die damit einhergehenden Schmerzen, die schmerzbedingt verminderte Beweglichkeit des linken Kniegelenkes und die vom operativen Eingriff herrührende Narbe und die dort bestehenden Sensibilitätsstörungen. 66

Darüber hinausgehende mittelbare Unfallfolgen, d.h. heute noch bestehende Gesundheitsstörungen, die mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf die oben genannten Primärschäden bzw. das Unfallereignis zurückzuführen seien, lägen nicht vor. 67

Unstreitig liege beim Kläger eine Myasthenia gravis vor, die den Großteil der vom Kläger geschilderten, aktuell im Vordergrund, nicht aber im Zusammenhang mit dem Kniegelenk stehenden Beschwerden erklären. 68

Prof. L2 hat u.a. ausgeführt, die Ursachen der Krankheitsentstehung seien nicht vollständig geklärt. Aktuelle Hypothesen gingen von einem Zusammenspiel aus prädisponierender genetischer Veranlagung und epigenetischen Faktoren, d.h. erworbenen Veränderungen der Genexpression ohne Veränderung der DNA-Sequenz und verschiedenen diskutierten Umweltfaktoren aus. Hinsichtlich der Umweltfaktoren, denen eine ursächliche Rolle in der Entstehung der Myasthenia gravis zugeschrieben werde, ließen sich prädisponierende und krankheitsauslösende triggernde Faktoren unterscheiden. Den prädisponierenden Faktoren ... würden unter anderem hormonelle Faktoren und niedrige Vitamin-D-Spiegel zugerechnet, zudem würden Einflüsse der Zusammensetzung der Darmflora bzw. der Ernährung diskutiert. Als Triggerfaktoren der Autoimmunreaktion seien nach heutigem Erkenntnisstand vor allem bestimmte infektiöse Erreger, im Fall der Myasthenia gravis insbesondere das Epstein-Barr-Virus, sowie diverse Pharmaka zu betrachten. Überzeugende Evidenz für direkte physische Traumata oder operative Eingriffe im Bereich der unteren Extremitäten als Trigger der Myasthenia gravis bestünden hingegen nicht. Einer besonderen Bedeutung bei der Frage der Induktion der Autoimmunerkrankung bei der Myasthenia gravis komme dem Thymus zu. Bei einer Vielzahl der Myasthenie-Patienten mit Nachweis von Anti-Acetylcholinrezeptor-Antikörpern fänden sich morphologische Veränderungen des Thymus im Sinne einer lymphofollikulären Hyperplasie, bei etwa 10% der Myasthenie-Patienten sei die Erkrankung mit Tumoren des Thymus assoziiert. ... Die Diagnosestellung der Myasthenia gravis erfolge in der Zusammenschau der typischen klinischen Präsentation, des Nachweises spezifischer Antikörper sowie mittels elektrophysiologischer Zusatzdiagnostik. Vor diesem Hintergrund könne bei Kläger eine generalisierte Myasthenia gravis mit positivem Nachweis von Anti-Acetylcholinrezeptor-Antikörpern und Erstmanifestation etwa Mitte bis Ende August 2011 konstatiert werden. Die zuvor vom Kläger geschilderte „allgemeine Kraftlosigkeit“ könnte prinzipiell zwar bereits Ausdruck einer beginnenden neuromuskulären Erkrankung gewesen sein, ebenso jedoch mit unspezifischen perioperativen physischen und psychischen Belastungen zu erklären sein. Sicheres Erstsymptom der später zweifelsfrei diagnostizierten Myasthenia gravis seien die erstmals etwa zwei Monate nach dem Unfallereignis aufgetretenen Doppelbilder. ... Für das Bestehen der Myasthenie bereits vor dem Unfallereignis vom 15.06.2011 fänden sich hingegen kein Hinweis. 69

Dafür, dass das Unfallereignis, die erlittene Tiabiakopffraktur oder der erforderliche Operative Eingriff als ursächlich für die entwickelte Myasthenia gravis zu betrachten sein könnten, ergebe sich aus wissenschaftlicher Sicht allerdings ebenfalls keinerlei Anhalt. Die vorliegende Myasthenie und die damit assoziierten Gesundheitsstörungen seien nicht kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen. Auch unter Berücksichtigung der Theorie der wesentlichen Bedingung sei ein kausaler Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschäden infolge der Myasthenia gravis zu verneinen, das Unfallereignis sei vor dem Hintergrund der referierten wissenschaftlichen Ätiologie der Myasthenia gravis auch nicht als wahrscheinlicher Auslöser der Erkrankung zu betrachten.

Prof. L2 hat sich zudem u.a. mit den Vorgutachten des Dr. L sowie den Sachverständigengutachten des Prof. N1 und im Einzelnen mit den von Prof. N1 zitierten Studien auseinandergesetzt. Zu den Einzelheiten wird auf das Sachverständigengutachten vom 06.09.2018 verwiesen. 71

Die Beklagte schloss sich dem Gutachten des Prof. L2 an, der Klägerbevollmächtigte hat die Auffassung vertreten, das Gutachten sei nicht verwertbar, da es kein ärztliches Gutachten im Sinne der Rechtsprechung sei, sondern sich lediglich mit einem vorher eingeholten Gutachten auseinandersetze und daher lediglich eine beratende Stellungnahme sei. 72

Prof. L2 beantworte die Fragestellung allein auf der Grundlage des medizinischen Kausalitätsbegriffes, die Kausalität sei jedoch auf der Grundlage der Theorie der wesentlichen Bedingung zu bestimmen. 73

Zwar sei die Kausalitätsbeurteilung auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließe auch eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet sei, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Allerdings sei es nicht erforderlich, dass es zu jedem Zusammenhang statistisch-epidemiologische Forschung geben müsse. Gebe es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, könne in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur einzeln vertretenen Auffassung gefolgt werden. Vorliegend gingen nicht nur Prof. N1, sondern auch Dr. I in seinem Gutachten davon aus, dass die Myasthenia gravis auf den Verkehrsunfall zurückzuführen sei. 74

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten sowie die ärztlichen Sachverständigengutachten des Prof. Dr. N1 sowie des Prof. Dr. L2 verwiesen. Die Akten der Beklagten haben dem Gericht vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 75

Entscheidungsgründe 76

Die Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet. 77

Denn die angefochtenen Bescheide vom 17.09.2012 und 04.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.2014 beschweren den Kläger nicht rechtswidrig im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Denn die Bescheide sind rechtmäßig. Zu Recht hat die Beklagte es abgelehnt, die beim Kläger vorliegende Myasthenia gravis als Folge des Unfalls vom 15.06.2011 anzuerkennen und dem Kläger wegen der Folgen seines als Arbeitsunfalls anerkannten Unfalls vom 15.06.2011 höhere Verletztenrente zu gewähren. 78

Nach § 56 Abs. 1 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Unfallversicherung – (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert (v.H.) gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus den Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Gemäß Absatz 3 der vorgenannten Vorschrift wird bei Verlust der Erwerbsfähigkeit Vollrente, ansonsten eine Rente nach dem Vomhundertsatz gewährt, der dem Grad der MdE entspricht.	79
Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, § 7 SGB VII. Hier kam nur der Unfall des Klägers vom 15.06.2011 in Betracht.	80
Die erste Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente - das Vorliegen eines Versicherungsfalles, hier: eines Arbeitsunfalls - ist erfüllt, bzw. von der Beklagten anerkannt. Für einen Arbeitsunfall ist nach § 8 Abs 1 SGB VII in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw sachlicher Zusammenhang, vgl BSGE 63, 273, 274 = SozR 2200 § 548 Nr 92 S 257; BSG SozR 3-2200 § 548 Nr 19), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urt. v. 09.05.2006, Az.: B 2 U 1/05 R, Rn. 10).	81
Hinsichtlich der Beweisanforderung gilt: Während die einzelnen Glieder der Kausalkette (versicherte Tätigkeit, schädigendes Ereignis bzw. schädigende Einwirkung und Gesundheitsschaden) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen müssen, ohne dass eine völlige Gewissheit zu fordern ist, genügt für den – doppelten – Ursachenzusammenhang eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, d.h. es müssen mehr Gesichtspunkte dafür als dagegen sprechen. Die bloße Möglichkeit genügt allerdings nicht. Diese Grundsätze gelten auch für den Beweis durch Sachverständige nach § 118 SGG i.V.m. §§ 402 ff. ZPO. (G. Wagner in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 7 SGB VII, Rn. 42).	82
Vorliegend stellt die Tibiakopfmpressionsfraktur unstreitig den – noch zum Unfallbegriff zählenden – Erst- oder sog. Primärschaden dar. Auch die Operation daran am 20.06.2011 ist unproblematisch infolge dieser Unfallfolge notwendig geworden.	83
Eine weitere, über die orthopädischen hinausgehende Einschränkung, hier die Myasthenia gravis, konnte nicht als Unfallfolge bzw als mittelbare Unfallfolge nach der notwendigen OP festgestellt werden.	84
Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalles muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen entweder mittels des Gesundheitserstschadens, z.B. bei einem Sprunggelenksbruch, der zu einer Versteifung führt, oder direkt, z.B. bei einer Amputationsverletzung, ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen. Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach	85

dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiere (conditio-sine-qua-non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R –, BSGE 96, 196-209, SozR 4-2700 § 8 Nr 17, Rn. 12 - 13).

Somit kommt die Theorie der wesentlichen Bedingung erst auf der zweiten Prüfungsstufe zum Tragen. Zunächst wäre jedoch die erste Stufe zu nehmen, wonach zu klären ist, ob der Unfall (Tibiakopfimpaktionsfraktur) bzw. die Operation vom 20.06.2011 hinweggedacht werden können, ohne dass das Eintreten der Myasthenia gravis entfiere.

86

Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen (BSG, Urt. v. 09.05.2006, Az.: B 2 U 1/05 R, Rn. 17 und Scholz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 56 SGB VII, Rn. 27).

87

Für die Kausalitätsbeurteilung gilt der o.g. Beweismaßstab der -hinreichenden-Wahrscheinlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs ist also erst dann gegeben, wenn nach geltender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernsthafte Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSGE 32, 303, 309; BSG SozR 2200 § 548 Nr. 38; BSG Breithaupt 1963, 60, 61). Die für den Zusammenhang sprechenden Umstände müssen danach die gegenteiligen deutlich überwiegen; nicht ausreichend ist es, wenn die Schlussfolgerung lediglich möglich ist (BSG, Urt. v. 14.05.1968).

88

Beim Kläger liegt eine Myasthenia gravis vor. Diese wurde im September 2011 diagnostiziert, der Zeitpunkt des Eintretens der Erkrankung kann auf Mitte bis Ende August 2011 festgestellt werden. Hinsichtlich der Feststellungen und des Zeitpunktes der Erkrankung folgt die Kammer den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. L2 in seinem Gutachten vom 28.08.2018, welches insoweit mit den Feststellungen auch des Prof. Dr. N1 übereinstimmt.

89

Keine Einigkeit zwischen diesen beiden Sachverständigen bestand hingegen bezüglich der Kausalitätsbewertung. Hier ist die Kammer den überzeugenden Ausführungen des Prof. L2 gefolgt, wonach die Myasthenia gravis nicht ursächlich auf das Unfallereignis oder die damit verknüpfte operative Behandlung zurückgeführt werden kann.

90

Die Darstellungen des gerichtlichen Gutachters Prof. L2 lassen Unrichtigkeiten oder Fehlschlüsse nicht erkennen. Sie sind erkennbar auf der Grundlage der heutigen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft erstattet worden. Dabei hat sich der Mediziner mit den erhobenen Befunden, den aktenkundigen Befunden, dem aktuellen Stand der Forschung zur Myasthenia gravis und dem Sachverständigengutachten des Prof. Dr. N1 und den darin zitierten Studien sowie dem Vorbringen der Beteiligten differenziert auseinandergesetzt.

91

92

Das Gericht geht auch von der Verwertbarkeit des Gutachtens aus. Die Frage, ob es sich mit seinen Ausführungen um ein Gutachten oder eine beratungsärztliche Stellungnahme handelt, mit der Folge, dass ein Gutachten nicht verwertbar sein kann, wird als Rechtsfrage im Rahmen des § 200 SGB VII diskutiert und gilt für die Beklagte bei deren Ermittlungen, jedoch nicht für Gerichte, die im Rahmen eines Rechtsstreits nach dem SGG solche Gutachten einholen (BSG, Urt. v. 11.04.2013, Az.: B 2 U 34/11 R), so dass es vorliegend auf die Differenzierung nicht ankam, ob es sich um eine beratungsärztliche Stellungnahme oder vielmehr, wie vom Gericht angenommen, um ein Gutachten handelt.

Auf den durch das Gutachten der Prof. L2 vermittelten Erkenntnisgrundlagen ging die Kammer davon aus, dass die beim Kläger vorliegende Form der Myasthenia gravis als solche nicht bereits bei dem Vorliegen einer möglichen genetischen Disposition diagnostiziert werden kann. Für das Bestehen der Erkrankung und Diagnose sind vielmehr der Nachweis (das Vorliegen) von Antikörpern, eine elektrophysiologischen Zusatzdiagnostik sowie in Zusammenschau die typische klinischen Präsentation des Krankheitsbildes notwendig. Danach war es auszuschließen, dass - wie noch Dr. L in seinem Gutachten erkennbar voraussetzte – beim Kläger eine stumme Form der Erkrankung bereits vor dem Unfall vorgelegen habe. Vielmehr liegt die Krankheit mit den o.g. Kriterien vor – oder eben nicht. 93

Unabhängig von der Wertigkeit einer möglichen genetischen Disposition für die Entstehung hat die Kammer sodann geprüft, ob der Unfall / die OP nach den Ausführungen der Sachverständigen auf dem Boden des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse wahrscheinlich in der Lage gewesen ist, die Erkrankung zunächst einmal nur auszulösen. 94

Prof. N1 hat dies für wahrscheinlich gehalten und dabei zunächst auf die Studien von Merigiolo und Sanders aus 2009 verwiesen. Hierzu hat Prof. L2 – unter Zitierung des englischen Originaltextes - jedoch ausgeführt, diese Studie berühre die Frage der Auslösung der Autoimmunität allenfalls am Rande. Es werde dort nur die richtige Aussage getroffen, dass Patienten mit bereits bestehender Myasthenia gravis häufig eine Zunahme der Beschwerden erführen im Rahmen von Infektionen, Stresssituationen, Operationen oder bestimmter medikamentöser Therapien. Die Situation der Erstmanifestation, das heiße die Auslösung der Erkrankung auf dem Boden einer genetischen Veranlagung sei nicht Gegenstand der Betrachtung. 95

Damit enthält diese Studie die bereits von Dr. L getroffene Aussage, welche vorliegend jedoch für die Auslösung der Erkrankung keinen weiteren Erkenntnisgewinn bringt. 96

Darüber hinaus hat sich Prof. N1 in seiner Einschätzung auf die Studie von Grob et al. von 2008 gestützt um damit zu belegen, dass in der Fachliteratur physische Traumata und Operationen als Auslöser einer Myasthenia gravis beschrieben würden. 97

Zu dieser Studie hat Prof. L2 ausgeführt, dass sich darin – von 1976 Myasthenia-gravis-Patienten – lediglich in 3% physische Traumata und in 1% der Fälle Operationen gefunden hätten, den Autoren der Arbeit zufolge besonders Schilddrüsenoperationen. Welcher Zeitraum vor Beginn der myasthenen Symptomatik der Frage nach potentiell auslösenden Umweltfaktoren zugrunde gelegt worden seien, gehe aus der Arbeit von Grob et al. (2008) nicht hervor. 98

Damit lässt sich mit dieser Studie das Argument 3) des Sachverständigen Prof. N1 für die Kausalität im vorliegenden Einzelfall nicht stützen, es seien in der Literatur Fälle mit ähnlichen Zeitverläufen zu findenden, mit ähnlicher zeitlicher Assoziation des Erstauftretens 99

der myasthenen Symptomatik mit auslösenden Faktoren wie einem Unfallereignis.

Desgleichen die im Gutachten vom 21.01.2016 gegenüber dem Gutachten aus 2014 neu 100
aufgenommene Studie von Grob et al. (2015). Hierzu beschrieb Prof. N1, dass in einer
vergleichsweise großen australischen Studie mit 165 Patienten in 63% der Fälle
Auslösefaktoren identifiziert worden seien, in 20 % der Fälle starker physischer bzw.
emotionaler Stress, in 17,5% Operation oder Trauma, in 6,1% Infektionen oder Impfung, in
3,6% Schwangerschaft und in 18,2% nicht näher spezifizierte Erkrankungen. Damit ließen
sich in einer großen Zahl von Fällen auslösende Faktoren für die Myasthenia gravis
beschreiben. Die Krankheit trete also nicht regelhaft spontan ohne auslösende Faktoren auf.

Mit diesen Ausführungen lässt sich bei isolierter Betrachtung der Daten zwar nachvollziehen, 101
wie der Sachverständige in seinem neueren Gutachten zu der nun konträren Einschätzung
kommt, die Krankheit trete nicht regelhaft spontan ohne auslösende Faktoren auf,
wohingegen er in seinem Gutachten aus 2014 noch vertreten hat, in der Mehrzahl der Fälle
trete die Myasthenia gravis ohne auslösendes Ereignis auf.

Auch zu dieser Studie hat Prof. L2 jedoch ergänzende Ausführungen gemacht und mitgeteilt, 102
dass mit der Studie von Blum die Patienten nach möglicherweise krankheitsauslösenden
Ereignissen vor Beginn ihrer myasthenen Symptomatik befragt worden seien. Weder gehe
aus der Veröffentlichung hervor, in welchem zeitlichen Zusammenhang die angegebenen
Lebensereignisse mit dem Beginn der myasthenen Symptomatik gestanden hätten, was für
die Beurteilung, ob neben einer fraglichen Assoziation ein kausaler Zusammenhang
überhaupt vorstellbar sei, noch werde differenziert, welcher Art die genannten Traumata oder
operativen Eingriffe gewesen seien. Somit ist auch diese Studie zu unspezifisch, um ggf. über
einen zeitlichen Ablauf die Frage des inneren Zusammenhangs aufklären zu können.

Prof. N1 hat sich des Weiteren auf Fallberichte gestützt zu Verkehrsunfällen (Persen et al, 103
2012 und Lane et al. 2009) oder Operationen (Scopetta et al., 2003). Zu diesen
Studien/Fallberichten hat Prof. L2 ergänzt, dass es sich bei Petersen um eine Patientin mit
Thoraxtrauma und Sternumfraktur (Brustbeinbruch) gehandelt hat und dass die Autoren
diskutierten, dass die Sternumfraktur möglicherweise zur Läsion der unmittelbar
benachbarten Thymus und darüber zu einer die Ausbildung einer Autoimmunreaktion
begünstigenden Beeinträchtigung der Blut-Thymus-Schranke geführt haben könnte. Auch die
beiden weiteren Fallberichte zögen die Möglichkeit der Auslösung einer Myasthenia gravis
durch eine Tibiakopffraktur eher in Zweifel. Denn in beiden Fällen würden von thorakalen
Traumata bzw. Operationen berichtet, die möglicherweise durch Läsion des Thymus
Autoimmunität bedingen könnten.

Auf der durch die Sachverständigengutachten vermittelten Kenntnisse ging die Kammer 104
davon aus, dass Menschen mit einer Thymusläsion einem deutlich höheren Risiko
ausgesetzt sind, an einer Myasthenia gravis zu erkranken als Menschen ohne, so dass bei
Kenntnis, dass es sich bei den benannten drei Fällen um solche mit möglicher Thymusläsion
handelt, der Aussagewert hin zu einer wahrscheinlichen Auslösung der Myasthenia gravis
durch einen Unfall / OP mit Tibiakopfbeteiligung gering ist.

Demgegenüber hat Prof. L2 ausgeführt, es gebe keine Studie, welche die Verletzung des 105
Tibiakopfes mit dem Ausbruch der Erkrankung assoziiere.

Damit sprach für die Kammer auf dem Boden der ihr durch die Gutachten des Prof. N1 und 106
Prof. L2 vermittelten Kenntnis des aktuellen medizinischen Wissensstandes nicht mehr dafür
als dagegen, dass die Myasthenia gravis durch den Unfall – der Verletzung der Tibiakopfes

und der anschließenden OP daran – hat ausgelöst werden können, dass er also hinweggedacht werden könne, ohne dass die Myasthenia gravis entfiere, so dass die Kammer die erforderliche Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs schon auf der ersten Prüfungsstufe nicht annehmen konnte. Damit erübrigt sich eine Prüfung auf der zweiten Stufe, ob nach Wertung des Faktors Unfall zum einen und des Faktors einer angenommenen genetischen Disposition der Unfall als wesentlich zu bezeichnen war.

Hinsichtlich der Bewertung der MdE auf orthopädischem Gebiet war zuletzt im Widerspruchsverfahren eine beschriebene Bandinstabilität bei guter Beweglichkeit des Kniegelenkes mit einer MdE von 20 v.H. bewertet worden. 107

Dies erscheint nach den Erfahrungswerten (abgebildet in Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Seite 685 und 686) ausreichend, da weder Anzeichen dafür bestanden, dass sich die Bewegungseinschränkung des Kniegelenkes infolge der posttraumatischen Arthrose verschlimmert hat, noch dafür, dass eine Knieführungsschiene ständig erforderlich wäre. 108

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. 109

Rechtsmittelbelehrung: 110

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden. 111

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim 112

Landessozialgericht 113

Nordrhein-Westfalen, 114

Zweigertstraße 54, 115

45130 Essen, 116

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. 117

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem 118

Sozialgericht Dortmund, 119

Ruhrallee 1-3, 120

44139 Dortmund, 121

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. 122

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben. 123

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und 124

125

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder
 - von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 126 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.
- Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden. 127
- Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann. 128
- Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Dortmund schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen. 129
- Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war. 130
- Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat. 131