

L 11 VS 45/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

11

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 42 VS 49/00

Datum

28.01.2004

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 11 VS 45/08

Datum

26.09.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. Januar 2004 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind für das gesamte Verfahren einschließlich des Revisionsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Der 1978 geborene Kläger wurde am 30. Oktober 1996 in B gemustert, wobei er an diesem Tag erkältet war. Dabei fanden sich Eiweiß und Blut im Urin. Der gemessene Blutdruck betrug 140/70 mmHg in Ruhe und 180/70 mmHg nach Belastung. Eine zunächst auf den 19. November 1996 festgesetzte Kontrolluntersuchung wurde auf Wunsch des Klägers am 28. November 1996 bei nunmehr abgeklungener Erkältung bei der Facharztstelle Innere I des ärztlichen Dienstes des Kreiswehersatzamtes – dem Facharzt für Innere Medizin Dr. K – durchgeführt. Der Urinstatus war erneut auffällig; der Kläger wurde deshalb unter der Fragestellung "ergänzende Untersuchungen zum Ausschluss einer Glomerulonephritis" zum Bundeswehrkrankenhaus, Fachuntersuchungsstelle - Urologie, überwiesen, wo am 17. Dezember 1996 eine fachärztliche Untersuchung und am 19. Dezember 1996 radiologische und urologische Zusatzuntersuchungen stattfanden. Über die Untersuchung vom 17. Dezember 1996 verfasste der ab dem 19. Dezember 1996 im Urlaub befindliche Stabsarzt R einen Bericht, in dem er unter anderem den Verdacht auf Glomerulonephritis bei persistierender Protein- und Hämaturie äußerte. Über die Untersuchung – Infusionsurogramm mit Tomographie der Nieren – am 19. Dezember 1996 – der ursprünglich angedachte Termin am 18. Dezember 1996 fand nicht statt – verfassten der Arzt im Praktikum (AiP) K am 19. Dezember 1996 einen handschriftlichen Kurzbefund, der Leitende Arzt Dr. K und AiP K weitgehend identische Berichte am 19. und 23. Dezember 1996 und die Oberstabsärzte Dr. H und T am 20./24. März 1997 einen weiteren Bericht. Letztgenannte Ärzte zogen als Ursache der Niereninsuffizienz am ehesten eine Glomerulonephritis in Betracht; hierzu sei eine nephrologische Abklärung erforderlich, bei Einverständnis des Klägers sei man auch zu einer invasiven Diagnostik mittels Nierenpunktion bereit. Ebenfalls am 19. Dezember 1996 wurde bei dem Kläger im Bundeswehrkrankenhaus ein Labor abgenommen. Hier wurden unter anderem deutlich erhöhte Kreatinin-Werte (211 & 956;mol/l (normal 50-100 & 956;mol/l), entsprechend 2,38 mg/dl) festgestellt.

Der Facharztstelle Innere I des Kreiswehersatzamtes ging am 6. Januar 1997 der Bericht der Fachuntersuchungsstelle - Urologie vom 17. Dezember 1996 zu. Da ein Befundbericht über die am 18. Dezember 1996 angedachte Untersuchung bei ihr nicht einging, setzte sich die Facharztstelle Innere I des Kreiswehersatzamtes mit der Fachuntersuchungsstelle – Urologie des Bundeswehrkrankenhauses am 21. Januar 1997 in Verbindung und erfuhr dort, dass der Kläger zur Untersuchung am 18. Dezember 1996 nicht erschienen sei. Am 23. Januar 1997 verfasste Dr. K einen Abschlussbericht an die Musterungsstelle des Kreiswehersatzamtes, in dem er die Einstufung als vorübergehend wehrdienstunfähig bei geäußertem Verdacht auf Glomerulonephritis bei persistierender Protein- und Hämaturie empfahl. Durch Bescheid des Kreiswehersatzamtes vom 13. Februar 1997 wurde der Kläger als "vorübergehend nicht wehrdienstfähig" eingestuft und bis zum 31. Juli 1997 vom Wehrdienst zurückgestellt. Mit weiterem Bescheid des Kreiswehersatzamtes vom 22. September 1998 wurde der Kläger als nicht wehrdienstfähig eingestuft und verfügt, er würde nicht zum Wehrdienst herangezogen.

Mit Schreiben vom 31. Januar 1997 teilte das Kreiswehersatzamt dem Kläger mit, die Zusatzuntersuchungen hätten "gesundheitliche Gesichtspunkte ergeben, von denen Ihr behandelnder Arzt Kenntnis erhalten sollte. Eine ärztliche Behandlung erscheint erforderlich.". Der Kläger suchte am 22. Februar 1997 den Urologen B auf, wurde von dort an die Ärztin für Innere Medizin und Nephrologin Dr. H überwiesen, die den Kläger nach Untersuchungen am 14. und 17. März 1997 an das V-Klinikum überwies, wo er vom 18. März bis zum 12. April 1997 wegen terminaler Niereninsuffizienz bei Verdacht auf IgA-Nephropathie (Differentialdiagnose fokale Glomerulosklerose) behandelt wurde.

Ausweislich eines Arztbriefes des V-Klinikums vom 12. Mai 1997 ergab eine am 17. März 1997 durchgeführte Labordiagnostik unter anderem einen deutlich erhöhten Kreatinin-Wert von 7,66 mg/dl. Eine Langzeit-Blutdruckmessung ergab eine entgleiste arterielle Hypertonie. Anschließend war der Kläger dialysepflichtig. Am 29. September 1998 erhielt er eine Niere transplantiert.

Mit Schreiben vom 5. Mai 1997 erstattete der Kläger bei der Staatsanwaltschaft B eine insbesondere gegen den Stabsarzt R gerichtete Anzeige wegen unterlassener Hilfeleistung. Im Rahmen des Ermittlungsverfahrens wurden der Kläger am 10. Juni 1997 und Stabsarzt R am 3. Juli 1997 jeweils polizeilich vernommen. Des Weiteren holte die Polizei unter anderem ärztliche Einschätzungen der Ärztin für Innere Medizin und Nephrologin Dr. H vom 3. Juli 1997 und des Urologen B vom 7. Juli 1997 ein. Mit Bescheid vom 8. August 1997 stellte die Staatsanwaltschaft B das Verfahren gegen den Stabsarzt R wegen unterlassener Hilfeleistung und fahrlässiger Körperverletzung gemäß § 170 Abs. 2 der Strafprozessordnung ein (Az.). Die hiergegen gerichtete Beschwerde des Klägers blieb ohne Erfolg (Bescheid der Staatsanwaltschaft bei dem Kammergericht vom 10. November 1997 - Az.).

Zugunsten des Klägers wurde auf dessen Antrag vom 28. September 1998 von dem Beklagten mit Bescheid vom 15. Oktober 1999 ein Grad der Behinderung (GdB) von 100 wegen einer Nierentransplantation im Stadium der Heilungsbewährung und Bluthochdruck festgestellt. Nach Einholung eines Gutachtens des Arztes für Urologie Dr. S vom 5. September 2002 stellte der Beklagte mit Bescheid vom 20. November 2002 wegen einer Nierentransplantation bei erreichter Heilungsbewährung und Bluthochdruck einen GdB von noch 60 fest.

Der Kläger beantragte am 23. Juni 1998 bei dem Beklagten eine Versorgung nach dem SVG mit der Begründung, eine rechtzeitige Verweisung an Fachärzte wegen der im Musterungsverfahren erhobenen Befunde hätte den ungünstigen Verlauf seiner Nierenkrankheit verhindert. Der Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 24. August 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. April 2000 ab.

Hiergegen hat der Kläger am 8. Mai 2000 Klage erhoben. Das Sozialgericht Berlin hat bei dem Beklagten die Schwerbehindertenakte sowie bei dem Kreiswehrrersatzamt die dort vorliegenden Gesundheitsunterlagen beigezogen. Der Beklagte hat eine fachinternistische Stellungnahme der Fachärztin für Innere Medizin R vom 10. November 2003 sowie eine fachurologische Stellungnahme des Arztes für Urologie und Chirurgie Dr. B vom 30. September 2003 übermittelt. Durch Urteil vom 28. Januar 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Gegen das ihm am 24. Mai 2004 zugestellte Urteil hat der Kläger am 23. Juni 2004 Berufung eingelegt. Der vormals für die Sache zuständige 13. Senat des Landessozialgericht Berlin hat die Berufung des Klägers mit Urteil vom 26. April 2005 zurückgewiesen (L 13 VS 12/04): Zwar sei das "Erscheinen" zur Feststellung der Wehrtauglichkeit (Musterung) dem Wehrdienst gleichgestellt, wehrdienstentümliche Umstände der Musterung seien aber - anders als nach § 81 Abs. 1 SVG erforderlich - nicht wesentliche Ursache der gesundheitlichen Schädigung des Klägers. Die Grundsätze zur Wehrdienstentümlichkeit truppenärztlicher Behandlung seien hier nicht anzuwenden, weil die dafür maßgeblichen Gesichtspunkte (Ausschluss freier Arztwahl und gesetzliche Pflicht des Soldaten, sich gesund zu erhalten) bei einer Musterung nicht vorlägen. Selbst wenn die Musterungsärzte den Kläger pflichtwidrig nicht rechtzeitig über seinen Zustand aufgeklärt haben sollten, führe das nicht zu einem Anspruch auf Versorgung nach dem SVG, sondern allenfalls zu zivilrechtlichen Schadenersatzansprüchen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat auf die zugelassene Revision des Klägers mit Urteil vom 8. November 2007 (B 9/9a VS 2/05 R) das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 26. April 2005 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. Nach § 80 Satz 1 SVG erhalte ein Soldat, der eine Wehrdienstbeschädigung erlitten habe, nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Wehrdienstbeschädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG, soweit in diesem Gesetz nichts Abweichendes bestimmt sei. Dies gelte entsprechend auch für eine Zivilperson, die eine Wehrdienstbeschädigung erlitten habe (§ 80 Satz 2 SVG). Eine Wehrdienstbeschädigung sei eine gesundheitliche Schädigung, die durch eine Wehrdienstverrichtung, durch einen während der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden sei (§ 81 Abs. 1 SVG). Gemäß § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SVG gelte als Wehrdienst auch das Erscheinen zur Feststellung der Wehrtauglichkeit, zu einer Eignungsprüfung oder zur Wehrüberwachung auf Anordnung der zuständigen Dienststelle. Der Kläger sei während seines Erscheinens beim Kreiswehrrersatzamt am 30. Oktober und 28. November 1996 versorgungsrechtlich geschützt gewesen. Dies gelte auch für die Untersuchungen im Bundeswehrkrankenhaus am 17. und 19. Dezember 1996, da diese auf Veranlassung des Musterungsarztes ebenfalls der Feststellung der Wehrtauglichkeit des Klägers gedient hätten. Dieser Schutz umfasse nicht nur Schädigungen, die durch aktives Tun der beteiligten Ärzte habe entstehen können, sondern auch schädigende Einwirkungen, die sich möglicherweise dadurch ergeben haben, dass dem Kläger bei den Untersuchungen erhobene, behandlungsbedürftige Befunde nicht rechtzeitig mitgeteilt worden seien. Die ärztliche Musterungsuntersuchung diene dem Allgemeininteresse, dass zum Wehrdienst nur körperlich und geistig Taugliche herangezogen werden, sowie dem Interesse des Nichttauglichen, vor Gesundheitsschäden als Folge des Wehrdienstes bewahrt zu werden. Dabei gehe das staatliche Interesse auch dahin, solchen Wehrpflichtigen, die bei der Musterung infolge einer behandlungsbedürftigen Krankheit vorübergehend nicht wehrdienstfähig seien (§ 8a Abs. 1, § 12 Abs. 1 Nr. 1, § 17 des Wehrpflichtgesetzes), Gelegenheit zu geben, ihren Gesundheitszustand bis zu einer erneuten Musterungsuntersuchung wiederherzustellen. Dementsprechend obliege es den mit der Musterung befassten Ärzten, den Wehrpflichtigen auf behandlungsbedürftige Befunde hinzuweisen. Eine derartige Unterrichtung sei in den Bestimmungen des Bundesministeriums der Verteidigung für die Durchführung der ärztlichen Untersuchung bei Musterung und Dienst Eintritt von Wehrpflichtigen, Annahme und Einstellung von freiwilligen Bewerbern sowie bei der Entlassung von Soldaten (ZDv 46/1) für das so genannte Abschlussgespräch ausdrücklich vorgesehen (Nr. 274). Je nach der Art der erhobenen Befunde und dem Ablauf der Musterungsuntersuchung könne auch eine vorherige (gegebenenfalls vorläufige) Information des Wehrpflichtigen durch den Arzt erforderlich sein. Je schwerwiegender die Befunde und je dringender die Behandlungsbedürftigkeit, desto schnelleres Handeln sei geboten. Allerdings gehöre es nicht zu den Pflichten der Musterungsärzte, in dieser Eigenschaft erkrankte Wehrpflichtige selbst zu behandeln. Insoweit bestehe ein deutlicher Unterschied zur truppenärztlichen Behandlung von Soldaten. Nach diesen Grundsätzen komme hier ein erster Hinweis auf einen auffälligen Urinbefund bereits am 30. Oktober 1996 bei der Einbestellung des Klägers zu einer Kontrolluntersuchung in Betracht. Dies gelte erst recht bei der Überweisung des Klägers an das Bundeswehrkrankenhaus, nachdem am 28. November 1996 der Befund erneut auffällig gewesen sei. Auch die Befundungen am 17. und 19. Dezember 1996 könnten Veranlassung zu entsprechenden - unverzüglichen - Mitteilungen an den Kläger gegeben haben. Da das Landessozialgericht keine Feststellungen dazu getroffen habe, welche Informationen der Kläger bei diesen Gelegenheiten jeweils über seinen Gesundheitszustand erhalten habe, vermöge der erkennende Senat nicht zu entscheiden, ob insoweit pflichtwidrige Unterlassungen vorgelegen hätten. Erst recht lasse sich gegenwärtig nicht beurteilen, ob dadurch der Verlauf des Nierenleidens des Klägers wesentlich beeinflusst worden sei.

Der nach Zurückverweisung zuständige Senat hat beim Kreiswehrratsamt die den Kläger betreffenden Gesundheitsunterlagen beigezogen. Die Bundesrepublik Deutschland, beigezogen durch Beschluss der ehemaligen Berichterstatterin des Senats vom 18. Dezember 2008 in der Fassung des Änderungsbeschlusses des Berichterstatters vom 26. Juli 2013, hat mit Schriftsatz vom 2. September 2008 unter anderem erklärt, dass die Personalakte des Klägers vernichtet worden sei. Eine Aktenanforderung bei der Staatsanwaltschaft B (Az.:) blieb ebenfalls erfolglos, weil die Akten nicht mehr existent seien (Schreiben der Staatsanwaltschaft B vom 16. September 2008).

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 27. November 2008 hat der Senat den Kläger persönlich angehört sowie die Ärzte R und Dr. K als Zeugen vernommen. Im Anschluss an diesen Termin hat der Senat bei der B, der Krankenkasse des Klägers, ein Vorerkrankungsverzeichnis ab Geburt/Versicherungsbeginn, eine Liste der bis 1997 konsultierten Ärzte und ein Verzeichnis über die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis Frühjahr 1997 angefordert. Die B hat mit Schreiben vom 12. Januar 2009 erklärt, Arbeitsunfähigkeitszeiten seien nicht gespeichert worden, da der Kläger bis zum 31. Dezember 2002 familienversichert ohne Krankengeldanspruch gewesen sei. Im Übrigen hat sie Krankenhausbehandlungen zwischen März 1997 und Oktober 2002 mitgeteilt. Der Senat hat weiter Befundberichte bei den Fachärztinnen für Innere Medizin und Nephrologinnen Dr. H vom 10. Februar 2009 und W vom 6. Februar 2009 eingeholt.

Mit Schreiben vom 21. April 2009 hat der Kläger auf Anfrage des Senats mitgeteilt, ihm sei als behandelnder Arzt vor Bekanntwerden seiner Nierenerkrankung nur sein zwischenzeitlich verstorbener Kinderarzt bekannt. Dessen Praxisnachfolger Dres. F und U haben auf Anforderung des Senats mit Schreiben vom 6. Mai 2009 erklärt, Akten über den Kläger lägen ihnen nicht vor.

Der Senat hat ein internistisches Gutachten nach Aktenlage bei dem Facharzt für Innere Medizin und Nephrologen und Hypertensiologen Prof. Dr. S vom 5. November 2009 eingeholt. Dieser hat erklärt, bei dem Kläger lägen folgende Gesundheitsstörungen vor:

&61485; chronische Niereninsuffizienz, Stadium III bei Zustand nach Nierentransplantation 1998 (Lebendnierentransplantation), &61485; renale Hypertonie, medikamentös gut eingestellt, &61485; renale Anämie, &61485; metabolische Azidose, &61485; Hyperurikämie, asymptomatisch, &61485; Refluxösophagitis bei Hiatusgleithernie, &61485; Mitralklappenprolaps, klinisch asymptomatisch.

Bei dem Kläger habe zum Zeitpunkt der Musterungsuntersuchung am 30. Oktober 1996 eine Nierenerkrankung mit einer Proteinurie von 100 mg/dl und einer Erythrozyturie von 50 Mpt/l vorgelegen. Bei einer Kontrolluntersuchung am gleichen Tag sei eine Proteinurie von 500 mg/dl festgestellt worden; dies habe sich bei einer weiteren Untersuchung am 28. November 1996 bestätigt (Proteinurie 500 mg/dl, Erythrozyturie von 20 Mpt/l). Der Befund sei dringend verdächtig auf das Vorliegen einer Glomerulonephritis, die Serum-Kreatininkonzentration sei im Rahmen der Musterungsuntersuchungen nicht bestimmt worden. Bei einer Vorstellung im Bundeswehrkrankenhaus am 19. Dezember 1996 sei eine Serum-Kreatininkonzentration von 211 &956;mol/l ermittelt worden (entsprechend 2,38 mg/dl). Der Befund spreche für eine ausgeprägte renale Schädigung mit Reduktion der Nierenfunktion auf circa 40 Prozent der Norm (Niereninsuffizienz, Stadium III). Die im Bundeswehrkrankenhaus ergänzend durchgeführten Untersuchungen (Infusionsurogramm, Tomographie der Nieren, Abdomensonographie) hätten - abgesehen von einer verminderten Kontrastierung der Nieren, die auf der zum damaligen Zeitpunkt schon bestehenden renalen Funktionseinschränkung beruhe, - keinen pathologischen Befund ergeben. Insbesondere habe sich kein Anhalt für eine urologische Erkrankung ergeben. Spätestens zu diesem Zeitpunkt habe eine Indikation für eine möglichst rasche Durchführung einer Nierenbiopsie bestanden. Die Proteinurie habe zu diesem Zeitpunkt mindestens 7,5g/d (500 mg/dl bei einer postulierten Diurese von 1,5 l) betragen. Da der Stixbefund im Urin keine Konzentrationsangaben über 500 mg/dl zulasse, könnte die Proteinurie auch wesentlich größer gewesen sein. In jedem Fall habe eine nephrotische Proteinurie vorgelegen. Der Kläger sei zu dem Zeitpunkt nicht nur dem Risiko einer raschen Verschlechterung der Nierenfunktion ausgesetzt gewesen, sondern auch den Komplikationen eines nephrotischen Syndroms. Diese bestünden unter anderem in dem Verlust von Immunglobulinen und Albumin, einer Hypolipoproteinämie sowie dem Verlust antikoagulatorisch wirkender Serumproteine. Zur Abklärung des Befundes hätte spätestens zu diesem Zeitpunkt eine Nierenbiopsie erfolgen müssen. Nur die genaue Kenntnis des histologischen Befundes ermögliche eine effektive Therapie mit dem Ziel einer Stabilisierung der Nierenfunktion und einer Reduktion der Proteinurie. Die Behandlungsbedürftigkeit sei für mit nephrologischen Krankheitsbildern erfahrene Ärzte erkennbar gewesen. Eine Proteinurie dieses Ausmaßes sowie der nachgewiesenen Dauer von mindestens vier Wochen erfordere eine biopsische Abklärung. Die entsprechende Diagnostik hätte möglichst kurzfristig nach dem 28. November 1996 veranlasst werden müssen. Der Verlauf der Erkrankung sei durch die verspätete und unzureichende Unterrichtung des Klägers wesentlich beeinflusst worden, da aufgrund der raschen Progredienz der Erkrankung bis März 1997 keine Möglichkeit für eine kausale Therapie mehr bestanden habe, die den Krankheitsverlauf hätte beeinflussen können. Aus diesem Grund sei zu diesem Zeitpunkt auch keine Nierenbiopsie mehr durchgeführt worden. Für eine rasche Verschlechterung der Nierenfunktion zwischen November/Dezember 1996 und März 1997 sprächen folgende Befunde:

1. Normaler Blutdruck bei der Musterungsuntersuchung am 30. Oktober 1996. 2. Das Fehlen einer renalen Anämie (Befund vom 19. Dezember 1996: Hb 9,19 mmol/l, Hkt 43 Prozent, Erythrozyten 4,87 Tpt/l). 3. Das Fehlen einer Hypokalziämie (Befund vom 19. Dezember 1996: Kalzium 2,34 mmol/l). 4. Die Ergebnisse von Nierensonographie und Ausscheidungsurogramm (Befunde vom 17. (?) und 19. Dezember 1996), die Nieren von normaler Größe und Form mit glatten Randkonturen und normalem Parenchym-Pyeloindex erbracht hätten.

Bei einer schon im Dezember 1996 lange bestehenden, fortgeschrittenen Niereninsuffizienz hätten diese Befunde nicht erhoben werden können. In der Zusammenschau aller Befunde werde ersichtlich, dass es sich um eine rasch progrediente Erkrankung gehandelt habe, welche die klinischen und laborchemischen Kriterien einer rapid progressiven Glomerulonephritis erfülle, das heiße eine Abnahme der GFR um &8805; 50 Prozent in einem Zeitraum von bis zu drei Monaten. In diesem Zusammenhang könne nicht unerwähnt bleiben, dass die Verabreichung von Kontrastmitteln im Rahmen der Röntgenuntersuchung am 19. Dezember 1996 zu einer weiteren Verschlechterung der Nierenfunktion beigetragen haben könnte. Die mit der Musterung befassten Ärzte hätten sich bei der Unterrichtung des Klägers über das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung nicht entsprechend den Bestimmungen des Bundesministeriums der Verteidigung verhalten. Schon der zweimalige Nachweis einer Proteinurie von 100 und 500 mg/dl am 13. (gemeint 30.) Oktober 1996 habe für das Vorliegen einer schwerwiegenden Nierenerkrankung gesprochen. Der Kläger sei zu diesem Zeitpunkt über das Vorliegen eines auffälligen Urinbefundes unterrichtet worden, ohne jedoch - soweit aus den Akten ersichtlich - auf die Schwere des Befundes hingewiesen worden zu sein. Ein zuwartendes Verhalten bis zur nächsten Kontrolle am 28. November 1996 sei medizinisch gerechtfertigt gewesen, spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte jedoch aufgrund einer fehlenden Besserung des Befundes eine eingehende Information und die Empfehlung zu einer raschen nephrologischen Behandlung erfolgen müssen. Somit habe zum Zeitpunkt der ersten Musterungsuntersuchung am 13. (gemeint

30.) Oktober 1996 bereits eine renale Schädigung bei dem Kläger vorgelegen. Da nach den Untersuchungen nur eine diskrete oder gar keine Mikrohämaturie bestanden habe, könne eine Blutung als Ursache der vorliegenden Proteinurie ausgeschlossen werden. Der Befund habe daher zum damaligen Zeitpunkt für das Vorliegen einer Glomerulonephritis gesprochen, ohne dass über den weiteren Verlauf Aussagen hätten getroffen werden können. Der Kläger sei mindestens seit der stationären Aufnahme im V-Krankenhaus am 18. März 1997 bis zum Eintritt der Heilungsbewährung zwei Jahre nach der Nierentransplantation am 29. September 1998 arbeitsunfähig gewesen. Behandlungsbedürftig sei der Kläger auch seitdem. Der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) habe ab Eintritt des Versicherungsfalls bis zum 29. September 2000 100 v. H. betragen. Nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit betrage der Grad der MdE 40 v. H., welcher bedingt sei durch die eingeschränkte Transplantatfunktion (Kreatinin 2,55 mg/dl), eine leichte renale Anämie (Hb 12,0 mg/dl, Hkt 34,9 Prozent) sowie einen medikamentös eingestellten Bluthochdruck. Aufgrund des stabilen Verlaufs der Transplantatfunktion sei davon auszugehen, dass der Grad der MdE in gleicher Höhe auch mittelfristig fortbestehen werde.

Zu dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. S hat die Beigeladene mit Schriftsatz vom 28. Januar 2010 umfangreich Stellung genommen und eine ärztliche Stellungnahme des Arztes Dr. P vom 15. Januar 2010 übermittelt. Der Beklagte hat eine fachurologische Stellungnahme des Facharztes für Chirurgie und Urologie Dr. B vom 19. März 2010 zu den Akten gereicht.

Der Senat hat ein fachnephrologisches Gutachten nach Aktenlage bei dem Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie Priv. Doz. Dr. B vom 25. Mai 2011 eingeholt, der Folgendes ausgeführt hat:

Bei dem Kläger bestehe seit März 1997 eine terminale dialysepflichtige Nierenschwäche. Im Oktober 1996 habe eine Glomerulonephritis mit Ausscheidung von Blut und einer nicht genau quantifizierten Menge Eiweiß im Urin bestanden. Die Akuität dieser Glomerulonephritis lasse sich kaum beurteilen. Für einen akuten Verlauf spreche, dass bereits vier Monate später Dialysepflichtigkeit bestanden habe, für die chronische Form hingegen, dass der Kläger über keine Symptome geklagt und das Herz bereits eine durch Hochdruck und Nierenschaden bedingte Vergrößerung aufgewiesen habe und Störungen des Mineralstoffwechsels vorgelegen hätten, die mit chronischen Formen von Nierenerkrankungen assoziiert seien. Die Ursachen von Glomerulonephritiden mit Eiweißverlust seien mannigfaltig und beinhalteten unter anderem so genannte immunologische Nierenerkrankungen (Vaskulitis, Lupus erythematoses, IgA-Nephropathie), Speicherkrankheiten wie zum Beispiel Proteinfehlbildungsstörungen und vaskuläre Ursachen wie zum Beispiel Diabetes- und Hochdruckschäden. Unter heutigen Bedingungen werde die Ursache in einer Konstellation wie der vorliegenden üblicherweise durch eine Nierenbiopsie ermittelt. Dies sei vorliegend aber erschwert gewesen, da zum Zeitpunkt des Erstkontaktes mit Fachärzten für Nephrologie schon Dialysepflichtigkeit vorgelegen habe und der Blutdruck deutlich erhöht gewesen sei, so dass die Biopsie als zu riskant angesehen worden sei, wobei zum damaligen Zeitpunkt die Indikation zur Nierenbiopsie auch weniger offensiv gestellt worden sei als heute. Von den nephrologischen Behandlern im V-Klinikum sei im März 1997 am ehesten eine IgA-Nephropathie vermutet worden, welche die Nierengefäßknäuel (Glomerula) irreversibel durch immunologisch vermittelte Ablagerung von Immunglobulin A schädige. Als Differentialdiagnose kämen andere chronische Nierenerkrankungen wie die im nephrologischen Bericht angesprochene Nephrosklerose (Nierenschaden durch exzessiven Bluthochdruck), aber auch akute Glomerulonephritiden in Betracht, vor allem eine so genannte ANCA-Vaskulitis, bei der die Glomerula ebenfalls zerstört würden, dies aber durch plötzlich auftretende zirkulierende Autoantikörper, die aus Blutzellen stammten und einer therapeutischen Beeinflussung besser zugänglich seien.

Befragt zu dem Verhalten der mit der Musterung des Klägers befassten Ärzte hat der Sachverständige ausgeführt, dass ein - zumal junger - Patient bei dem zufälligen Nachweis von roten Blutkörperchen im Urin und einer Eiweißausscheidung (hier erstmalig festgestellt am 30. Oktober 1996), der nicht mit Symptomen verbunden sei, einer fachärztlichen Untersuchung der Nierenfunktion zugeführt werden sollte, wenn sich - wie hier am 28. November 1996 - der Urinbefund in einer Kontrolle bestätige. Die allgemeine ärztliche Vorgehensweise sei dann eine Überweisung zum Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie oder hilfsweise zum Facharzt für Urologie, was vorliegend zum 17. Dezember 1996 realisiert und in der richtigen Verdachtsdiagnose am 18. Dezember 1996 dokumentiert worden sei. Es finde sich dann am 19. Dezember 1996 ein Laborbefund des Blutes mit einer deutlichen, etwa dreifach verschlechterten Verminderung der Nierenfunktion, das heißt einem erhöhten Serumkreatininwert von 211 mmol/l. Außerdem sei eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt worden, in der ein Verdacht auf Nierensteine rechts geäußert worden sei, die ebenfalls die Blutausscheidung, weniger die Funktionsverschlechterung und den Eiweißverlust erklärt hätten. Die weiter durchgeführte Kontrastmitteluntersuchung der Nieren sei zumindest aus heutiger Sicht nicht fachgerecht gewesen, weil das jodhaltige Kontrastmittel die Nierenschwäche weiter verschlimmert habe. Allerdings seien die Erkenntnisse zur Kontrastmittelbedingten Nierenschädigung 1997 noch nicht derart systematisch vorhanden - und Fachärzten für Urologie sicher noch weniger zugänglich - gewesen wie heute. Sei das Verhalten des Musterungsarztes zunächst adäquat gewesen, so hätte der Kläger mit Aussprechen der Verdachtsdiagnose "Glomerulonephritis" am 18. oder 19. Dezember 1996 im Bundeswehrkrankenhaus in einer allgemeininternistischen Betrachtungsweise dringend - innerhalb weniger Tage - zu einem Spezialisten, hier einem Facharzt für Nephrologie, überwiesen werden müssen. Die Vorstellung beim Nephrologen sei demnach statt idealerweise im Dezember 1996 erst im März 1997 erfolgt. Der Sachverständige schlägt für eine denkbare Verteilung der Verantwortlichkeiten insoweit folgende Betrachtungsweise vor: Auf die Ärzte des Bundeswehrkrankenhauses entfielen vier bis fünf Wochen - nämlich bis Ende Januar 1997. Eine analoge Beurteilung einer Einrichtung des allgemeinen Gesundheitswesens würde diesen Zeitraum als Versäumnis erscheinen lassen. Weitere Verzögerungen seien dem Kläger insoweit anzulasten, als sich dieser auf das Schreiben vom 31. Januar 1997 nur zögerlich in fachärztliche Behandlung begeben habe. Ob die Formulierung in dem Schreiben vom 31. Januar 1997 wegen fehlenden Hinweises auf die Dringlichkeit als pflichtwidrig anzusehen sei und ob sich der Kläger bei anderer Formulierung in diesem Schreiben schneller in fachärztliche Behandlung begeben hätte, sei medizinisch nicht zu beurteilen.

Zur Frage der Beeinflussbarkeit der Erkrankung hat der Sachverständige Folgendes ausgeführt: Maßgeblich sei die nephrologische Grunddiagnose. Insoweit sei eine IgA-Nephropathie - etwa biopsisch - nicht gesichert worden, wenn auch der Verdacht auf eine solche gestützt werde durch epidemiologische Daten (die IgA-Nephropathie sei die häufigste glomeruläre Nierenerkrankung bei Patienten im Alter des Klägers) sowie das hier vorliegende typische gleichzeitige Auftreten einer Erkältung. Laboruntersuchungen im Hinblick auf denkbare Differentialdiagnosen seien zum damaligen Zeitpunkt wahrscheinlich nicht durchgeführt worden. Innerhalb der hier möglicherweise vorliegenden IgA-Nephropathie gebe es nun zwei Verlaufsformen, eine gutartige, die nie zur Dialyse führe, mit hohem Blutdruck einhergehe und nur durch krankhafte Urinbefunde auffalle. Die vorliegend möglicherweise bestehende progrediente Form sei durch sich verschlechternde Nierenfunktion und hohen Blutdruck zusätzlich zu den Urinbefunden gekennzeichnet. Beides habe hier ausweislich des

nephrologischen Abschlussberichtes des V-Klinikums vorgelegen, der hohe Blutdruck habe sogar die wünschenswerte Nierenbiopsie verhindert. Die aus heutiger Sicht wichtigste Differentialdiagnose sei eine ANCA-assoziierte Vaskulitis, bei der die Schädigung des renalen Gefäßknäuels durch zirkulierende Antikörper erfolge, die aus pathologisch aktivierten Blutzellen stammten. Diese Antikörper könnten in ihrer Entstehung gehemmt werden, weshalb der wichtigste Unterschied zur IgA-Nephropathie die bessere therapeutische Beeinflussbarkeit sei. Generell gelte, dass die Chance der therapeutischen Beeinflussbarkeit umso besser sei, je akuter der Krankheitsverlauf sei. Der Verlauf sei vorliegend für eine IgA-Nephropathie ungewöhnlich akut, was hier mehr für das Vorliegen einer ANCA-Vaskulitis spreche. Sollte bei dem Kläger eine IgA-Nephropathie vorgelegen haben, müssten auch bereits Monate, eventuell Jahre vorher eine Blutdruckerhöhung, Blutausscheidung und eingeschränkte Nierenfunktion vorgelegen haben. Die dann als sicher anzunehmende IgA-Nephropathie sei grundsätzlich schwer therapeutisch zu beeinflussen, eine Heilung gelinge nicht, schon gar nicht in dem auch schon im November 1996 anzunehmenden fortgeschrittenen Stadium. Aus damaliger und noch mehr heutiger Sicht sei eine effektive Blutdruckregulierung mit so genannten ACE-Hemmern zu fordern. Eine maximale Blutdrucksenkung mit ACE-Hemmern hätte die Dialysepflichtigkeit vielleicht im Bereich von Monaten später eintreten lassen, eine Heilung sei aber nicht möglich gewesen. Für über die genannte Therapie hinausgehende heilende Maßnahmen seien die Grade der Empfehlungen damals und heute schwächer, zum damaligen Zeitpunkt habe es keine durch harte wissenschaftliche Evidenz belegten Empfehlungen gegeben. Dementsprechend könne bei der IgA-Nephropathie nicht angenommen werden, dass bei einem wünschenswerten schnellerem Handeln der Bundeswehrärzte die Dialysepflichtigkeit auch nur mittelfristig hätte verhindert werden können. Bei der ANCA-Vaskulitis sei dies anders zu beurteilen. Hier bestünde unter immunsuppressiver Therapie, die auch schon 1996 bekannt gewesen sei, die Chance, den Krankheitsverlauf wesentlich aufzuhalten und bei circa 50 Prozent aller Patienten auch zurückzuführen. Im Hinblick auf die bereits genannte Akuitätsregel gelte vorliegend bei einer Nierenfunktion von 40 Prozent im November 1996, dass bei Vorliegen einer ANCA-Vaskulitis eine geeignete Therapie Ende 1996 mit vielleicht 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit eine Verlängerung des Nierenüberlebens um Monate bis Jahre gebracht hätte. Auch bei dieser Erkrankung sei aber eine Heilung nicht möglich. Demgemäß wäre der Dialyseeintritt vorliegend nur verzögert, nicht aber verhindert worden. Unter Berücksichtigung einer Studie hat der Sachverständige ausgeführt, dass etwa 80 bis 90 Prozent der Patienten unter der damals üblichen immunsuppressiven Therapie eine Remission erreicht hätten, das heißt dialysefrei geblieben seien. Diese Remissionsrate übersetze sich vielleicht in ein renales Überleben von 50 Prozent nach fünf Jahren, das heißt die Hälfte der so behandelten Patienten sei nach fünf Jahren noch nicht dialysepflichtig.

Bezogen auf den Kläger hat der Sachverständige Priv. Doz. Dr. B dargelegt, die Frage, ob die Möglichkeit einer Remission bestanden und wie lange diese angehalten hätte, hänge bei Annahme einer ANCA-Vaskulitis von Begleitfaktoren wie Blutdruck und Ausmaß der Proteinurie ab. Exzessive Blutdruckerhöhungen seien bei dem Kläger nicht dokumentiert, die Eiweißausscheidung nur qualitativ im Streifenstest sehr deutlich erhöht gewesen. Damals wie heute hätten 50 bis 80 Prozent der behandelten Patienten eine Verlängerung der Dialysefreiheit um ein bis drei Jahre erreichen können, wobei auch in dieser Zeit eine gleichzeitig konservative und medikamentöse Dauerbehandlung erforderlich sei. Sollte bei dem Kläger eine IgA-Nephropathie vorgelegen haben, hätte eine therapeutische Intervention den Dialyseeintritt günstigenfalls um ein halbes Jahr aufschieben können.

Den Grad der MdE hat der Sachverständige während der Dialysepflichtigkeit mit 100 v. H. bewertet, im Übrigen betrage er für die Dauer der Nierentransplantation je nach funktionellem Erfolg zwischen 0 und 100 v. H. Jedenfalls für die Gegenwart wäre insoweit eine persönliche Begutachtung des Klägers erforderlich.

Abschließend hat der Sachverständige angeregt, Bemühungen zu unternehmen, die Grunddiagnose zu sichern. Dies sei in manchen Fällen durch die histologische Untersuchung der Biopsieprobe eines Nierentransplantates möglich. Außerdem sollte versucht werden, bei vorbetreuenden Ärzten Informationen über die Nierenfunktion und den Blutdruck vor 1996 zu erhalten; hätten etwa im Jahr 1995 insoweit normale Werte vorgelegen, müsse ein rapidprogressiver Verlauf, meist die ANCA-Vaskulitis unterstellt werden. Andernfalls müsse von einer IgA-Nephropathie ausgegangen werden.

Die Beteiligten haben zu dem Gutachten des Sachverständigen Priv. Doz. Dr. B jeweils Stellung genommen. Die Beigeladene hat erklärt, das Gutachten für nachvollziehbar zu halten. Allerdings sei der Ausschluss einer ANCA-Vaskulitis bereits durch das V-Klinikum anlässlich der stationären Behandlung des Klägers ab März 1997 erfolgt. Nach dem diesbezüglichen Entlassungsbericht sei anlässlich einer Spezialuntersuchung das Vorliegen maßgeblicher Antikörper laborchemisch ausgeschlossen worden. Der Kläger meint, es gehe nicht zu seinen Lasten, dass die genaue Grunddiagnose nicht mehr sicher gestellt werden könne. Ebenso gehe es zu Lasten des Beklagten, wenn nunmehr Beweismittel nicht mehr erhoben werden könnten. Die Verzögerung der Untersuchung am 28. statt bereits am 19. November 1996 sei ihm wegen seines Infekts nicht anzulasten. Aus dem Schreiben des Kreiswehersatzamtes vom 31. Januar 1997 habe sich die Eilbedürftigkeit einer weiteren ärztlichen Behandlung nicht ergeben. Der Beklagte hat angeregt, Informationen zu Blutdruck und Nierenwerten vor 1996 zu erhalten.

Der Senat hat eine Anfrage an den nach Angaben des Klägers in den Jahren 1994 bis 1996 ihn behandelnden Arzt Dr. S gerichtet. Am 8. März 2012 hat dessen Praxisnachfolger Dr. H erklärt, Unterlagen für den Kläger seien nicht mehr vorhanden.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Priv. Doz. Dr. B eingeholt. In dieser Stellungnahme vom 9. Mai 2012 hat der Sachverständige erklärt, eine Untersuchung von Nierenbiopsieproben sei nicht nötig. Ausweislich eines Arztbriefes vom 17. Januar 2002 habe im Nierentransplantat kein Rezidiv einer IgA-Nephropathie vorgelegen. Da die Häufigkeit des Wiederauftretens einer IgA-Nephropathie aber nur bei 30 bis 50 Prozent liege, sei damit nicht ausgeschlossen, dass der Kläger an einer IgA-Nephropathie erkrankt gewesen sei. In dem von der Beigeladenen angesprochenen Arztbrief vom 12. Mai 1997 seien aber Laboruntersuchungen zur immunologischen Reaktivität von weißen Blutzellen erwähnt, die die erwogene ANCA-Vaskulitis hier mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 bis 90 Prozent ausschließe. Damit sei das Vorliegen einer IgA-Nephropathie vorliegend am wahrscheinlichsten.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat der Senat ein fachnephrologisches Sachverständigengutachten bei der Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologin W vom 9. November 2012 nach Aktenlage eingeholt, die zu folgender Einschätzung gelangt ist:

Der Kläger sei weder rechtzeitig noch angemessen über seine Gesundheitsstörungen und die möglichen Konsequenzen derselben aufgeklärt

worden. Die hier entscheidende Gesundheitsstörung sei der laborchemisch durch eine Blutentnahme vom 19. Dezember 1996 eindeutig nachgewiesene Befund einer Nierenfunktionseinschränkung des Klägers. Da die obere Normgrenze des Kreatininwertes um mehr als das Doppelte überschritten worden sei, sei zweifelsfrei die Niereninsuffizienz bewiesen. Ein derartiges Ausmaß einer Nierenfunktionseinschränkung sei ein seltener Befund und keinesfalls mit einem Infekt erklärbar, welcher beim Kläger ohnehin bereits abgeklungen gewesen sei. Eine zweifelsfrei vorliegende Einschränkung der Funktion eines lebenswichtigen Organs bei einem jungen Erwachsenen bedeute eine ernsthafte Erkrankung und sei unbedingt schnellstmöglich abzuklären. Bei einer Nierenfunktionseinschränkung müsse umgehend das Vorliegen einer rapidprogressiven Glomerulonephritis per Nierenbiopsie nachgewiesen oder ausgeschlossen werden, da bei diesem Krankheitsbild im schlimmsten Fall unbehandelt innerhalb von wenigen Tagen ein irreversibler Verlust der Nierenfunktion eintreten könne. Die mündlichen und schriftlichen Informationen an den Kläger aus dem Zeitraum vom 30. Oktober 1996 bis 31. Januar 1997 entsprächen nicht der sich dadurch ergebenden Dringlichkeit. Die Formulierung "Hinweise auf eine Gesundheitsstörung" sei euphemistisch, mangels einer Wortwahl wie dringlich, umgehend oder ähnliches sei keinesfalls die Notwendigkeit schnellen Handelns vermittelt worden. Weder Feiertage, noch Urlaub oder eine personelle Umstrukturierung einer Abteilung rechtfertigten eine über wenige Tage hinausgehende Verzögerung einer solchen Befundübermittlung an den Zuweiser und/oder den Betroffenen. Der Befund sei dem Kreiswehersatzamt nicht nur nicht mitgeteilt worden, sondern es sei seitens des Bundeswehrkrankenhauses im Januar 1997 fälschlicherweise behauptet worden, der Kläger sei im Dezember 1996 nicht zu den vereinbarten Untersuchungen erschienen.

Zur Diagnosestellung und der Erkennbarkeit der Dringlichkeit der hier in Rede stehenden Diagnose hat die Sachverständige erklärt, beim gesunden Menschen würden über die Nieren pro Tag allenfalls Spuren von Eiweiß abgegeben (im Stix negativ bis maximal + entsprechend 50 mg/dl; im Sammelurin quantifizierte Grenze: 150 mg/dl). Jede darüber hinausgehende Eiweißausscheidung sei ein krankhafter, abklärungsbedürftiger Befund, der eine Nierenschädigung und -erkrankung beweise. Wenn die Eiweißausscheidung die Grenze von 3000 mg/dl überschreite, liege eine sogenannte große Proteinurie vor. Eine schwere Schädigung der Nieren sei damit nachgewiesen und eine Glomerulonephritis sehr wahrscheinlich. Spätestens mit dem Nachweis der eingeschränkten Nierenfunktion hätten die einbezogenen Ärzte die nahezu notfallmäßige Behandlungsbedürftigkeit und Dringlichkeit der Erkrankung des Klägers erkennen können und müssen. Es fehle nach dem 19. Dezember 1996 jede Dokumentation über das weitere Vorgehen bezüglich des Befundes der Nierenfunktionseinschränkung. Nach Zeugenaussage des Stabsarztes R hätte am selben Tag in der Urologie eine Kenntnisnahme und Bewertung des Befundes erfolgen müssen, die üblicherweise durch ein Arztkürzel auf dem Befund dokumentiert werde. Diese Dokumentation fehle. Drei Monate seien vergangen, in denen eine Anfrage des Kreiswehersatzamtes fälschlicherweise dahingehend beantwortet worden sei, der Kläger sei nicht im Bundeswehrkrankenhaus erschienen. Es sei völlig unklar, wo oder bei wem/von wem die Befunde in dieser Zeit gelagert worden seien und warum der normale Ablauf nicht eingehalten worden sei. Erst mit Datum 24. März 1997 sei ein schriftlicher Befund des Bundeswehrkrankenhauses unter Würdigung aller Ergebnisse dokumentiert. Laut der Zeugenaussage von Dr. K sei dieser Befund wohl als Folge der Anfrage von Dr. H erstellt worden. Die Sichtung der Literatur, die bis 1989 zurückreiche und Veröffentlichungen aus unterschiedlichen, auch nichtnephrologischen Zeitschriften berücksichtige, belege, dass es der damalige wissenschaftliche Kenntnisstand den beteiligten Ärzten ermöglicht habe, die Behandlungsbedürftigkeit und -dringlichkeit zu erkennen. Hinsichtlich der Kontrastmittelgabe könne anhand der Literatur belegt werden, dass Kenntnis über die Nephrotoxizität insbesondere bei Radiologen schon deutlich vor 1996 vorgelegen habe. Es wäre die Pflicht der untersuchenden Ärzte gewesen, vor der Kontrastmittelgabe den Kreatininwert in Erfahrung zu bringen und diesen im schriftlichen Befund zur Rechtfertigung in absoluten Zahlen zu dokumentieren. Die Dringlichkeit der Diagnostik habe bereits im November 1996 mit dem bestätigten Nachweis der hochpathologischen Urinbefunde, spätestens am 19. Dezember 1996 mit dem Nachweis der Nierenfunktionseinschränkung erkannt werden können und müssen. Wäre im November oder Dezember 1996 durch eine Nierenbiopsie eine präzise Diagnose der Erkrankung des Klägers gestellt worden, hätte mit allergrößter Wahrscheinlichkeit durch eine gezielte Behandlung eine Stabilisierung der (eingeschränkten) Nierenfunktion über Jahre oder Jahrzehnte erreicht werden können. Der Kläger wäre nicht oder deutlich später dialysepflichtig geworden. Eine Nierentransplantation durch die Spende der Mutter wäre nicht erforderlich gewesen. Eine Heilung, das heißt eine Normalisierung der Nierenfunktion, wäre vermutlich nicht erreicht worden, aber bereits die Verzögerung der Dialyse sei für den Betroffenen wegen der Schwere der Erkrankung und der damit verbundenen Lebensbeschränkung mit gravierenden medizinischen und psychosozialen Folgen auf Dauer mit einem hohen Wert der Lebensqualität verbunden. Der schnelle Verlauf mit Verschlechterung des Kreatininwertes im Dezember 1996 von ca. 2,4 mg/dl auf 10 mg/dl im März 1997 belege, dass eine akute Erkrankung vorgelegen habe, die behandelt eine sehr gute Prognose gehabt hätte. Im Gegensatz zu den internistischen und urologischen Gutachtern, die den schnellen Verlauf als Hinweis auf die Unbeeinflussbarkeit der Erkrankung heranzögen, sei das Gegenteil zutreffend: eine hochaktive Erkrankung sei im Gegensatz zu schleichenden Verlaufsformen gut therapierbar. Mit dem Nachweis der terminalen Nierenfunktionseinschränkung (Stadium 5D) habe der Grad der MdE 100 v. H., nach Abschluss der Heilbewährung 40 v. H. entsprechend der aktuellen Transplantierenfunktionseinschränkung betragen. Zu erwarten sei eine Verschlechterung der Transplantatfunktion und eine Zunahme des Grades der MdE in den nächsten Jahren.

Zu dem Gutachten des Sachverständigen Priv. Doz. Dr. B hat die Sachverständige W ausgeführt, die Ausführungen zu dem anamnestischen Hinweis auf eine seit drei Jahren bestehende Nierenerkrankung und die daraus gezogenen Schlüsse seien spekulativ, da weder eine Nierenfunktionseinschränkung, noch eine Proteinurie in der Vergangenheit beim Kläger gesichert worden seien. Solange keine eindeutigen Beweise für eine chronische Erkrankung bestünden, sei ein akuter Verlauf anzunehmen. Die Auffassung, dass eine IgA-Nephritis die wahrscheinlichste Diagnose sei, könne nicht geteilt werden. Gegen das Vorliegen einer IgA-Nephritis sprächen das geringe Alter des Klägers (Häufigkeitsgipfel: 3. bis 5. Lebensjahrzehnt) und der Verlauf mit der schnellen Verschlechterung von Dezember 1996 bis März 1997. Dass eine fokale Sklerose ausgeschlossen sei, weil diese nicht mit einer Mikrohämaturie einhergehe, treffe nicht zu, allenfalls sei die Form der Glomerulonephritis weniger wahrscheinlich. Dem Argument, dass nur eine sechswöchige Verzögerung der Befundübermittlung bestünde, die unbedeutend sei, sei entgegenzuhalten, dass allenfalls eine Verzögerung von Tagen akzeptabel gewesen wäre angesichts der Befunde und der Verdachtsdiagnose. Nicht zuletzt stehe die Aussage von Priv. Doz. Dr. B zur IgA-Nephritis in der ergänzenden Stellungnahme im Widerspruch zu den Ausführungen im eigenen Gutachten vom 25. Juni 2011, Seite 7, wo sich Priv. Doz. Dr. B dahingehend festlege, dass der Verlauf für eine IgA-Nephropathie im Beobachtungszeitraum ungewöhnlich akut sei und mehr für ANCA-Vaskulitis spreche. Weshalb eine "hilfsweise" Überweisung des Klägers an einen Urologen ausreichend sei, da mit dem Verdacht auf eine Glomerulonephritis eine nephrologische Erkrankung abgeklärt werden sollte, sei unverständlich. In B gebe es mindestens sieben stationäre nephrologische Abteilungen, davon 3 universitäre und über 20 ambulante Einrichtungen; allein in einem Umkreis des Bundeswehrkrankenhauses von fünf Kilometern seien mindestens drei Nephrologen etabliert und seien es auch schon 1996 gewesen.

Zusammenfassend hat die Sachverständige W ausgeführt, mit Literaturverweisen belegt sei gezeigt worden, dass ein Erkennen der Nierenerkrankung und durch deren Behandlung eine Stabilisierung der Nierenfunktion auf dem Niveau von Dezember 1996 und ein längerfristiges Vermeiden der Dialysepflicht und der Transplantation hätten erreicht werden können. Die Befunde des Klägers von November/Dezember 1996 und der schnelle Verlauf ließen diesen Schluss zu. Anhand der Literatur werde belegt, dass etablierte Therapien bereits 1996 zur Verfügung gestanden hätten. Eine pflichtgemäße angemessene Information des Klägers über seine Befunde sei nicht erfolgt, eine Mitverantwortung des Klägers bezüglich der Verzögerung der Diagnose sei nicht gegeben. Die Anfertigung einer kontrastmittelgestützten Röntgenaufnahme der Nieren und ableitenden Harnwege ohne vorherige Bestimmung der Nierenfunktion und Dokumentation des Laborwertes im ärztlichen Befund hätte nicht erfolgen dürfen. Eine weitere Verschlechterung der schon bestehenden Nierenfunktionseinschränkung könne durch die am 19. Dezember 1996 erfolgte Kontrastmittelgabe erfolgt sein.

Zu dem Gutachten der Sachverständigen W hat der Beklagte eine fachinternistische Stellungnahme der Fachärztin für Innere Medizin Dr. G vom 18. Dezember 2012 zu den Gerichtsakten gereicht.

Schließlich hat der Senat eine weitere ergänzende Stellungnahme bei dem Sachverständigen Priv. Doz. Dr. B vom 25. März 2013 eingeholt. Dieser hat erklärt, an den getroffenen nephrologisch-gutachtlichen Stellungnahmen keine Änderungen vorzunehmen. Dabei gehe es nach seiner Einschätzung nur in geringem Ausmaß um die Frage, ob die Diagnose schuldhaft verzögert worden sei. Dies sei bedauerlicherweise der Fall und nur das Ausmaß der Verzögerung könne streitig sein. Ebenso sei die erfolgte Kontrastmittelverabreichung als nicht sachgerecht zu bezeichnen und habe den Krankheitsverlauf mindestens vorübergehend ungünstig beeinflusst. Da er nach seiner gutachtlichen Einschätzung der jeweiligen medizinischen Maßnahmen im Jahr 1996 gefragt worden sei, habe er jedoch darauf hinweisen müssen, dass es zum damaligen Zeitpunkt noch keine formalisierte Leitlinie zum Kontrastmittelgebrauch bei Nierenschwäche gegeben habe. Er stimme der Sachverständigen W jedoch zu, dass die Unterlassung der Kreatininmessung (Nierenfunktion) vor Kontrastmittelgabe ein Versäumnis darstelle, welches auch 1996 bereits vielerorts anders gehandhabt worden sei. Hinsichtlich der Auswirkungen der Verzögerungen sei aber ganz entscheidend, um welche Form der Nierenerkrankung es sich handele. Hier werde von der Sachverständigen W offensichtlich mit Sicherheit eine behandelbare Erkrankung angenommen. Er möchte darauf hinweisen, dass in seinem Gutachten keine endgültigen Diagnosestellungen erfolgt seien, sondern dass er mit Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der jeweiligen Diagnosen argumentiert habe. Der von der Sachverständigen W angemerkte Unterschied zwischen der Einschätzung in seinem Gutachten und seiner Entgegnung vom 9. Mai 2012 beruhe darauf, dass er bei Gutachtenerstellung die Negativität der so genannten Immunerologie nicht gekannt habe (ANCA-Werte). Diese seien etwas unglücklich getrennt vom sonstigen Labor auf der letzten Seite des Arztbriefes der C vom März 1997 vermerkt und ihm beim ersten Aktenstudium entgangen. Kopien von Originalbefunden hätten nicht vorgelegt und würden nicht vorliegen. Aus diesem Grunde habe er im Gutachten gestützt auf den schnellen Verlauf die Wahrscheinlichkeit der ANCA-Vaskulitis (akute und behandelbare Erkrankung) als höher als die der IgA-Nephropathie (chronische und nicht gut behandelbare Erkrankung) angesehen und diese initiale Einschätzung nach Hinweisen auf die ANCA-Negativität im gerichtlichen Schreiben vom 30. April 2012 und in der Stellungnahme der Beigeladenen vom 15. August 2011 geändert. Denn wenn diese Antikörperbefunde tatsächlich negativ gewesen seien, sei eine ANCA-Vaskulitis mit 80- bis 90-prozentiger Sicherheit auszuschließen. Es liege dann mit nächstfolgender Wahrscheinlichkeit eine (chronische, schlecht behandelbare) IgA-Nephropathie vor, die (i) durchgängig von den behandelnden Ärzten der Abteilung Nephrologie des V-Klinikums (C) als am wahrscheinlichsten angesehen worden sei und (ii) sich gut mit den weiteren Befunden eines chronischen Nierenschadens wie Linksherzvergrößerung und Laborkennzeichen einer renalen Mineralstoffwechselstörung verbinden lasse. Diese Überlegungen seien – zumal bei fehlenden Vorbefunden – übliche klinische Praxis und nicht "rein spekulativ" wie die Sachverständige W in ihrem Gutachten schreibe. (iii) Ebenso wenig spekulativ sei der anamnestic Hinweis im Arztbrief der C auf eine schon vor drei Jahren bestehende Hypertonie. Immerhin sei der Kläger damals im ärztlichen Aufnahmegespräch sicher gezielt danach befragt worden. Diese Information spiele eine große Rolle, was jedem Arzt klar gewesen sein dürfte. Sie stütze das Vorliegen einer chronischen (Ende 1996 schon schlecht behandelbaren) Nierenschädigung. Zu fragen wäre, warum bei Kenntnis dieses Befundes bei dem jungen Kläger nicht weitergehende Untersuchungen auch schon Jahre vor der Musterung erfolgt seien.

Abschließend müsse nochmals darauf hingewiesen werden, dass auch die frühere Diagnose einer ANCA-Vaskulitis keinesfalls eine Heilung, sondern bestenfalls ein verzögertes Fortschreiten bedeutet hätte mit einem Zeitgewinn bis zum Dialyseeintritt von einigen Jahren. Eine dauerhafte die Abwehr schwächende Therapie wäre nötig gewesen und der Gesundheitszustand wäre chronisch beeinträchtigt gewesen. Zusammenfassend könne eine 100-prozentig sichere Diagnose nicht rückblickend gestellt werden. Die behandelbare ANCA-Vaskulitis sei mit einem negativen Antikörperbefund mit 80- bis 90-prozentiger Sicherheit auszuschließen. Die nächst häufige Diagnose IgA-Nephropathie sei in dem vorgefundenen Stadium nicht mehr therapeutisch zu beeinflussen gewesen im Hinblick auf eine Dialysevermeidung.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. Januar 2004 sowie den Bescheid des Beklagten vom 24. August 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. April 2000 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, dem Kläger gemäß den Vorschriften des Soldatenversorgungsgesetzes in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz unter Anerkennung einer Niereninsuffizienz als Schädigungsfolge ab 1. August 1997 eine Beschädigtenrente nach dem Grad einer Minderung der Erwerbsfähigkeit/dem Grad der Schädigungsfolgen von 100 (v. H.) Versorgung zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und die Inhalte der Akte des BSG B 9/9a VS 2/05 R, der Versorgungsakte sowie der Schwerbehindertenakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist zutreffend. Der Bescheid des Beklagten vom 24. August 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. April 2000 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Beschädigtenrente.

Der Kläger hat keinen Anspruch nach § 80 SVG, wobei der Senat in Bezug auf die rechtlichen Grundlagen auf die im Tatbestand dargestellten Ausführungen des BSG in seinem Urteil vom 8. November 2007 Bezug nimmt. Ergänzend merkt der Senat an, dass auch § 80 SVG von einer Kette von Tatbestandsvoraussetzungen ausgeht, deren Glieder jeweils in kausaler Verknüpfung stehen müssen (vgl. hierzu Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24. September 2009 - [L 13 V 17/06](#) - juris). Das erste Glied sind das Unfallereignis oder andere mit dem Wehrdienst verbundene schädigende Umstände, das zweite Glied die gesundheitliche Schädigung (Wehrdienstbeschädigung als Primärschaden), als drittes Glied stellt sich die Folge der gesundheitlichen Schädigung (Schädigungsfolge) dar, also das Versorgungsleiden, dessen Feststellung ein Antragsteller durch die Versorgungsverwaltung begehrt. Diese drei Glieder der Kausalkette bedürfen grundsätzlich des Vollbeweises. Nach § 81 Abs. 6 Satz 1 SVG genügt zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Die Wahrscheinlichkeit ist dann gegeben, wenn nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht, wobei lediglich die Möglichkeit eines Zusammenhangs oder ein zeitlicher Zusammenhang nicht genügen. Nach der im Versorgungsrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung ist ferner zu beachten, dass nicht jeder Umstand, der irgendwie zum Erfolg beigetragen hat, rechtlich beachtlich ist, sondern beachtlich im vorgenannten Sinne sind nur die Bedingungen, die unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg diesen wesentlich herbeigeführt haben (vgl. Urteil des Senats vom 29. Juni 2010 - [L 11 VK 5/09](#) - juris).

Der Senat kann letztlich offenlassen, ob hier ein schädigendes Ereignis durch pflichtwidriges Unterlassen unverzüglicher und gegebenenfalls mit dem gebotenen Hinweis auf die Dringlichkeit erteilter Mitteilungen der mit der Musterung befassten Ärzte an den Kläger zu seinem Gesundheitszustand zu bejahen ist. Insoweit geht der Senat davon aus, dass ein pflichtwidriges Unterlassen frühestens ab dem 28. November 1996 denkbar wäre. Dies ergibt sich aus allen Sachverständigengutachten. Nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. S war ein zuwartendes Verhalten bis zur Kontrolle am 28. November 1996 medizinisch gerechtfertigt, spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte jedoch aufgrund einer fehlenden Besserung des Befundes eine eingehende Information und die Empfehlung zu einer raschen nephrologischen Behandlung erfolgen müssen. Diese Einschätzung wird im Wesentlichen auch von den Sachverständigen Priv. Doz. Dr. B und W bestätigt. Erstgenannter hat erklärt, dass eine fachärztliche Untersuchung der Nierenfunktion angezeigt sei, wenn sich - wie hier am 28. November 1996 - ein auffälliger Urinbefund in einer Kontrolle bestätige. Letztgenannte hat ausgeführt, die Dringlichkeit der Diagnostik habe bereits im November 1996 mit dem bestätigten Nachweis der hochpathologischen Urinbefunde, spätestens am 19. Dezember 1996 mit dem Nachweis der Nierenfunktionseinschränkung erkannt werden können und müssen.

Geht man davon aus, dass ab dem 28. November 1996 ein pflichtwidriges Unterlassen der mit der Musterung befassten Ärzte vorlag, hätte dieses indes nicht in Form des Unterlassens einer ärztlichen Behandlung bestanden, da es nicht zu den Pflichten der Musterungsärzte gehört, in dieser Eigenschaft erkrankte Wehrpflichtige selbst zu behandeln. Vielmehr hätte das Unterlassen in dem Versäumnis der mit der Musterung betrauten Ärzte bestanden, den Kläger - gegebenenfalls auch mit dem gebotenen Nachdruck - auf behandlungsbedürftige Befunde hinzuweisen (vgl. BSG, Beschluss vom 24. Juni 1981 - [9 BV 115/81](#) - juris, wonach "sich der Staat auch zurechnen lassen [muss], daß ein Militärarzt einen Patienten pflichtwidrig nicht in der gebotenen Weise aufgeklärt hat, wodurch die Willensbildung des Patienten unzulässig beeinflusst wurde"). Die Frage, wie sich ein solches mögliches Unterlassen ursächlich ausgewirkt hat, ist schon ihrem Wesen nach grundsätzlich schwer zu beantworten (vgl. BSG, Urteil vom 10. August 1993 - [9/9a RV 22/92](#) - juris). Denn hier geht es nicht wie sonst üblich um die Ermittlung eines realen Geschehens, sondern um die Nachzeichnung der Auswirkung eines gedachten Geschehens. Dazu kommt, dass - anders als vielleicht beim Unterlassen der gebotenen ärztlichen Behandlung - die Auswirkungen einer bloß unterlassenen, zu spät erteilten oder gegebenenfalls (auch) nicht mit dem Hinweis auf die Dringlichkeit erteilten ärztlichen Mitteilung schon deshalb schwer zu beantworten sind, weil sie nur den Beginn einer Kausalkette markieren, die indes in ihrem Verlauf auch von weiteren Unwägbarkeiten abhängt. So mag der ordnungsgemäß aufgeklärte Patient die weitere Behandlung aufgrund eigener Nachlässigkeit nicht oder zu spät wahrnehmen, die mit der weiteren Behandlung betrauten Ärzte mögen ihrerseits zu spät oder falsch handeln etc.

Diese Schwierigkeiten rechtfertigen indes keine Beweislastumkehr. Vielmehr ist es in der Rechtsprechung des BSG geklärt, dass im sozialen Entschädigungsrecht eine Beweislastumkehr wie in Arzthaftpflichtprozessen grundsätzlich nicht zum Tragen kommt (vgl. hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 18. Mai 2006 - [B 9a V 2/05 R](#) - juris). Im Hinblick auf die Beweiswürdigung beim Ursachenzusammenhang ist in der Rechtsprechung entscheidend

darauf abgestellt worden, dass schon das Gesetz den Beweismaßstab der "hinreichenden Wahrscheinlichkeit" genügen lässt und damit für die Betroffenen wesentlich erleichterte Anspruchsvoraussetzungen - auch im Vergleich zu den Beweisregeln im Zivilprozess - einräumt. Auf dieser Grundlage hat es das BSG seit jeher abgelehnt, hinsichtlich der so genannten haftungsausfüllenden Kausalität (dem Zusammenhang zwischen primärer Schädigung und späterer Gesundheitsstörung) eine Beweislastumkehr zuzulassen. Auch zur so genannten haftungsbegründenden Kausalität - das heißt zu der Frage, ob das schädigende Ereignis den Eintritt des Primärschadens wesentlich verursacht hat - genügt die Wahrscheinlichkeit. Folglich besteht auch in diesem Zusammenhang kein Grund für weiter gehende Beweiserleichterungen. Eine Differenzierung des Beweisgrades - je nachdem ob es um die haftungsbegründende oder -ausfüllende Kausalität geht - ist nicht angezeigt. Die vom BSG im Opferentschädigungsrecht ausnahmsweise zugelassene Beweiserleichterung (Urteil vom 18. Oktober 1995 - [9/9a RVg 4/92](#) - juris) ist auf den vorliegenden Sachverhalt nicht übertragbar; Gesichtspunkte, die für die Annahme einer solchen besonderen Konstellation sprechen könnten, sind nicht erkennbar.

Unterstellt man also nach obigen Ausführungen frühestens ab dem 28. November 1996 ein pflichtwidriges Unterlassen der mit der Musterung betrauten Ärzte (Vorliegen eines schädigenden Umstands) und geht man weiter mindestens überwiegend wahrscheinlich davon aus, dass der Kläger sich unverzüglich in fachnephrologische Behandlung begeben hätte und diese den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend vorgenommen worden wäre, wäre das Nierenleiden des Klägers - noch in Form einer Glomerulonephritis (Nierenentzündung) - ohne Frage schneller behandelt worden (Primärschaden). Insoweit wäre auch die haftungsbegründende Kausalität im Sinne eines gedachten Kausalverlaufes ohne weiteres zu bejahen. Es ist aber nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Verlauf des Nierenleidens des Klägers, wie vom BSG in seiner zurückverweisenden Entscheidung gefordert, wesentlich beeinflusst worden wäre. Es ist mithin nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Schädigungsfolge einer dialysepflichtigen terminalen Niereninsuffizienz auch bei richtigem Verhalten aller

Beteiligten hätte verhindert werden können oder wenigstens im Sinne einer wesentlichen Beeinflussung deutlich später eingetreten wäre.

Nun ist zu fragen, ab wann von einer wesentlichen Beeinflussung des Nierenleidens auszugehen ist. Nach Auffassung des Senats ist zur Beurteilung, ob eine wesentliche oder eine unwesentliche Beeinflussung vorliegt, auf das zeitliche Moment abzustellen, es ist also zu fragen, ob der Eintritt der dialysepflichtigen terminalen Niereninsuffizienz ab Eintritt eines möglicherweise pflichtwidrigen Unterlassens ab dem 28. November 1996 jedenfalls wesentlich zeitlich hätte hinausgezögert werden können. An anderer Stelle hat das BSG zwar ausgeführt, vergleiche man den tatsächlichen Zustand mit demjenigen, der bei einer erfolgreichen Behandlung eingetreten wäre, sei es sachgerecht, eine Schädigung bereits in dem Fortbestehen eines behebbaren Leidens zu sehen. Immerhin müsse der Betroffene dabei die mit der Gesundheitsstörung verbundenen Beschwerden und Beschränkungen länger als nötig erdulden (BSG, Urteil vom 25. März 2004 - [B 9 VS 1/02 R](#) - juris). Daraus ist freilich nicht der Schluss zu ziehen, jede zeitlich noch so geringe Verzögerung des Eintritts der Schädigungsfolge sei versorgungsrechtlich relevant. Den genauen Zeitraum, ab dem eine zeitliche Verzögerung des Eintritts der Schädigungsfolge versorgungsrechtlich relevant ist, kann der Senat hier offen lassen. In Betracht kommt etwa, dass erst eine zeitliche Verzögerung von mindestens einem Jahr versorgungsrechtlich zu entschädigen ist, was sich aus der Rechtsprechung des BSG zu § 38 BVG ergeben könnte (vgl. Urteil vom 24. Januar 1979 - [9/10 RV 33/77](#) - juris). Möglicherweise ist aber auch auf den sich in § 30 Abs. 1 Satz 3 BVG niederschlagenden Rechtsgedanken zurückzugreifen, wonach vorübergehende Gesundheitsstörungen nicht zu berücksichtigen sind und als vorübergehend ein Zeitraum bis zu sechs Monaten gilt. Diese Regelung ist zwar in erster Linie auf Gesundheitsstörungen zugeschnitten, die auf einem aktiven Tun beruhen. Ihr könnte aber ein allgemeiner Rechtsgedanke zu entnehmen sein. Denn wenn der Gesetzgeber Gesundheitsstörungen versorgungsrechtlich in diesem Zusammenhang erst dann für relevant erachtet, wenn sie wenigstens sechs Monate bestehen, kann – gleichsam spiegelverkehrt – zeitlich nichts anderes für Gesundheitsstörungen gelten, die der Betroffene infolge unzureichender ärztlicher Behandlung länger erdulden muss. Im Klartext und bezogen auf den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass von einer wesentlichen Beeinflussung des Nierenleidens und damit von versorgungsrechtlicher Relevanz erst dann auszugehen ist, wenn die Schädigungsfolge der terminalen Niereninsuffizienz durch rechtzeitige und fehlerfreie ärztliche Behandlung mehr als ein halbes Jahr später eingetreten wäre.

Welcher der oben skizzierten Zeiträume hier einschlägig ist, kann dahinstehen. Denn es ist auch bei optimalem Beratungs- und Behandlungsverlauf ab dem 28. November 1996 nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Eintritt der terminalen Niereninsuffizienz um mehr als ein halbes Jahr verzögert worden wäre. Im Gegenteil ist es wahrscheinlich, dass auch bei optimalem Beratungs- und Behandlungsverlauf ab dem 28. November 1996 der Eintritt der terminalen Niereninsuffizienz nicht um mehr als ein halbes Jahr hätte verzögert werden können. Zu dieser Einschätzung gelangt der Senat aufgrund des überzeugenden Sachverständigengutachtens nebst ergänzenden Stellungnahmen von Priv. Doz. Dr. B. Dieser hat sehr eingehend die Frage nach der Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes bei dem Kläger behandelt und dargelegt, dass diese maßgeblich von der nephrologischen Grunddiagnose abhing. Hier kommen nach seiner Darstellung zwei Grunddiagnosen in Betracht: die therapeutisch schlecht zu beeinflussende IgA-Nephropathie und die wesentlich besser behandelbare ANCA-Vaskulitis. Letztgenannte Grunddiagnose hat der Sachverständige Priv. Doz. Dr. B in seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 9. Mai 2012 und vom 25. März 2013 mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 bis 90 Prozent ausschließen können. Diese Einschätzung hat er nachvollziehbar damit begründet, dass im Arztbrief des V-Klinikums vom 12. Mai 1997 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 18. März bis 12. April 1997 von einem negativen p- und c-ANCA berichtet worden sei. Diese Laboruntersuchungen zur immunologischen Reaktivität von weißen Blutzellen schlossen die ANCA-Vaskulitis mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 bis 90 Prozent aus. Priv. Doz. Dr. B hat sich demzufolge in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. Mai 2012 dahingehend festgelegt, dass er die IgA-Nephropathie als die wahrscheinlichste Grunddiagnose erachtet. Dass im Nierentransplantat und der Histologie kein Rezidiv einer IgA-Nephropathie vorgelegen hat, steht dieser Grunddiagnose nach den auch insoweit nachvollziehbaren Darlegungen des Sachverständigen nicht entgegen, weil die Rezidivneigung einer IgA-Nephropathie im Transplantat (nur) ca. 30 bis 50 Prozent beträgt. Also: Das Bestehen eines Rezidivs hätte die IgA-Nephropathie bewiesen, ihre Nicht-Nachweisbarkeit steht dem Vorliegen einer IgA-Nephropathie aber nicht entgegen. Für das Vorliegen einer solchen spricht dabei nach der nachvollziehbaren Einschätzung des Sachverständigen Priv. Doz. Dr. B neben dem Umstand, dass sie von den behandelnden Ärzten der jeweiligen Kliniken durchgehend mindestens als Verdachtsdiagnose benannt worden ist (so im bereits benannten Arztbrief des V-Klinikums vom 12. Mai 1997, in den Arztbriefen der C – vom 14. Oktober 1998 und 14. November 2002), auch die Tatsache, dass die IgA-Nephropathie die häufigste glomeruläre Nierenerkrankung bei Patienten im Alter des Klägers ist und bei dem Kläger zeitgleich eine Erkältung vorlag. Dafür dass wahrscheinlich eine IgA-Nephropathie mit progredienter Verlaufsform vorlag, spricht hier neben den Urinbefunden bei sich verschlechternder Nierenfunktion auch der hohe Blutdruck bei dem Kläger. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. März 2013 hat der Sachverständige Priv. Doz. Dr. B ergänzend dargelegt, dass sich die Diagnose IgA-Nephropathie auch gut mit den im V-Klinikum erhobenen weiteren Befunden eines chronischen Nierenschadens wie einer Linksherzvergrößerung, und Laborkennzeichen eine renalen Mineralstoffwechselstörung verbinden lasse. Auch die anamnestischen Hinweise im Arztbrief des V-Klinikums vom 12. Mai 1997 zieht der Sachverständige nachvollziehbar heran. Hier wird aus der älteren Anamnese des Klägers ein 1994 stattgehabter fieberhafter Infekt erwähnt, bei dem es zu einer passageren Mikrohämaturie gekommen sei. Des Weiteren hätten bei dem Kläger bereits bei der Aufnahme eine terminale Niereninsuffizienz, ein sekundärer Hyperparathyreoidismus und eine ausgeprägte arterielle Hypertonie mit systolischen Werten von 180 bis 200 mmHg vorgelegen. Aufgrund dieser Befunde und der Anamnese des Klägers, die möglicherweise bereits vor drei Jahren eine Nierenfunktionsverschlechterung aufgewiesen habe, ergäben sich – so das V-Klinikum – mehrere Hinweise auf einen eher chronischen Prozess. Möglicherweise sei der über längere Zeit unbehandelte arterielle Bluthochdruck für die rasche Progredienz der Niereninsuffizienz verantwortlich. Bei grenzwertig erhöhtem Immunglobulin A und erniedrigtem Immunglobulin G müsse an eine IgA-Nephropathie gedacht werden. Bei dieser Sachlage erachtet der Senat das Vorliegen einer IgA-Nephropathie am wahrscheinlichsten, wenn auch der Krankheitsverlauf – worauf die Sachverständige W hinweist – für eine IgA-Nephropathie ungewöhnlich akut war und eine IgA-Nephropathie am häufigsten zwischen dem dritten und fünften Lebensjahrzehnt auftritt. Die im Arztbrief des V-Klinikums vom 12. Mai 1997 differentialdiagnostisch erwogene fokale Glomerulosklerose hat der Sachverständige Priv. Doz. Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. Mai 2012 nachvollziehbar als eher unwahrscheinlich erachtet, weil sie eher nicht mit Blutausscheiden aufträte.

Ausgehend von der als am wahrscheinlichsten anzusehenden Grunddiagnose einer IgA-Nephropathie war eine Heilung in dem im November 1996 bereits vorliegenden fortgeschrittenen Stadium nach dem überzeugenden Gutachten von Priv. Doz. Dr. B nicht mehr möglich. Aus damaliger wie heutiger Sicht war eine Blutdruckregulierung mit ACE-Hemmern zu fordern. Eine hierdurch erfolgte maximale Blutdrucksenkung hätte die Dialysepflichtigkeit vielleicht im Bereich von Monaten später eintreten lassen. Für diese Therapie liegt nach heutigen Maßstäben eine Empfehlung mit dem zweithöchsten Evidenzgrad vor. Für hierüber hinausgehende "heilende" Maßnahmen sind die

Evidenzgrade damals wie heute schwächer. Eine Heilung war demnach überhaupt nicht mehr möglich, der Eintritt der Dialysepflichtigkeit hätte nach der Einschätzung des Sachverständigen Priv. Doz. Dr. B bei therapeutischer Intervention im günstigsten Fall um ein halbes Jahr hinausgezögert werden können.

Der Senat gibt den obigen Einschätzungen des Sachverständigen Priv. Doz. Dr. B den Vorzug vor den anderen gerichtlich eingeholten Sachverständigengutachten. Prof. Dr. S befasst sich überhaupt nicht mit der ganz entscheidenden Frage der Grunddiagnose und demzufolge auch nicht überzeugend mit der therapeutischen Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes.

Auch die Sachverständige W befasst sich nicht überzeugend mit der therapeutischen Beeinflussbarkeit des Nierenleidens des Klägers. Der Sachverständige Priv. Doz. Dr. B hat überzeugend anhand der Aktenlage dargelegt, warum die IgA-Nephropathie bei dem Kläger die wahrscheinlichste Grunddiagnose ist und er hat zutreffend darauf hingewiesen, dass auch die behandelnden Krankenhausärzte letztlich von dieser Diagnose ausgegangen sind. Wenn die Sachverständige W in diesem Zusammenhang ausführt, dass ein akuter Verlauf anzunehmen ist, wenn keine eindeutigen Beweise für eine chronische Erkrankung vorliegen, geht sie fehl. Eine solche These überzeugt ebenso wenig wie etwa die umgekehrte These, dass von einer chronischen Erkrankung auszugehen ist, wenn keine eindeutigen Beweise für eine akute Erkrankung vorliegen. Vielmehr ist anhand von Indizien der Grad der Wahrscheinlichkeit der jeweils in Betracht kommenden Grunddiagnosen zu ermitteln, was der Sachverständige Priv. Doz. Dr. B überzeugend getan hat. Statthaft sind in diesem Zusammenhang zwar die Argumente der Sachverständigen W, gegen eine IgA-Nephropathie sprächen Alter des Klägers und akuter Verlauf der Erkrankung. Sie sind von Priv. Doz. Dr. B aber durchaus berücksichtigt worden, der ungeachtet dessen insbesondere unter Bezugnahme auf die im Arztbrief des V-Klinikums vom 12. Mai 1997 mitgeteilten Laboruntersuchungen zur immunologischen Reaktivität von weißen Blutzellen eine ANCA-Vaskulitis mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 bis 90 Prozent ausgeschlossen hat, ein Umstand, auf den die Sachverständige W im Übrigen gar nicht eingeht.

Abschließend und der Vollständigkeit halber weist der Senat noch darauf hin, dass nach Einschätzung aller Sachverständigen die Kontrastmittelgabe am 19. Dezember 1996 aus medizinischer Sicht ungünstig gewesen sein dürfte. Insoweit kann eine Verschlechterung der Nierenfunktionseinschränkung durch die Kontrastmittelgabe zwar erfolgt sein, bei insgesamt – wie ausgeführt – fehlender therapeutischer Beeinflussbarkeit des Nierenleidens ist aber auch insoweit im versorgungsrechtlichen Sinne die Gesundheitsstörung der terminalen Niereninsuffizienz nicht wesentlich verursacht worden.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil Gründe hierfür gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-01-10