

L 6 V 5826/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6

1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 3 V 1397/06

Datum
26.10.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 V 5826/06

Datum
08.05.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts M. vom 26. Oktober 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger wegen wesentlicher Verschlimmerung seiner Schädigungsfolgen höhere Versorgungsrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) zusteht.

Der 1925 geborene Kläger bezieht seit 1. Juli 1989 Versorgungsrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 40 vom Hundert (v.H.) wegen nachfolgender, durch schädigende Einwirkungen im Sinne des § 1 BVG hervorgerufener Schädigungsfolgen:

1. "Abgeklungene Prellung beider Unterschenkel und Füße mit verbliebener minimaler Anschärfung des linken Sprunggelenkes. 2. Schulter-Arm-Syndrom rechts 3. chronisch rezidivierende Nasennebenhöhlenentzündung, weitgehender Verlust des Riechvermögens. 4. chronische Bronchitis."

Grundlage dessen ist der Bescheid des früheren Versorgungsamts H. (VA) vom 5. März 1990, der in Ausführung des vor dem Sozialgericht M. in dem Verfahren S 12 V 332/89 geschlossenen Vergleichs ergangen ist. Seinerzeit wurde die MdE auf der Grundlage des hno-ärztlichen Gutachtens des Dr. H. vom 17. November 1989 von zuvor 30 v.H. auf 40 v.H. erhöht und im Hinblick auf das lungenfachärztliche Gutachten des Dr. T. vom 14. Dezember 1989 der Tenor der Schädigungsfolgen um "chronische Bronchitis" erweitert, ohne dass aus dieser Erkrankung, die mit einer MdE um weniger als 10 v.H. bewertet worden war, eine Erhöhung der MdE resultierte.

Am 14. Februar 2003 machte der Kläger eine Verschlimmerung der Schädigungsfolgen geltend, da die laufende Cortisonbehandlung zu einer Hautschädigung geführt habe. Er spüre seit einigen Jahren eine zunehmende Empfindlichkeit der Haut gegenüber harten Berührungen, wodurch sich blutunterlaufene Flecken bildeten, die manchmal auch aufplatzten. Anlässlich der Erstversorgung wegen eines Sturzes sei er im Krankenhaus C. darauf aufmerksam gemacht worden, dass Cortison im Laufe der Jahre zu einer erheblichen Überempfindlichkeit der Haut führe, wie sie bei ihm jetzt vorhanden sei. In dem unter dem 19. Februar 2003 unterzeichneten Formularantrag gab der Kläger an, diese Beschwerden machten sich seit ca. vier Jahren bemerkbar. Er legte Kurzarztbriefe des Dr. N., Chefarzt der Chirurgischen Ambulanz im Stadtkrankenhaus C., vom 6. September 2002 und der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vom 26. September 2002 vor. Das VA veranlasste das dermatologische Fachgutachten des Prof. Dr. P., Ärztlicher Direktor der Universitäts-Hautklinik H., vom 25. November 2003. Dieser diagnostizierte beim Kläger eine Atrophie der Haut im Bereich der Extremitäten mit daraus folgender vermehrter Verletzlichkeit, die er als altersbedingt ansah. Seinen Ausführungen zufolge sei eine Atrophie der Haut durch inhalative Kortikosteroide zwar grundsätzlich möglich, werde in der gängigen Literatur jedoch als selten beschrieben. Ein signifikanter Effekt werde nur für eine hoch dosierte Anwendung angegeben. Die beim Kläger angewandte Tagesdosis von 800 bis maximal 1.000 Mikrogramm Beclometason-17,21-dipropionat entspreche einer niedrig dosierten inhalativen Kortikosteroid-Dosis, bei der gegenüber der Kontrollgruppe keine Veränderungen hätten festgestellt werden können. Beim Kläger sei eine Atrophie zwar klinisch eindeutig dokumentiert, allerdings sei nicht sicher, ob diese auf die Anwendung von inhalativen Kortikosteroiden zurückzuführen sei. Demgegenüber sei in dem relativ hohen Alter des Klägers von 78 Jahren eine Altersatrophie der Haut bedingt durch Lichtalterung und intrinsische Alterung durchaus nicht ungewöhnlich. Ähnliche Befunde, die ebenso mit einer vermehrten Verletzlichkeit der Haut einhergingen, seien bei Patienten derselben Altersgruppe häufig. Mit Bescheid vom 2. Dezember 2003 lehnte das VA den Antrag auf Neufeststellung des Versorgungsanspruchs sodann mit der Begründung ab, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Hautschädigung und der Anwendung von inhalativen Kortikosteroiden wegen der Nasen-

nebenhöhlenentzündung könne nicht sicher hergestellt werden. Nach derzeitiger Studienlage sei eine alleinige Verursachung der Hautatrophie durch die angewendeten Medikamente unwahrscheinlich, da eine vergleichsweise niedrige Dosierung zur Anwendung gekommen sei. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, eine Lichtschädigung seiner Haut könne kaum vorliegen, da er sich während seines Lebens nicht mehr als andere Menschen Sonnenlicht ausgesetzt habe. Auch altersbedingte Einflüsse seien nicht relevant, das sonst mehr oder weniger bei allen Menschen seines Alters Hautveränderungen der vorhandenen Art vorliegen müssten, was jedoch nicht der Fall sei. Er kenne keine Personen seiner Altersgruppe, die mit entsprechenden Hautproblemen belastet seien. Einen Zusammenhang seiner Hautveränderungen und den angegebenen Ursachen halte er daher nicht für glaubhaft. Im Hinblick auf die eingesetzten Cortisonpräparate sei im Übrigen zu berücksichtigen, dass seine Dosis inhalatorisch zweimal zwei Hub betrage, also das Doppelte der in dem Gutachten des Prof. Dr. P. zugrunde gelegten Menge. Nasal seien im Übrigen einmal zwei Hub (je links und rechts) sowie bei stärkeren Eiterungen zweimal zwei Hub eingesetzt worden. Neben der Tagesdosis spiele auch die Dauer der Einnahme eine erhebliche Rolle, die sich bei ihm auf immerhin 16 Jahre addiere. Die Nebenwirkungen der vorliegenden Art seien im Übrigen auch in der Gebrauchsinformation des verwendeten Medikaments BecloH. Easyhaler 0,2 mg/Dosis aufgeführt, die von einer normalen Tagesdosis von ein- bis zweimal je zwei Hub ausgehe. Da die Nebenwirkung selbst vom Arzneimittelhersteller bestätigt werde, sei es unverständlich, dass in dem Gutachten des Prof. Dr. P. diese anerkannten Begleitschäden der Haut herunter gespielt würden. Er lege den Arztbrief des Arztes für Innere Medizin Dr. G. vom 1. Februar 2000 sowie die erwähnte Gebrauchsinformation der Firma H. vor. Das VA veranlasste die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 3. Februar 2004, in der auch im Hinblick auf die Ausführungen des Klägers kein Anlass für eine abweichende Beurteilung gesehen wurde; beim Kläger stehe eine Altersatrophie der Haut im Vordergrund, nicht der mögliche Steroidschaden. Mit Widerspruchsbescheid vom 24. Februar 2004 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger am 9. März 2004 beim SG Klage (S 3 V 662/04) und machte geltend, es sei unverständlich, weshalb eine hautärztliche Institution mit der Begutachtung seiner Hautveränderungen beauftragt worden sei, da in der Praxis wohl kaum ein Hautarzt mit einer Cortisonhaut befasst werde, da die entsprechenden Patienten ihre kleineren Wunden üblicherweise selbst behandelten und bei größeren Verletzungen chirurgische Behandlung erforderlich sei, wie dies auch bei ihm der Fall gewesen sei. Entsprechend habe auch ihm ein Chirurg den ersten Hinweis auf eine Cortisonhaut gegeben. Vor diesem Hintergrund habe sich der Gutachter bei seiner Beurteilung wohl auch vorwiegend auf Literatur gestützt, die insoweit allerdings wichtigste nicht hinzugezogen, nämlich die Unterlagen des Arzneimittelherstellers. Er lege nochmals die bereits erwähnte Gebrauchsinformation vor. Im Hinblick auf den zwischenzeitlich gestellten Neufeststellungsantrags des Klägers ordnete das SG mit Beschluss vom 22. März 2005 das Ruhen des Verfahrens an.

Zuvor hatte der Kläger am 29. Dezember 2004 einen weiteren Neufeststellungsantrag gestellt und geltend gemacht, die Beschwerden seitens seiner Bronchialerkrankung hätten sich erheblich verschlimmert. Er habe zum einen manchmal das Gefühl, als müsse er die Luft beim Atmen erschwert, förmlich wie durch einen Filter, einziehen, wobei zusätzlich ein Druck in der Brust auftrete. Er komme dann verhältnismäßig schnell außer Atem und werde kurzatmig, insbesondere beim Treppensteigen und bei ansteigenden Gehwegen. Dies sei vor drei bis vier Jahren noch nicht der Fall gewesen. Hinzu komme ein praktisch täglich auftretender, zum Teil quälender Husten, bis der Auswurf abgehustet sei. Der Kläger machte ferner eine "Knochenmüdigkeit", wohl bedingt durch die Cortisonbehandlung geltend und zudem eine Verschlimmerung im Bereich des geschädigten linken Fußes, der seit einigen Jahren im oberen Vorfußbereich stärker geworden und zeitweise bis zu den Zehen angeschwollen sei, was mit unterschiedlich starken Schmerzen einhergehe. Das VA holte von Dr. G. u.a. den Befundbericht vom 1. August 2005 ein und zog zahlreiche Arztbriefe und Befundunterlagen bei. Es holte dann die versorgungsärztliche Stellungnahme der Dr. L. vom 19. September 2005 ein, die die Einholung eines orthopädischen Gutachtens anregte. Der dann beauftragte Facharzt für Orthopädie Zwickler schloss in seinem Gutachten vom 10. November 2005 eine Verschlimmerung der anerkannten Schädigungsfolgen auf orthopädischem Fachgebiet mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aus. In der sodann eingeholten weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 4. Januar 2006 erachtete es Dr. L. nach wie vor für gerechtfertigt, die anerkannte chronische Bronchitis wie bisher mit einer MdE um 10 v.H. zu bewerten. Eine schädigungsbedingte "Knochenmüdigkeit" sah sie ebenso wenig wie eine Verschlimmerung im Bereich der bereits anerkannten Schädigungsfolgen.

Mit Bescheid vom 18. Januar 2006 lehnte das zwischenzeitlich zuständig gewordene Landratsamt R. (LRA) den Neufeststellungsantrag des Klägers u.a. mit der Begründung ab, der Umfang der festgestellten Beschwerden durch die anerkannte chronische Bronchitis sei von dem bisherigen Erkenntnis mit umfasst; eine wesentliche Änderung liege insoweit nicht vor. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger u.a. geltend, die zwischenzeitlich oft bei Belastung auftretende Kurzatmigkeit habe bei der letzten Feststellung mit Bescheid vom 5. März 1990 noch nicht vorgelegen. Hinzu kämen tägliche Hustenattacken mit Auswurf, die seinerzeit ebenfalls noch nicht bestanden hätten. Von dem früheren Erkenntnis könnten diese daher nicht umfasst sein. Das LRA holte die versorgungsärztliche Stellungnahme der Dr. S. vom 2. März 2006 ein, die ausführte, bei der schädigungsbedingten chronischen Bronchitis bestehe bis zu einer MdE um 10 v.H. eine annähernde Gleichwertigkeit mit schädigungsunabhängigen Veränderungen der Lunge. Mit Widerspruchsbescheid vom 13. März 2006 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger mit am 30. März 2006 beim LRA eingegangenem Schriftsatz Klage (S 3 V 1399/06) und rief das ruhende Verfahren S 3 V 662/04 wieder an, das nunmehr unter dem Aktenzeichen S 3 V 1397/06 weiter geführt wurde. Mit Beschluss vom 7. Juni 2006 verband das SG das Verfahren S 3 V 1399/06 zu diesem vorliegenden Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung. Das SG hörte Dr. G. unter dem 16. August 2006 schriftlich als sachverständigen Zeugen. Dieser stimmt den von Prof. Dr. P. in seinem Gutachten erhobenen Befunden zu. Im Hinblick auf dessen Bewertung, wonach ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Anwendung von inhalativen Kortikosteroiden und der Atrophie der Haut mit der augenblicklich verfügbaren Literatur nicht sicher zu beweisen sei, führte er aus, ebenso wenig sei explizit auszuschließen, dass die inhalative Kortikoid-Medikation teilweise zu der beschriebenen Atrophie der Haut beigetragen habe. Die Bronchialerkrankung beschrieb er als unter Medikation kompensiert, wobei seit über einem Jahr in der Praxis keine akuten Schübe mehr festgestellt worden seien. Seither sei die Diagnostik bzw. Behandlung überwiegend wegen Herzinsuffizienz und absoluter Arrhythmie bei Vorhofflimmern erfolgt. Bei der zuletzt durchgeführten Lungenfunktion vom 25. Oktober 2001 seien unter Medikation unauffällige Lungenfunktionsparameter erhoben worden. Die Auswirkungen der Bronchialerkrankung lägen in einer Belastungsatmenot, beispielsweise beim Treppensteigen. Mit Urteil vom 26. Oktober 2006 wies das SG die Klage ab. Im Hinblick auf die Hauterkrankung führte es gestützt auf das Gutachten des Prof. Dr. P. aus, die Atrophie der Haut könne nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf die Therapie der Schädigungsfolgen mit Cortisonpräparaten zurückgeführt werden. Eine wesentliche Verschlimmerung der chronischen Bronchitis sei im Übrigen nicht festzustellen. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt des dem Kläger am 2. November 2006 zugestellten Urteils verwiesen.

Am 21. November 2006 hat der Kläger dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen wiederholt. Darüber hinaus macht er geltend, von ärztlicher Seite sei bereits mehrfach das Vorliegen einer Cortisonhaut bestätigt worden. Insoweit hat er den Arztbrief der Chirurgen Dres. Z. und F. vom 30. Oktober 2006 und den vorläufigen Kurzbericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vom "5.8.08" vorgelegt. Im Hinblick auf die chronische Bronchitis könne die durch Dr. T. im Dezember 1989 vorgenommene Bewertung mit einer MdE um 0 bis 10 v.H. heute keine Gültigkeit mehr haben.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts M. vom 26. Oktober 2006 aufzuheben und unter Aufhebung des Bescheids vom 2. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. Februar 2004 sowie des Bescheids vom 18. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. März 2006 als weitere Schädigungsfolge "Atrophie der Haut" festzustellen und den Beklagten zu verurteilen, ihm unter Berücksichtigung einer Verschlimmerung der anerkannten chronischen Bronchitis höhere Versorgungsrente zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid des Beklagten vom 2. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. Februar 2004 und der Bescheid vom 18. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. März 2006 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht eine höhere Versorgungsrente weder wegen Verschlimmerung der anerkannten Schädigungsfolge "chronische Bronchitis" zu, noch wegen der bei ihm aufgetretenen Atrophie der Haut. Denn zum einen rechtfertigt die eingetretene Verschlimmerung seiner Bronchitis keine Höherbewertung der Gesamt-MdE, zum anderen ist nicht festzustellen, dass die aufgetretene Hauterkrankung eine Folge der schädigungsbedingt erforderlich gewordenen Kortikoid-Behandlung ist.

Anspruchsgrundlage für das geltend gemachte Begehren ist [§ 48](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass dieses Verwaltungsaktes vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Ob eine wesentliche Änderung vorliegt, ist durch einen Vergleich der für die letzte bindend gewordene Feststellung maßgebenden Verhältnisse mit denjenigen zu ermitteln, die bei der Prüfung der Neufeststellung vorliegen (BSG, Urteil vom 8. Mai 1981 - [9 RVs 4/80](#) - SozR 3100 Nr. 21 zu § 62 BVG).

Danach war vorliegend zu prüfen, ob in dem Zustand der Schädigungsfolgen, wie sie beim Kläger bei Erlass des Bescheides vom 5. März 1990 vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist, sei es, dass sich anerkannte Schädigungsfolgen verschlimmert haben, sei es, dass neue Schädigungsfolgen hinzugetreten sind.

Bei dieser Prüfung kommt der Senat ebenso wie das SG zu dem Ergebnis, dass eine wesentliche Änderung, die eine höhere Rente rechtfertigen würde, nicht eingetreten ist.

Soweit der Kläger eine Höherbewertung der bereits als Schädigungsfolge anerkannten chronischen Bronchitis geltend gemacht hat, ist der Senat auf der Grundlage der von dem behandelnden Arzt Dr. G. mitgeteilten Befunde zu der Überzeugung gelangt, dass in Bezug auf die Lungenfunktion beim Kläger im Vergleich zu dem Zustand, wie er noch Ende 1989/Anfang 1990 vorgelegen hat, zwischenzeitlich eine Verschlimmerung eingetreten ist. Denn während seinerzeit noch regelrechte Lungenfunktionswerte erhoben wurden, sind im April 2002 erstmals pathologische bis grenzwertig pathologische Werte objektiviert worden und im April 2004 dann darüber hinaus gehend eine leichte restriktive bzw. leichte kombinierte restriktive und obstruktive Lungenfunktionsstörung. Diese Störung, die sich beim Kläger nunmehr in Form einer Belastungsatemnot, insbesondere beim Treppensteigen, äußert, kann zwar als Verschlimmerung der chronischen Bronchitis gedeutet werden, jedoch bedingt diese verhältnismäßig geringfügige Zunahme der Einschränkung der Lungenfunktion keine Erhöhung der Gesamt-MdE. Unter Zugrundelegung der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP), die nunmehr in der Fassung 2008 anzuwenden sind, rechtfertigt diese nunmehr bestehende Störung bereits für sich betrachtet keine höhere MdE als 10 v.H. Denn beim Kläger liegt angesichts der beschriebenen Einschränkungen weiterhin lediglich eine leichte Form der chronischen Bronchitis vor, die lediglich einen Bewertungsrahmen von 0 bis 10 eröffnet. Die zwar dokumentierte - wenn auch geringfügige - Verschlechterung findet in der Bewertung der MdE darin ihren Ausdruck, dass die zum Zeitpunkt der letzten Feststellung noch vorliegende leichte Form lediglich mit einem Teil-GdB mit weniger als 10 v.H. bedingt hat, während insoweit nunmehr eine Bewertung mit einer Teil-MdE um jedenfalls 10 v.H. gerechtfertigt ist. Die damit eingetretene geringfügige Verschlimmerung der Lungenfunktion führt nicht zu einer so deutlichen Verschlimmerung des Gesamtleidenszustandes, dass es gerechtfertigt wäre, die Gesamt-MdE um insgesamt 10 Prozentpunkte auf 50 v.H. zu erhöhen. Der Beklagte hat insoweit vielmehr zutreffend darauf hingewiesen, dass die bereits zuerkannte Gesamt-MdE um 40 v.H. trotz der eingetretenen geringfügigen Verschlimmerung dem durch die Schädigung

hervorgerufenen Gesamtleidenszustand noch hinreichend Rechnung trägt. Der Senat berücksichtigt dabei nicht zuletzt auch Nr. 19 Abs. 3 und 4 der AHP, wonach die Gesamt-MdE unter Berücksichtigung der Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen und ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander gebildet wird und leichte gesundheitliche Beeinträchtigungen mit einer Teil-MdE um 10 v.H. nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen.

Die Gewährung einer höheren Versorgungsrente rechtfertigt sich auch nicht im Hinblick auf die Hauterkrankung des Klägers, die dieser auf die schädigungsbedingt erforderliche Einnahme von Kortikoidsteroiden zurückführt, was die Anerkennung seiner Hauterkrankung als weitere Schädigungsfolge rechtfertigt.

Die Anerkennung der beim Kläger aufgetretenen Hauterkrankung als mittelbare Schädigungsfolge käme nur dann in Betracht, wenn diese Gesundheitsstörung mit der schädigungsbedingt erforderlich gewordenen Medikamenteneinnahme in ursächlichem Zusammenhang stünde, wobei für die Frage des ursächlichen Zusammenhangs gemäß § 1 Abs. 3 BVG die Wahrscheinlichkeit ausreichend, aber auch erforderlich ist (vgl. auch BSG, Urteil vom 22. September 1977 - [10 RV 15/77](#) - [BSGE 45, 1](#); BSG, Urteil vom 19. März 1986 - [9a RvI 2/84](#) - [BSGE 60, 58](#)). Der ursächliche Zusammenhang ist vor allem nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt, d.h. dass unter Berücksichtigung der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den behaupteten ursächlichen Zusammenhang spricht. Ist ein Sachverhalt nicht beweisbar oder ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich zu machen, so hat nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) der Beteiligte die Folgen zu tragen, der aus dem nicht festgestellten Sachverhalt bzw. dem nicht wahrscheinlich gemachten Zusammenhang Rechte für sich herleitet (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#); BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#); BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze vermochte der Senat nicht festzustellen, dass die beim Kläger zu objektivierende Atrophie der Haut wesentlich ursächlich auf die Behandlung seiner Atemwegserkrankung mit Kortikosteroiden zurückzuführen ist. Der Senat stützt sich insoweit auf das Gutachten des Prof. Dr. P., der schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt hat, dass beim Kläger eine Atrophie der Haut im Bereich der Extremitäten vorliegt, die sowohl altersbedingt auftritt als auch Folge einer Kortikoid-Behandlung sein kann. Da sich nach den weiteren Ausführungen des Prof. Dr. P. die Ursache für die konkrete Erkrankung selber nicht feststellen lässt, käme versorgungsrechtlich die Anerkennung als Schädigungsfolge nur dann in Betracht, wenn die beim Kläger aufgetretene Atrophie der Haut überwiegend wahrscheinlich auf die erforderlich gewordene Kortikoid-Behandlung zurückgeführt werden könnte, mithin mehr Gesichtspunkte für einen derartigen Zusammenhang sprächen als dagegen.

Hiervon vermochte sich der Senat jedoch nicht zu überzeugen. Denn nach den überzeugenden Ausführungen des im Verwaltungsverfahren hinzugezogenen Gutachters Prof. Dr. P. kann eine Atrophie der Haut durch inhalative Kortikosteroide zwar grundsätzlich auftreten, jedoch wird sie in der gängigen Literatur als selten beschrieben. Ein signifikanter Effekt wird insoweit nur für eine hoch dosierte Anwendung beschrieben, während bei niedrig dosierter Anwendung sich in der Vergleichsgruppe keine signifikante Änderung ergeben hat. Beim Kläger kam über Jahre hinweg das Präparat Sanasthmax Dosier-Aerosol zu Anwendung, zwischenzeitlich verwendet er das Medikament BekloH.-Easyhaler-0,2mg/Dosis der Firma H ... Prof. Dr. P. ging insoweit von einer Tagesdosis von 1 mg bzw. 0,8 mg Beclometason-17,21-dipropionat aus und führte hierzu aus, dass beim Kläger damit lediglich eine niedrig dosierte inhalative Kortikosteroid-Dosis zur Anwendung gelangt sei, bei der im Rahmen der in der Literatur beschriebenen Studien sich keine signifikante Änderung bezüglich der Kontrollgruppe gezeigt habe. Vor diesem Hintergrund ist es nach Überzeugung des Senats eher unwahrscheinlich, dass die beim Kläger aufgetretene Atrophie der Haut auf die Behandlung mit dem angeschuldigten Beclomethason-17,21-Dipropionat zurückzuführen ist. Weiter ist zu berücksichtigen, dass der Kläger beim Auftreten der Erkrankung - seinen Angaben zufolge ca. im Jahr 1999 - bereits 74 Jahre alt war und damit in einem Alter, in dem auch eine Altersatrophie der Haut bedingt durch Lichtalterung und intrinsische Alterung nichts Ungewöhnliches ist. Dass in der Familie des Klägers entsprechende Hauterkrankungen nicht aufgetreten sind und er in seinem Bekanntenkreis keine Person kennt, die an einer entsprechenden Altersatrophie der Haut leidet, steht den Darlegungen des Prof. Dr. P., wonach entsprechende Hauterscheinungen in der Altersgruppe des Klägers häufig auftreten und nicht ungewöhnlich sind, nicht entgegen.

Der Senat vermag auch aus dem Vorbringen des Klägers, wonach Prof. Dr. P. zu Unrecht von einer Dosierung von zweimal täglich ein Hub anstelle von zweimal täglich zwei Hub ausgegangen sei, nicht abzuleiten, dass der Gutachter von einer unzutreffenden Aufnahmemenge, mithin zu Unrecht von einer niedrigen Dosierung, des vorliegend maßgeblichen Beclometason-17,21-dipropionat ausgegangen ist. Denn die vom Kläger in Bezug auf das Präparat BekloH.-Easyhaler-0,2mg/Dosis vorgelegte Gebrauchsinformation der Herstellerfirma weist bei einer Dosierung von zweimal täglich ein bis zwei Pulverinhalationen eine Beclometason-17,21-dipropionat-Menge von zweimal täglich 0,2 bis 0,4 mg aus. Dies entspricht bei der vom Kläger angegebenen Dosis von zweimal täglich zwei Hub exakt der auch von dem Gutachter Prof. Dr. P. zugrunde gelegten täglich aufgenommenen Menge an Beclometason-17,21-dipropionat von 0,8 mg.

Eine andere Beurteilung rechtfertigt sich auch nicht im Hinblick auf die in der bereits erwähnten Gebrauchsinformation bei der Anwendung von BekloH.-Easyhaler-0,2mg/Dosis aufgeführten Nebenwirkungen, wonach "selten" über eine Anfälligkeit der Haut für blaue Flecken und ein Dünnerwerden der Haut berichtet wird. Der verwendete Begriff "selten" wird dabei näher konkretisiert mit einer Häufigkeit von mehr als 0,01 %, jedoch weniger als 0,1 %. Dies entspricht einem Auftreten der dargelegten Erscheinungen in einem von 1.000 bis 10.000 Anwendungsfällen. Nach den weiteren Angaben in der Gebrauchsinformation handelt es sich um ein Arzneimittel zur Langzeitbehandlung, so dass die angegebenen Nebenwirkungen bereits auf eine Langzeitbehandlung bezogen sind. Aus dem vom Kläger herangezogenen Umstand, dass er das Medikament zum Zeitpunkt seiner Antragstellung bereits über 15 Jahre hinweg genommen hat, kann deshalb nicht gefolgert werden, dass vor allem auch die Dauer der Einnahme für einen ursächlichen Zusammenhang mit der aufgetretenen Hauterkrankung spreche. Schließlich stellt auch die angegebene Häufigkeit des Auftretens der beschriebenen Erscheinungen keinen so beachtlichen Gesichtspunkt im Rahmen der vorzunehmenden Abwägung der für und gegen einen ursächlichen Zusammenhang sprechenden Gesichtspunkte dar, dass im Fall des Klägers nunmehr mehr dafür als dagegen sprechen würde, dass die bei ihm aufgetretene Hautatrophie Folge der Kortison-Therapie ist. Denn auch der in Rede stehende Hinweis in der Gebrauchsinformation bestätigt lediglich die Möglichkeit des Auftretens von Anfälligkeiten der Haut für blaue Flecken und dem Dünnerwerden der Haut, ohne dass daraus im Umkehrschluss abgeleitet werden könnte, dass das Auftreten entsprechender Erscheinungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch im Einzelfall auf den Einsatz des entsprechenden Arzneimittels zurückzuführen ist. Diese Folgerung mag bei einem jungen Menschen, bei dem sonstige Gründe für das Auftreten der genannten Hauterscheinungen nicht festzustellen sind, gezogen werden können, nicht aber bei

Personen, die sich - wie der Kläger - in einem hohen Lebensalter befinden, in dem eine Altersatrophie der Haut bedingt durch Lichtalterung und intrinsische Hautalterung nichts Ungewöhnliches darstellt. Insoweit hat Prof. Dr. P. nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass ähnliche Befunde wie beim Kläger, die mit einer vermehrten Verletzlichkeit der Haut einhergehen, bei Patienten in der selben Altersgruppe häufig vorkommen. Dabei kommt es vor allem bei der intrinsischen Hautalterung, die durch eine Verminderung adrenaler, hypophysärer und gonadaler Hormone im höheren Lebensalter bedingt ist, ebenso zu einer Hautxerose, Schläffheit und Verminderung der Hautdicke mit bis zu 50 %iger Abnahme der Epidermisdicke und bis zu 30 %iger Abnahme der Dermisdicke, Verminderung der Kollagensynthese und Ausdünnung sowie Horizontalisierung der Collagenfasern. Dass beim Kläger, anders als es in seiner Altersgruppe häufig der Fall ist, die entsprechenden Hauterscheinungen demgegenüber überwiegend wahrscheinlich auf die Kortikoid-Behandlung zurückzuführen sind, vermag der Senat vor diesem Hintergrund nicht festzustellen. Wenn insoweit ein ursächlicher Zusammenhang zwar durchaus möglich erscheint, so begründet dies gleichwohl nicht die versorgungsrechtlich erforderliche überwiegende Wahrscheinlichkeit.

Der getroffenen Beurteilung kann der Kläger letztlich auch nicht mit Erfolg entgegenhalten, dass ihn behandelnde Ärzte in Bezug auf seine Hauterscheinungen bereits mehrfach den Begriff "Cortisonhaut" verwendet haben. Denn nach Überzeugung des Senats ist mit Verwendung dieses Begriffs lediglich eine Beschreibung der vorliegenden Hautveränderungen verbunden gewesen, dass diese nämlich solcher Art sind, wie sie auch bei einer cortisonbedingten Hautschädigung auftreten. Davon, dass sich die jeweiligen Ärzte vor Verwendung dieses Begriffs jedoch inhaltlich damit auseinander gesetzt haben, welche Ursache dieser Erkrankung tatsächlich zugrunde liegt und mit welcher Wahrscheinlichkeit insoweit gegebenenfalls auch andere Ursache als die Cortisontherapie herangezogen werden müssen, vermag der Senat nicht auszugehen.

Da es der Beklagte nach alledem auch zu Recht abgelehnt hat, als weitere Schädigungsfolge eine Atrophie der Haut festzustellen, ist dem Kläger auch unter diesem Gesichtspunkt keine höhere Versorgungsrente zu gewähren.

Die Berufung des Klägers konnte daher keinen Erfolg haben.

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

Für die Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-11