

L 6 VS 1006/07

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

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 6 VS 4502/01

Datum
14.12.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 VS 1006/07

Datum
16.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14.12.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Pankreaserkrankung des Klägers Folge einer Wehrdienstbeschädigung ist und ob der Kläger Anspruch auf Beschädigtenrente hat.

Der 1956 geborene Kläger leistete seinen Wehrdienst vom 01.04. bis 31.05.1976 als Soldat in V. und vom 01.06.1976 bis 30.06.1977 als Gefreiter in Bad M ... Während seiner Wehrdienstzeit litt er an einer Achillodynie, die medikamentös behandelt wurde.

Am 28.09.1999 beantragte er die Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung und die Gewährung von Beschädigtenversorgung mit der Begründung, die inzwischen erfolgte Teilresektion des Magens und Ausschaltung der Duodenalpassage sei durch die siebenmonatige Behandlung mit schmerzstillenden, entzündungshemmenden und cortisonhaltigen Medikamenten wegen der Achillodynie verursacht worden. Es sei zu Erosionen im Zwölffingerdarm und einer Pankreatitis gekommen. Angegeben worden sei eine Gastroenteritis. Äußerlich sichtbar hätten Striae cutis bestanden. Er legte u. a. seine Darstellung zum Krankheitsverlauf vom 24.09.1999 und eine eidesstattliche Erklärung seiner Eltern vom September 1998 (die Gewichtszunahme des Klägers sei nach der Behandlung mit glucocorticosteroidhaltigen Medikamenten während der Bundeswehrzeit eingetreten) mit einer Aufstellung über im Urlaubsgepäck vom 06.02.1977 gefundenen Medikamente (Zyloric 300 Tabletten, Chinosol-Tabletten, Dexa-Attritin-Kapseln, Amuno-Kapseln 25 mg, Dociton 40 Tabletten, Mobilat Salbe und drei weitere Rheumasalben) vor. Aus dem ferner übersandten, an die Eltern des Klägers gerichteten Schreiben des Bundesministeriums der Verteidigung vom 23.07.1999 ergibt sich, dass der Kläger am 20.04.1976 ambulant beim Truppenarzt wegen einer Achillodynie seit 14.04.1975 behandelt wurde. Die medikamentöse Behandlung erfolgte zunächst mit Indometacin (Amuno-Kapseln) und während des stationären Aufenthalts im Sanitätsbereich V. vom 05. bis 07.05.1976 durch Injektion von 80 mg Triaminolon (Delphicort). Im Rahmen weiterer stationärer Behandlungen in der T.-Kaserne in S. und im Sanitätsbereich Bad M. im November und Dezember 1976 wurde eine Gastroenteritis diagnostiziert, bei der ambulanten Vorstellung in der Inneren Abteilung des Caritaskrankenhauses Bad M. vom 14.01.1977 wurden Striae cutis an allen Prädilektionsstellen erhoben. Dr. P. führte in dem Schreiben des Bundesministeriums der Verteidigung ferner aus, es sei im Verlauf des Wehrdienstes zu einer Injektion von Cortison gekommen. Wenngleich die Dosis höher als heute üblich gewesen sei, stelle diese Therapiemaßnahme eine völlig zulässige und in diesem Fall begründete Maßnahme dar. Eine einmalige Injektion von Cortison, selbst mehrfache Injektionen, könnten das geschilderte Krankheitsbild nicht hervorrufen. Der Kläger reichte den Arztbrief des Krankenhauses Bad C. vom 02.10.1992 über die stationäre Behandlung vom 03. bis 15.09.1992 ein. Darin wird der akute Schub einer chronisch rezidivierenden Pankreatitis, möglicherweise auf exogen-toxischer Basis, beschrieben.

Das Versorgungsamt Stuttgart (VA) zog die Vorerkrankungsverzeichnisse der Innungskrankenkasse R. vom 05.10.1999 und der B. Ersatzkasse vom 09.10.1999 und die WDB-Akte der Wehrbereichsverwaltung Stuttgart bei, die Krankenunterlagen des Klägers aus den Jahren 1976 und 1977 beinhaltet. Darunter befinden sich u. a. die Arztbriefe des Caritaskrankenhauses Bad M. vom 13.12.1976 (Zustand nach Gastroenteritis, septierte Gallenblase, Verdacht auf hyperkinetisches Herzsyndrom bei pathologischem EKG; die leicht erhöhten Leberenzyme wiesen auf einen noch begleitenden Leberparenchymschaden hin, wohl äthyltoxischer Genese) und vom 14.01.1977 (hyperkinetisches Herzsyndrom). Beigezogen wurden u. a. auch die Arztbriefe des Internisten Dr. T. vom 29.10.1985 über eine Oberbauchsonographie bei Verdacht auf Pankreatitis (Hepatomegalie mit Zeichen einer Leberparenchymschädigung, wahrscheinlich Fettleber, kein Nachweis von Gallensteinen, sonst unauffälliger Oberbauchstatus, auch im Pankreasbereich kein pathologischer Befund),

vom 08.11.1985 nach Gastroskopie (deutliche Corpus- und Antrumgastritis, Bulbitis, kein Ulcus, kein Tumor), vom 20.12.1985 (starke Erhöhung der Gamma-GT- und leichte Erhöhung der GPT-Werte sowie der alkalischen Phosphatase am 09.12.1985, keine Hepatitis A- oder B-Virusinfektion, aber kürzliche Infektion mit dem Epstein-Barr-Virus), vom 20.01.1986 (Verdacht auf eine Epstein-Barr-Virusinfektion, möglicherweise parallele Infektion durch Cytomegalie- und Adeno-Viren) und vom 19.03.1990 nach Gastroskopie und Sonographie (mäßige Corpus- und Antrumgastritis, leichte Cardiainsuffizienz, kein Ulcus, Hepatomegalie mit Zeichen einer Fettleber, sonst unauffälliger Sonographie-Befund, angedeutete Parenchymbrücke beider Nieren), des Kreiskrankenhauses W. vom 25.06.1987 über die stationäre Behandlung vom 09. bis 12.06.1987 (cerebraler Krampfanfall, alkoholisches Prädelir), des Neurologen Dr. B. vom 04.07.1987 (Alkoholepilepsie mit bisher einmaligem Krampfanfall, Polyneuropathie), des Radiologen F. vom 31.08.1992 (möglicherweise rein narbige Stenose des Duodenum oder Morbus Crohn im extrabulbären Duodenum oder ein stenosierend das Duodenum umwachsender Pankreasprozess), des Krankenhauses Bad C. vom 16.07.1993 über die stationäre Behandlung vom 18.05. bis 17.06.1993, im Rahmen derer die operative Behandlung der atypischen, akuten Pankreatitis mit vermutlich Gangperforation durchgeführt worden war, und vom 11.01.1994 über die stationäre Behandlung vom 12.10. bis 12.11.1993, während derer der Kläger am 19. und 22.10.1993 wegen chronisch rezidivierender fibrosierender und calcifizierender Pankreatitis bei anlagebedingter Fehlbildung bzw. Verlagerung von pankreasartigen Gangstrukturen in die Duodenalwand mit Konkrementbildung und Stenosierung des Ductus wirsungianus nach Whipple operiert worden war. Hierzu lag dem Beklagten auch der Arztbrief der Ärztlichen Direktorin des Pathologischen Instituts des K., Prof. Dr. K., vom 27.10.1993 vor, in dem eine massive Hyperplasie der Brunner'schen Drüsen des Duodenum, eine Verlagerung gangartiger Strukturen des Pankreas in die äußere Duodenalwand mit Konkrementbildung und Entzündung, eine erhebliche, chronisch-rezidivierende und fibrosierende Kopfpankreatitis mit Konkrementen, eine Duodenitis, eine Lymphadenitis und eine geringe chronische Cholezystitis beschrieben werden. Des weiteren werden im ärztlichen Entlassungsbericht vom 01.02.1995 nach der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der Rehaklinik W. Bad H., vom 28.12.1994 bis 25.01.1995 ein Zustand nach Hemipankreatoduodenektomie nach Whipple am 22.10.1993 und eine chronisch rezidivierende, fibrosierende und calcifizierende Pankreatitis bei Pankreasgangfehlbildung diagnostiziert. Weitere stationäre Behandlungen erfolgten wegen chronischen Abszesses links vom 01. bis 02.04.1997, vom 02.04. bis 02.05.1997, vom 15.05. bis 09.06.2000 und vom 26.07. bis 05.08.2000 (Arztbriefe des B. S. vom 07., 08., 25.04. und 05.05.1997 sowie des R.-Krankenhauses S. vom 09.06. und 05.08.2000). In der dem Beklagten vorgelegten Bescheinigung des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. R. vom 13.05.1983 wird eine chronisch rezidivierende Gastritis beschrieben. Die letzte Röntgenuntersuchung vom 13.02.1981 habe keinen Anhalt für ein frisches Ulcus ergeben, jedoch eine deutliche Schleimhautschwellung im Duodenum. Ferner bestehe eine rezidivierende Tendinitis im Bereich der rechten Achillessehne.

Die Medizinaldirektorin Dr. K. vertrat in der versorgungsärztlichen (vã) Stellungnahme vom 28.05.2001 die Auffassung, die beantragten Schädigungsfolgen stünden in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Wehrdienstzeit und der während der Wehrdienstzeit durchgemachten Achillodynie sowie der akuten Gastroenteritis. Der Leitende Arzt Dr. G. stimmte dieser Beurteilung unter dem 12.06.2001 zu. Eine vorübergehende, lokale Cortisonbehandlung der Fersen sei nicht geeignet, die geltend gemachten Folgeschäden zu verursachen. Das VA lehnte den Antrag auf Beschädigtenversorgung mit Bescheid vom 21.06.2001 ab. Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 08.08.2001 zurückgewiesen.

Am 27.08.2001 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Das SG zog die Akten der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bei. Diese beinhalten u. a. den Entlassungsbericht vom 27.01.1999 nach der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der Reha-Klinik T. vom 30.12.1998 bis 20.01.1999 (Zustand nach Whipple-Operation im Oktober 1993 bei chronisch fibrosierender, calcifizierender Pankreatitis, Zustand nach Drainage eines retroperitonealen Spätabszesses und Pseudozystendrainage 1997, Zustand nach Alkoholmissbr. [Verdacht auf Alkoholkrankheit], Nikotinabusus, Brustwirbelsäulen-, Lendenwirbelsäulen-Syndrom) und das durch den Rentenversicherungsträger veranlasste nervenärztliche Gutachten von Dr. Sch. vom 13.03.2000, der auf seinem Fachgebiet eine zwanghaft regressive Persönlichkeitsstörung mit psychosozialen Abhängigkeitspotential, eine fortgeschrittene demyelinisierende Polyneuropathie der Beine, eine computertomographisch festgestellte cortikale und subcorticale cerebrale Atrophie und eine extrapyramidalmotorische Symptomatik unklarer Genese beschrieb. Sichere Hinweise für einen Alkoholmissbr. bestünden nicht, allerdings deutliche Hinweise für eine Stauung im portikavalen Kreislauf mit Caput medusae thorakal und abdominell und einer ganz ausgeprägten demyelinisierenden Polyneuropathie, die aber u. U. auch pankreatogen erklärt werden könne.

Der Kläger legte das von ihm veranlasste Gutachten des Chirurgen und damaligen Privatdozenten Dr. I. vom 12.07.2003 vor. Dieser führte aus, es spreche mehr dafür als dagegen, dass schon im Rahmen der Bundeswehrzeit rezidivierende Pankreasschübe abgelaufen seien. Ursächlich hierfür sei ein Pankreas divisum. In Kombination mit einer länger andauernden antientzündlichen Therapie mit Indometazin und möglicherweise auch mit Cortisonpräparaten seien bei bestehender Prädisposition pankreatitische Schübe medikamentös ausgelöst worden. Die chronische Pankreatitis sei grob sorgfaltswidrig nicht erkannt worden. Hierzu reichte der Beklagte die vã Stellungnahme des Medizinaldirektors (Med Dir) D. am 09.01.2004 ein, der darlegte, bei den Dexta-Attritin-Dragees, die der Vater des Klägers nach seinen Angaben im Urlaubsgepäck vom 06.02.1977 gefunden habe, handele es sich um ein cortisonhaltiges Schmerzmittel. Eine entsprechende Verordnung sei nirgendwo als Bestandteil der truppenärztlichen Behandlung dokumentiert. Die im Zusammenhang mit der Achillodynie ebenfalls eingenommenen Amuno-Kapseln seien zwar in der Lage, Magenschleimhautreizungen hervorzurufen bzw. zu begünstigen. Es seien aber keine bleibenden Schäden der Magen- und Duodenalschleimhaut nachgewiesen, die dieser Medikation anzulasten wären. Gastritische Beschwerden könnten auch nahrungsbedingt (u. a. auch durch Alkoholenuss) verursacht werden. Ob die später beschriebenen Veränderungen der Pankreasgänge ursächlich/mitursächlich für die zur Bundeswehrzeit als "Gastroenteritis" interpretierten Beschwerden gewesen seien, lasse sich im Nachhinein nicht mehr klären. Das große zeitliche Intervall zwischen der akuten Exazerbation der Pankreaserkrankung und der im Oktober 1993 erfolgten Operation nach Whipple spreche gegen einen ursächlichen Zusammenhang mit der Gastroenteritis während der Bundeswehrzeit. Die einmalige Injektion von 80 mg eines Cortisonpräparates im Bereich der schmerzhaften Achillessehne sei ebenso wie die vorübergehende Verordnung entzündungs- und schmerzstillender Medikamente (Amuno-Kapseln) nicht geeignet, die später aufgetretene chronische Pankreaserkrankung zu verursachen oder diese richtunggebend oder einmalig abgrenzbar zu verschlimmern. Im Bereich des Verdauungstraktes seien keine Schädigungen durch truppenärztliche Behandlungen nachgewiesen, so dass auch keine Schädigungsfolgen festgestellt werden könnten. Die Dehnstreifen am Bauch (Striae cutis) sowie die anderen Folgen länger dauernder Cortisoneinnahme seien ebenfalls nicht der einmaligen Injektion von Cortison im Bereich der Achillessehne anzulasten. Die längerfristige Einnahme der Dexta-Attritin-Kapseln sei nicht Bestandteil der truppenärztlichen Behandlung gewesen.

Der Kläger legte seine eidesstattliche Erklärung vom 29.01.2004 vor, nach der er während der Wehrdienstzeit ausschließlich die vom Militärarzt verordneten Medikamente eingenommen hatte. Er sei zu keiner Zeit alkoholkrank gewesen. Ferner reichte er das von ihm

veranlasste Gutachten des Chefarztes der Medizinischen Klinik I des St. J. Hospitals D., Prof. Dr. N., vom 20.04.2004 vor. Dieser führte aus, der Kläger sei während des Wehrdienstes unsachgemäß mit nicht-steroidalen Antirheumatika behandelt worden. Ob auf ärztliche Anordnung und durch wen tatsächlich eine Langzeittherapie mit Dolu-Attritin veranlasst worden sei, sei aus den Akten nicht zu eruieren. Die langfristige Verabreichung wäre zweifellos ein schwerwiegender Kunstfehler. Hierfür spreche die Entwicklung eines cushingnoiden Habitus, die "schwere" Gewichtszunahme, die Entwicklung von Striae distensae und die Hypkaliämietendenz. Verschiedene der in der Bundeswehrzeit verabreichten Medikamente könnten in einzelnen Fällen Pankreatitiden auslösen. Derartige Komplikationen seien aber extrem selten. Da zwischen dem klinisch manifesten ersten Auftreten einer Pankreatitis im Jahr 1992 und dem Ende der Bundeswehrzeit im Jahr 1977 ein Zeitraum von immerhin 25 Jahren (richtig: 15 Jahren) liege, in dieser Zeit wiederholte internistische Untersuchungen einschließlich endoskopischer Untersuchungen, Röntgenuntersuchungen, einer Oberbauchsonographie mit definitiver Beschreibung eines normalen Pankreas vorlägen, sei es "mit beliebiger Unwahrscheinlichkeit" verbunden, dass eine chronische Pankreatitis seinerzeit, wodurch auch immer, tatsächlich ausgelöst worden sei, wenngleich diese Substanzen akute Schübe hätten auslösen können. Wahrscheinlicher sei es, dass tatsächlich, sei es durch die Medikamente induziert, sei es durch dritte Ursachen der gängigen Verteilung von Infekten bis hin zu nutritiv-toxischen Schädigungen, rezidivierende Gastroduodenitiden ausgelöst worden seien. Der Kläger sei unstreitig erheblicher R.er gewesen. Die Alkoholproblematik sei umstritten. Darüber hinaus bestehe eine anlagebedingte Abnormalität des Pankreas im Sinne einer atypischen Strukturanlage. Dr. R. vertrat in den vā Stellungnahmen vom 21.03. und 07.07.2005 die Auffassung, dass, selbst wenn die truppenärztliche Behandlung nicht "nach den Regeln der Kunst" erfolgt sei, aus der Anwendung einer einmaligen Corticoidinfiltration und der Verordnung nicht-steroidaler Antirheumatika über einen ca. vierwöchigen Zeitraum keine nachteiligen dauerhaften gesundheitlichen Folgen nachgewiesen seien. Bereits angesichts der langen Latenz zwischen Arzneimittlexposition und klinisch eindeutigen Nachweis der Pankreatitis 1992 sei ein ursächlicher Zusammenhang abzulehnen.

Der Kläger legte das Schreiben des Ärztlichen Direktors der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie des Krankenhauses Bad C., Prof. Dr. K., vom 09.10.2001 vor, in dem dieser als Ursache der chronisch rezidivierenden, fibrosierenden und calzifizierenden Pankreatitis eine anlagebedingte Fehlbildung mit Verlagerung von pankreasartigen Gangstrukturen in die Duodenalwand mit Konkrementbildung und Stenosierung des Ductus wirsungianus ansah und auf die Ausführungen in dem Arztbrief von 11.01.1994 hinwies: "Angesichts dieses histologischen Befundes konnte auch der anamnestisch ehe unbegründete Verdacht auf eine evtl. äthyltoxische Genese der Pankreatitis ausgeräumt werden."

Auf den Antrag des Klägers gem. § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erhob das SG das Gutachten von Dr. I. vom 28.03.2006, in dem eine chronische Pankreatitis bei anlagebedingter Abnormalität des Pankreasgangsystems im Sinne eines Pankreas divisum mit nachfolgenden Pankreatitisschüben und Duodenopankreatektomie nach Whipple beschrieben wird. Als Ursache kämen angeborene Änderungen im Sinne eines Pankreas divisum und/oder einer Hyperplasie der Brunner'schen Drüsen, ein chronischer Alkoholkonsum, Nikotinabusus, Medikamentenabusus und anderes mehr in Betracht. Im Fall des Klägers trafen zwei ausgesprochen seltene Entitäten zusammen, nämlich anlagebedingte Veränderungen des Pankreasgangsystems und eine diffuse noduläre Hyperplasie der Brunner'schen Drüsen. Als weitere ätiologisch bedeutsame Faktoren für die Entwicklung der chronischen Pankreatitis kämen beim Kläger noch der Nikotinabusus sowie ein möglicher Alkoholabusus in Betracht. Für die im Laufe der Bundeswehrzeit aufgetretenen Striae sei mangels vernünftiger anderweitiger Alternativen durchaus eine iatrogene Ursache anzunehmen. Unklar bleibe allerdings, in welcher Dosierung und in welchen Zeiträumen die Amuno-Kapseln und das Dexamethason eingenommen worden seien, insbesondere, ob und wie der Kläger die Medikamente erhalten habe. Im Hinblick auf die später diagnostizierte chronische Pankreatitis stelle eine in der Bundeswehrzeit möglicherweise erlittene Überdosierung von Schmerzmitteln allenfalls eine Teilursache dar, von denen anlagebedingte Faktoren die weitaus höchste Priorität einnehmen. Das SG wies die Klage mit Urteil vom 14.12.2006 - dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 26.01.2007 zugestellt - ab.

Am 26.02.2007 hat der Kläger Berufung bei dem Landessozialgericht eingelegt. Er trägt vor, er habe während der Wehrdienstzeit keine Möglichkeit gehabt, zivile Ärzte oder Krankenhäuser aufzusuchen. Die Selbstbeschaffung von Medikamenten sei nicht möglich gewesen. Er habe während der Wehrdienstzeit an klassischen Cortison-Nebenwirkungen gelitten. Nach dem histologischen und Laborbefund habe kein Alkoholabusus bestanden. Die entsprechenden Ausführungen von Dr. I. seien nicht nachvollziehbar. Der Kläger hat u. a. das Schreiben des damaligen Stabsarztes Dr. Sch. vom 11.11.1980 (grundsätzlich sei der Truppenarzt aufzusuchen), Fotos über sein Aussehen vor und nach der medikamentösen Behandlung, den Arztbrief des K. Stuttgart vom 15.06.2001 über die histologische Untersuchung der Leber vom 13.06.2001 (regelmäßig differenziertes organoides Lebergewebe, keine floriden oder chronischen Entzündungszeichen, insbesondere keine portale Bindegewebsvermehrung und kein zirrhotischer Umbau, keine Verfettung, keine Cholestase, Eisenfärbung negativ), die durch den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. D. erhobenen Laborwerte vom 07. und 14.04.2000 mit dem Zusatz: "Keinerlei Anzeichen für Alkoholabusus", und die Stellungnahme von Dr. I. vom 11.01.2006 (es seien Zeichen eines Hypercortisonismus erstmals nach Beginn des Wehrdienstes aufgetreten; da außerdem anlagebedingte Faktoren gesichert seien, spreche in der Abwägung die "überwältigende" Anzahl der Gesichtspunkte gegen eine äthyltoxisch verursachte chronische Pankreatitis, sondern für eine wesentlich anlagebedingte und in geringerem Ausmaß medikamentös-toxische Verursachung) vorgelegt. Vom Kläger ferner vorgelegte Ordner beinhalten u. a. das im Auftrag seines Vaters erstattete Gutachten des Internisten Prof. Dr. B. vom 10.10.2001 und das von ihm veranlasste Gutachten von Prof. Dr. M. vom 31.03.2002. Prof. Dr. B. hat eine richtungsweisende fehlerhafte Behandlung während der Bundeswehrzeit bejaht. Wegen lückenhafter ärztlicher Unterlagen sei aber ein Zusammenhang mit dem schweren Krankheitsbild seit 1992 nicht zu belegen. Prof. Dr. M. hat die Auffassung vertreten, die Hauterscheinungen (Striae cutis) und das abdominelle Beschwerdebild ließen einen klaren Zusammenhang mit den verordneten Arzneimitteln erkennen. Die seit 1992 bekannte chronisch rezidivierende Erkrankung der Bauchspeicheldrüse stehe in keinem direkten Zusammenhang mit der Behandlung während der Wehrdienstzeit.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Stuttgart vom 14.12.2006 und des Bescheides vom 21.06.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.08.2001 festzustellen, dass seine Pankreaserkrankung Folge einer Wehrdienstbeschädigung ist und den Beklagten zu verurteilen, ihm Beschädigtenrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 50 zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er vertritt die Auffassung, der Kläger versuche im Rahmen des Ausschlussverfahrens möglicher schädigungsunabhängiger Noxen einen ursächlichen Zusammenhang mit einer schuldhaft fehlerhaften truppenärztlichen Behandlung wahrscheinlich zu machen. Im Rahmen der im sozialen Entschädigungsrecht herrschenden Kausalitätslehre der wesentlichen Bedingung komme aber eine "Umkehr der Beweislast" nicht in Betracht.

Der Senat hat die ergänzende Stellungnahme von Dr. I. vom 05.05.2008 eingeholt. Dieser hat dargelegt, es habe durchaus allgemeinem Usus entsprochen, dass Wehrpflichtige an freien Wochenenden oder im Urlaub im Bedarfsfall ihren Hausarzt oder Notarzt im Heimatbereich aufsuchten. Die Bundeswehr habe derartigen unausgesprochenen Mitbehandlungen großzügig gegenüber gestanden. Bezüglich der Frage eines Alkoholabusus sei darauf hinzuweisen, dass die isolierte Erhöhung des Gamma-GT-Wertes für eine äthyltoxische Verursachung einer Lebererkrankung sprechen könne, nicht aber müsse. In Bezug auf den histologischen Befund der Leber hat der Sachverständige dargelegt, die Entwicklung einer äthyltoxischen Leberzirrhose könne von Patient zu Patient unterschiedlich verlaufen und im Einzelfall Jahrzehnte in Anspruch nehmen. Nach den Arztbriefen über die stationäre Behandlung vom 09. bis 12.06.1987 und von Dr. B. vom 04.07.1987 habe ein Alkoholabusus bestanden, der nach den Laborbefunden vom 14.04.2000 zu diesem Zeitpunkt eingestellt worden sein konnte.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten des Beklagten, auf die Prozessakten beider Rechtszüge und die vom Kläger vorgelegten Ordner Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist statthaft und zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung, dass seine Pankreaserkrankung Folge einer Wehrdienstbeschädigung ist, und auf Gewährung von Beschädigtenrente.

Gem. § 80 Satz 1 des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) erhält ein Soldat, der eine Wehrdienstbeschädigung erlitten hat, nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Wehrdienstbeschädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG), soweit in diesem Gesetz nicht Abweichendes bestimmt ist. Wehrdienstbeschädigung ist nach § 81 Abs. 1 SVG 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 ist. Das schädigende Ereignis, die dadurch eingetretene gesundheitliche Schädigung und die darauf beruhenden Gesundheitsstörungen (Schädigungsfolgen) müssen erwiesen sein, während nach § 81 Abs. 6 Satz 1 SVG für die Frage des ursächlichen Zusammenhangs die Wahrscheinlichkeit ausreicht, aber auch erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 22. September 1977 - [10 RV 15/77](#) - [BSGE 45, 1](#); BSG, Urteil vom 19. März 1986 - [9a RV 1/84](#) - [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](#)).

Gemäß §§ 30 Abs. 1, 31 Abs. 1 BVG n. F. erhält derjenige eine Beschädigtenrente, dessen Grad der Schädigungsfolgen (GdS – vgl. § 30 Abs. 1 BVG i. d. F. des Gesetzes zur Änderung des BVG und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts vom 13. Dezember 2007, [BGBl. I, S. 2904](#), 2909, bis 20. Dezember 2007 Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE]) mindestens 25 beträgt. Nach § 30 Abs. 1 BVG a. F. war die MdE nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen; dabei waren seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen. Für die Beurteilung war maßgebend, um wie viel die Befähigung zur üblichen, auf Erwerb gerichteten Arbeit und deren Ausnutzung im wirtschaftlichen Leben durch die als Folgen einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörungen beeinträchtigt war. Gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 BVG n. F. ist der GdS nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen. Eine Änderung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand ist hierdurch jedoch nicht eingetreten. Nach wie vor sind, um eine möglichst weitgehende Einheitlichkeit in der Beurteilung sicherzustellen, insoweit die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht", herausgegeben vom Bundesminister für Arbeit und Soziales (AHP), jetzt in der Fassung von 2008, anzuwenden.

Die Pankreaserkrankung des Klägers wurde nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich durch eine Wehrdienstbeschädigung verursacht. Allerdings steht fest, dass der Kläger seit 1992 an einer chronisch rezidivierenden Pankreatitis mit mehrfachen operativen Behandlungen in der Folgezeit leidet (u. a. Arztbriefe des Krankenhauses Bad C. vom 02.10.1992, vom 16.07.1993, vom 11.01.1994, des B. Stuttgart vom 07., 08. und 25.04. sowie 05.05.1997). Ferner ist der Senat davon überzeugt, dass der Kläger während der Wehrdienstzeit vom 01.04.1976 bis 30.06.1977 wegen einer am 20.04.1976 diagnostizierten Achillodynie durch den Truppenarzt medikamentös durch Verordnung von Amuno-Kapseln (nicht-steroidales Antirheumatikum) und durch Injektion von 80 mg Triaminolon, einem Steroidhormon, behandelt wurde. Das Gericht glaubt dem Kläger auch, dass er die cortisonhaltigen Dexamethason-Kapseln eingenommen hatte, die sich nach der von ihm vorgelegten Aufstellung in seinem Urlaubsgepäck vom 06.02.1977 gefunden haben. Hierfür sprechen die damals erhobenen Striae cutis, wie sich aus dem vom Kläger veranlassten Gutachten von Prof. Dr. N. vom 20.04.2004, das der Senat urkundenbeweiselich verwertet, und dem gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten von Dr. I. vom 28.03.2006 ergibt. Diese Hauterscheinungen können nämlich erst während der Bundeswehrzeit aufgetreten sein, weil sie ansonsten bei der Musterungsuntersuchung aufgefallen wären. Hierauf wies Dr. I. zutreffend hin. Auch die weiteren damals erhobenen Befunde wie die Entwicklung eines cushingnoiden Habitus, die Gewichtszunahme und die Hypokaliämietendenz passen zu einer langfristigen Einnahme von Dexamethason (Gutachten von Prof. Dr. N.). Nicht bewiesen ist allerdings, dass diese auf einer truppenärztlichen Verordnung beruhte, die den dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnissen zugerechnet werden kann (vgl. Wilke/Fehl/F./Leisner/Sailer, Soziales Entschädigungsrecht, Kommentar, 7. Auflage 1992, § 81 SVG Randnr. 28, § 1 BVG, Randnr. 32). Eine truppenärztliche Verordnung ergibt sich nämlich nicht aus den vorliegenden Unterlagen. Der Senat hält es in Übereinstimmung mit Dr. I. nicht für ausgeschlossen, dass eine Verabreichung etwa durch den Haus- oder Notarzt am Wochenende erfolgte.

Selbst wenn man aber eine entsprechende Verordnung allein aufgrund der Angaben des Klägers, er habe während der Wehrdienstzeit nur die truppenärztlich verschriebenen Medikamente eingenommen, und der Ausführungen seines Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung vom 16.07.2008, es habe zur damaligen Zeit eine schwierige Situation im truppenärztlichen Dienst bestanden und deshalb sei möglicherweise eine vollständige Dokumentation unterblieben, unterstellen würde, ergäbe sich hieraus kein Zusammenhang mit der späteren Pankreaserkrankung. Zwar wäre eine entsprechende Behandlung mit Steroidhormonen über längere Zeit nicht sachgerecht gewesen, wie sich aus den Gutachten von Prof. Dr. N. und von Dr. I. vom 28.03.2006 ergibt. Eine chronische Erkrankung, insbesondere im abdominellen Bereich, wurde aber hierdurch nicht verursacht.

Dies gilt zum einen für die chronisch rezidivierende Gastritis. Ob die während der Bundeswehrzeit als "Gastroenteritis" diagnostizierten Beschwerden durch die eingenommenen Medikamente verursacht wurden, lässt sich allerdings nicht mehr abschließend klären. Zwar können die ebenfalls eingenommenen Amuno-Kapseln Magenschleimhautreizungen hervorrufen oder begünstigen, jedoch können gastritische Beschwerden auch Nahrungsbedingt, u. a. durch Alkoholgenuß, verursacht werden, wie aus der vā Stellungnahme vom 09.01.2004 folgt. In jedem Fall wäre, wenn während der Bundeswehrzeit im Zusammenhang mit Nahrungsbedingten Einflüssen und/oder der Einnahme nicht-steroidaler Antirheumatika eine Gastritis hervorgerufen bzw. verschlimmert worden wäre, diese unter geeigneter Diät und Behandlung abgeheilt. Erst mehrere Jahre nach der Entlassung aus der Bundeswehr, nämlich in der ärztlichen Bescheinigung des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. R. vom 13.05.1983, wird eine chronisch rezidivierende Gastritis diagnostiziert, worauf in der vā Stellungnahme vom 09.01.2004 zutreffend hingewiesen wird. Ein Zusammenhang zwischen der chronisch rezidivierenden Gastritis und der mehrere Jahre zuvor für einen vorübergehenden Zeitraum erfolgten Medikamenteneinnahme ist jedenfalls nicht anzunehmen.

Auch die Pankreaserkrankung beruht nicht wesentlich auf der Behandlung mit corticoidhaltigen Medikamenten und nicht-steroidalen Antirheumatika. Allerdings können sowohl Steroide als auch nicht-steroidale Antirheumatika das Auftreten einer akuten Pankreatitis mit begünstigen, wie sich aus den Gutachten von Prof. Dr. N. vom 20.04.2004 und Dr. I. vom 28.03.2006 ergibt. Bereits aufgrund des Zeitraumes von 15 Jahren zwischen der Medikamenteneinnahme und dem erstmaligen Auftreten einer Pankreatitis im Jahr 1992 nach in den Jahren zuvor bestehendem Normalbefund in diesem Bereich kann jedoch ein Kausalzusammenhang nicht bejaht werden. Hierauf wiesen Prof. Dr. M. und Prof. Dr. N. in den vom Kläger veranlassten Gutachten vom 31.03.2002 bzw. vom 20.04.2004 hin. Noch am 29.10.1985 beschrieb Dr. T. im Pankreasbereich keinen pathologischen Befund. Die Aussage von Dr. I. in dem vom Kläger veranlassten Gutachten vom 12.07.2003, es sprächen mehr Gründe dafür als dagegen, dass beim Kläger schon im Rahmen der Bundeswehrzeit rezidivierende Pankreatitis-Schübe abgelaufen seien, ist spekulativ und wird durch die vorliegenden Befunde nicht gestützt. Ferner liegen andere wesentliche Ursachen für die Pankreaserkrankung des Klägers vor. So besteht eine anlagebedingte Pankreasgangfehlbildung (Arztbriefe des Krankenhauses Bad C. vom 11.01.1994 und 09.10.2001 sowie des B. Stuttgart vom 07.04. und 05.05.1997). Dr. I. stellte im Gutachten vom 28.03.2006 klar, dass beim Kläger zwei seltene Entitäten zusammentreffen, nämlich anlagebedingte Veränderungen des Pankreasgangsystems und eine diffuse noduläre Hyperplasie der Brunner'schen Drüsen. Diese vorbestehenden anatomischen Besonderheiten waren ein wesentlicher Faktor für das Auftreten der Pankreaserkrankung. Denn es ist durch zahlreiche morphologische Untersuchungen belegt, dass die Ganganomalie eines Pankreas divisum eine Prädisposition für die Entwicklung von akut rezidivierenden und schließlich chronischen Pankreatitiden darstellen kann (Gutachten von Dr. I.). Der ebenfalls diskutierte auffällige Befund, der sich aus dem Arztbrief von Prof. Dr. K. vom 27.10.1993 ergibt und von Dr. I. als mögliche Verlagerung von "pankreasartigen Gangstrukturen" in die Wand des Zwölffingerdarms beschrieben wurde, erklärt nach seinen über-zeugenden Ausführungen problemlos einen Rückstau mit nachfolgender Entzündung des Pankreasgewebes. Ob der im Oktober 1992 erhobene Befund auf ein Pankreas divisum zurückgeht oder ob eine andere Anomalie bezüglich der Gangstrukturen des Pankreas vorlag, ist hier nicht entscheidend. In jedem Fall handelte es sich um eine anatomische Besonderheit, die - unabhängig von einer Medikamenteneinnahme - die Entstehung einer Pankreatitis begünstigte und zu der als weiterer Faktor die Hyperplasie der Brunner'schen Drüsen hinzutrat. In der Literatur wird nämlich ein Zusammenhang zwischen der diffusen nodulären Hyperplasie der Brunner'schen Drüsen, von der Dr. I. beim Kläger überzeugend ausgeht, mit der chronischen Pankreatitis und mit chronischen peptischen Ulcera postuliert, weil die Brunner-Drüsen ein alkalisches Sekret produzieren, das die Duodenal-Mucosa vor der Magensäure schützt (Gutachten von Dr. I.). Die Bedeutung der anlagebedingten Faktoren unterstrich Dr. I. auch in der zuletzt vorgelegten Stellungnahme vom 11.01.2006. Außerdem geht der Senat davon aus, dass in der Vergangenheit zeitweise ein erhöhter Alkoholkonsum erfolgte. Bereits im Arztbrief des Caritaskrankenhauses Bad M. vom 13.12.1976 wird ausgeführt, die leicht erhöhten Leberenzyme wiesen auf einen noch begleitenden Leberparenchymschaden hin, wohl äthyltoxischer Genese. Die am 09.12.1985 bestimmten Blutwerte zeigten eine starke Erhöhung der Gamma-GT-Werte (Arztbrief von Dr. T. vom 20.12.1985), was auf einen Äthylismus hindeutet (ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Dr. I. vom 05.05.2008). Auch im Arztbrief des Krankenhauses Bad C. vom 02.10.1992 wird eine möglicherweise exogen-toxische Basis für die chronisch rezidivierende Pankreatitis angenommen. Der Kläger hatte damals bei der Aufnahme angegeben, täglich zwei bis vier Hefeweizen zu trinken. Wesentlich sind in diesem Zusammenhang auch die Arztbriefe des Kreiskrankenhauses W., in dem der Kläger vom 09. bis 12.06.1987 wegen eines cerebralen Krampfanfalls und eines alkoholischen Prädelirs behandelt wurde, und des Neurologen Dr. B. vom 04.07.1987, der eine Alkoholepilepsie mit bisher einmaligem Krampfanfall und eine Polyneuropathie beschrieb. Dr. I. hat hierzu in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 05.05.2008 überzeugend ausgeführt, dass diese Befunde durch einen langjährigen und übermäßigen Alkoholabusus erklärlich seien, der in der Folgezeit eingestellt worden sein konnte (normaler Gamma-GT-Wert bei der Laboruntersuchung vom 14.04.2000). Zu keinem anderen Ergebnis führt das Schreiben des Krankenhauses Bad C. vom 09.10.2001 unter Bezugnahme auf den Arztbrief vom 11.01.1994. Zwar wird hier der Verdacht auf eine eventuelle äthyltoxische Genese der Pankreatitis als ausgeräumt angesehen. Insbesondere aus den Arztbriefen des Kreiskrankenhauses W. und Dr. B. vom 25.06. bzw. 04.07.1987 folgt jedoch, wie Dr. I. schlüssig dargelegt hat, dass jedenfalls zum damaligen Zeitpunkt ein Alkoholabusus bestand. Dagegen spricht auch nicht der Umstand, dass sich bei der histologischen Untersuchung der Leber vom 13.06.2001 kein zirrhotischer Umbau ergab. Wie Dr. I. unter dem 05.05.2008 schlüssig ausgeführt hat, verläuft die Entwicklung einer äthyltoxischen Leberzirrhose unterschiedlich und kann im Einzelfall Jahrzehnte in Anspruch nehmen. Das Nichtvorliegen einer Leberzirrhose schließt somit einen (früheren) Äthylismus nicht aus. Der frühere Alkoholabusus war - ebenso wie der Nikotinabusus des Klägers (vgl. den Entlassungsbericht der Reha-Klinik T. vom 27.01.1999 nach der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme vom 30.12.1998 bis 20.01.1999) neben den bereits dargestellten anatomischen Besonderheiten eine mögliche Ursache für das Auftreten der Pankreaserkrankung. Der Senat folgt insoweit der überzeugenden Beurteilung im Gutachten von Dr. I. vom 28.03.2006 in Verbindung mit der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 05.05.2008. Da die Pankreaserkrankung somit nicht auf einer Wehrdienstbeschädigung beruht, hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Beschädigtenrente.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) liegen nicht vor. Maßgebend für die Entscheidung ist die Beweiswürdigung im vorliegenden Einzelfall.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-08-03