

## L 4 U 10/11

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Münster (NRW)  
Aktenzeichen  
S 13 U 307/08  
Datum  
17.11.2010  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 4 U 10/11  
Datum  
18.01.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 17.11.2010 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im zweiten Rechtszug nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Rechtmäßigkeit der Entziehung einer Rente wegen der Folgen einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 (BK 3101) der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). Die BK 3101 umfasst Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.

Gestützt auf das Ergebnis ihrer Ermittlungen, insbesondere zweier Begutachtungen durch den Internisten Dr. D (Gutachten vom 15.01.1990 und 10.09.1990), erkannte die Beklagte bei dem 1955 geborenen Kläger eine Hepatitis B als BK 3101 sowie als deren Folgen eine mäßig aktive chronisch-aggressive Hepatitis B mit beginnendem herdförmigen zirrhotischem Umbau an und bewilligte Dauerrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 40 vom Hundert. Zugleich wies sie darauf hin, auch eine Dauerrente könne wegen wesentlicher Änderung in dem Zustand gemäß [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) geändert werden (Bescheid vom 08.05.1991).

Auf Ersuchen der Beklagten um Nachuntersuchung erstattete Dr. D ein weiteres Gutachten (15.04.1993). Darin führte er unter Berücksichtigung weiterer Behandlungsunterlagen und der Angaben des Klägers, wonach der Befund "stationär geblieben" und er als medizinisch-technischer-Assistent tätig sei, aus, aufgrund einer nach unterschiedlichen Angaben von August 1991 bis Januar oder November 1992 durchgeführten Interferon-Therapie sei es zu einer völligen Normalisierung der leberspezifischen Laborparameter gekommen. Lediglich bei Bestimmung der Elektrophorese, die an sich selbst nicht leberspezifisch sei, sei noch eine geringe Gamma-Globulinzacke nachzuweisen gewesen. Auch die seinerzeit noch vergrößerte Milz habe sich jetzt verkleinert und sei nicht mehr als pathologisch anzusehen. Jedoch klagte der Kläger unverändert über große Müdigkeit, Abgeschlagenheit sowie einen leichten Druck gelegentlich im rechten Oberbauch und sehe sich selbst nicht in der Lage, länger als 4 Stunden zu arbeiten. Sonographisch habe die Leber diskrete Zeichen einer Leberparenchymschädigung wie etwas konvexe Leberunterfläche, abgestumpfter unterer Winkel sowie vermehrte Leberbinnenechos mit geringer Schalldifferenz zum Nierenparenchym rechts aufgewiesen. Trotz zahlreicher laborchemischer serologischer Untersuchungen besitze die höchste Beweiskraft immer noch das morphologische Substrat einer histologischen Überprüfung des Lebergewebes. Diese habe 1989 das Bild einer chronisch-aggressiven, mäßig aktiven Hepatitis mit herdförmigem zirrhotischem Umbau gezeigt. Eine im November 1990 durchgeführte Kontrolle habe histologisch eine jetzt gering ausgeprägte entzündliche Infiltration bestätigt. Da die Laborparameter jetzt eine deutliche Besserung aufwiesen, werde vorgeschlagen, die MdE ab dem Untersuchungstag, dem 25.03.1993, auf 30 v. H. herabzusetzen. Zur weiteren Konsolidierung des Gesamtbefundes empfehle er ein Heilverfahren. Hier solle nach Möglichkeit eine neue leberbiopsische Überprüfung erfolgen, die dann die Möglichkeit einer weiteren Herabsetzung der MdE eröffne. Allerdings komme bei schlechtem histologischen Ergebnis eventuell auch eine erneute Heraufsetzung der MdE in Frage.

Ein stationäres Heilverfahren wurde dann vom 11.10. bis 08.11.1993 in der Klinik X durchgeführt. Laut Abschlussbericht (10.11.1993) klagte der Kläger bei der Aufnahme über subjektiv weiterhin reduzierte Belastbarkeit. Die behandelnden Ärzte führten aus, wie schon im Gutachten des Dr. D vom 15.04.1993 zeigten alle aktuell erhobenen klinischen, klinisch-chemischen, immunologischen, serologischen und sonographischen Befunde, dass bei dem Kläger eine nach Interferon-Therapie beruhigte chronische Virushepatitis B vorliege. Auch unter aufbauender körperlicher Belastung sei es nicht zu einem Anstieg der Transaminasenaktivitäten gekommen. Bei fehlendem Nachweis von HBV-DNS selbst im hochempfindlichen PCR-Verfahren sei lediglich derzeit ein HBsAg-Carrierstatus nachweisbar. Zur korrekten Einschätzung der nunmehr vorliegenden BK-Folgen wäre eine biopsische Überprüfung notwendig gewesen, die der Kläger jedoch derzeit nicht gewünscht

habe. Es sei eine Kontrollpunktion in I geplant. Diese müsse Grundlage für eine korrekte MdE-Einschätzung sein. Bis dahin hätten die Aussagen von Dr. D vom 15.04.1993 Gültigkeit und sei die von diesem vorgeschlagene MdE von 30 v. H. wohlwollend angemessen.

Nach Anhörung des Klägers (Schreiben vom 24.11.1993) änderte die Beklagte die Rente mit Wirkung vom 01.02.1994 auf 30 v.H., da sich die dem Bescheid vom 08.05.1991 zugrunde liegenden Verhältnisse wesentlich geändert hätten. Nach der durchgeführten Interferon-Therapie hätten sich die leberspezifischen Laborwerte normalisiert. Der Status einer Teilerokonversion habe gefestigt werden können (Bescheid vom 22.12.1993).

Die Beklagte veranlasste eine weitere Begutachtung durch Dr. D. Dieser führte in seinem Gutachten (29.12.1994) unter Berücksichtigung eines vorläufigen Briefes der Medizinischen Hochschule I - MHH - (15.06.1994) aus, der seit dem 01.01.1994 in Vollzeit tätige Kläger beabsichtige aufgrund erheblicher Leistungsminderung, ab Januar 1994 wieder halbtags zu arbeiten. In seinem Gutachten aus März 1993 habe er eine weitere Veränderung der MdE von einer erneuten Leberhistologie abhängig gemacht. Diese sei bislang nicht durchgeführt worden. Aufgrund der zur Zeit vorliegenden Befunde müsse davon ausgegangen werden, dass es sich bei dem Kläger weiterhin um eine chronische Verlaufsform einer Virushepatitis B handle, die zuletzt histologisch Anzeichen einer protrahierten Verlaufsform gezeigt habe bei Normalisierung der Leberenzyme und Teilerokonversion nach Interferontherapie. Bis zum Zeitpunkt einer dringend erforderlichen Leberpunktion und der Beurteilung der Leberhistologie müsse man die MdE weiterhin bei 30 v.H. belassen. Die Beklagte teilte dem Kläger mit, eine wesentliche Änderung sei nicht eingetreten. Zugleich bat sie ihn um Mitteilung, wann und wo eine Leberpunktion durchgeführt werden solle (Schreiben vom 06.02.1995). Der Kläger gab an, Ärzte aus der "Lebersprechstunde" der MHH hätten ihm entschieden von einer Punktion abgeraten, das Risiko stehe in keinem Verhältnis zu dem zu erwartenden Ergebnis (Schreiben vom 25.08.1995).

In einem Arztbrief (12.09.1995) teilten die behandelnden Ärzte der MHH mit, bei dem Kläger bestehe jetzt weiterhin eine chronische, sehr gering replikative Hepatitis B im Stadium der Seroteilkonversion zu Anti-HBe. Damit einhergehend seien die Leberwerte völlig unauffällig. Eine komplette Ausheilung sei bei negativem Anti-HBs noch nicht eingetreten. Die vom Kläger angegebene ständige Müdigkeit sei nach aller Erfahrung typischerweise auf die Virusinfektion der Leber zurückzuführen. Eine erneute Leberpunktion sei bei völlig normalen Leberwerten ihres Erachtens nicht notwendig.

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Dr. P weitere Gutachten. Darin vertrat er die Auffassung, die von Dr. D festgesetzte MdE von 30 v.H. erscheine sehr wohlwollend angemessen. Eine bindende Feststellung der verbliebenen BK-Folgen und damit eine korrekte Einschätzung der MdE könne erst nach einer erneuten Leberbiopsie vorgenommen werden, die noch ausstehe und binnen Jahresfrist erfolgen solle (Gutachten vom 02.10.1996). Der Kläger - bei dem Prof. Dr. J einen Borreliosebefund erhoben hatte (Bericht vom 06.02.1995) - lehnte auf Anfrage der Beklagten eine Leberpunktion ab (Schreiben vom 17.11.1996).

Dr. P meinte, da eine Leberpunktion als duldungspflichtiger Eingriff vom Kläger nicht erlaubt worden sei, fehle die Grundlage für eine nach dem Verlauf zu erwartende Rücknahme der MdE-Bemessung, da sich alle klinischen, biochemischen, serologischen und immunologischen sowie sonographischen Parameter in Relation zum Vergleichsgutachten nicht geändert hätten. Aus diesem Grunde werde weiterhin an einer MdE-Einschätzung von 30 v.H. festgehalten (Gutachten vom 30.09.1997). Die Beklagte teilte dem Kläger mit, die Nachuntersuchung habe keine Änderung des maßgebenden Befundes ergeben (Schreiben vom 09.10.1997). Nach weiteren Untersuchungen gelangte Dr. P jeweils zu der Beurteilung, es sei keine wesentliche Änderung im Erkrankungszustand eingetreten. Die MdE sei bei fehlenden Änderungen gegenüber den Vorbefunden und sicherlich wohlwollender Einschätzung weiterhin mit 30 v.H. zu beziffern (Gutachten vom 30.08.1999). Bei jetzt festgestellter niedriger Virämie seien die Verhältnisse im Wesentlichen unverändert (Gutachten vom 03.01.2001).

Professor Dr. N, Leitender Arzt der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken C, und Prof. Dr. T, Direktor dieser Abteilung, schätzten die MdE mit 10 v.H. ein (Stellungnahmen vom 17.10.2002 und 19.03.2003). Die Beklagte meinte, daraus lasse sich ein Besserungsnachweis nicht herleiten, weshalb eine Rentenentziehung nicht möglich sei (Aktenvermerk vom 14.04.2003).

Nach einer Stellungnahme des Klägers und Eingang von dieser vorgelegten Arztberichte (Schreiben vom 21.05.2003) erstattete Dr. P ein weiteres Gutachten (19.07.2003). Ausgehend von einer inaktiven chronischen Virushepatitis B mit Carrierstatus und jetzt sehr niedriger Virämie meinte er, die bisher angenommene MdE von 30 v.H. könne reduziert und solle mit 10 v.H. angegeben werden. Damit sei den Restbeschwerden Rechnung getragen, da ein Carrierstatus nach erfolgter Serokonversion keine MdE mehr darstelle. Die Arthralgien des Klägers seien unabhängig von der Hepatitis-B-Infektion zu sehen.

Die Beklagte teilte dem Kläger mit, sie beabsichtige, die Rente zu entziehen (Schreiben vom 01.08.2003). Der Kläger vertrat die Auffassung, eine wesentliche Besserung liege nicht vor. Genau genommen sei es zu einer Verschlechterung gekommen, da Dr. P im Gutachten vom 19.07.2003 eine Viruslast nachgewiesen habe (Schreiben vom 17.08.2003). Anwaltlich vertreten ergänzte er, Grund für die Herabsetzung der MdE von 40 v.H. auf 30 v.H. mit Bescheid vom 22.12.1993 sei "die Durchführung einer Interferontherapie und eine Normalisierung der Laborwerte" gewesen. Für den Besserungsnachweis sei die Beklagte beweispflichtig (Schreiben vom 03.09.2003). Nach Beiziehung von Auszügen aus "Virushepatitis als Berufskrankheit - ein Leitfaden zur Begutachtung" teilte die Beklagte dem Kläger telefonisch mit, eine wesentliche Änderung erscheine doch fraglich, eine erneute Überprüfung solle erfolgen (Gesprächsnotiz vom 19.09.2003). Der Kläger wies darauf hin, die von der Beklagten angestrebte Biopsie sei nicht duldungspflichtig. Wenn sie nach weiteren Beweisen suche, heiße das nichts anderes, als dass eine wesentliche Änderung nicht bewiesen sei (Schreiben vom 29.09.2003). Er widerspreche der vorgeschlagenen Begutachtung (Schreiben vom 13.10.2003). Auf Anfrage der Beklagten meinte Prof. Dr. T (02.02.2004), anhand der klinischen, laborchemischen oder sonographischen Befunde sei eine objektivierbare wesentliche Änderung in den Folgen der anerkannten BK nicht zu belegen. Die MdE sei im Gutachten vom 15.04.1993 richtig eingeschätzt worden. Nach Normalisierung der Transaminasen mit niedriger oder fehlender HBV-Replikation könne anhand von Erfahrungswerten eine langsame, über Jahre dauernde Rückbildung der Leberfibrose angenommen werden. Einzig eine erneute Leberbiopsie könne Informationen über den genauen Fibrosegrad geben. Eine solche sei jedoch aus medizinischer Sicht nicht indiziert. Er halte eine Staffelung der MdE mit 30 v.H. von 1992 bis 1997, 20 v.H. von 1998 bis 2003 und danach 10 % für sinnvoll. Auf Nachfrage der Beklagten meinte Professor Dr. T, der über mehr als 10 Jahre inaktive Verlauf sei als wesentliche Änderung im Sinne einer Besserung der Krankheitsfolgen zu werten (05.04.2004).

Nach Beiziehung eines Auszuges aus Mehrrens/Perlebach, betreffend die BK 3101, erstattete Dr. N1 ein weiteres Gutachten (22.07.2004).

Zusammenfassend gelangte er darin zu der Beurteilung, durch eine sonographische Untersuchung lasse sich eine Fibrose der Leber nicht sicher ausschließen. Dazu müsse eine Leberpunktion durchgeführt werden. Gegenüber der gutachterlichen Stellungnahme von Dr. P vom 19.07.2003 sei es zu keiner wesentlichen Änderung im Erkrankungszustand gekommen. Die MdE sei derzeit mit 10 v.H. einzuschätzen. Dies sei damit begründet, dass bei dem Kläger eine deutliche fibrotische Vorschädigung der Leber vorhanden gewesen sei, die in einer Biopsie sogar als beginnende Zirrhose bezeichnet worden sei. Eine vollständige Rückbildung dieser Veränderungen erscheine, da es sich dabei um Vernarbungen handele, nicht wahrscheinlich. Die Sonografie sei hierzu zu wenig sensitiv. Eine Leberbiopsie wäre die geeignete Methode zur Beurteilung des aktuellen Fibrosegrades und könne der Einschätzung der MdE dienen.

Die Beklagte vermerkte, auch unter Berücksichtigung der zuvor eingeholten Stellungnahmen sei eine wesentliche Änderung im Sinne einer Besserung nicht zu konstatieren und die Rente weiter nach einer MdE von 30 v.H. zu leisten (Vermerk vom 28.08.2004).

Sie veranlasste eine Nachuntersuchung durch Dr. N1. In seinem Gutachten (29.08.2007) gelangte dieser nach einer Elektrographiemessung der Leber mittels Fibroscan zu der Beurteilung, es liege kein nennenswerter fibrotischer Umbau der Leber vor. Die Sonografie habe einen wesentlichen altersentsprechenden unauffälligen Befund des Oberbauches gezeigt. Gegenüber "der maßgeblichen Begutachtung vom 15.04.1993" sei keine relevante Änderung der BK eingetreten. Die MdE sei "weiterhin mit 0 v.H. zu bewerten". Auf Nachfrage der Beklagten (Schreiben vom 16.10.2007) ergänzte Dr. N1, aufgrund der Elastographie-Messung der Leber mittels Fibroscan und der vorliegenden laborchemischen Untersuchungen sei ein fortgeschrittener Fibrosegrad der Leber auszuschließen. Aus diesem Grunde werde die MdE auf 0 v.H. geschätzt. Die versehentliche Formulierung im Gutachten "weiterhin" bitte er zu entschuldigen und zu korrigieren (30.10.2007).

Die Beklagte wies darauf hin, mit Bescheid vom 08.05.1991 sei unter anderem ein "beginnender herdförmiger zirrhotischer Umbau der Leber als BK-Folge anerkannt" worden. Im Folgebescheid vom 22.12.1993 sei auf Grundlage des Gutachtens von Dr. D vom 15.04.1993 der Besserungsnachweis in Form einer stattgefundenen Teilkonversion geführt worden. Um dem aktuellen Gutachten folgen zu können, müsse ein weiterer Besserungsnachweis geführt werden (Schreiben vom 16.11.2007).

In einer ergänzenden Stellungnahme (26.11.2007) teilte Dr. N1 mit, bei dem Kläger sei im Rahmen der Untersuchung am 20.08.2007 mittels einer Elastographie-Messung durch den Fibroscan kein nennenswerter fibrotischer Umbau der Leber mehr nachgewiesen worden. Diese nichtinvasive Methode zur Bestimmung des Fibrosegrades der Leber stehe erst seit etwa einem Jahr zur Verfügung. Damit habe bei dem Kläger die Rückbildung der Leberfibrose infolge einer HBe-Antigenseroconversion nach Interferon-Therapie, die bereits 1993 festgestellt worden sei, erstmalig objektiviert werden können. Die bis zu diesem Zeitpunkt zur gutachterlichen Abschätzung des Fibrosegrades der Leber notwendige invasive Diagnostik mittels einer Leberbiopsie habe der Kläger zuvor stets abgelehnt. Aus diesem Grunde sei erstmalig durch die Verfügbarkeit einer alternativen nicht-invasiven Methode durch sein Gutachten vom 29.08.2007 der Nachweis einer Rückbildung der zuvor nachgewiesenen beginnenden Leberzirrhose dokumentiert worden. Bei dem Krankheitsverlauf handele es sich um einen durchaus voraussehbaren und mit der allgemeinen klinischen Einschätzung übereinstimmenden Fall. Gegenüber dem maßgeblichen Gutachten von 1993 sei ab dem 01.09.2007 eine wesentliche Befundänderung im Sinne einer Remission der zuvor angenommenen Leberzirrhose eingetreten. Die MdE betrage ab dem 01.09.2007 0 v.H., die fälschliche Formulierung unter Bezugnahme auf das maßgebliche Gutachten von 1993 bitte er zu entschuldigen.

Nach Anhörung des Klägers (Schreiben vom 04.12.2007) meinte dieser, ein Fibrosegrad der Leber habe bereits 1990 nicht mehr vorgelegen. In seinem Gutachten habe Dr. N1 ausdrücklich ausgeführt, gegenüber der Vorbegutachtung vom 15.04.1993 sei keine relevante Änderung der BK eingetreten. Dessen ergänzende Stellungnahmen hätten keine Klärung gebracht.

Die Beklagte teilte dem Kläger mit, wegen der Folgen der BK liege eine MdE in rentenberechtigendem Grade nicht mehr vor. Die dem Bescheid vom 22.12.1993 zu Grunde liegenden Verhältnisse hätten sich wesentlich geändert. Es sei zu einer Remission der zuvor nachgewiesenen beginnenden Leberzirrhose bei bestehendem HBs-Antigenträgerstatus ohne Nachweis einer entzündlichen Aktivität oder eines nennenswerten fibrotischen Umbaus des Leberorgans gekommen, was sich aus dem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme vom 26.11.2007 des Dr. N1 ergebe. Die Rente werde daher mit Ablauf des 01.02.2008 entzogen (Bescheid vom 22.01.2008).

Mit seinem Widerspruch vertrat der Kläger weiter die Auffassung, die Beklagte habe den ihr obliegenden Beweis einer Besserung unter Berücksichtigung des Gutachtens des Dr. N1 vom 29.08.2007 nicht erbracht. Ein fortgeschrittener Fibrosegrad der Leber habe bereits 1990, spätestens jedoch 1993 nicht mehr vorgelegen. Dr. N1 habe ausdrücklich am 26.11.2007 ausgeführt: "Aus diesem Grunde konnte die Rückbildung der Leberfibrose infolge einer HBe-Antigenseroconversion nach Interferontherapie, die bereits 1993 festgestellt wurde, erstmalig objektiviert werden".

Die Beklagte wies den Rechtsbehelf zurück (Widerspruchsbescheid vom 07.10.2008). Unter Berücksichtigung der 1993 verfügbaren Untersuchungsergebnisse habe seinerzeit eine wesentliche Änderung darin bestanden, dass es zu einer Normalisierung der leberspezifischen Laborwerte und Festigung einer Teilkonversion nach Interferontherapie gekommen sei. Unabhängig von dem Besserungsnachweis aus 1993 liege aufgrund der erstmals möglichen Elastographiemessung der Leber mittels Fibroscan eine weitere wesentliche Änderung vor, die eine Aufhebung des Bescheides vom 22.12.1993 und mangels rentenberechtigender MdE auch einen Entzug der bislang gewährten Rente rechtfertige.

Mit der am 10.11.2006 zum Sozialgericht (SG) Münster erhobenen Klage hat der Kläger die Auffassung vertreten, im Widerspruchsbescheid habe die Beklagte offenbar auf eine Änderung der Diagnostik, nicht aber auf eine Änderung der Befunde abgestellt. Traditionell müsse bei § 48 SGB X aber der Nachweis erbracht werden, dass "sich die Dinge der Sache nach wesentlich geändert haben nicht der Diagnostik nach". Beweispflichtig für eine wesentliche Änderung der Verhältnisse sei die Beklagte. Ob neue Untersuchungsmethoden in einem späteren Zeitpunkt eine Rückbildung einer Leberfibrose nachweisen könnten oder nicht, sei hierfür ohne Relevanz. Im Übrigen erlaube die "Elastometriemessung" der Leber mittels Fibroscan keine ausreichende sensitive Differenzierung eines geringförmigen beziehungsweise leichtgradigen narbigen Umbaus der Leber (Leberfibrose), was sich aus einer - vorgelegten - Mitteilung der Universität Düsseldorf ergebe. Eine Normalisierung der Laborwerte habe bereits im April 1993 stattgefunden. Bereits 2003 sei die Beklagte mit ähnlicher Argumentation gescheitert, ihm die Verletztenrente zu entziehen. Wegen der Einzelheiten seines Vorbringens wird auf die Schriftsätze vom 10.11.2008, 10.12.2008, 11.05.2009, 23.07.2009, 01.09.2009, 21.09.2009, 03.12.2009, 23.12.2009 und 02.02.2010 samt Anlagen Bezug genommen.

Der Kläger hat beantragt,

den Bescheid vom 22.01.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 07.10.2008 aufzuheben.

Die Beklagte hat die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig gehalten und gestützt auf vorgelegte Internetauszüge vorgetragen, eine frühzeitig behandelte und nicht vollständig entwickelte Leberzirrhose könne sich auch wieder zurückbilden. Nach 1993 habe eine erneute Besserung erstmals mittels Fibroscan nachgewiesen werden können. Neben Dr. N1 habe bereits Prof. Dr. T in seinem Gutachten vom 02.02.2004 dargelegt, dass bei Normalisierung der Transaminasen anhand von Erfahrungswerten eine langsam über Jahre dauernde Rückbildung der Leberfibrose angenommen werden könne. Die Hepatitis-Erkrankung habe keinerlei funktionelle Auswirkungen mehr. Ein Kausalzusammenhang zwischen der vom Kläger angeführten Leistungsminderung und der BK 3101 sei angesichts seit Jahren bestehender normaler Leberwerte und nun nachgewiesener Remission der Leberfibrose mehr als fraglich. Entgegen dem Vorbringen des Klägers stelle sie hinsichtlich der nun maßgeblichen wesentlichen Änderung der Verhältnisse nicht auf die auch ihrer Meinung nach seit 1993 weitgehend unveränderten Laborparameter ab. In ihrer Auffassung sieht sie sich durch eine im Klageverfahren eingeholte Stellungnahme des Dr. N1 bestätigt.

Das SG hat Unterlagen der behandelnden Ärztin Dr. G beigezogen. Nach einem Bericht des Universitätsklinikums N vom 18.05.2009 haben sich in den dort durchgeführten Laboranalysen vollständig normale Leberwerte und kein Verdacht für eine fortgeschrittene Leberfibrose gezeigt. Der dortige Arbeitsmedizinische Dienst sah den Kläger "dauerhaft nicht uneingeschränkt in der Lage, die arbeitsvertraglich geschuldete Leistung" zu erbringen (Schreiben vom 04.06.2009).

Auf Anforderung des SG hat Dr. N1 ergänzend Stellung genommen (08.10.2009) und klargestellt, das Ausmaß der Remission der Leberzirrhose habe erstmalig am 20.08.2007 nachgewiesen werden können. Erst zu diesem Zeitpunkt sei eine aussagekräftige Untersuchung des Leberfibrosegrades bei dem Kläger erfolgt. Zuvor sei eine Feststellung des Leberfibrosegrades mangels Leberbiopsie oder Verfügbarkeit eines alternativen Verfahrens nicht möglich gewesen. Die Tatsache einer bereits 1993 dokumentierten HBe-Antigenseroconversion nach Interferontherapie sei nicht gleichbedeutend mit einer vollständigen Rückbildung der Leberfibrose. Eine solche bedürfe in der Regel mehrere Jahre trotz bereits stattgefundener Kontrolle der Vermehrung des Hepatitis-B-Virus durch eine Seroconversion. Damit sei die Annahme nicht gerechtfertigt, dass die Seroconversion aus 1993 bereits gleichbedeutend mit der Rückbildung der Leberfibrose zu werten sei. Mittels Fibroscan könne gut zwischen einer fortgeschrittenen Leberfibrose oder gar Leberzirrhose und einem Normalbefund unterschieden werden. Eindeutig liege bei dem Kläger keine relevante Leberfibrose vor.

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 17.11.2010, zugestellt am 07.12.2010). Wegen der Einzelheiten wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des Urteils Bezug genommen.

Mit der am 07.01.2011 eingelegten Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Es werde entschieden bestritten, dass "die Beklagte ein- und dieselbe Besserung zweimal einwenden" dürfe, einmal bei der Herabsetzung der MdE auf 30 v.H. und dann 2008 zur Begründung der Entziehung der Verletztenrente. Der Nachweis der wesentlichen Änderung sei der Beklagten in keiner Weise gelungen. Die Diagnose einer Leberzirrhose sei niemals gestellt worden. In sämtlichen Gutachten und Untersuchungsberichten werde vielmehr von einem fibrotischen Umbau der Leber oder einer Leberfibrose gesprochen. Unverändert bestünden bei ihm starke Abgeschlagenheit und Müdigkeit, Konzentrationsschwächen etc. aus Anlass der BK 3101. Wegen der Einzelheiten seines Vorbringens wird auf die Schriftsätze vom 06.01.2011, 08.02.2011, 02.05.2011, 18.05.2011 und 17.08.2011 samt Anlagen Bezug genommen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 17.11.2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22.01.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.10.2008 aufzuheben,

hilfsweise,

eine hepatochirurgische Gutachten nach [§ 106 SGG](#) einzuholen, insbesondere zu der Frage, ob die Elastographiemessung der Leber mittels Fibroscan in der Lage ist, die Remission eines beginnenden zirrhotischen Umbaus der Leber nachzuweisen. Hierbei geht es insbesondere darum, dass der beginnende zirrhotische Umbau der Leber 1988 festgestellt worden ist und eine wesentliche Änderung im Zeitpunkt der Bescheideerteilung hinsichtlich des Zustandes in 1993 nachgewiesen werden muss, nachdem es in 12/1988 bereits zur Seroconversion in Anti-Hbe gekommen ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für rechtmäßig und weist darauf hin, der Kläger habe nach Zuerkennung der Rente seinem Recht entsprechend eine Leberpunktion verweigert. Dies sei damals die einzige Methode gewesen, mit der die Entwicklung der 1991 gesicherten zirrhotischen Umbauprozesse hätte beurteilt werden können. Aufgrund der normalisierten Leber- und Entzündungswerte sei 1993 die Rente auf 30 v.H. herabgesetzt worden. Der damals tätige Gutachter Dr. D habe ausdrücklich weiterhin einen herdförmigen, zirrhotischen Umbau für gegeben gehalten, da die gegenteilige Annahme mangels Biopsie reine Spekulation gewesen wäre. Erst im Vorfeld des Bescheides vom 22.01.2008 habe aufgrund neuerer Untersuchungsmethoden nun auch ohne Punktion der - im Rahmen eines Herabsetzungsbescheides im Vollbeweis erforderliche - Nachweis erbracht werden können, dass sich die Zirrhose vollständig zurückgebildet habe. Dies rechtfertige eine weitere Herabsetzung der MdE, was den Rentenentzug zur Folge habe. Die Herabsetzung 2008 sei ausschließlich wegen der nun nachgewiesenen Ausheilung der zirrhotischen Vorgänge erfolgt. Im Rahmen des [§ 48 SGB X](#) komme es nicht auf einen spekulativen Eintritt einer wesentlichen Änderung an, sondern auf den Zeitpunkt, in dem diese Änderung mit hinreichender Gewissheit nachweisbar sei. Unzutreffend sei die Behauptung des Klägers, bislang sei gutachterlich lediglich der Begriff "fibrotisch" benutzt worden. Dessen Unterscheidung zwischen einem zirrhotischen Umbau und einer (beginnenden) Zirrhose erschließe sich nicht.

Das Gericht hat Auskünfte der Techniker Krankenkasse (21.02.2011) und des Arbeitgebers, Universitätsklinikum N (08.04.2011), eingeholt sowie Unterlagen der behandelnden Ärztin Dr. G beigezogen.

Daraus ergibt sich unter anderem Folgendes:

Die MHH teilte in einem Arztbrief (22.11.2001) mit, die seit mehreren Jahren stabil zu sein scheinende Hepatitis B sei somit vermutlich nicht verantwortlich für die verminderte Belastbarkeit mit Muskelschmerzen. Jedoch solle eine weitere rheumatologische Abklärung erwogen werden. In einem weiteren Arztbrief (11.05.2010) wird auf eine bei einer Leberpunktion in 1990 ersichtliche "leichte Fibrose sowie eine chronische Hepatitis mit wenig entzündlicher Aktivität" hingewiesen. Im November 2004 erfolgte offenbar eine Überweisung an einen niedergelassenen Hepatologen. Nach seiner zweijährigen beruflichen Freistellung ab Januar 2005 lebte der Kläger offenbar hauptsächlich in Leipzig, "wo mit Häuserumbau auch viel zu tun sei". Der Allgemeinzustand wurde als gut bezeichnet. Dementsprechend vermerkte die Ärztin im September 2006 und Oktober 2006, dem Patienten gehe es insgesamt gut. Im März 2005 stand der Bericht über eine Nachsorgeuntersuchung beziehungsweise Kontrolle bei einem niedergelassenen ehemaligen Oberarzt der MHH in E aus. Der Internist Privatdozent Dr. C, I, führte in einem Arztbrief (12.04.2005) aus, zu den Vorbefunden der MHH habe sich keine wesentliche Befundänderung ergeben. Sollte nicht aus irgendwelchen Gründen eine Immunsuppression notwendig werden, könne "man mit einem langfristig guten Verlauf ohne Zirrhoseentwicklung rechnen". Die langfristige Prognose sei gut. Der Facharzt für Innere Medizin Dr. T1, N, wies in einem Arztbrief (03.11.2006) darauf hin, im Verlauf seien zwei Leberpunktionen durchgeführt worden, "wobei die letzte von April 2005 keine relevante Fibrose" gezeigt habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, der insgesamt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat zutreffend die Klage abgewiesen, denn der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide der Beklagten nicht beschwert. Die Bescheide sind rechtmäßig. Die Beklagte hat zu Recht die wegen der BK 3101 gewährte Rente ab dem 01.02.2008 entzogen.

Dies haben sowohl das Sozialgericht in dem angefochtenen Urteil vom 17.11.2010 als auch die Beklagte mit dem Bescheid vom 22.01.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.10.2008 unter Hinweis auf die Feststellungen im vorangegangenen Verwaltungsverfahren zutreffend begründet dargelegt, so dass der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen auf deren Ausführungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) bzw. § 136 Abs. 3 SGG i.V.m. [§ 153 Abs. 1 SGG](#) Bezug nimmt.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass auch das Berufungsvorbringen des Klägers keine Veranlassung zu einer anderen Beurteilung gibt.

Die Beklagte hat die Rente mit den angefochtenen Bescheiden bislang lediglich für die Zukunft entzogen, [§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X](#). Dessen Voraussetzungen sind erfüllt. Der Beklagten war es erst aufgrund des Ergebnisses des Fibroscans möglich, den Vollbeweis des Eintritts einer wesentlichen Besserung zu führen. Darauf ist entgegen der Auffassung des Klägers abzustellen.

Eine wesentliche Änderung im Sinne von [§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) liegt in Bezug auf medizinische Leistungsvoraussetzungen vor, wenn eine objektiv nachweisbare Veränderung im klinischen Befund seit dem Zeitpunkt der letzten Rentenfeststellung eingetreten ist. Bei Krankheiten, die für gewisse Zeiten noch zu Rückfällen neigen, liegt eine wesentliche Änderung auch vor, wenn nach Ablauf einer längeren Zeitspanne feststeht, dass Rückfälle wahrscheinlich nicht zu erwarten sind (vgl. Schütze in von Wulffen u.a., SGB X, 7. Auflage 2010, § 48 Rdn. 8 m.w.N.). Die Feststellung einer Änderung setzt Klarheit über den früheren wie den jetzigen Zustand voraus. Lässt sich eine Änderung nicht (jenseits vernünftiger Zweifel) feststellen, geht dies nach dem Grundsatz der negativen Feststellungslast zu Lasten desjenigen, der hieraus Rechte herleiten will, im Fall der Nichterweislichkeit einer Besserung des Gesundheitszustandes demnach zu Lasten des Unfallversicherungsträgers (vgl. Steinwedel in Kasseler Kommentar, [§ 48 SGB X](#) Rdn. 22 m.w.N.). Dr. D hat bereits im Gutachten vom 15.04.1993 darauf hingewiesen, die Möglichkeit einer weiteren Herabsetzung, aber auch einer erneuten Heraufsetzung der MdE komme nach einer leberbiopsischen Überprüfung in Betracht. In Einklang damit hielten auch die behandelnden Ärzte in der Klinik X zur korrekten Einschätzung der BK-Folgen eine biopsische Überprüfung für notwendig. Mangels einer erneuten Leberhistologie bekräftigte Dr. D seine Auffassung im Gutachten vom 29.12.1994. Eine komplette Ausheilung sahen auch die behandelnden Ärzte der MHH noch im Arztbrief vom 12.09.1995 nicht gegeben. Auch Dr. P wies in seinen Gutachten darauf hin, eine korrekte Einschätzung der MdE könne erst nach einer erneuten Leberbiopsie vorgenommen werden. Ausgehend von einer bislang nicht durchgeführten weiteren Leberpunktion meinte ebenso Dr. N1 im Gutachten vom 22.07.2004, es sei zu keiner wesentlichen Änderung im Erkrankungszustand gekommen, geeignete Methode zur Beurteilung des aktuellen Fibrosegrades und der Einschätzung der MdE sei eine Leberbiopsie, die Sonographie sei hierzu zu wenig sensitiv. Die erstmals mittels Fibroscan durchgeführte Elektrophysiologische Messung der Leber durch Dr. N1 ergab demnach - nach den bei der Beklagten bekannten Unterlagen - erstmalig, dass kein nennenswerter fibrotischer Umbau der Leber (mehr) vorlag. Dies berechtigte sie, die Rente mit Ablauf des Januar 2008 wegen einer nun nachweisbaren wesentlichen Besserung zu entziehen, ohne auf den Ablauf einer längeren Zeitspanne und eine sogenannte "Heilungsbewährung" abzustellen, die offenbar Prof. Dr. T in seiner Stellungnahme vom 05.04.2004 angenommen hatte.

Offen bleiben kann demnach, ob die Beklagte berechtigt gewesen wäre, die Rente bereits ab einem früheren Zeitpunkt zu entziehen, wofür der Inhalt der im Berufungsverfahren beigezogenen Behandlungsunterlagen sprechen könnte.

Weitere Ermittlungen - insbesondere im Sinne des hilfsweise formulierten Antrages des Klägers - bedurfte es nach Auffassung des Senats nicht. Denn bereits in der vom SG eingeholten Stellungnahme vom 08.10.2009 hat Dr. N1 auf die Anfrage des SG, wie verlässlich die Elastographie-Messung durch den Fibroscan sei, ausgeführt, dieser könne gut zwischen einer fortgeschrittenen Leberfibrose oder Leberzirrhose und einem Normalbefund unterscheiden. Zwar beständen Schwierigkeiten der Methode in der Differenzierung einer niedriggradigen Fibrose und einem Normalbefund. Bei dem Kläger liege jedoch eindeutig keine relevante Leberfibrose vor. Dies sei auch mit der über nahezu 15 Jahre bestehenden Inaktivierung der chronischen Hepatitis-B-Virusinfektion zum Zeitpunkt der gutachterlichen

Untersuchung vereinbar. Bezüglich der Validität der Fibrosegradbestimmung durch den Fibroscan bei Patienten mit chronischer Hepatitis B verweise er auf die (damals) aktuelle Arbeit von Marcellin und Kollegen in Liver International (2009, 29: 242-7).

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

Anlass, die Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2013-02-20