

L 3 U 148/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 67 U 1/06
Datum
27.03.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 148/09
Datum
14.10.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. März 2009 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Aufhebung einer ihr gewährten Verletztenrente.

Die Beklagte erkannte gegenüber der 1950 geborenen Klägerin, welche seit 1993 als Altenpflegerin in einem Altenpflegeheim arbeitete, wegen einer bei ihr im April 1999 festgestellten Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) mit Bescheid vom 04. November 2002 die Berufskrankheit Nr. 3101 (BK 3101) der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) an und gewährte ihr wegen der Folgen der BK 3101 ab 08. Juni 1999 eine Verletztenrente unter Zugrundelegung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vom Hundert (v.H.). Hierbei stützte sich die Beklagte unter anderem auf ein fachinternistisches Gutachten vom 15. Juni 2002, welches Prof. Dr. H nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 22. Mai 2002 erstellt hatte. Die Klägerin wurde mit Interferon und Ribavirin antiviral behandelt. Es traten Muskelschwäche und -schmerzen auf, welche nach dem erstmaligen Absetzen der antiviralen Therapie zurückgingen. Nach erneuter Aufnahme der antiviralen Therapie stellten sich die Beschwerden wieder ein und bestanden nach endgültiger Beendigung der antiviralen Therapie fort.

Laut Arztbrief der Ärztin für Innere Medizin und Hepatologie Dr. M vom 09. März 2004 traten unter anderem Fingergelenkschmerzen auf, welche bereits vor der Therapie bestanden hätten. Laut Arztbrief vom 24. August 2004 war die Leistungsfähigkeit der ab 01. Juni 2004 zunächst wieder volltags arbeitenden Klägerin gegenüber früher weitestgehend eingeschränkt. Bei den im Juli 2004 durchgeführten Kontrollen hätten sich normale Werte der Transaminasen ergeben; der TSH-basal-Wert sei noch erhöht gewesen, wobei der fT4-Wert ohne Medikamente im Normbereich gelegen habe. Das Blutbild habe sich normalisiert. Es habe sich ein stark erhöhter Rheumafaktor nachweisen lassen. Eventuell bedeute dies den Beginn einer rheumatischen Erkrankung. Bei der Klägerin sei es im Anschluss an die letzte antivirale Therapie eineinhalb Jahre nach Therapieende zu einem Relapse der Hepatitis C gekommen, so dass auch jetzt ein späteres Relapse nicht ausgeschlossen sei. Der Arzt für Neurologie Dr. D berichtete unter dem 24. August 2004, dass bei der Klägerin eine leichte, überwiegend sensorische Polyneuropathie nachgewiesen sei, welche sowohl Folge der durchgeführten Therapie als auch Folge einer rheumatologischen Erkrankung sein könne. Die Beklagte holte bei Prof. Dr. H ein weiteres, nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 22. September 2004 erstelltes fachinternistisches Gutachten vom 20. Oktober 2004 ein. Er führte aus, dass in der durchgeführten HCV-Serologie sich die Konstellation einer anhaltenden Remission mit Nachweis von anti-HCV bei HCV-Negativität (qualitative PCR) bestätigt habe. Immunserologisch hätten sich grenzwertige Rheumafaktortiter, keine Autoantikörper, insbesondere keine antinukleären Antikörper und keine erhöhten Titer von zirkulierenden Immunkomplexen gefunden. Es sei festzustellen, dass nunmehr neun Monate nach Ende der durchgeführten antiviralen Therapie der Zustand einer anhaltenden serologischen Remission anhalte und somit von einer HCV-Elimination ausgegangen werden dürfe. Die entzündliche Aktivität, die ohnehin vor Beginn der Therapie als mild einzustufen gewesen sei, dürfe inzwischen abgeklungen sein. Ein Rückfall sei nicht zu erwarten. Hinsichtlich des hepatologischen Befunds sei die MdE mit 0 v.H. zu bewerten. Soweit die Klägerin über Schmerzen der Gelenke und der Muskulatur klage, so dass auch bereits an ein rheumatologisches Krankheitsbild gedacht werden könne, ohne dass allerdings sich bislang serologische oder klinische Hinweise für eine rheumatoide Arthritis ergäben, könnte dies zwar auch bei einer chronischen Hepatitis C auftreten, klinge erfahrungsgemäß aber nach Eintritt der Viruselimination langsam ab. Insgesamt liege eher der Eindruck vor, dass es sich hier nicht um ein rheumatisches bzw. rheumatoides Krankheitsbild, sondern eher um psychosomatische Beschwerden handele. Dies würde zur Vorgeschichte mit depressiven Zuständen passen, zumal auf neurologischem Fachgebiet eine sensorische Polyneuropathie diagnostiziert worden sei. Es sei deshalb vorzuschlagen, die Klägerin noch neurologisch-psychiatrisch begutachten zu lassen, um die Frage eines Zusammenhangs zwischen der chronischen Hepatitis C bzw. deren

Therapie und des neuro-psychiatrischen Status zu beantworten.

Die Beklagte hörte die Klägerin unter dem 03. November 2004 unter Bezugnahme auf die Begutachtung durch Prof. Dr. H zur beabsichtigten Entziehung der Rente an. Die Klägerin trat dem unter Hinweis auf ihre fortbestehenden gesundheitlichen Beschwerden entgegen und stellte unter dem 02. Dezember 2004 einen Verschimmerungsantrag. Sie legte einen MRT-Bericht des Röntgeninstituts am Rathaus S vom 16. November 2004 und einen Bericht der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie der C vom 24. November 2004 wegen Verdachts auf durch Interferon induziertes Raynaud-Phänomen vor, wonach sich derzeit aus rheumatologischer Sicht kein sicherer Hinweis für eine vorliegende entzündlich-rheumatische Grunderkrankung ergebe. Die Beklagte holte die unter dem 09. Dezember 2004 erstellte ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. H ein, wonach nicht zu erwarten sei, dass ein Jahr nach Therapieende und HCV-Elimination ein Interferon-induziertes Raynaud-Phänomen auftrete.

Die Beklagte entzog mit Bescheid vom 06. Januar 2005 die Verletztenrente ab dem 01. Februar 2005. Sie führte zur Begründung aus, dass sich die dem Bescheid vom 04. November 2002 zugrunde liegenden Folgen des Versicherungsfalls wesentlich gebessert hätten. Es sei eine Viruselimination eingetreten und die entzündliche Aktivität abgeklungen. Es bestehe eine anhaltende serologische Remission. Es werde sich auf die Begutachtung von Prof. Dr. H gestützt. Über den Antrag vom 02. Dezember 2004 werde gesondert entschieden.

Die Klägerin erhob am 19. Januar 2005 Widerspruch. Sie verwies auf eine Muskelbiopsie an der S-Klinik, welche bestätigt habe, dass die Schmerzen auf ihrer chronischen Hepatitis-C-Infektion beruhten. Die S-Klinik - Abteilung Neurologie - berichtete unter dem 20. Januar 2005 über eine vom 13. bis zum 17. Dezember 2004 durchgeführte stationäre Behandlung der Klägerin, bei welcher eine Haut-Muskel-Faszien-Biopsie vorgenommen wurde, welche den Nachweis einer Vasculitis erbracht habe. Systemische Vasculitidenbeteiligung des peripheren Nervens und der Muskulatur seien bei bestehender Hepatitis-C-Erkrankung beschrieben, und die Anamnese lege einen Zusammenhang mit der Interferon- und Ribavirin-Therapie nahe. Da diese Medikamente nunmehr seit einem Jahr abgesetzt seien, müsse von einem nun eigenständigen Autoimmunkrankheitsgeschehen ausgegangen werden. Unter dem 02. Februar 2005 berichtete Dr. D, dass sich angesichts des MRT-Befunds vom 15. November 2004 Hinweise auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung gefunden hätten. Die bestehende neurologische Symptomatik hänge mit einer vor 15 Jahren durchgemachten Retrobulbärneuritis zusammen. Die von der Klägerin beklagte Müdigkeit sei möglicherweise auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung zurückzuführen, auch wenn diese nur gering ausgeprägt sei. Die stationär durchgeführte Muskel-, Haut- und Faszienbiopsie habe vaskulitische Veränderungen nachgewiesen, so dass die geklagten Beschwerden nicht die Folge der Interferon- oder Ribavirintherapie seien. Es sei der Nachweis einer Vasculitis als Ursache der geklagten Myo- und Neuropathie (Muskelschmerzen und Missempfindungen in den Beinen und in den Armen) erbracht. Laut Bericht der Rheumatologie und Klinischen Immunologie der C vom 01. März 2005 sei eine Interferon-induzierte Arthropathie/ Myopathie nicht sicher auszuschließen. Die auswärtig gestellte Verdachtsdiagnose einer Vasculitis könne nicht bestätigt werden.

Die Beklagte veranlasste anschließend eine Begutachtung durch den Neurologen und Psychiater Dr. H, welcher wiederum eine neurophysiologische Zusatzuntersuchung durch den Facharzt für Neurologie (EMG) Dr. B durchführen ließ. Diese ergab bei der elektromyographischen und neurographischen Untersuchung keinen Anhalt für eine Polyneuropathie, vgl. Bericht vom 03. August 2005. Die auf Veranlassung Dr. Hs vorgenommene MRT-Untersuchung des Kopfes ergab unspezifische Befunde, vgl. Bericht des Facharztes für radiologische Diagnostik Dr. B vom 27. Juli 2005. Dr. H gelangte in seinem Gutachten vom 13. August 2005 zur Einschätzung, dass bei der Klägerin starke Muskelbeschwerden, fremddiagnostisch Ausdruck einer Vasculitis bestünden. Eine Depression bestehe nicht mehr. Aus neurologischer Sicht lasse sich eine Polyneuropathie nicht nachweisen. Eine MdE sei aus neurologisch-psychiatrischer Sicht zur Zeit nicht zu begründen. Die Leistungsfähigkeit der Klägerin wie auch die Frage, ob diese Vasculitis oder die anderen beschriebenen Veränderungen Folge der Hepatitis bzw. ihrer Behandlung sein könnten, werde im Wesentlichen aus rheumatologischer Sicht zu beurteilen sein.

Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme von Prof. Dr. H vom 22. September 2005 ein und wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 2005 zurück. Sie bezog sich zur Begründung im Wesentlichen auf die Begutachtungen durch Prof. Dr. H und Dr. H.

Die Klägerin hat ihr Begehren mit der am 05. Januar 2006 zum Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt. Sie hat zur Begründung ausgeführt, dass die Hepatitis zwar ausgeheilt sei, sie aber unter den Folgen der Interferonbehandlung leide. Sie habe Schmerzen in allen Gliedmaßen und sei deshalb für längere Zeit auch arbeitsunfähig geschrieben; ein Arbeiten unter Schmerzen sei kaum mehr möglich. Zur Untermauerung ihres Vorbringens verwies sie auf die vorgenannten Befunde der sie behandelnden Ärzte. Sie hat ferner einen Bericht des Waldkrankenhauses über eine am 06. Dezember 2005 durchgeführte ambulante Untersuchung in der Rheumasprechstunde vorgelegt. Das SG hat Vorerkrankungsverzeichnisse bei den Krankenkassen der Klägerin eingeholt, wonach sie unter anderem wegen Wirbelsäulenbeschwerden, rezidivierenden Erschöpfungszustands und rezidivierender Erschöpfung vom 26. September 1996 bis zum 20. Oktober 1996, wegen rezidivierender Gelenkerkrankung, Überforderungs- und Erschöpfungszustands vom 19. bis zum 31. Dezember 1997, wegen ausgeprägten Muskelhartspanns an der Halswirbelsäule, rezidivierenden Überforderungs- und Erschöpfungszustands vom 13. bis zum 27. April 1999 sowie wegen Lumboschialgie und Spondylose vom 14. bis zum 25. Januar 2002 krankgeschrieben war. Das SG hat ferner Befundberichte von Dr. D, der Allgemein-medizinerin Dr. K und Dr. M eingeholt.

Das SG hat ferner aufgrund Beweisanordnung vom 28. Februar 2007 Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens des Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. R. Dieser erstellte das Gutachten vom 19. November 2007 nach einer Untersuchung der Klägerin am 30. April 2007 und gelangte zum Schluss, dass bei der Klägerin unter anderem Heberden- und Bouchard-Arthrosen vorlägen, ferner Osteochondrose der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) und unteren Brustwirbelsäule (BWS) sowie eine Gonarthrose beidseitig. Neben einem Herd im rechten Leberlappen bestehe ein Zustand nach HCV-Infektion und nach zweimaliger Interferon-Behandlung. Die Wahrscheinlichkeit, dass die vorbestehenden Erkrankungen im Bewegungsapparat sich dauerhaft durch die Hepatitis C oder eine Folgeerkrankung verschlechterten, sei sehr gering, weil eine Hepatitis C und Folgeerkrankungen nicht mehr bestünden. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapie ursächlich für die anhaltenden Beschwerden sei, sei nach menschlichem bzw. ärztlichem Ermessen sehr gering. Typischerweise seien durch Interferon verursachte Beschwerden im Bewegungsapparat flüchtig; eine Beschreibung länger anhaltender Beschwerden allein durch eine frühere Interferon-Behandlung sei nicht zu finden. Eine auf der Hepatitis beruhende MdE bestehe nicht.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 27. März 2009 abgewiesen. Es hat im Wesentlichen zur Begründung ausgeführt, dass nach dem

Ergebnis der medizinischen Ermittlungen entgegen der Auffassung der Klägerin und eines erheblichen Teils der sie behandelnden Ärzte und Kliniken nicht mit der erforderlichen hinreichenden

Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könne, dass nach der Anerkennung der BK 3101 andere mittelbare Folgen aufgetreten seien, welche auch nach der zweiten antiviralen Therapie nicht ausgeheilt seien, sondern sich chronifiziert, im Lauf der Zeit sogar weiter verschlimmert und nunmehr eine berufskrankheitenbedingte MdE von mindestens 20 v.H. über den 01. Februar 2005 hinaus begründet hätten. Insbesondere sei nicht hinreichend wahrscheinlich, dass es sich bei den von der Klägerin anhaltend beklagten Beschwerden und Schmerzen an den kleinen und großen Gelenken, im Bereich der Wirbelsäule und der Muskeln um eine unmittelbar auf die Hepatitis C zurückführende oder um eine durch die antiviralen Therapien rechtlich wesentlich verursachte Erkrankung handele. Hierbei sei der Einschätzung Dr. Rs in seinem gerichtlichen Sachverständigengutachten zu folgen. Ferner lasse sich bei genauer Betrachtung und Würdigung der Arztbriefe der die Klägerin als Hausärztin behandelnden Dr. M eine ausschließliche zeitliche Korrelation zwischen antiviraler Therapie und den von der Klägerin anhaltend beklagten Beschwerden tatsächlich nicht in der von den übrigen Ärzten und Kliniken angenommenen Eindeutigkeit bestätigen, weil die Klägerin nach den vorliegenden Vorerkrankungsverzeichnissen bereits vor der Diagnose der Hepatitis C und der antiviralen Behandlung spätestens seit Mitte der 90er Jahre chronische Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden gehabt habe, ohne dass dies in den Arzt- und Klinikberichten Beachtung gefunden habe. Ferner habe Dr. M in ihrem Arztbrief vom 09. März 2004 selbst angegeben, dass die Fingergelenkschmerzen bereits vor der Therapie bestanden hätten.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 17. April 2009 zugestellte Urteil am 18. Mai 2009, an einem Montag, Berufung eingelegt. Sie vertieft ihr erstinstanzliches Vorbringen und verweist unter anderem auf die im Bericht des Waldkrankenhauses vom 03. April 2006 enthaltenen Einschätzung, wonach Arthralgien und Myalgien zu beschreiben seien, deren Genese am ehesten auf die bekannte Hepatitis-C-Erkrankung und evtl. auch auf die Interferon-Therapie zu beziehen seien.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 05. April 2011 den Verschlimmerungsantrag der Klägerin vom 02. Dezember 2004 ab, weil sich weder zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags noch jetzt Folgen der BK 3101 feststellen ließen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. März 2009 und den Bescheid der Beklagten vom 06. Januar 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 15. Dezember 2005 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend und tritt der Berufung unter anderem mit dem im Hinblick auf den Verschlimmerungsantrag vom 04. Dezember 2004 in Auftrag gegebenen Gutachten des Facharztes für Innere Medizin und Gastroenterologie Dr. G vom 29. Dezember 2010 entgegen, wonach zur Zeit Muskelschmerzen wechselnder Intensität und Lokalisation (Oberschenkel, Unterschenkel, Zehen, Hüften, Rücken, Schultern) bestünden. Es könne zur Problematik der Muskel- und Gelenkbeschwerden festgestellt werden, dass bei der Klägerin degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates bestünden, welche auch schon vor der Therapie der Hepatitis C dokumentiert worden seien. Die unter der Therapie mit Interferon und Ribavirin aufgetretenen Beschwerden seien bereits zum Zeitpunkt der Aberkennung der Rente am 01. Februar 2005 abgeklungen. Eine berufskrankheitenbedingte MdE bestehe nicht.

Die Beteiligten haben mit Schriftsätzen vom 21. und 22. Juni sowie 27. und 28. Juli 2011 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch den Berichterstatter anstelle des Senats erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Berichterstatter kann anstelle des Senats im schriftlichen Verfahren ohne Durchführung einer mündlichen Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, vgl. [§§ 155 Abs. 3](#) und 4, [153 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht.

Gegenstand des Klage- und Berufungsverfahrens ist ausschließlich die Aufhebung des Bescheids der Beklagten vom 06. Januar 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 15. Dezember 2005. Der nach der Berufungseinlegung ergangene Bescheid der Beklagten vom 05. April 2011, mit welchem sie den Verschlimmerungsantrag der Klägerin vom 04. Dezember 2004 ablehnte, ist nicht nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden. Weder ändert noch ersetzt er den ursprünglich angefochtenen, die mit Bescheid vom 04. November 2002 gewährte Rente entziehenden Verwaltungsakt in seinem Verfügungssatz, zumal, worauf das SG in der mündlichen Verhandlung vom 27. März 2009 zutreffend hingewiesen hat, der Verschlimmerungsantrag für Zeiten vor dem 01. Februar 2005 auch dann begründet sein kann, wenn ab dem 01. Februar 2005 keine rentenberechtigende MdE mehr besteht.

Rechtsgrundlage für die Aufhebung der Rentenbewilligung ist [§ 48 Abs. 1 S. 1](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Hiernach ist ein Verwaltungsakt für die Zukunft unter der Voraussetzung aufzuheben, dass in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Gemäß [§ 73 Abs. 3](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) ist eine Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) nur wesentlich bei der Feststellung der MdE, wenn sie mehr als 5 v.H. beträgt.

Diese Voraussetzungen liegen vor. Vorliegend erkennt der Senat ebenso wie bereits das SG in seiner angefochtenen Entscheidung im vollständigen Wegfall der berufskrankheitenbedingten MdE die wesentliche Änderung im vorstehenden Sinn. Das Vorliegen einer berufskrankheitenbedingten MdE ist nämlich wiederum Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente nach [§ 56 Abs. 1](#) und 2 SGB VII.

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vorphundertätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) sind die Folgen eines Versicherungsfalles nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen dar-über, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich dar-auf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 12). Daraus folgt nicht, dass Gesichtspunkte, die der Rechtsprechung zur Heilungsbewährung im sozialen Entschädigungs- und im Schwerbehindertenrecht zugrunde liegen, in der gesetzlichen Unfallversicherung keine Berücksichtigung finden können. Diese sind vielmehr in der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend anzuwenden, soweit dies mit dem oben dargestellten Begriff der MdE gemäß [§ 56 Abs. 2 SGB VII](#) im Einklang steht (BSG a.a.O., Rn. 14). Hierbei kann zu beachten sein, dass zu Rezidiven neigende Erkrankungen zu Beeinträchtigungen führen, die über die reine Funktionseinschränkung des betroffenen Organs hinausgehen und sich auf das Erwerbsleben auswirken. Bei derartigen Erkrankungen sind bei der Schätzung der MdE entsprechend den Verhältnissen des Einzelfalles gegebenenfalls bestehende besondere Aspekte der Genesungszeit wie das Vorliegen einer Dauertherapie, eines Schmerzsyndroms mit Schmerzmittelabhängigkeit, Anpassung und Gewöhnung an den gegebenenfalls reduzierten Allgemeinzustand, die notwendige Schonung zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes, psychische Beeinträchtigungen (Antriebsarmut, Hoffnungslosigkeit), soziale Anpassungsprobleme etc., die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben, wie auch sonst bei der MdE-Bewertung zu berücksichtigen (BSG a.a.O., Rn. 17). Für eine Art "Risikozuschlag" oder "Gefährdungs-MdE" wegen der Prognoseunsicherheiten hinsichtlich der Entwicklung der Krankheit ist in der auf die verminderten Arbeitsmöglichkeiten bezogenen MdE-Schätzung in der gesetzlichen Unfallversicherung kein Raum, weil auf die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens im Zeitpunkt der Entscheidung abzustellen ist und erst in Zukunft möglicherweise eintretende Schäden grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind. Allerdings ist eine schon bestehende Rückfallgefahr, die bereits vor dem Eintritt des eigentlichen Rückfalls die Erwerbsfähigkeit mindert, bei der Bemessung der gegenwärtigen MdE zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die anderen genannten Aspekte und ist bei der MdE-Bewertung zu beachten. Ebenso wenig wie jedoch das allgemeine Rezidivrisiko eine pauschale MdE-Erhöhung zu begründen vermag, sondern nur besondere Aspekte der Genesungszeit, führt der bloße Ablauf einer bestimmten rezidivfreien Zeit in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht automatisch zu einer MdE-Herabsetzung. Es bedarf vielmehr einer Besserung der zuvor der MdE-Bemessung zugrunde gelegten Funktionsbeeinträchtigungen beziehungsweise besonderen Aspekte, die die Erwerbsfähigkeit beeinflussen (BSG a.a.O., Rn. 18).

Dies zugrunde gelegt steht zur Überzeugung des Senats gemäß [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) fest, dass zwar eine Berufskrankheit im Sinne der BK 3101 zunächst vorlag, jedoch längeranhaltende Berufskrankheitenfolgen ab dem 01. Februar 2005 nicht mehr gegeben sind.

Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Berufskrankheiten sind gemäß [§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden, wozu nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) vor allem die Beschäftigung gehört. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als BKen zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann BKen auf bestimmte Gefährdungsbereiche beschränken oder mit dem Zwang zur Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten versehen, vgl. [§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#). Gemäß diesen Vorgaben lassen sich bei einer Listen-BK im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten, die ggf. bei einzelnen Listen-BKen einer Modifikation bedürfen: Die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Ob die berufsbedingte Erkrankung den Leistungsfall auslösende, anspruchsberechtigte Folgen nach sich zieht, ist eine Frage der haftungsausfüllenden Kausalität (vgl. BSG, Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 9/08 R](#) -, [SozR 4-2700 § 9 Nr. 14](#)). Dabei müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. etwa BSG, Urteile vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, [SozR 4-2700 § 9 Nr. 7](#) und vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Gemäß diesen Vorgaben lassen sich bei der BK 3101 folgende Tatbestandsmerkmale ableiten: Es muss eine der dort genannten Tätigkeit verrichtet worden (sachlicher Zusammenhang) und eine Infektionskrankheit aufgetreten sein. Die vorgenannten Merkmale der versicherten Tätigkeit, Verrichtung und Krankheit müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen.

Hieran gemessen lag zwar ursprünglich eine BK 3101 mit Krankheitsfolgen vor, welche eine rentenberechtigende MdE mit sich brachten. Demgegenüber trat jedoch ab 01. Februar 2005 eine wesentliche Änderung ein. Eine rentenberechtigende MdE liegt seitdem nämlich nicht

mehr vor. Es fehlt an der erforderlichen haftungsausfüllenden Kausalität. Die bei der Klägerin fortbestehenden Beschwerden lassen sich nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die die Hepatitis-C-Infektion zurückführen. Vielmehr sind deren Folgen ab 01. Februar 2005 abgeklungen. Dies zugrunde gelegt musste - Ermessen eröffnet [§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) mit der Formulierung "ist aufzuheben" nicht - die Beklagte zukunftsgerichtet ab eben diesem Zeitpunkt die Verletz-tenrente entziehen. Der Senat sieht gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe zunächst ab, weil die Berufung aus den zutreffenden Gründen des angefochtenen Urteils als unbegründet zurückzuweisen ist. Soweit das SG zutreffend insbesondere den Ergebnissen der vorprozessualen Begutachtung durch Prof. Dr. H und der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen des erstinstanzlichen Verfahrens Dr. R folgt, wird dessen Einschätzung im Wesentlichen auch durch das Gutachten von Dr. G vom 29. Dezember 2010 bestätigt, wonach die fortbestehende Problematik der Muskel- und Gelenkbeschwerden auf degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates zurückzuführen sind, welche auch schon vor der Therapie der Hepatitis C dokumentiert wurden. Auch Dr. G verweist insofern plausibel auf die nach den eingeholten Vorerkrankungsverzeichnissen be-standenen einschlägigen Vorerkrankungen und darauf, dass die unter der Therapie mit Interferon und Ribavirin aufgetretenen Beschwerden bereits zum Zeitpunkt der Aberkennung der Rente am 01. Februar 2005 abgeklungen waren, so dass eine berufskrankheitenbedingte MdE nicht mehr besteht.

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

Die Revision ist mangels Zulassungsgrunds nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-11-29