

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 8 KN 10/02 U B

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Bergbau-Berufsgenossenschaft,
Hunscheidtstraße 18, 44789 Bochum,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 8. Senat des Bundessozialgerichts hat am 24. September 2003 durch den Richter **S c h e n k** als Vorsitzenden, die Richterin **S t r e f f e r**, den Richter Dr. **N e u h a u s** sowie die ehrenamtlichen Richter **S c h m i d t** und **M e i s e n** beschlossen:

1. Auf die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision wird der Beschluss des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. August 2002 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückverwiesen.

2. Die Kostenentscheidung bleibt der den Rechtsstreit abschließenden Entscheidung vorbehalten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Der im Jahre 1929 geborene Kläger, der in den Jahren 1949 bis 1971 unter Tage im Steinkohlenbergbau beschäftigt und dabei nach den Feststellungen des technischen Aufsichtsdienstes der Beklagten einer kumulativen Feinstaubdosis von 103 Feinstaubjahren ausgesetzt war, begehrt die Feststellung und Entschädigung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr 4111 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlenbergbau bei Nachweis der Einwirkungen einer kumulativen Feinstaubdosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren (Bekanntmachung des BMA vom 1. Dezember 1997, Bundesarbeitsblatt 1997, Heft 12 S 35). Anerkannt ist als BK bereits eine "Quarzstaublungenerkrankung" (BK Nr 4101), allerdings nicht in entschädigungspflichtigem Umfang (Streuung nach ILO <Internationale Arbeitsorganisation in Genf> - Klassifikation 1980 von weniger als 2/3).

Die Beklagte lehnte einen entsprechenden Antrag des Klägers vom 20. Dezember 1995 mit Bescheid vom 7. Januar 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 1997 auf der Grundlage eines nach Lage der Akten (der Kläger hatte eine erneute Untersuchung ausdrücklich abgelehnt) erstellten Gutachtens des Internisten Dr. S vom 20. November 1996 ab. Danach bestehe zwar eine ggf auch chronische Bronchitis, obstruktive Ventilationsstörungen seien jedoch nicht feststellbar. Ein Lungenemphysem sei nach den letzten Röntgenaufnahmen nicht erkennbar und durch Lungenfunktionsanalytische Befunde nicht gesichert. Das Sozialgericht Hannover (SG) hat mit Urteil vom 19. Dezember 2000 die Klage abgewiesen und sich dabei zusätzlich auf ein im Termin zur mündlichen Verhandlung, zu dem der Kläger anwesend war, gleichwohl nach Lage der Akten erstattetes Gutachten des Landesmedizinaldirektors iR Dr. W. R. gestützt, der sich weitgehend der Beurteilung durch den Internisten Dr. S angeschlossen hatte.

Das Landessozialgericht (LSG) hat nach vorheriger Anhörung des auch im Berufungsverfahren nicht sachkundig vertretenen Klägers mit Beschluss vom 26. August 2002 ohne vorangegangene mündliche Verhandlung (§ 153 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz <SGG>) die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG zurückgewiesen. Es bezog sich dabei auf ein nach Lage der Akten eingeholtes Gutachten des Chefarztes Dr. V (Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde) in Zusammenarbeit mit dem Oberarzt Dr. D (Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde): Die Sachverständigen hätten herausgearbeitet, dass nach den vorliegenden Befunden das Krankheitsbild der BK Nr 4111 nicht nachgewiesen sei. Zwar könne "unter Gewährung einer



gewissen Großzügigkeit" noch davon ausgegangen werden, dass die für eine chronische Bronchitis typische klinische Befundkonstellation (Husten, Auswurf, Luftnot) vorhanden sei; Tatsache sei aber, dass die für das Krankheitsbild unverzichtbare obstruktive Ventilationsstörung beim Kläger nicht bestehe. Ebenso wenig lägen unter Bezugnahme auf BI 32 bis 37 des Gutachtens die für die Diagnose eines Lungenemphysems erforderlichen Befunde (radiologische Zeichen, lungenfunktionsanalytischer Nachweis einer hochgradigen Lungenüberblähung) vor.

Entgegen dem Vortrag des Klägers nach Erhalt der sog Anhörungsmitteilung mit Schriftsatz vom 5. August 2002 seien weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht geboten; es sei kein Mangel, dass die bisherigen Gutachten nur nach Aktenlage erstattet worden seien. Das LSG hat hierzu ausgeführt:

"Denn die vorhandenen Befundunterlagen, die über einen langen Zeitraum hinweg vorliegen, lassen eine abschließende Beurteilung der Beweisfragen zu, und es gibt keinen greifbaren Anhaltspunkt dafür, dass weitere Untersuchungen - wie die vom Kläger geforderte Kernspinuntersuchung - zu neuen Erkenntnissen führen würden. Auch die Forderung des Klägers, alle Unterlagen der Bundesknappschaft beizuziehen und nochmals einen unparteiischen Sachverständigen zu beauftragen, ist nicht verständlich. Denn der medizinische Sachverhalt lässt sich, wie bereits ausgeführt, abschließend beurteilen, und er ist durch das von spezieller lungenfachärztlicher Sachkunde getragene Gutachten der Dres V /D geklärt."

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision begründet der Kläger damit, dass der Beschluss des LSG auf einer Verletzung des § 103 SGG beruhe (§ 160 Abs 2 Nr 3 Halbsatz 2 SGG). Dem mit Schriftsatz vom 5. August 2002 gestellten Antrag, gerichtlich eine Kernspinuntersuchung zu veranlassen, sei das LSG ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt. Ausgehend von dem der BK Nr 4111 zu Grunde liegenden wissenschaftlichen Begriff des Emphysems und der Tatsache, dass dieses zu Lebzeiten des Patienten nur mit erheblichem Aufwand diagnostizierbar sei, hätten die im Merkblatt des BMA für die ärztliche Untersuchung sowie im sogenannten Konsensuspapier erwähnten Nachweisverfahren zur Anwendung kommen müssen. Danach sei eine Röntgenaufnahme mindestens in zwei Ebenen zu fordern. Weiter könne zu Lebzeiten das Lungenemphysem ggf durch eine (möglichst hochauflösende) Computertomographie diagnostiziert werden. Nur bei klinisch, funktionsanalytisch und nativ-radiologisch hinreichend abgeklärter Situation sei eine Computertomographie entbehrlich. Diese Grundsätze habe das LSG außer Acht gelassen. Die von den Sachverständigen ausgewerteten Röntgenaufnahmen aus den Jahren 1991 und 1995 erfüllten nicht die genannten Kriterien. Angesichts dessen hätte sich das LSG zur weiteren Sachverhaltsaufklärung gedrängt fühlen müssen. Der Beschluss des LSG beruhe auf der unterlassenen Beweisaufnahme, denn bei Feststellung eines Emphysems nach einer Computertomographie lägen Leistungen aus der Unfallversicherung jedenfalls nicht fern.



Die Beklagte beantragt, die Beschwerde als unzulässig zu verwerfen: Das LSG habe sich den Sachverständigen Dres V und D angeschlossen, wonach die für die Diagnose eines Lungenemphysems erforderlichen Befunde (radiologische Zeichen und <Unterstreichung durch die Beklagte> lungenfunktionsanalytischer Nachweis einer hochgradigen Lungenüberblähung) nicht vorlägen. Der Kläger hätte darlegen müssen, weshalb ggf Röntgenaufnahmen und Computertomogramm allein geeignet seien, den erforderlichen Nachweis zu erbringen. Insofern sei der Beschwerdebegründung nicht zu entnehmen, warum sich das LSG zu der beantragten weiteren Beweiserhebung hätte gedrängt fühlen müssen. Der geltend gemachte Verfahrensmangel sei deshalb nicht in der nach § 160a Abs 2 Satz 3 SGG gehörigen Form bezeichnet.

II

Die Beschwerde des Klägers ist zulässig und begründet. Der Beschluss des LSG beruht auf dem geltend gemachten Verfahrensfehler. Der Senat macht von der nach § 160a Abs 5 SGG eingeräumten Möglichkeit Gebrauch, die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

Entgegen der Replik der Beklagten ist die Beschwerde nicht deshalb unschlüssig, weil auf das für die Diagnose eines Lungenemphysems nach Auffassung des LSG angeblich erforderliche kumulative Vorliegen des lungenfunktionsanalytischen Nachweises einer hochgradigen Lungenüberblähung nicht eingegangen und nicht dargelegt worden sei, weshalb radiologische oder computertomographische Nachweisverfahren allein ausreichen. Ein derartiger Konnex wurde weder vom LSG hergestellt noch ist er auf den Seiten 32 bis 37 des Gutachtens der Dres V und D, auf die das LSG Bezug genommen hatte, postuliert. Die Beschwerde musste deshalb darauf nicht weiter eingehen, ganz abgesehen davon, dass damit die Anforderungen an die Darlegungspflicht derartiger medizinischer Zusammenhänge überspannt wären. Das LSG stellt lediglich fest, die für die Diagnose eines Lungenemphysems erforderlichen Befunde - und zwar beispielhaft radiologische Zeichen eines Lungenemphysems und lungenfunktionsanalytischer Nachweis einer hochgradigen Lungenüberblähung - lägen nicht vor. Die Sachverständigen ergänzen die Aufzählung (S 33 unter 3.2.2.) noch um typische anamnestische Angaben und führen im Einzelnen aus, dass nach Aktenlage eindeutige klinische Symptome nicht feststellbar seien (S 33 f unter 3.2.2.1.), radiologische Zeichen eines Lungenemphysems nach der ausgewerteten Röntgenverlaufsdokumentation nicht vorlägen (S 34 bis 36 unter 3.2.2.2.) und schließlich der Nachweis einer hochgradigen Lungenüberblähung nach den dokumentierten Lungenfunktionsprüfungen nicht geführt werden könne (S 36 f unter 3.2.2.3.). Vom kumulativen Vorliegen dieser Kriterien ist nirgends die Rede. Im Gegenteil, unter 3.2.2.2. letzter Absatz diskutieren sie den Fall, dass ein Lungenem-



physem radiologisch nachweisbar, jedoch wegen fehlender Einschränkung der Lungenfunktion zu keiner MdE im rentenberechtigenden Grade führe. Im Übrigen entspricht es wissenschaftlichen Erkenntnissen, dass die Lungenfunktionsdiagnostik nicht den Beweis für das Vorliegen oder Nichtvorliegen eines Emphysems erbringt, sondern nur als ernst zu nehmender Hinweis zu werten ist, zumal die klinische Symptomatik erst relativ spät auftritt (U. Schmidt, ASUMed 1997, 465, 467). Entsprechend heißt es im Merkblatt des BMA zur BK Nr 4111 (BArbBl 12/1997, S 35) - und zwar ohne das Kumulationserfordernis - ganz allgemein, dass das Lungenemphysem durch eine Erhöhung des intrapulmonalen Residualvolumens und der Totalkapazität, röntgenologisch durch abgeflachte Zwerchfellkuppen, breite Zwischenrippenräume und vermehrt strahlentransparente Lungenfelder erkannt wird. Eine eingehende Diskussion der Problematik enthält schließlich das sog "Konsensuspapier" zur Begutachtung der BK Nr 4111 unter der Federführung von D. Nowak (ASUMed 1999, S 79, 80 f). Hier wird herausgestellt, dass sich funktionelle Defizite nach einem Lungenemphysem erst spät und schleichend einstellen, die einzelnen Messverfahren erhebliche Unsicherheiten und Fehlerquellen aufweisen und das Ausmaß eines gemessenen Funktionsdefizits nicht für den Eintritt des Versicherungsfalles, sondern allenfalls für den Eintritt des Leistungsfalles maßgeblich ist.

Die Beschwerde ist begründet, weil das LSG dem Antrag des Klägers, ihn persönlich zu untersuchen und vor allem ein Kernspintomogramm zur Abklärung des Lungenemphysems durchzuführen, nach dem objektiven Stand der damaligen Ermittlungen hätte entsprechen müssen (Verfahrensmangel iS von § 160 Abs 2 Nr 3 Halbsatz 2 SGG iVm § 103 SGG).

Absolut notwendig für die Feststellung oder den Ausschluss eines Lungenemphysems intra vitam ist das Vorliegen und die Auswertung konventioneller Röntgenaufnahmen des Thorax in zwei Ebenen. Mit hoher Sicherheit kann ergänzend oder ersatzweise ein Lungenemphysem durch eine möglichst hochauflösende Computertomographie (HR-CT) diagnostiziert werden, wobei es in einem zweiten Schritt Sache des LSG gewesen wäre, abzuklären, ob speziell die beantragte (weniger belastende) Kernspintomographie gleichwertige oder gar bessere Bilder liefert ("Konsensuspapier" aaO S 80; U. Schmidt, aaO S 467; U. Schmidt, Tagungsbericht, ASUMed 1999, S 131, 133). Im Falle des Klägers tritt hinzu, dass mittels der Tomographie hinsichtlich Art und Ausmaß der bereits anerkannten Silikose und ihrer Folgeerkrankungen, zu der die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem zählen, weitere Erkenntnisse gewonnen werden können (zB durch den erstmaligen Nachweis von Schwielenbildungen, vgl den von X. Baur, ZblArbeitsmed 1999, S 285, 291 beschriebenen Fall).

Die Sachverständigen Dres V und D haben auf S 23, 24 des Gutachtens die genannten Kriterien zutreffend referiert, sich dann aber strikt an die Beweisanordnung vom 27. Februar 2002 gehalten, wonach das Gutachten nach Lage der Akten erstattet



werden sollte (zur eigenen Absicherung ausdrücklich hervorgehoben S 2 des Gutachtens). Vor allem hatte das LSG nicht danach gefragt, ob eine Begutachtung nach Lage der Akten überhaupt auf Grund des beigezogenen oder beizuziehenden Materials mit der erforderlichen Verlässlichkeit erfolgen kann, insbesondere unter dem auch in der Beweis-anordnung hervorgehobenen Aspekt, dass nur der Eintritt des Versicherungsfalles nach dem 31. Dezember 1992 überhaupt zur Entschädigung der BK Nr 4111 führt. Ungeachtet dessen kritisieren die Sachverständigen die überlassene Röntgenverlaufsdokumentation als "spärlich" (S 34) und werten lediglich zwei Aufnahmen in einer Ebene aus den Jahren 1991 und 1995 aus. Die Aufnahme im Liegen aus dem Jahre 1991 bezeichnen sie als unbrauchbar. Die Auswertung der Aufnahme aus dem Jahre 1995 zeigt nach Meinung der Sachverständigen weder sichere noch unsichere Zeichen eines Lungenemphysems. Über den Zustand der Lunge zur Zeit der Begutachtung im Jahre 2002 konnten die Sachverständigen keinerlei Aussage treffen. Entscheidend ist aber, dass nicht einmal die vorhandenen Röntgenaufnahmen des Thorax in zwei Ebenen - und zwar vom 7. Mai 2001 und vom 15. März 2002, gefertigt im Klinikum St. G , BI 91, 109 LSG-Akte - beigezogen und von den Sachverständigen ausgewertet wurden, obwohl jedenfalls bezüglich der Aufnahmen vom 7. Mai 2001 den Sachverständigen in der Beweis-anordnung vom 27. Februar 2002 ausdrücklich aufgegeben worden war, sich diese selbst zu beschaffen. Unter diesen Umständen hätte das vom Kläger beantragte CT mit Sicherheit, zu wessen Gunsten auch immer, weitere Erkenntnisse gebracht und es ist nicht auszuschließen, dass das Verfahren - und sei es im Sinne einer Feststellung der BK Nr 4111 ohne MdE in leistungsberechtigendem Ausmaß - einen für den Kläger günstigen Ausgang genommen hätte.

Ähnliche Überlegungen gelten im Übrigen für die Auswertung der diversen Lungenfunktionsbefunde der Jahre 1952 bis 1999 durch die Sachverständigen Dres V und D

(Auflistung S 10 f des Gutachtens). Denn in Übereinstimmung mit dem "Konsensuspapier" und der oben angeführten Literatur beschreiben die Sachverständigen (S 22 ff) die wesentlichen für eine verlässliche Diagnose zu erhebenden funktionellen Parameter (interthorakales Gasvolumen <ITGV>, funktionelle Residualkapazität <FRC>, möglichst mehrfach gemessen mittels Ganzkörperplethysmographie und möglichst unbeeinflusst durch die laufende Medikation). Keine dieser Untersuchungen wurde von den Sachverständigen wegen des nur nach Lage der Akten erteilten Gutachtensauftrags durchgeführt. Die Sachverständigen äußern sich mangels einer entsprechenden Fragestellung durch das LSG auch nicht dazu, dass diese Untersuchungen entbehrlich wären, um das Krankheitsbild des Klägers für die Zeit nach dem 31. Dezember 1992 oder zur Zeit der Begutachtung im Jahre 2002 verlässlich abzuklären. Statt dessen bezeichnen sie (S 36, 37) das vorhandene Befundmaterial als völlig unbrauchbar, wenn sie ausführen, dass (gemeint nach den vorliegenden Befunden) eine Lungenüberblähung lungenfunktionsanalytisch nicht nachgewiesen sei. Denn Messungen, die den selbst postulierten Kriterien entsprächen, seien nur ein einziges Mal - am 18. Mai 1983, bei der Begutachtung durch



Chefarzt Dr. B , Knappschafts Krankenhaus R. , Kopie des vollständigen Gutachtens BI 6 bis 29 der Verwaltungsakte - durchgeführt worden. Aus dem Einzelbefund des Jahres 1983 sei jedoch mit Sicherheit kein Lungenemphysem abzuleiten, weil nicht mehrmals Messwerte des ITGV von bis zu 200% des Sollwertes dokumentiert seien (im Gegensatz zu Chefarzt Dr. B , der ein mittelschweres Lungenemphysem diagnostiziert hatte, dieses jedoch wegen des <damals noch ohne HR-CT> festgestellten geringen Schweregrades der Silikose nicht als Folgeschaden der BK 4101 zugeordnet hatte). Da verlässliche Befunde der Lungenfunktion seit dem Jahre 1983 auch nach den Feststellungen der Sachverständigen nicht vorliegen, das schleichende Fortschreiten der Funktionsausfälle aber typisch für das Lungenemphysem ist und es nach Meinung des LSG auf den Leidenszustand des Klägers nach dem 31. Dezember 1992 ankommt, hätte sich dem LSG die Erkenntnis aufdrängen müssen, dass im Falle des Klägers eine abschließende Entscheidung auf der Grundlage des nur nach Lage der Akten eingeholten Gutachtens nicht getroffen werden kann.

Das Gutachten nach Lage der Akten der Dres V und D ist deshalb nur insoweit verwertbar, als damit - letztlich zu Gunsten des Klägers - allenfalls wahrscheinlich gemacht ist, dass der Versicherungsfall der BK 4111 jedenfalls vor dem 31. Dezember 1992 nicht eingetreten ist, und Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht. Insbesondere sind alle vorhandenen Röntgenaufnahmen (auch die Aufnahmen, die dem Gutachten vom 18. Mai 1983 zu Grunde gelegen hatten, BI 30 Verwaltungsakte) und die Berichte über die vom Kläger angeführten Krankenhausaufenthalte komplett beizuziehen und es ist dann eine Untersuchung und Begutachtung des Klägers (ggf nach Hinweis auf seine Mitwirkungspflichten) in Auftrag zu geben, in deren Rahmen die bisher fehlende Diagnostik - und zwar auch mit Blick auf das Ausmaß der bereits anerkannten Silikose und deren Folgen - durchgeführt bzw eindeutig abgeklärt werden kann, ob weitere Untersuchungen überflüssig sind oder an der fehlenden Mitwirkung des Klägers scheitern.

Die Kostenentscheidung bleibt dem Endurteil vorbehalten.

