
S 13 V 9/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 V 9/98
Datum	29.08.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 V 23/00
Datum	04.10.2001

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 29. August 2000 abgeändert und die Klage abgewiesen.
II. Die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszweige sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Anerkennung einer "Herzschwäche und Herzrhythmusstörungen mit Beeinträchtigung der Herzleistung bei Herzklappenfehler" als Schädigungsfolge nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und um die Gewährung einer Beschädigtenversorgung in rentenberechtigendem Grade.

Der im 1921 geborene Kläger war nach eigenen Angaben vom 20. April 1940 bis 09. Mai 1945 Soldat der Deutschen Wehrmacht, vom 12. Mai 1945 bis 10. September 1948 sei er in Kriegsgefangenschaft gewesen.

Am 12. Dezember 1991 stellte er bei dem Beklagten einen Antrag auf Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des

Krieges (Bundesversorgungsgesetz â BVG). Dabei gab er u. a. an, er beantrage die Versorgung f¼r "Herz-Kreislauf Herzrhythmusst¼rung"; er sei als Dystrophiker entlassen worden. Die K¼rpersch¼den f¼hre er auf die schlechte Ern¼hrung und die schwere Arbeit zur¼ck. ¼ber die Zeit des Wehrdienstes habe er keinerlei Unterlagen mehr. Ferner legte er eine amts¼rztliche Bescheinigung f¼r K¼rperbehinderte des Gesundheitsamtes G â vom 28. M¼rz 1949 vor. Darin werden eine leichte Herzinsuffizienz, Restzeichen von Dystrophie beschrieben. Er sei einsatzf¼hig nur f¼r leichte bis mittelschwere Arbeiten. Er sei als schwer K¼rperbehinderter (vorl¼ufig 50 %) anzusprechen.

Von Dr. A â, Fach¼rztin f¼r Allgemeinmedizin in M â, ließ¼ der Beklagte ein ¼rztliches Gutachten erstellen. In ihrem Gutachten vom 21. April 1992 f¼hrte sie aus, beim Kl¼ger liege eine Herzinsuffizienz mit Neigung zur Dekompensation vor. Die Gesundheitsst¼rungen seien durch die sch¼digenden Ereignisse mit Wahrscheinlichkeit verursacht oder wesentlich mit verursacht worden. Die Minderung der Erwerbsf¼higkeit (MdE) f¼r diese Gesundheitsst¼rungen betrage 30 %. Erhebliche berufliche Nachteile seien mit Wahrscheinlichkeit durch die festgestellten Gesundheitsst¼rungen nicht verursacht oder wesentlich mit verursacht worden.

Unter dem 30. April 1992 erließ¼ der Beklagte einen Vorbehaltsbescheid. Mit Wirkung ab 1. Januar 1991 zahlte er dem Kl¼ger unter Vorbehalt der endg¼ltigen Entscheidung Rente nach dem BVG entsprechend einer MdE von 30 v.H.

In einer eidesstattlichen Versicherung erkl¼rte der Klã¼ger unter dem 20. April 1992, im Lagerrevier K â h¼tten sie schwere Schachtarbeiten durchf¼hren m¼ssen. Bei diesen Arbeiten habe er einen Herzanfall erlitten und sei dann f¼r vier Wochen ins Lagerrevier gekommen. Als Medikament habe er Digitalis- Tropfen verordnet erhalten. Das sei vom 10. Oktober bis 10. November 1945 gewesen. Er sei dann zu leichten Arbeiten eingesetzt gewesen. Er habe sich immer t¼glich die Digitalis-Tropfen ins Revier holen m¼ssen. Krank zu melden habe sich niemand getraut, weil er sofort als Simulant angesehen worden w¼re. Nach der Verlegung in ein anderes Lager sei er als Arbeitsgruppenleiter eingesetzt worden und habe nicht mehr so schwer arbeiten m¼ssen. Ende Dezember 1947 sei er nach B â verlegt worden. Hier sei er wieder bei k¼rperlich schwerer Arbeit im Wohnungsbau eingesetzt gewesen. Bei den in B â monatlich durchgef¼hrten Untersuchungen sei er im M¼rz "Ok" geschrieben worden, d. h. verk¼rzt oder gar nicht arbeiten. Bei der Untersuchung im August sei er als Dystrophiker eingestuft worden. Am 29. September 1948 habe er die Sprechstunde von Dr. T â in R â aufgesucht. Die Diagnose habe Herzinsuffizienz, Dystrophie gelautet. Er habe sich t¼glich eine Strophanthin-Spritze abholen m¼ssen. Am 1. April 1949 habe er eine T¼tigkeit in der Landwirtschaft aufgenommen. Er sei seit seiner Arbeitsaufnahme unter ¼rztlicher Kontrolle gewesen und "medikamentenabh¼ngig Digitoxin".

Von der Deutschen Dienststelle f¼r die Benachrichtigung der n¼chsten Angeh¼rigen der Gefallenen der ehemaligen deutschen Wehrmacht (WASSt) hat der Beklagte Unterlagen beigezogen. Auf einer von der WASSt ¼bersandten Karteikarte findet sich im September 1940 der Eintragung: "5.8.40 â Res.Laz. K â/Res.Kur

Laz.B â, â Herzklappenfehler" und unter dem 9. September 1940: "22.6.40 â Erkrankung der Leber".

In einer weiteren Beurteilung vom 8. Februar 1994 führte Dr. A â aus, bei schwerer körperlicher Belastung träten Dyspnoe und pektanginse Beschwerden auf, die Dyspnoe auch bei forschem Gehen. 1945 sei der Kläger bereits wegen schwerer Herz- Kreislauf-Beschwerden behandelt worden. Es sei anzunehmen, dass diese in ursächlichem Zusammenhang mit den noch heute bestehenden Herzrhythmusstörungen stnden. Eine Besserung sei in den letzten Jahren nicht aufgetreten. Der Kläger sei, wie oben geschildert, nur bedingt belastbar, wobei anzunehmen sei, dass das Leistungsvermögen mit zunehmendem Alter eingeschränkt werde. Der Beklagte zog daraufhin medizinische Unterlagen über den Kläger von Dr. A â bei.

Am 2. Mai 1994 erließ der Beklagte einen ablehnenden Bescheid. Dem Antrag des Klägers vom 12. November 1991 auf Beschädigtenversorgung nach dem BVG könne nicht entsprochen werden. Ein Herzschaden nach Unterernährung (Dystrophie) sei anhand der rztlichen Unterlagen und EKG s in den Jahren 1972, 1980, 1984, 1986 nicht festgestellt worden. Die heute vorliegenden Herzrhythmusstörungen und Herzschdigungen seien nicht Schädigungsfolgen i.S.d. BVG. Der Antrag auf Beschädigtenversorgung nach dem BVG msse rückwirkend ab 1. Januar 1991 abgelehnt werden. Für den Zeitraum von Januar 1991 bis Mai 1994 sei eine Überzahlung in Höhe von 4.898,00 DM eingetreten.

Am 11. Mai 1994 ging bei dem Beklagten ein Befundbericht Dr. S â, Facharzt für Innere Medizin in G â, ein. In seinem Befundbericht vom 9. Mai 1994 führte dieser aus, der Kläger habe sich am 7. April 1994 einmalig zur klinischen Untersuchung und zum Belastungs-EKG in seiner Praxis befunden. Er habe über eine 1948 durchgemachte Dystrophie mit Herzleistungsschwäche berichtet. Gegenwärtig klage er über zeitweilig auftretende Herzschmerzen bei Belastung und über einen unregelmäßigen Herzschlag. Es liege eine KHK mit deutlicher koronarer Belastungsinsuffizienz, NYHA-Stadium II â III, vor.

Unter dem 2. Juni 1994 legte der Kläger gegen den Bescheid des Beklagten vom 2. Mai 1994 Widerspruch ein. Ursache des Herzschadens sei der im Oktober 1945 erlittene Herzanfall. Nach seiner Entlassung aus der Gefangenschaft im September 1948 seien von Dr. T â, bei dem er bis 24. März 1949 in Behandlung gewesen sei, EKG s gemacht worden. Die Diagnose habe Herzinsuffizienz gelautet. Bei Aufsuchen des Amtsarztes am 28. März 1949 sei wiederum ein EKG erstellt worden und eine Röntgenaufnahme. Er habe sich große Mühe gemacht, Kopien von seinen Krankenakten zu erhalten, in den Archiven sei leider nichts auffindbar, um die Lücke der rztlichen Unterlagen von 1948 bis 1972 zu schließen. Es könne keine objektive Beurteilung stattfinden, wenn man nur die Jahre 1972 bis 1986 heranziehe, ebenso die Jahre von 1986 bis 1991.

Mit Schreiben vom 25. Januar 1995 sah der Beklagte gegenüber dem Kläger von einer Rückforderung der Überzahlung ab und hrte den Kläger mit Schreiben vom 6. März 1995 vor Erteilung eines ablehnenden Widerspruchsbescheides nach

Â§ 24 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) an.

Dr. L. â¶, VersorgungsÃrztlicher Dienst, gelangte unter dem 19. November 1996 zu der EinschÃtzung, hinsichtlich des Herzklappenfehlers finde sich lediglich die Eintragung in der WAST-Unterlage und ein jetzt von Dr. S. â¶ erstmals wieder beschriebenes ubiquitÃres GerÃusch. Ansonsten gingen die Ãrztlichen Berichte nicht wieder auf diese Erkrankung ein. Mit Wahrscheinlichkeit handele es sich nicht um einen Herzklappenfehler, sondern um ein StrÃ¶hmungsgerÃusch, was auf jeden Fall der AbklÃrung bedÃrfte. Aus diesem Grund werde vorgeschlagen, Dr. S. â¶ noch einmal nach einem eventuell veranlassten Echokardiogramm zu befragen. AuÃerdem seien bisher BrÃckensymptome nicht belegt. Es sei durchaus anzunehmen, dass in der Nachkriegszeit eine Herzbehandlung bei einem dystrophischen Zustand des KlÃngers stattgefunden habe. Damit sei aber nicht gesagt, dass bleibende SchÃden zurÃckgeblieben seien, insbesondere der KlÃnger eine sicher nicht leichte TÃtigkeit in der Landwirtschaft auszufÃhren in der Lage gewesen sei. Es seien deshalb die SV-Ausweise unbedingt beizuziehen.

Ãber Dr. S. â¶ holte der Beklagte eine Farbdopplerechokardiografie ein (erstellt am 10. April 1997). Ferner zog er das Arbeitsbuch des KlÃngers, dessen Versicherungs-Ausweis und Ausweise fÃr Arbeit und Sozialversicherung bei.

FÃr den VersorgungsÃrztlichen Dienst gelangte Dr. P. â¶ am 16. Dezember 1997 zu der Feststellung, wahrscheinlich sei die Lazaretteinweisung (vier Monate nach Beitritt zur Wehrmacht) zur AbklÃrung eines eventuellen Herzfehlers erfolgt. Denn es sei unwahrscheinlich, dass ein solcher festgestellt worden sei und schon gar nicht durch eine bakterielle Infektion. Der anschlieÃende Einsatz an der Ostfront (1941 bis 1944) wÃre undenkbar mit einem Herzfehler nach Endokarditis oder auch ohne gewesen. Die Feststellung eines Herzklappenfehlers damals sei deshalb unwahrscheinlich. Ein Herzklappenfehler werde bis 1997 nicht erwÃhnt, wÃrde aber Ãber 50 Jahre nicht stumm verlaufen. Die nach Angabe des KlÃngers in den 80er Jahren aufgetretene HerzrhythmusstÃrung stehe in keinem Zusammenhang mit der durchgemachten Dystrophie 1948. Eine Herzerkrankung als SchÃdigungsfolge kÃnne keine Anerkennung finden.

Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 15. Januar 1998). Den Angaben des KlÃngers zufolge sei er am 20. April 1940 eingezogen worden. Belegt sei weiter, dass er am 22. Juni 1940 von der Truppe ins Reservelazarett K. â¶ wegen einer Lebererkrankung gekommen sei. Am 5. August 1940 sei von dort die Verlegung ins Reservelazarett B. â¶ zur Kur-Behandlung erfolgt. Ein Herzklappenfehler sei dokumentiert. Wenn es sich um einen erworbenen Herzfehler gehandelt habe, mÃsse dem eine akute Erkrankung, etwa eine Endokarditis mit spÃterem rheumatischem Fieber, vorausgegangen sein, welche bei damaliger medikamentÃser BehandlungsmÃglichkeit (kein Penicillin) hÃufiger als heute zu Herzfehlern gefÃhrt habe. Eine solche akute Erkrankung verlaufe aber Ãber einen lÃngeren Zeitraum und wÃre auch erkannt worden. Keinesfalls kÃnne diese als Lebererkrankung fehldiagnostiziert worden sein. Bei der Lazarettaufnahme im Juni 1940 sei aber bezÃglich des Herzens nichts festgestellt worden, erst spÃter, als die Verlegung erfolgt sei. Die Erkrankung kÃnne auch nicht erst im

Lazarett eingetreten sein, dann schon innerhalb von Tagen zu rheumatischem Fieber gefÃ¼hrt und schlieÃlich bereits wenige Wochen spÃ¤ter mit Herzklappenfehler zur Kur-Einweisung veranlasst habe. Mit grÃ¶Ãter Wahrscheinlichkeit mÃ¼sse der Herzfehler bereits vor der Einberufung vorgelegen haben. Es kÃ¶nne demnach dahingestellt bleiben, ob es ein angeborener oder erworbener Herzfehler sei. Durchaus, und nicht selten vorkommend, kÃ¶nne ein solcher Herzschaden Ã¼ber viele Jahre unbemerkt bleiben. Ein 1945 erlittener Herzanfall kÃ¶nne demnach nicht kriegsschÃ¤digungsbedingt eingetreten sein. Der angefochtene Bescheid entspreche der bestehenden Sach- und Rechtslage.

Gegen den als einfaches Schreiben zur Post gegebenen Widerspruchsbescheid, den der KlÃ¤ger am 17. Januar 1998 erhalten haben will, hat sich die am 2. MÃ¤rz 1998 beim Sozialgericht Dresden (SG) erhobene Klage gerichtet.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines Befundberichtes von Dr. A. â; Von Dr. A. â, Chefarzt der Klinik fÃ¼r Herz-Kreislauf-Krankheiten des Krankenhauses D. â, hat das SG ein internistisch-kardiologisches Gutachten erstellen lassen. In seinem Gutachten vom 15. September 1998 diagnostizierte Dr. A. â eine Mitralinsuffizienz des Schweregrades I â II (HerzmuskelschwÃ¤che NYHA II â III und absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern), eine Trikuspidalinsuffizienz Schweregrad I â II, eine geringgradige normochrome AnÃ¤mie unklarer Genese, einen Verdacht auf Harnwegsinfekt, eine ausgeprÃ¤gte Brustkyphose und linkskonvexe Lumbalskoliose sowie ein Glaukom. Der jetzt vorliegende Herzklappenfehler sei wahrscheinlich auf eine in SchÃ¼ben verlaufene HerzklappenentzÃ¼ndung zurÃ¼ckzufÃ¼hren, die annehmbarerweise 1940 begonnen habe und der ein weiterer Schub wÃ¤hrend der Kriegsgefangenschaft 1945 gefolgt sein kÃ¶nne. Insofern sei davon auszugehen, dass die Bedingungen der Kriegsgefangenschaft zu einer Verschlimmerung eines bestehenden Leidens gefÃ¼hrt hÃ¤tten. Ob bereits zum Zeitpunkt der Einberufung diese GesundheitsstÃ¶rung vorgelegen habe, sei aus dem Aktenmaterial nicht zu entnehmen und werde vom KlÃ¤ger mit der BegrÃ¼ndung, dass er tauglich zum Kriegsdienst einberufen worden sei, negiert. Die HerzrhythmusstÃ¶rungen und die HerzschwÃ¤che NYHA II, die seit 1991 durch medizinische Befunde zu belegen seien, seien die Folge des Herzklappenfehlers, der Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum zur Umformung des Herzens und einer Ã¼berlastung der Herzmuskulatur gefÃ¼hrt habe. FÃ¼r das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung, wie sie im internistischen Befund vom 9. Mai 1995 beschrieben sei, sei die Anamnese untypisch, zumal auch keine Risikokonstellation fÃ¼r eine degenerative GefÃ¤Ãerkrankung bei dem KlÃ¤ger bestehe. Die GesundheitsstÃ¶rung sei als HerzschwÃ¤che des Schweregrades II â III und HerzrhythmusstÃ¶rungen mit BeeintrÃ¤chtigung der Herzleistung bei Herzklappenfehler zu bezeichnen. Die MdE, die seit dem 1. Januar 1991 bei dem KlÃ¤ger vorliege, betrage auf Grund der Herzerkrankung 30 %. Die im Widerspruchsbescheid vom 15. Januar 1998 aufgestellte Behauptung, dass einem Herzklappenfehler eine akute Endokarditis vorausgegangen sein mÃ¼sse, sei insofern nicht aufrechtzuerhalten, da es subakute und chronische KrankheitsverlÃ¤ufe gebe, die dann symptomarm seien und hÃ¤ufig fehlinterpretiert wÃ¼rden. Es wÃ¼rden immer wieder bei Patienten Herzklappenfehler festgestellt, ohne dass in ihrer Anamnese ein rheumatisches

Fieber oder eine Endokarditis diagnostiziert worden sei. Die diagnostischen Möglichkeiten 1940 seien außerdem nicht mit denen der 90er Jahre vergleichbar.

Daraufhin legte der Beklagte eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dipl.-Med. S. vom 1. Dezember 1998 vor. Darin wurde ausgeführt, der Gutachter verweise auf die diagnostischen Schwierigkeiten bei subakuten oder chronischen und dann symptomarmen Krankheitsverläufen und dass, trotz leerer Anamnese bezüglich Endokarditis oder rheumatischem Fieber immer wieder Herzklappenfehler diagnostiziert würden. Aus dieser Formulierung sei deutlich erkennbar, dass Nachweise für eine stattgehabte Endokarditis während der Wehrdienstzeit oder Gefangenschaft nicht erbracht werden könnten. Allein Annahmen und Möglichkeiten machten diese jedoch nicht wahrscheinlich. Zeitnahe Unterlagen hätten leider nicht beigezogen werden können, so dass lediglich der Begriff "Herzklappenfehler" von 1940 im Raum stehe, ohne dass sicher beurteilt werden könne, welche Befunde dieser Diagnose zugrunde gelegen hätten und ob es sich tatsächlich um einen Herzklappenfehler im eigentlichen Sinne gehandelt habe oder um vorübergehende funktionelle Störungen. Offensichtlich habe jedoch keinerlei klinischer Hinweis auf eine Herzentscheidung bestanden, denn eine solche Diagnose sei nicht vermerkt worden. Gegen einen organisch manifesten Herzklappenfehler spreche der später erfolgte Fronteinsatz, der volle Kriegsverwendungsfähigkeit vorausgesetzt habe. Zu diesem Zeitpunkt habe auch noch nicht die Notwendigkeit bzw. die Praxis bestanden, nicht voll Genesene an der Front einzusetzen. Die Bescheinigung von 1949 sei ebenfalls kein Beweis für einen organischen Herzschaden, da Störungen der Herzfunktion bei Dystrophie möglich, jedoch in der Regel reversibel seien. Entlassen im September 1948 habe sich der Kläger im März 1949 somit noch in der Reparationsphase befunden, wie die Bescheinigung auch dokumentiere. Die vorübergehende Strophantin-Behandlung stehe damit nicht im Widerspruch, eine regelmäßige kardioprotektive Therapie sei jedoch offensichtlich nicht erfolgt. Auch der weitere berufliche Werdegang in der Landwirtschaft verbunden mit schwerer körperlicher Arbeit über viele Jahre mache wiederum eine vorbestehende manifeste Herzleistungsminderung bei Herzklappenfehler unwahrscheinlich. Herzrhythmusstörungen seien erstmals 1984 nachgewiesen, bei völlig unauffälligem Befund 1972, so dass eine durchgehende Brückensymptomatik ebenso nicht belegbar sei. Die jetzt bestehende Herzleistungsminderung bei Herzrhythmusstörungen und Herzklappenfehler sei somit nicht mit Wahrscheinlichkeit auf eine Erkrankung während der Wehrdienstzeit oder der Gefangenschaft zurückzuführen.

In einer ergänzenden Stellungnahme führte Dr. A. am 5. Januar 1999 aus, dass ein Herzklappenfehler leichteren Grades über Jahre lang kompensiert bleiben könne, wenn keine neuen entzündlichen Schübe aufträten, die zu einer weiteren Deformierung der Herzklappen führten, sei bekannt. Die erst später aufgetretenen Herzrhythmusstörungen seien als Spätsymptom des Mitralklappenfehlers aufzufassen, der im Laufe der Jahre zu einer Vergrößerung des linken Vorhofes geführt habe. Das Auftreten von Herzrhythmusstörungen erstmals im Jahre 1994 sei geradezu typisch für den Verlauf bei einem gering- bis mittelgradigen Mitralklappenfehler. In der Stellungnahme des

Versorgungsärztlichen Dienstes werde keine plausible Erklärung abgegeben, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Bedingungen sich der Kläger die Herzerkrankung zugezogen habe. Auch zu den vorliegenden Dokumenten nach 1949 lägen diesbezüglich keine Angaben vor. An der bisherigen gutachterlichen Feststellung müsse deshalb festgehalten werden.

In einer weiteren von dem Beklagten daraufhin vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahme führte Dipl.-Med. S. mit Datum vom 22. April 1999 aus, der Gutachter gehe nun wohl von einem rheumatischen Fieber 1945 als Ursache des derzeitigen Herzleidens aus. Nachweise darüber lägen nicht vor, die Annahme beruhe auf der anamnestischen Angabe. Es werde über eine schwere Mandelentzündung mit hohem Fieber, Gelenksbeschwerden und Schwellungen an den Füßen berichtet. Da nicht ausschließlich Streptokokken eine derartige Symptomatik verursachen könnten, sei ein rheumatisches Fieber keineswegs so wahrscheinlich, wie vom Gutachter behauptet. Symptome einer Herzbeteiligung seien nicht beschrieben worden, die Schwellung der Füße könne ebenso Ausdruck einer Sprunggelenkarthritis gewesen sein. Dass 1940 eine erste Herzentzündung vorgelegen haben solle, werde offensichtlich nicht weiterverfolgt, zur in den WAST-Unterlagen 1940 dokumentierten Diagnose sei bereits Stellung genommen worden. Akzeptiere man jedoch die dort gestellte Diagnose, müsse dies bedeuten, dass mit allergrößter Wahrscheinlichkeit der Herzklappenfehler bereits zum Zeitpunkt der Einberufung bestanden habe, jedoch unbemerkt geblieben sei. Wie der Sachverständige selbst erwähne, könnten Herzklappenfehler leichteren Grades über längere Zeit kompensiert bleiben. Im Gegensatz zu einer Erkrankung der Leber sei keine Karditis 1940 vermerkt gewesen, so dass mit ausreichender Sicherheit davon ausgegangen werden könne, dass eine solche zu diesem Zeitpunkt auch nicht vorgelegen habe. Wenn auch das Auftreten von Herzrhythmusstörungen ein typisches Spätsymptom eines Mitralklappenfehlers darstelle, überzeugten die Ausführungen des Gutachters nicht. Herzrhythmusstörungen träten u. a. ebenso als Folge einer chronisch-ischämischen Herzkrankheit auf. Bereits 1992 sei die Diagnose chronisch-ischämische Herzkrankheit gestellt worden, der behandelnde Arzt bestätige eine koronare Herzkrankheit, im EKG seien Erregungsrickbildungsstörungen nachweisbar. Allein das Fehlen einer ausgesprochenen Risikokonstellation mache eine chronisch-ischämische Herzkrankheit nicht unmöglich. Insgesamt könne weder mit ausreichender Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Mitralsuffizienz (im Gutachten Dr. A. erstmals festgestellt) Folge einer während des Kriegsdienstes bzw. der Gefangenschaft durchgemachten Erkrankung sei, noch dass die jetzt bestehenden Herzrhythmusstörungen Folge der Mitralsuffizienz seien.

Im erstinstanzlichen Verfahren hat der Kläger vorgetragen, die Gründe für die Ablehnung seien ihm leider nicht ersichtlich. Viele Gesichtspunkte seien überhaupt nicht berücksichtigt oder in Betracht gezogen worden. Vor dem 2. Weltkrieg habe er sich freiwillig zu den Fallschirmjägern gemeldet. Es sei dann 1939 eine Einstellungsuntersuchung unter Belastung erfolgt, wobei von Seiten des Herzens nichts festgestellt worden sei. Es habe sich um eine sehr strenge Untersuchung gehandelt. Letztlich sei er nicht zu den Fallschirmjägern gekommen,

weil er Einschränkungen des Sehvermögens gehabt habe. Nachdem er in der ehemaligen DDR die Arbeit wieder aufgenommen habe, sei er bei der Heuernte eingesetzt worden, habe Probleme mit dem Herzen gehabt, so dass man erst dachte, es könne sich vielleicht um einen Infarkt handeln. Dies sei nur acht Wochen nach der Arbeitsaufnahme im Juli 1949 gewesen. Der Arzt habe ihm dann das Medikament Digitoxin verordnet sowie Nitrangin, das er aber nur in besonderen Fällen habe einnehmen sollen.

Auf mündliche Verhandlung hat das SG mit Urteil vom 29. August 2000 den Vorbehaltsbescheid des Versorgungsamtes Dresden vom 30. April 1992 in der Gestalt des Bescheides vom 2. Mai 1994 und des Widerspruchsbescheides des Landesversorgungsamtes Chemnitz vom 15. Januar 1998 abgeändert und beim Kläger eine Herzschwäche und Herzrhythmusstörungen mit Beeinträchtigung der Herzleistung bei Herzklappenfehler als Schädigungsfolge festgestellt und mit einer MdE von 30 v.H. bewertet. Das Gericht gehe davon aus, dass der Kläger während der russischen Kriegsgefangenschaft im Jahr 1945 an einer rheumatischen Infektion erkrankt sei. Unstreitig habe der Kläger in der Zeit vom 10. Oktober bis 10. November 1945 wegen einer schweren Mandelentzündung mit hohem Fieber, Gelenkbeschwerden und Schwellungen der Füße im Krankenlager gelegen, anschließend habe er verkürzt mit täglicher Arbeitszeit von vier Stunden gearbeitet. Im Zuge dieser Erkrankung sei es auch zu einer Herzmuskelklappenentzündung beim Kläger gekommen, die die heute bei ihm vorliegenden Herzrhythmusstörungen und die Herzschwäche NYHA II nach sich gezogen habe, wie der gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. A. in seinem Gutachten ausgeführt habe. Die Herzklappenentzündung habe nämlich einen Herzklappenfehler zur Folge, die über einen längeren Zeitraum zur Umformung des Herzens und einer Überlastung der Herzmuskulatur des Klägers geführt habe. Dieser Ausführung des Sachverständigen schließe sich das Gericht an. Zu Recht habe Dr. A. in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass nach Lage des Falles von einer koronaren Herzerkrankung, die die beim Kläger vorliegende Herzschwäche ebenfalls erklären könnte, nicht auszugehen sei. Für das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung sei die Anamnese des Klägers untypisch, zumal auch keine Risikokonstellation für degenerative Gefäßerkrankungen beim Kläger bestehe. Zugleich mache die stattgehabte Erkrankung an schwerer Tonsillitis mit Gelenkbeschwerden und Schwellungen eine vorgelegene rheumatische Infektion außerordentlich wahrscheinlich. Dass ein Herzklappenfehler leichterem Grades dann über Jahre hinweg kompensiert bleiben könne, wenn keine neuen entzündlichen Schübe aufträten, die zu einer weiteren Deformierung der Herzklappe führten, sei bekannt. Auch das Auftreten von Herzrhythmusstörungen erstmals im Jahr 1994 sei geradezu typisch für den Verlauf bei einem gering- bis mittelgradigen Mitralklappenfehler. Dies überzeuge das Gericht. Die Krankengeschichte des Klägers gebe dafür, dass ein rheumatisches Fieber des Klägers in der Gefangenschaft keineswegs wahrscheinlich sei, da z. B. die Schwellung der Füße Ausdruck einer Sprunggelenksarthritits gewesen sein könnte, keine weiteren Anhaltspunkte. Der Bewertung der Herz- und Kreislauferkrankung des Klägers als Schädigungsfolge stehe nach Überzeugung des Gerichts auch nicht entgegen, dass der Kläger bereits im Spätsommer 1940 wegen eines Herzklappenfehlers im Reservelazarett

Kläger gelegen bzw. eine Kur in Böhmen in Anspruch genommen habe. In diesem Falle käme der rheumatischen Erkrankung im Herbst 1945 während der Gefangenschaft die Bedeutung einer Verschlimmerung eines bestehenden Leidens zu. Dass ein Vorschaden des Klägers bereits vor dem Kriegsdienst vorgelegen habe, sei nicht belegt. Selbst für diesen Fall müsse aber von der vom Sachverständigen eingeschätzten Verschlimmerung des Leidens während der Kriegsgefangenschaft ausgegangen werden. Die Einschätzung des schädigungsbedingten Herzleidens mit einer MdE von 30 v.H. stehe in Übereinstimmung mit den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz.

Gegen das dem Beklagten am 28. November 2000 zugestellte Urteil hat er am 21. Dezember 2000 beim Sächsischen Landessozialgericht Berufung eingelegt.

Der Beklagte ist unter Vorlage von versorgungsärztlichen Stellungnahmen SR B vom 19. Dezember 2000 und 16. Juli 2001 der Auffassung, dass die im erstinstanzlichen Urteil anerkannten Gesundheitsstörungen nicht im ursächlichen Zusammenhang mit schädigenden Ereignissen i.S.d. [§ 1 BVG](#) ständen und daher eine Anerkennung dieser Gesundheitsstörungen als Schädigungsfolgen nicht gerechtfertigt sei.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 29. August 2000 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt vor, er sei am 2. September 1940 nicht arbeitsverwendungsfähig zur Truppe, sondern zur Heeresentlastungsstelle 8 Böhmen verlegt worden. Im Juli 1939 habe man ihn vor der Ärztekommision, Fallschirmregiment "Höhle", mit der Tauglichkeitsstufe I eingestuft. Mit seiner Einheit sei er am 22. Juli 1941 in Russland einmarschiert. Tagesmärsche mit voller Ausrüstung von 30 bis 40 km Länge seien bis Mitte August keine Seltenheit gewesen. Seiner Meinung nach könne ein herzkranker Mensch diese Strapazen kaum durchhalten. Während des Krieges habe er bis zur Gefangennahme keinen Arzt in Anspruch nehmen müssen, ausgenommen im Juli 1942 und Ende Oktober 1943 wegen Verletzungen. Dabei sei er beide Male gegen Wundstarrkrampf geimpft worden. Auch im Kriegsgefangenenlager seien damals schon Digitalis-Tropfen zum Einsatz gekommen. Außerdem habe er täglich unter ärztlicher Kontrolle gestanden, bei der er auch jeden Tag Digitalis-Tropfen bekommen habe. Er sei früh aus dem Krankenlager entlassen worden, weil die Betten für schwerwiegendere Fälle hätten geräumt werden müssen. Unter ärztlicher und sportlicher Kontrolle habe er ab dem 13. Lebensjahr am Leichtathletiksport (Mittelstrecken von 1500 und 3000 m) aktiv teilgenommen. Dabei habe nie ein Herzklappenfehler vorgelegen. Seine heutige Herzschädigung sei eine Folge des Kriegsdienstes und der

Kriegsgefangenschaft.

Nach Auskunft des Krankenbuchlagers Berlin vom 17. August 2001 konnten dort über den Kläger keine Unterlagen ermittelt werden.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines internistisch-kardiologischen Fachgutachtens von Prof. Dr. H. [redacted], Facharzt für Innere Medizin, Subspezialist für Kardiologie und Angiologie im Herz- und Kreislaufzentrum D [redacted] an der Technischen Universität D [redacted]. In seinem Gutachten vom 27. April 2001 führte er im Wesentlichen aus, der Herzklappenfehler 1940 habe seinerzeit lediglich durch den Auskultationsbefund eines Herzgeräusches diagnostiziert werden können, wobei ein Herzgeräusch differenzialdiagnostisch mehrere Deutungen im Sinne eines harmlosen akzidentell-funktionellen Geräusches, einer Herzklappenentzündung oder eines angeborenen bzw. erworbenen Herzfehlers zulasse. Entscheidend für die damalige Wertung sei die Tatsache, dass der Kläger kv (kriegsverwendungsfähig) blieb, somit weder eine Herzklappenentzündung noch ein Herzklappenfehler mit Leistungseinschränkung bestanden haben konnte. Die 1949 festgestellte körperliche Behinderung bei leichter Herzinsuffizienz und Restzeichen von Dystrophie (Unterernährung) nach Kriegsgefangenschaft sei nichts außergewöhnliches gewesen, da im Rahmen der Dystrophie häufig vorübergehend Herz-Kreislaufstörungen aufgetreten und in ärztlichen Leistungsbeurteilungen entsprechend berücksichtigt worden seien. Über 20 Jahre sei der Kläger seitens seines Herzens beschwerdefrei. Nach ca. 40 Jahren fanden sich im EKG Veränderungen im Sinne einer KHK, etwa 10 Jahre später werde die Beschwerdesymptomatik der KHK (Angina pectoris) angegeben und die Koronarinsuffizienz durch einen Ergometriebefund belegt, ferner die Herzrhythmusstörung der absoluten Arrhythmie bei Vorhofflimmern objektiviert. Bei der Echokardiografie 1997 seien die Herzklappen morphologisch unauffällig. 1998 finde sich jedoch bei fibrosierten Klappensegeln der Mitralklappe eine Mitralinsuffizienz. Eine reine Mitralinsuffizienz auf dem Boden einer rheumatischen Klappenschädigung (Herzklappenentzündung) sei selten. In der Pathogenese erworbener Herzklappenerkrankungen dominierten heute degenerativ-sklerotische Klappenveränderungen gegenüber chronisch-entzündlichen. Nach dem kardiologischen Gutachten Dr. A [redacted] sei die Druckerhöhung im Lungenkreislauf mit Rechtsherzbelastung und Trikuspidalinsuffizienz (Cor pulmonale) als Folge der Mitralinsuffizienz anzusehen, da keine Lungengeräucherkrankung vorliege. Eine der Ursachen für das Cor pulmonale sei aber die hypoxische Vasokonstriktion (Blutgefäßverengung) bei Kyphoskoliose. Im kardiologischen Gutachten Dr. A [redacted] werde als Befund eine ausgeprägte Kyphoskoliose des Klägers angegeben. Am ehesten sei somit die Druckerhöhung im Lungenkreislauf mit den o. g. Folgen auf das rechte Herz (Cor pulmonale) jedoch additiv durch Kyphoskoliose einerseits und degenerativ-fibrotisch bedingter Mitralinsuffizienz andererseits zu erklären. Beim Kläger lägen keine auf eine Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung ursächlich zurückzuführenden Schädigungen/Gesundheitsstörungen vor. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf Bl. 32-48 der LSG-Akte verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider

RechtszÄ¼ge und der Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mÄ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄ¼nde:

Die Berufung ist zulÄ¼ssig und begrÄ¼ndet. Zu Unrecht hat das SG den Bescheid des Beklagten vom 30. April 1992 in der Gestalt des Bescheides vom 2. Mai 1994 und des Widerspruchsbescheides vom 15. Januar 1998 abgeÄ¼ndert, bei dem KlÄ¼ger eine HerzschwÄ¼che und HerzrhythmusstÄ¼rungen mit BeeintrÄ¼chtigung der Herzleistung bei Herzklappenfehler als SchÄ¼digungsfolge festgestellt und mit einer MdE von 30 v.H. bewertet. Der KlÄ¼ger hat keinen Anspruch auf Anerkennung "einer HerzschwÄ¼che und HerzrhythmusstÄ¼rungen mit BeeintrÄ¼chtigung der Herzleistung bei Herzklappenfehler" als SchÄ¼digungsfolgen und GewÄ¼hrung von Versorgungsleistungen nach einer MdE von 30 v.H. ab 1. Januar 1999. Der Bescheid des Beklagten vom 2. Mai 1994 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Januar 1998 ist rechtmÄ¼ssig und verletzt den KlÄ¼ger nicht in eigenen Rechten.

Es ergeben sich keinerlei Bedenken hinsichtlich der Einhaltung der Klagefrist seitens des KlÄ¼gers. Der Widerspruchsbescheid vom 15. Januar 1998 ist dem KlÄ¼ger als einfacher Brief zur Post gegeben worden. Erfolgt, obwohl die Zustellung des Widerspruchsbescheides vorgeschrieben ist ([Ä¼ 85 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\) in der Fassung des Gesetzes vom 24. MÄ¼rz 1998 \[BGBl. I S. 526\]](#)), keine formelle Zustellung, lÄ¼uft keine Frist. Eine formlose Bekanntgabe setzt die Frist nicht in Lauf (Meyer-Ladewig, SGG, 5. Aufl., 85 Rdnr. 4). Da der KlÄ¼ger bereits am 2. MÄ¼rz 1998 Klage erhoben hat, ist auch von einer Verwirkung des Klagerechts nicht auszugehen.

Nach [Ä¼ 1 Abs. 1 BVG](#) erhÄ¼lt wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen einer SchÄ¼digung auf Antrag Versorgung, wer durch eine militÄ¼rische oder militÄ¼rÄ¼hnliche Dienstverrichtung oder durch einen Unfall wÄ¼hrend der AusÄ¼bung des militÄ¼rischen oder militÄ¼rÄ¼hnlichen Dienstes oder die diesem Dienst eigentÄ¼mlichen VerhÄ¼ltnisse eine gesundheitliche SchÄ¼digung erlitten hat. Einer SchÄ¼digung i.S.d. Absatzes 1 stehen SchÄ¼digungen gleich, die durch eine Kriegsgefangenschaft herbeigefÄ¼hrt worden sind ([Ä¼ 1 Abs. 2 b BVG](#)). Daraus folgt, dass der militÄ¼rische oder militÄ¼rÄ¼hnliche Dienst, das schÄ¼digende Ereignis, der damalige PrimÄ¼rschaden und die daraus nunmehr resultierenden SchÄ¼digungsfolgen i.S.d. Strengbeweises nachgewiesen werden mÄ¼ssen.

DemgegenÄ¼ber genÄ¼gt fÄ¼r den die Tatbestandsmerkmale verknÄ¼pfenden Ursachenzusammenhang, insbesondere die fÄ¼r die Anerkennung einer SchÄ¼digungsfolge notwendige ursÄ¼chliche (medizinische) VerknÄ¼pfung zwischen damaliger PrimÄ¼rschÄ¼digung und vorliegender GesundheitsstÄ¼rung lediglich die Wahrscheinlichkeit des ursÄ¼chlichen Zusammenhangs ([Ä¼ 1 Abs. 3 Satz 1 BVG](#)). Diese liegt vor, wenn unter BerÄ¼cksichtigung der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr fÄ¼r als gegen den ursÄ¼chlichen Zusammenhang spricht. Die bloÄ¼e MÄ¼glichkeit des Bestehens eines Ursachenzusammenhangs neben anderen, einen solchen Zusammenhang ausschlieÄ¼enden MÄ¼glichkeiten genÄ¼gt indes nicht, um auf eine

Wahrscheinlichkeit i.S.d. [Â§ 1 Abs. 3 BVG](#) schließen zu können. Erforderlich ist demnach für den Ursachenzusammenhang zwar nicht der Vollbeweis i.S. einer zur Überzeugung des Gerichts feststehenden Gewissheit der Kausalität; umgekehrt müssen nach dem festgestellten Sachverhalt aber jedenfalls mehr Anhaltspunkte für als gegen den Ursachenzusammenhang sprechen. Ist eine Schädigung nicht erwiesen bzw. glaubhaft gemacht oder ein ursächlicher Zusammenhang nicht wahrscheinlich, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast – danach sind die Folgen der Nichterweislichkeit einer Tatsache von demjenigen zu tragen, dem diese Tatsache günstig wäre – zu Lasten des Klägers.

Nach Überzeugung des Senates leidet der Kläger an einer Mitralinsuffizienz II. Grades mit Vorhofdilatation, einer aorten Sklerose sowie an einer Trikuspidalklappeninsuffizienz III. Grades mit deutlicher RA-Dilatation und geringer PAH. Die Überzeugung des Senats gründet sich auf die insoweit im Wesentlichen übereinstimmenden internistisch-kardiologischen Gutachten Dr. A vom 15. September 1998 und Prof. Dr. H vom 27. April 2001, wobei hinsichtlich der konkreten Diagnosen der Senat dem Gutachten Prof. Dr. H hinsichtlich seiner Aktualität den Vorrang einräumt. Seinerzeit hatte Dr. A "lediglich" eine Trikuspidalinsuffizienz mit Schweregrad I bis II, Prof. Dr. H jedoch bereits eine Trikuspidalklappeninsuffizienz III. Grades diagnostiziert. Nach Überzeugung des Senats stellen jedoch die beim Kläger vorhandenen Gesundheitsstörungen keine Folgen einer Schädigung während des Dienstes in der deutschen Wehrmacht bzw. in Kriegsgefangenschaft dar und können dementsprechend nicht als Schädigungsfolgen anerkannt werden. Die bei ihm auf internistisch-kardiologischem Fachgebiet diagnostizierten Erkrankungen wurden nicht durch den Wehrdienst oder der Kriegsgefangenschaft verursacht. Der Sachverständige Prof. Dr. H hat auf der Grundlage der ihm vorliegenden medizinischen Unterlagen und einer ambulanten Untersuchung des Klägers nachvollziehbar und schlüssig ausgeführt, der Herzklappenfehler 1940 habe seinerzeit lediglich durch den Auskultationsbefund eines Herzgeräusches diagnostiziert werden können, wobei ein Herzgeräusch differenzialdiagnostisch mehrere Deutungen i.S. eines harmlosen akzidentell-funktionellen Geräusches, einer Herzklappenentzündung oder eines angeborenen bzw. erworbenen Herzfehlers zulasse. Entscheidend für die damalige Wertung sei die Tatsache, dass der Kläger kriegsverwendungsfähig geblieben sei, somit weder eine Herzklappenentzündung noch ein Herzklappenfehler mit Leistungseinschränkung bestanden haben konnte. Die 1949 festgestellte körperliche Behinderung bei leichter Herzinsuffizienz und Restzeichen von Dystrophie (Unterernährung) nach Kriegsgefangenschaft sei nichts Außergewöhnliches gewesen, da im Rahmen der Dystrophie häufig vorübergehend Herz-Kreislaufstörungen aufgetreten und in ärztlichen Leistungsbeurteilungen entsprechend berücksichtigt worden seien. Über 20 Jahre sei der Kläger seitens seines Herzens beschwerdefrei gewesen. Nach ca. 40 Jahren änderten sich im EKG Veränderungen i.S. einer KHK, etwa 10 Jahre später werde die Beschwerdesymptomatik der KHK angegeben und die Koronarinsuffizienz durch einen Ergometriebefund belegt, ferner die Herzrhythmusstörung der absoluten Arrhythmie bei Vorhofflimmern objektiviert. Bei der Echokardiografie 1997 seien die Herzklappen morphologisch unauffällig gewesen, 1998 finde sich

jedoch bei fibrosierten Klappensegeln der Mitralklappe eine Mitralinsuffizienz. Eine reine Mitralinsuffizienz auf dem Boden einer rheumatischen Klappenschädigung (Herzklappenentzündung) sei selten. In der Pathogenese erworbener Herzklappenerkrankungen dominierten heute degenerativ-sklerotische Klappenveränderungen gegenüber chronisch-entzündlichen. Nach dem kardiologischen Gutachten Dr. A. H. sei die Druckerhöhung im Lungenkreislauf mit Rechtsherzbelastung und Trikuspidalinsuffizienz (Cor pulmonale) als Folge der Mitralinsuffizienz anzusehen, da keine Lungengeräuscherkrankung vorliege. Eine der Ursachen für das Cor pulmonale sei aber die hypoxische Vasokonstriktion (Blutgefäßverengung) bei Kyphoskoliose. Im o. g. kardiologischen Gutachten werde als Befund eine ausgeprägte Kyphoskoliose des Klägers angegeben. Am ehesten sei somit die Druckerhöhung im Lungenkreislauf mit den o. g. Folgen auf das rechte Herz (Cor pulmonale) jedoch additiv durch Kyphoskoliose einerseits und degenerativ-fibrotisch bedingter Mitralinsuffizienz andererseits zu erklären. Eine wahrscheinlich auf eine Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung ursächlich zurückzuführende Schädigung/Gesundheitsstörung (gleich Schädigungsfolge) liege beim Kläger nicht vor.

Der Senat schließt sich den Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. H. H. vollinhaltlich an. Diese wurden auf dem hier relevanten internistisch-kardiologischen Fachgebiet abgegeben und sind in sich schlüssig und nachvollziehbar.

Nicht zu folgen vermag der Senat den Ausführungen im Gutachten Dr. A. H. vom 21. April 1992 und im Gutachten Dr. A. H. vom 15. September 1998. Während Dr. A. H. in ihrem Gutachten vom 21. April 1992 keinerlei Begründung dafür gibt, dass die von ihr diagnostizierte Herzinsuffizienz mit Neigung zu Dekompensation durch die schädigenden Ereignisse mit Wahrscheinlichkeit verursacht oder wesentlich mit verursacht wurde, gründet Dr. A. H. in seinem Gutachten vom 15. September 1998 seine Folgerungen auf der Annahme, dass der jetzt vorliegende Herzklappenfehler wahrscheinlich auf eine in Schieben verlaufende Herzklappenentzündung zurückzuführen sei, die annehmbarerweise 1940 begonnen habe und der ein weiterer Schub während der Kriegsgefangenschaft 1945 gefolgt sein könne. Zwar findet sich auf dem von der WSt übersandten Karteikarte unter dem 05. August 1940 die Eintragung "Herzklappenfehler". Diese konnte 1940 lediglich durch den Auskultationsbefund eines Herzgeräusches diagnostiziert werden, wobei ein Herzgeräusch differenzialdiagnostisch mehrere Deutungen i.S. eines harmlosen akzidentell-funktionellen Geräusches, einer Herzklappenentzündung oder eines angeborenen bzw. erworbenen Herzfehlers zuliege (Gutachten Prof. Dr. H. H.). Nach der Entlassung aus dem Lazarett, in dem sich der Kläger wegen des "Herzklappenfehlers" befand, blieb der Kläger kriegsverwendungsfähig, d. h. nach den vorliegenden Unterlagen kann nach Überzeugung des Senats keine Herzklappenentzündung oder ein Herzklappenfehler mit Leistungseinschränkung bestanden haben, jedenfalls sind diese nicht nachgewiesen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der amtsärztlichen Bescheinigung für Körperbehinderte des Gesundheitsamtes G. H. vom 28. März 1949, in dem eine leichte Herzinsuffizienz und Restzeichen von Dystrophie beim Kläger angegeben wurden. Das Vorliegen dieser Erkrankungen

war nach Auskunft des Gutachters Prof. Dr. H. J. H. nichts Außerordentliches, da im Rahmen der Dystrophie häufig vorübergehend Herz-Kreislaufstörungen aufgetreten und im ärztlichen Leistungsurteil entsprechend berücksichtigt worden seien. Anhaltspunkte dafür, dass der seinerzeit diagnostizierte Herzklappenfehler auf die wehrdienstrechtlichen Verhältnisse zurückszuführen ist, sind nicht ersichtlich, obwohl der Kläger selbst vorgetragen hat, er sei tauglich zum Kriegsdienst einberufen worden und diese Gesundheitsstörung hätte zum Zeitpunkt der Einberufung nicht vorgelegen.

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Herzklappenfehler und einer durch die Eigentümlichkeiten des Kriegsdienstes und der Gefangenschaft bedingten Streptokokken-Infektion kann als wahrscheinlich angesehen werden, wenn der Betroffene im bevorzugten Alter derartigen Schädigungen nachweislich ausgesetzt war und auf Grund der bekannten Entwicklungsverläufe der erworbene Klappenfehler eine Herzinnenhautentzündung in diesem Zeitraum angenommen werden kann (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1996, Nr. 99 Abs. 1, Seite 270). Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger seinerzeit an einer Streptokokken-Infektion erkrankt gewesen wäre, sind aus den Akten nicht ersichtlich und auch vom Kläger nicht vorgetragen.

Nach Auffassung des Senats hat der Kläger die bei ihm auf kardiologischem Fachgebiet diagnostizierte Erkrankungen entweder schon im Zeitpunkt der Einziehung zur deutschen Wehrmacht gehabt oder diese sind erst nach Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft eingetreten. Selbst wenn der Kläger im Zeitpunkt der Einziehung zur deutschen Wehrmacht einen Herzklappenfehler gehabt hätte, hätte sich dieser auf Grund der wehrdienstrechtlichen Verhältnisse bzw. der Verhältnisse in der Kriegsgefangenschaft nicht verschlimmert. SR B. J. hat dazu in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 19. Dezember 2000 ausgeführt, falls es sich um einen erworbenen Herzklappenfehler handle, stehe an erster Stelle eine rheumatische Endokarditis als Komplikation des rheumatischen Fiebers. Das rheumatische Fieber setze nach einer Latenzzeit von 10 bis 20 Tagen als Zweiterkrankung im Anschluss an einen Infekt der oberen Luftwege ein, beim Kläger also im November 1945 eine schwere, offenbar eitrige Mandelentzündung mit hohem Fieber und Gelenksymptomatik. Es sei eine vierwöchige Behandlung auf einer Krankenstation erfolgt, wobei davon ausgegangen werden könne, dass danach das Krankheitsbild noch nicht ausgeheilt gewesen sei. Gerade zu dem Entlassungszeitpunkt hätte die Karditis ihre gravierenden Symptome zeigen müssen. Dafür finde sich keinerlei Hinweis. Eine Karditis sei auch heute noch ein schweres Krankheitsbild, welches bis zum Pumpenversagen führen könne. Man müsse sich vergegenwärtigen, dass 1945 die therapeutischen Möglichkeiten in einem Kriegsgefangenenlager gegen Null tendierten, abgesehen vielleicht von fiebersenkenden Medikamenten. Penicillin habe damals weder in Kriegsgefangenenlagern noch in Deutschland zur Behandlung zur Verfügung gestanden. Des Weiteren sei davon auszugehen, dass die Resistenzlage bei Kriegsgefangenen doch erheblich gemindert gewesen sei. Auch die Arbeitsaufnahme mit täglich verkürzter Arbeitszeit hätte der Kläger unter

diesen Umständen beim Vorliegen einer Karditis nicht überlebt. Der Senat folgt den nachvollziehbaren Einschätzungen SR B vom 19. Dezember 2000, eine Verschlimmerung des möglicherweise vor Einziehung zum Wehrdienst vorliegenden Herzklappenfehlers durch eine Endokarditis ist nach Auffassung des Senats nicht wahrscheinlich.

Nach Auffassung des Senats hat SR B auch zutreffend ausgeführt, dass durchaus auch bei einer Feststellung von Herzgeräuschen eine Kriegsverwendungsfähigkeit möglich gewesen wäre. Zwar ist heute mit Sicherheit nicht mehr feststellbar, ob anlässlich der Musterungsuntersuchung das Herzgeräusch als akzidentelles Geräusch oder als durch Herzklappenfehler bedingtes fehlgedeutet worden ist, aber selbst bedingt kriegsverwendungsfähig wäre jemand gewesen, bei dem eine wesentliche Einschränkung der Leistungsbreite nicht bestanden hat (vgl. Stellungnahme SR B vom 19. Dezember 2000).

Dem Kläger kommen auch keine Beweiserleichterungen zugute.

Nach § 15 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Mai 1976 ([BGBl. I Seite 1169](#)) sind die Angaben des Antragstellers, die sich auf die mit der Schädigung im Zusammenhang stehenden Tatsachen beziehen, als glaubhaft zu Grunde zu legen, wenn Unterlagen nicht vorhanden sind oder nicht zu beschaffen sind. Die Beweiserleichterung erfasst auch alle Tatsachen, aus denen sich ergibt, dass es zu einer gesundheitlichen Schädigung gekommen ist (Rohr/Strasser, BVG, Kommentar, § 15 VfG-KOV-K1). Im Falle eines "Beweisnotstandes", d. h. in Fällen, in denen für die Feststellung anspruchsbegründender Tatsachen besondere Schwierigkeiten bestehen, kann eine Beweiserleichterung dergestalt gewährt werden, dass an die Bildung der richterlichen Überzeugung weniger hohe Anforderungen gestellt werden. Eine Beweiserleichterung gibt es nur für kriegsbedingte Beweisnot (BSG [SozR 3-3100 § 5 Nr. 2](#)). Die Beweisnot des Klägers ist allenfalls hinsichtlich der Dokumentation der Befunde der Kriegsgefangenschaft kriegsbedingt, da eine solche nicht möglich war. Aber selbst hier ergibt sich nach Überzeugung des Senats unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers keine andere Beurteilung als die o. a. Es spricht insgesamt mehr gegen als für einen ursächlichen Zusammenhang.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 16.09.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024