S 5 VI 25/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 VI 25/98
Datum	25.05.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 VJ 17/00
Datum	11.04.2003

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 25. Mai 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die Beteiligten haben einander auÃergerichtliche Kosten auch fÃ¼r das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der KlÃ¤ger begehrt von dem Beklagten BeschÃ¤digtenversorgung in rentenberechtigtem Grade nach dem HÃ¤ftlingshilfegesetz (HHG) bzw. Bundesversorgungsgesetz (BVG) u.a. wegen Erkrankung der Lunge infolge von Haftzeiten vom 14. Juni 1946 bis 20. Juli 1946 im GPU-Keller in E., anschlieÃend bis 18. November 1946 im GPU-GefÃ¤ngnis E. und danach bis 23. Januar 1950 im KZ S â¦

Der im â¦ 1930 geborene KlÃ¤ger ist anerkannter Schwerbehinderter/schwerbehinderter Mensch nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG)/Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX) mit den Behinderungen: traumatische KniegelenkinstabilitÃ¤t links; degenerative WirbelsÃ¤ulenverÃ¤nderungen, Wirbelgleiten und Wurzelreizsyndrom; Omarthrose links, Zwerchfellhernie und

Bluthochdruck mit einem Gesamt-Grad der Behinderung (GdB) von 70 sowie TrÃ¤ger des Merkzeichens "G" (erheblich beeintrÃ¤chtigt in der BewegungsfÃ¤higkeit im StraÃenverkehr); Abhilfebescheid des Beklagten vom 16. September 1993. Er war nach der Haftentlassung als Brauereiarbeiter, Heizer, Bauhilfsarbeiter, Hilfsschlosser, Presser und seit 1959 Ã¼berwiegend als Kraftfahrer erwerbstÃ¤tig. Im November 1976 erlitt er einen Arbeitsunfall mit Verletzung des linken Knies, der einen KÃ¶rperschaden von 35 v. H. mit einer entsprechenden Unfallrente nach sich zog. Der KlÃ¤ger bezog seit 29. August 1981 Invalidenrente, die zum 01. Januar 1992 nach dem Sozialgesetzbuch 6. Buch (SGB VI) umgewertet sowie angepasst und als Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit von der LVA Brandenburg geleistet worden ist. Seit 01. August 1995 bezieht der KlÃ¤ger Regelaltersrente von der LVA Brandenburg.

Am 15. Mai 1996 beantragte der KlÃ¤ger beim Amt fÃ¼r Soziales und Versorgung Frankfurt (Oder) fÃ¼r die Haftzeiten BeschÃ¤digtenversorgung nach dem HÃ¤ftlingshilfegesetz und machte zunÃ¤chst die GesundheitsstÃ¶rungen, Atemnot, Herzrasen, AsthmaanfÃ¤lle, Fettleber, Schmerzen im rechten Oberbauch, AngstzustÃ¤nde und Raumangst als Folge der UmstÃ¤nde wÃ¤hrend der Haftzeiten geltend. Er sei Ende Oktober 1946 im GPU-GefÃ¤ngnis E. in eine mit einer Eisschicht bedeckten Regentonne gestellt worden, um ein GestÃ¤ndnis von ihm zu erpressen. Im KZ S. habe er sich eine RippenfellentzÃ¼ndung, eine LungenentzÃ¼ndung, eine Hepatitis sowie eine BlinddarmentzÃ¼ndung zugezogen. Die Bronchitis sei niemals ausgeheilt und chronisch geworden. Er leide zudem unter Asthma. Von 1950 bis jetzt sei er bei einer Vielzahl von Ãrzten behandelt worden. Im Februar 1997 machte der KlÃ¤ger weiter den Verlust von sechs SchneidezÃ¤hnen wÃ¤hrend der Haft im GPU-GefÃ¤ngnis E. geltend.

Die Beklagte zog zum Verfahren die Bescheinigung gemÃ¤Ã Â§ 10 Abs. 4 HHG den KlÃ¤ger betreffend wegen der Inhaftierung vom 14. Juni 1946 bis 23. Januar 1950 bei; Kopie des Bescheides der Stiftung fÃ¼r ehemalige politische HÃ¤ftlinge vom 28. September 1995, Ã¤rztliche Gutachten Ã¼ber den Arbeitsunfall des KlÃ¤gers 1976, Ã¤rztliche AuskÃ¼nfte der FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin Dr. H., die im Dezember 1996 u.a. angab, die Dyphorie oder Depression beim KlÃ¤ger seien durch die Haft entstanden, weitere medizinische Unterlagen aus den Schwerbehindertenakten des KlÃ¤gers, u.a. ein Ã¤rztliches Gutachten des OrthopÃ¤den Dr. S., Kopie der Sozialversicherungsausweise des KlÃ¤gers mit Angaben beginnend ab 1957, Ã¤rztliche Unterlagen von 1994 Ã¼ber den KlÃ¤ger aus den Kliniken Bad W. und Altunterlagen seit 1981 aus dem UniversitÃ¤tsklinikum C. sowie weitere Krankenunterlagen aus dem Krankenhaus und der Poliklinik R. GmbH, vom Gesundheitsamt des Landkreises Oder-Spree und aus dem Krankenhaus K. bei.

Der Facharzt fÃ¼r Lungenkrankheiten Dr. C. fertigte unter dem 14. Juni 1997 ein Ã¤rztliches Gutachten nach Untersuchung des KlÃ¤gers am 30. Mai 1997, wegen dessen Einzelheiten auf Bl. 165 bis 172 der B-Akten des Beklagten verwiesen wird: Zur Vorgeschichte nach Angaben des KlÃ¤gers vermerkte Dr. C. u. a., seit Ende der 70er Jahre bestehe eine chronische rezidivierende bronchitische Symptomatik. Von den Diagnosen 1. Zustand nach Pleuritis exsudativa rechts wÃ¤hrend der Haftzeit

1946 bis 1950 mit basaler Lungenverschwartung und daraus resultierenden restriktiven VentilationsstÃ¶rungen mit LungenÃ¼berblÃ¤hung mÃ¤Ãigen Grades; 2. chronische obstruktive Lungenerkrankung mit dauernder zentraler und peripherer Obstruktion mittleren Grades ohne manifester Hypoxaemie; 3. chronische ischaemische Herzerkrankung bei Adipositas, essentieller Hypertonie, StoffwechselstÃ¶rungen und latenter cardialer Insuffizienz; 4. chronisch-rezidivierendes Lumbal- und Cervikalsyndrom bei degenerativen WirbelsÃ¤ulenverÃ¤nderungen sowie Gonarthrose links bei Zustand nach Meniskektomie 1978 sei die zuerst genannte GesundheitsstÃ¶rung voll als Folge der Haft anzuerkennen. Die als 2. genannte GesundheitsstÃ¶rung sei unter BerÃ¼cksichtigung der altersphysiologischen UmstÃ¤nde zumindest als bedingt und anteilig als Folge der durchgemachten Pleuritis exsudativa anzusehen. Die zu 3. und 4. genannten GesundheitsstÃ¶rungen seien nicht als mittelbare Folgen der Haft anzuerkennen. Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) fÃ¼r die Haftfolgen betrage 50 v. H.

In einem prÃ¼fÃ¤rztlichen Vermerk des versorgungsÃ¤rztlichen Dienstes des Beklagen (Dr. L., Juli 1997) wurde dem Gutachten des Dr. C. hinsichtlich der KausalitÃ¤t der VentilationsstÃ¶rung nicht gefolgt. Feststellungen im Gutachten seien ohne Diskussion der KausalitÃ¤t getroffen worden. Es fehlten Angaben zur Lebensweise des KlÃ¤gers im Gutachten.

Prof. Dr. T. vermerkte u.a. in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 27. November 1997 nach ambulanter Untersuchung des KlÃ¤gers am 25. August 1997 zur Eigenanamnese, der KlÃ¤ger habe gehÃ¤uft seit Ende der 70er Jahre unter Bronchitis gelitten. Der KlÃ¤ger leide an folgenden GesundheitsstÃ¶rungen: 1. rechtsseitige basale Brustfellschwarte nach Pleuritis exsudativa rechts 1947/1948 mit mittelgradiger EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion und chronisch obstruktiver Bronchitis; 2. chronisch-ischÃ¤mische Herzkrankheit bei Adipositas und essentiellem Hypertonus; 3. cerebrovaskulÃ¤re LabilitÃ¤t; 4. chronisch rezidivierendes Lumbal- und Cervikalsyndrom bei Osteochondrose; 5. Gonarthrose links nach Knietrauma 1978; 6. chronisch rezidivierende Magenbeschwerden bei Zwerchfellhernie; 7. BÃ¤nderriss linkes Sprunggelenk vor drei Monaten mit bestehenden Beschwerden; 8. Nierenzyste mit gelegentlichen Nierenbeschwerden und 9. beginnende sekundÃ¤re-neurotische Entwicklung bei akzentuierter PersÃ¶nlichkeitsstruktur und konflikthafter Verarbeitung des derzeitigen Bearbeitungsverlaufes seines Antrages. Hiervon seien als SchÃ¤digungsfolge die unter 1. genannten GesundheitsstÃ¶rungen mit einer MdE von 50 v. H. direkt auf das schÃ¤digende Ereignis zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Der KlÃ¤ger habe ihm glaubhaft angegeben, er habe seit dieser Zeit eine chronische Bronchitis mit entsprechenden Beschwerden und EinschrÃ¤nkungen der Atmungsfunktionen gehabt. Deshalb mÃ¼sse diese Erkrankung als haftbedingt anerkannt werden. Wegen der Einzelheiten des Gutachtens des Prof. Dr. T. wird auf Bl. 179 bis 197 der B-Akten des Beklagten verwiesen.

Nach weiterem PrÃ¼fvermerk der VersorgungsÃ¤rztin Dr. L. im Dezember 1997 (Bl. 198 der B-Akten) seien als SchÃ¤digungsfolge eine "basale Pleuraschwarte rechts infolge RippenfellentzÃ¼ndung" mit einer MdE von weniger als 10 v.H.

anzuerkennen. Dem Gutachten von Dr. C. kÃ¶nne sie hinsichtlich der KausalitÃ¤t der heute noch nachgewiesenen VentilationsstÃ¶rung nicht folgen, da der Nachweis eines engen zeitlichen Zusammenhangs zwischen Haftentlassung und Beginn von bronchitischen Beschwerden nicht erbracht worden sei. Eine Diskussion zu schÃ¤digungsunabhÃ¤ngigen Kausalfaktoren (Alterung, Lebensgewohnheiten) lasse das Gutachten vermissen. Die heutige LungenÃ¼berblÃ¤hung und chronische Bronchitis mit VentilationsstÃ¶rung sei nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die in der Haft durchgemachte RippenfellentzÃ¼ndung zurÃ¼ckzufÃ¼hren und deswegen eine NichtschÃ¤digungsfolge. BrÃ¼ckensymptome bis 1981 fehlten. Dem Gutachten von Prof. Dr. T. kÃ¶nne nicht gefolgt werden. Er habe keine haftbedingten StÃ¶rungen nachweisen kÃ¶nnen. Eine Hiatushernie, Blinddarmoperation 1948, Fettleber und Lungenemphysem seien ebenfalls als NichtschÃ¤digungsfolgen zu bewerten, weil BrÃ¼ckensymptome fehlten.

Das Amt fÃ¼r Soziales und Versorgung Frankfurt (Oder) stellte die GesundheitsstÃ¶rung "basale Pleuraschwarte rechts infolge RippenfellentzÃ¼ndung" wegen der Inhaftierung vom 14. Juni 1946 bis 23. Januar 1950 als SchÃ¤digungsfolge nach dem BVG i. V. m. dem HHG mit Anspruch auf Heilbehandlung ab 15. Mai 1996 ohne eine MdE von wenigstens 25 v. H. fest; Bescheid vom 17. Februar 1998. Nicht zur Anerkennung als SchÃ¤digungsfolgen gelangten die GesundheitsstÃ¶rungen: Hiatushernie, Gelbsucht, Lungenemphysem, Fettleber, Fraktur der linken Kniescheibe, Blinddarmoperation, chronische Bronchitis mit VentilationsstÃ¶rung.

Der KlÃ¤ger legte hiergegen am 27. Februar 1998 Widerspruch ein: Die chronische Bronchitis sei Folge der Inhaftierung. Er habe von Juli bis Oktober 1946 im GPU-GefÃ¤ngnis E. in feuchten Kellern und Verliesen liegen mÃ¼ssen. Das Wasser sei mitunter von den WÃ¤nden getropft. Seine Gesundheit sei durch Folter weiter geschÃ¤digt worden. Die GesundheitsstÃ¶rungen wie Fraktur der linken Kniescheibe, Blinddarmoperation und Gelbsucht habe er nicht als Haftschaden geltend gemacht. Die Hiatushernie habe aber schon nach seiner Haftentlassung und auch in den letzten anderthalb Jahren bestanden. HauptsÃ¤chlich in der Nacht leide er unter schmerzhaftem Sodbrennen, das behandelt werden mÃ¼sse. Er habe aber auch den Verlust von SchneidezÃ¤hnen als SchÃ¤digungsfolge geltend gemacht. Ihm sei nach einem Fluchtversuch aus dem KZ S. infolge Fesselung der linke Arm ausgekugelt. Sein jetzt behandelnder Arzt fÃ¼hre die Beschwerden in diesem Schultergelenk auf diese Behandlung zurÃ¼ck. Er nehme hierzu Bezug auf einen Arztbrief des Chefarztes Dr. Z. aus dem H. Klinikum Bad S. (Februar 1998) und auf das Gutachten des Dr. C., der eine SchÃ¤digungsfolge von 50 v. H. zur Anerkennung vorgeschlagen habe. Auch der neurologisch-psychiatrische Gutachter Prof. Dr. T. bewerte eine leichtere neurotische StÃ¶rung mit psychosomatischem Beschwerdebild mit einer MdE von 10 v. H., die anerkannt werden mÃ¼sste. Insgesamt habe die MdE 70 v. H. zu betragen.

Der Facharzt fÃ¼r Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Umweltmedizin und Rehabilitationswesen Prof. Dr. S. hat am 12. August 1998 ein Gutachten nach Aktenlage gefertigt: Ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der Haftentlassung und dem Beginn der bronchitischen Beschwerden lieÃe sich nicht

feststellen. Eine chronische Bronchitis werde erst 1984 erwÃ¤hnt, also 34 Jahre nach der Haftentlassung. Auch seien in den Unterlagen keine weiteren Hinweise fÃ¼r eine rezidivierende chronisch-obstruktive Lungenerkrankung in den Jahren 1946 bis 1984 nachweisbar. Nach der gÃ¤ngigen Lehrmeinung sei es mÃ¶glich, dass ungÃ¼nstige LebensumstÃ¤nde wie KZ oder Kriegsgefangenschaft die Entstehung einer chronischen Bronchitis begÃ¼nstigen kÃ¶nnten. Voraussetzung zur Anerkennung der KausalitÃ¤t sei der Nachweis eines engen zeitlichen Zusammenhangs, wonach die bronchitischen Beschwerden sich bereits nach RÃ¼ckkehr aus der Haft hÃ¤tten manifestieren mÃ¼ssen. LÃ¤gen jedoch Jahre oder Jahrzehnte, wie hier beim KlÃ¤ger, zwischen der Haftentlassung und den bronchitischen Beschwerden, mÃ¼sse angenommen werden, dass andere Kausalfaktoren wie Alterung, Lebensgewohnheiten, Zigarettenkonsum und berufliche Faktoren als Ursachen in Frage kÃ¤men. Daher sei es hÃ¶chst unwahrscheinlich, dass die nun vorhandene leicht- bis mittelgradige chronisch-obstruktive Lungenerkrankung mit LungenblÃ¤hung etwa 34 Jahre spÃ¤ter durch die Haft ausgelÃ¶st worden sei. Unter BerÃ¼cksichtigung der medizinischen Lehrmeinung bestehe auch keine KausalitÃ¤t zwischen der im Jahre 1949 erlittenen Pleuritis und der nach etwa 34 Jahren aufgetretenen chronischen Bronchitis. Fragen zum Verlust von SchneidezÃ¤hnen, einer Hiatushernie und Beschwerden in der linken Schulter kÃ¶nne er nicht beantworten. Wegen der Einzelheiten des Gutachtens des Prof. Dr. S. wird auf Bd. II Bl. 28 bis 36 der B-Akten des Beklagten verwiesen.

Die VersorgungsÃ¤rztin und Sozialmedizinerin Dr. F. (September 1998) empfahl den Verlust der ZÃ¤hne (SchneidezÃ¤hne 12, 11, 21, 22, 41, 31) als SchÃ¤digungsfolge ohne eine MdE anzuerkennen. Die GesundheitsstÃ¶rung im Bereich der linken Schulter stÃ¼nde in keinem ursÃ¤chlichen Zusammenhang mit dem schÃ¤digenden Ereignis, denn im RÃ¶ntgenbefund von Oktober 1984 seien keine knÃ¶chernen VerÃ¤nderungen beschrieben. Aus den Originalunterlagen der FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin Dr. B. ergebe sich fÃ¼r den Zeitraum Februar 1977 bis MÃ¤rz 1983 u. a. eine Behandlung wegen Magenbeschwerden.

Das Landesamt fÃ¼r Soziales und Versorgung â Landesversorgungsamt â stellte durch Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 1998 den Verlust der ZÃ¤hne 12, 11, 21, 22 als SchÃ¤digungsfolge nach dem HHG fest und wies im Ãbrigen den Widerspruch im Wesentlichen aus den GrÃ¼nden des Gutachtens des Prof. Dr. S. als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Wegen der Einzelheiten des Widerspruchsbescheids wird auf Bd. II Bl. 35 bis 38 der B-Akten des Beklagten verwiesen.

Der KlÃ¤ger hat am 16. November 1998 Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) mit dem Begehren erhoben, die chronische Bronchitis als SchÃ¤digungsfolge mit rentenberechtigenden Grade anzuerkennen. Prof. Dr. S. habe sich unter anderem auf die Epikrisen aus den Krankenunterlagen aus dem Krankenhaus B.-K., der C. in B., dem H. Klinikum in Bad S. sowie eines Krankenberichtes aus der Kurklinik in Bad W. bezogen. Diese gesundheitlichen Einrichtungen seien, was die chronische Bronchitis anbelange, nicht relevant beziehungsweise aussagekrÃ¤ftig. In diesen Einrichtungen habe er sich ausschlieÃlich zur Behandlung von orthopÃ¤dischen Leiden befunden. Nach seiner durchgemachten Pleuritis

exsudativa im KZ S. (November 1946 bis Januar 1950) sei er zunÃ¤chst mit einem Medikament behandelt worden, damit er besser abhusten kÃ¶nne. Dieses Medikament sei nicht ungefÃ¤hrlich gewesen und er habe es unter strenger Ã¤rztlicher Kontrolle einnehmen mÃ¼ssen. Aus diesem Grunde sei er wÃ¤hrend der Haft von Dr. L. fÃ¼nf Monate betreut worden. Dieser habe ihm geraten, sich nach einer eventuellen Haftentlassung sofort in Ã¤rztliche Behandlung zu begeben, was auch geschehen sei. Er habe nach der Haftentlassung bei seinen Eltern gewohnt (O. im Kreis A.) und sich zur Behandlung in die Poliklinik A. begeben. Er habe unter Atemnot gelitten und bei Belastung auch Schmerzen in der rechten vorderen Brustseite gehabt. RÃ¶ntgenaufnahmen seien angefertigt worden. Auf die Frage des behandelnden Arztes, woher er sich die Erkrankungen zugezogen habe, habe er angegeben, er habe sich in einem sowjetischen Konzentrationslager S. befunden und dort eine nasse RippenfellentzÃ¼ndung durchgemacht. Der Arzt habe sich diesen Ton verbeten und ihn darauf hingewiesen, die sowjetischen Genossen hÃ¤tten keine Konzentrationslager besessen. Bis 1954 sei eine Ã¤rztliche Behandlung bei Dr. B. erfolgt, anschlieÃend (bis 1958) bei Dr. W. in E â¦ Die Behandlung sei dann von Dr. W. in E. fortgefÃ¼hrt worden. Eine weitere Behandlung habe anschlieÃend im Krankenhaus/Poliklinik in R. stattgefunden. Dort seien keine Krankenunterlagen mehr Ã¼ber ihn verfÃ¼gbar. Er habe bis zum Gesundheitsamt in B. Erkundigungen eingezogen. Nirgends seien Unterlagen Ã¼ber ihn vorhanden. Mit Verwunderung stelle er fest, Prof. Dr. S. habe vom Gesundheitsamt in Beeskow pulmologische Unterlagen erhalten. Im Jahre 1950 sei er von dem damaligen Arbeitsamt in A. zum Uranbergbau nach Aue vermittelt worden. Ein russisches ÃrzteteamÃ habe die Untertagetauglichkeit geprÃ¼ft. Seine Lunge sei durchleuchtet worden und er habe nach dem Befund sofort eine RÃ¼ckfahrkarte nach Hause erhalten. Wegen seiner Lungenerkrankung habe er auch eine TÃ¤tigkeit im Steinkohlebergbau im Ruhrgebiet, die ihm das Arbeitsamt in West-Berlin vermittelt habe vermitteln, nicht bekommen. Ihm sei gesagt worden, fÃ¼r Arbeiten im Bergbau unter Tage komme er nicht in Betracht. Er habe aufgrund seiner Krankheit auch nicht schwere kÃ¶rperliche Arbeiten verrichten kÃ¶nnen. Er habe als ungelernter Arbeiter bei Bauern gearbeitet (KÃ¼he gehÃ¼tet, leichte vorkommende Arbeiten in der Landwirtschaft verrichtet). Sozialversicherungsausweise fÃ¼r die Jahre 1950 bis 1957 seien bei der Antragstellung seiner Invalidenrente (1959) auf dem BehÃ¶rdenweg verlorengegangen, so dass diese Zeit leider nicht nachvollziehbar sei. DarÃ¼ber hinaus hÃ¤tten die Eintragungen im Sozialversicherungsausweis jedenfalls fÃ¼r die Zeit bis 1954 ohnehin keine weiteren Erkenntnisse ergeben, weil die Arztbesuche von den Bauern/Arbeitgebern privat bezahlt worden seien. Die GrÃ¼nde im Widerspruchsbescheid kÃ¶nnten ihn nicht Ã¼berzeugen. Er mache die so genannte "Kann-Versorgung" geltend.

Mit den Beteiligten hat vor dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) am 11. MÃ¤rz 1999 ein ErÃ¶rterungstermin stattgefunden, in dem der KlÃ¤ger unter anderem erklÃ¤rt hat, die Anerkennung der chronischen Bronchitis als SchÃ¤digungsfolge und entsprechende Grundrente zu begehren.

Zum Verfahren hat die FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin Dr. H. Krankenunterlagen Ã¼ber den KlÃ¤ger Ã¼bersandt. Die Poliklinik R. hat im MÃ¤rz

1999 mitgeteilt, der KlÃ¤ger habe sich von 1977 bis 1981 in Betreuung der orthopÃ¤dischen Poliklinik des Krankenhauses R. befunden. Ablichtungen der vorhandenen Unterlagen sind zu den Gerichtsakten gereicht worden. Das Gesundheitsamt des Landkreises Uckermark hat im Mai 1999 mitgeteilt, dass Ã¼ber den KlÃ¤ger keine Krankenunterlagen und RÃ¶ntgenaufnahmen vorliegen wÃ¼rden.

Die VersorgungsÃ¤rztin und Sozialmedizinerin Dr. F. hat im Juni 1999 die beigezogenen medizinischen Unterlagen Ã¼ber den KlÃ¤ger ausgewertet und festgestellt, dass Angaben zur Bronchitis sich in diesen Berichten nicht befÃ¤nden. Auch anhand der Originalbehandlungsunterlagen der FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin Dr. H. lieÃen sich keine BrÃ¼ckensymptome hinsichtlich der chronischen Bronchitis zu dem vom KlÃ¤ger geltend gemachten schÃ¤digenden Ereignis feststellen.

Das Sozialgericht Frankfurt (Oder) hat durch Urteil vom 25. Mai 2000 die Klage als unbegrÃ¼ndet abgewiesen: BrÃ¼ckensymptome zwischen dem schÃ¤digenden Vorgang und der vom KlÃ¤ger geltend gemachten GesundheitsstÃ¶rung seien nicht festzustellen. Der KlÃ¤ger habe selbst mehrfach erklÃ¤rt, dass er seit Ende der 70er Jahre an einer Bronchitis leide. Prof. Dr. S. habe zutreffend fehlende BrÃ¼ckensymptome festgestellt und deswegen ebenfalls einen ursÃ¤chlichen Zusammenhang verneint. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne sich auch nicht auf die so genannte "Kann-Versorgung" nach Â§ 4 Abs. 5 HHG berufen. Die chronische Bronchitis sei keine Krankheit nach Nummer 39 Abs. 7 der Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (Ausgabe 1996 â AHP 1996). Wegen der Einzelheiten des Urteils wird auf Bl. 96 bis 105 der Gerichtsakten verwiesen.

Gegen das am 20. Juli 2002 zugestellte Urteil hat der KlÃ¤ger am 18. August 2000 Berufung eingelegt und sein Begehren unter Bezugnahme der Gutachten des Dr. C. und Prof. Dr. T. weiter verfolgt. Es sei unzutreffend, dass er erst in den 70er Jahren an einer chronischen Bronchitis gelitten habe. Wahr sei, dass er zum ersten Mal 1950 mit der Erkrankung einer Bronchitis konfrontiert worden sei. In diesem Zusammenhang sei er nach Ã¤rztlicher Untersuchung fÃ¼r den Bergbau untauglich worden. Wenn 1964 eine ArbeitsunfÃ¤higkeit wegen akuter Bronchitis in seinen Unterlagen dokumentiert sei, so sei dies ein Zeichen dafÃ¼r, er habe an dieser Krankheit gelitten. Wenn er Ende der 70er Jahre unter Atemnot gelitten habe, so sei dies darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hren, dass er zu diesem Zeitpunkt wieder Lkw-Fahrer tÃ¤tig geworden sei. Hierzu habe Ã¼berwiegend die Belieferung von LebensmittelgeschÃ¤ften mit Waren des tÃ¤glichen Gebrauchs gehÃ¶rt. Als Kraftfahrer habe er auch schon mal mit bzw. entladen mÃ¼ssen. Daher habe er zu dieser Zeit hÃ¤ufiger an Atemnot gelitten.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 25. Mai 2000 sowie den Bescheid des Amtes fÃ¼r Soziales und Versorgung Frankfurt (Oder) vom 17. Februar 1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides des Landesversorgungsamtes vom 19.

Oktober 1998 zu Ã¤ndern und den Beklagten zu verurteilen, die GesundheitsstÃ¶rung chronische Bronchitis als SchÃ¤digungsfolge anzuerkennen und BeschÃ¤digtenversorgung nach einer MdE von mindestens 25 v. H. zu gewÃ¤hren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Er nimmt im Wesentlichen Bezug auf die EntscheidungsgrÃ¼nde des erstinstanzlichen Urteils.

Zum Verfahren sind im Original die Sozialversicherungsausweise, die Rentenakten den KlÃ¤ger betreffend bei der Landesversicherungsanstalt Brandenburg (VSNR â¦) und Krankenunterlagen Ã¼ber den KlÃ¤ger vom Gesundheitsamt des Landkreises Oder-Spree im Original beigezogen worden.

Mit den Beteiligten hat am 20. Juli 2001 ein Termin mit Beweisaufnahme stattgefunden. Als Zeugin ist die Ehefrau des KlÃ¤gers zum Beweisthema: Umfang des Gesundheitszustandes des KlÃ¤ger von 1950 bis jetzt gehÃ¶rt worden; wegen der Einzelheiten ihrer Aussage wird auf Blatt 163 der Gerichtsakten verwiesen. Zum selben Beweisthema ist am 29. August 2001 ein weiterer ErÃ¶rterungstermin zur Beweisaufnahme mit Vernehmung der Zeuginnen bzw. Zeugen H. S., G. und G. L. durchgefÃ¼hrt worden. Wegen der Einzelheiten der Aussage der Zeugen H. S., G. L. und G. L. wird auf Blatt 179 bis 181 der Gerichtsakten verwiesen.

Durch versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme vom 09. August 2001 sind die DiagnoseschlÃ¼sselkennzahlen in den Sozialversicherungsausweisen des KlÃ¤gers entschlÃ¼sselt worden. Wegen der Einzelheiten hierzu wird auf Bl.173 â 174 der Gerichtsakten verwiesen.

Der Arzt fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologe, Sport-, Schlaf- und Umweltmedizin Dr. S. hat am 21. Juni 2002 nach Untersuchung des KlÃ¤gers am 30. April 2002 ein lungenfachÃ¤rztliches Gutachten nach Szintigrafie erstellt. Der KlÃ¤ger leide auf internistisch-pneumologischem Gebiet an zwei Krankheitsbildern, an einer rechtsseitige Pleuraverschwielung und einer chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankung. Anamnestisch lasse sich die Pleuraverschwielung am ehesten auf die Ende der 40er Jahre durchgemachte Lungen- und RippenfellentzÃ¼ndung zurÃ¼ckfÃ¼hren. Aktenkundig finde sich eine Beschreibung einer rechtsseitigen Pleuraschwiele erstmalig im September 1996. In einem der Sozialversicherungsausweise sei eine erstmalige DurchfÃ¼hrung einer RÃ¶ntgenaufnahme der Lunge im Juni 1968 belegt. Ein RÃ¶ntgenbefund der Thoraxorgane aus den 50er und 60er Jahren sei nicht aktenkundig. Da aber kein relevantes klinisches Ereignis im Sinne von ausgeprÃ¤gter LungenentzÃ¼ndung mit Rippenfellbeteiligung und Wasseransammlung im Bereich der Lunge (Pleuraerguss) in den folgenden Jahre vorgelegen habe, sei eine RÃ¼ckdatierung zu dem Ereignis Ende der 40er Jahre klinisch-anamnestisch am wahrscheinlichsten. Kein Zweifel bestehe an einer ausgeprÃ¤gten chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankung.

Nach Aussage des KlÃ¤gers bestÃ¼nden broncho-pulmonale Beschwerden, im Wesentlichen Belastungskurzatmigkeit, bereits seit Ende der 40er Jahre und wÃ¼rden auf die LungenentzÃ¼ndung mit RippenfellentzÃ¼ndung zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Auch die BerufsausfÃ¼hrung des KlÃ¤gers sei immer wieder durch Belastungskurzatmigkeit eingeschrÃ¤nkt gewesen. Ãrztliche Dokumente zum Beleg einer Behandlung wegen einer chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankung in den 50er bis 70er Jahren fehlten. WÃ¤hrend einer KurmaÃnahme im Sommer 1993 seien erstmalig typisch klinische Untersuchungsergebnisse einer solchen Krankheit beschrieben worden. Im Sozialversicherungsausweis finde sich ein Eintrag Ã¼ber eine Behandlung in einer Lungenabteilung im I. Quartal 1980. Lungenfunktionsdaten, die eine ausgeprÃ¤gte obstruktive VentilationsstÃ¶rung dokumentierten, fÃ¤nden sich erst im September 1996. Aktuell liege eine mittelschwere obstruktive VentilationsstÃ¶rung mit deutlicher LungenÃ¼berblÃ¤hung vor und Auftreten einer GasaustauschstÃ¶rung (Hyperkapnie) unter Belastungsbedingungen, so dass die kÃ¶rperliche LeistungsfÃ¤higkeit durch die pulmonale Erkrankung limitiert sei. Eine chronische Bronchitis und auch die chronisch-obstruktive Bronchitis trÃ¤ten hÃ¤ufig auf. Querschnittsuntersuchungen in Deutschland hÃ¤tten gezeigt, dass bei etwa 14 % der erwachsenen BevÃ¶lkerung mit einer EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion zu rechnen sei. Der Prozess, der zur chronischen Bronchitis und zur chronisch-obstruktiven Bronchitis fÃ¼hre, werde durch exogene und durch endogene Faktoren verursacht und moduliert. Als wesentliche Faktoren seien zu nennen das Inhalationsrauchen, berufliche Inhalationsschadstoffe, Luftverunreinigung, Infekte. Exogen-allergische Faktoren kÃ¶nnten aufgrund klinisch-anamnestischer Daten und des aktuellen Allergietestergebnisses ausgeschlossen werden. Der KlÃ¤ger habe angegeben, nie geraucht zu haben. Der aktuell bestimmte CO-Hb-Wert spreche fÃ¼r einen Nichtraucher. Bei Nachfrage wÃ¼rden keine gehÃ¤uft auftretenden broncho-pulmonalen Infekte angegeben. Eine letzte antibiotische Behandlung wegen eines Atemwegsinfektes sei vor fÃ¼nf Jahren notwendig gewesen. Aufgrund der beruflichen TÃ¤tigkeit ergebe sich kein Hinweis auf eine Exposition gegenÃ¼ber beruflichen Inhalationsnoxen. Auf der einen Seite sei der Gesundheitszustand des KlÃ¤gers durch Aussagen der Zeugen (Ehefrau, Nachbarn, Bekannte) dargestellt worden, wonach der KlÃ¤ger bereits Anfang der 50er Jahre unter Belastungskurzatmigkeit gelitten habe. Der zum Zeitpunkt der Inhaftierung knapp 16-jÃ¤hrige KlÃ¤ger sei nach anamnestischen Daten vorher lungengesund gewesen. Andererseits lÃ¤gen keinerlei medizinische Daten aus den 50er, 60er und 70er Jahren vor, die eine Behandlungspflichtigkeit broncho-pulmonaler Beschwerden belegten. Auch lieÃen sich keine anamnestischen Daten Ã¼ber wiederholt auftretende broncho-pulmonale Effekte in zeitlicher Folge nach Entlassung aus der Haft finden. Die wÃ¤hrend der Haft erlittene Pleuropneumonie habe zu einer Verschwielung der Lungen gefÃ¼hrt, die allein jedoch nicht ursÃ¤chlich fÃ¼r die ausgeprÃ¤gte LungenfunktionsstÃ¶rung sei. Die aktuell durchgefÃ¼hrte nuklearmedizinische Untersuchung zeige eine homogene Durchblutungsverteilung rechts zu links. BrustfellentzÃ¼ndungen mit folgenden Verwachsungen (Pleuraschwiele) kÃ¶nnten grundsÃ¤tzlich zu FunktionsstÃ¶rungen im Bereich der Lunge fÃ¼hren. Das AusmaÃ der rÃ¶ntgenologisch-manifesten Verschwielung sei aber relativ gering und die nuklearmedizinische Untersuchung habe keine sichere funktionelle Verschlechterung der betroffenen rechten Seite darlegen kÃ¶nnen. Ein

ursÃ¤chlicher Zusammenhang zwischen der wÃ¤hrend der Haft erlittenen LungenentzÃ¼ndung und RÃ¼ckenfellentzÃ¼ndung mit der vorliegenden ausgeprÃ¤gten chronisch-obstruktiven Bronchitis sei als nicht wahrscheinlich anzusehen. Es fehlten medizinisch relevante Daten bezÃ¼glich einer dauerhaften Behandlungspflichtigkeit aufgrund broncho-pulmonaler Beschwerden im engen zeitlichen Zusammenhang in den 50er bis 70er Jahren. Dr. C. kÃ¶nne er (Dr. Schultbraucks) nicht folgen, weil dieser lediglich Behauptungen aufgestellt und seine Ansicht nicht begrÃ¼ndet habe. Selbst Prof. Dr. T. habe in seinem Gutachten unter anderem vermerkt, zusammenfassend kÃ¶nne aus den Aktenunterlagen ersehen werden, dass bei frÃ¼heren Begutachtungen aus den 70er Jahren die jetzt im Vordergrund stehende VentilationsstÃ¶rung der Lungen gutachterlich keine Rolle gespielt habe. Andererseits fÃ¼hre aber dieser Gutachter an, der KlÃ¤ger habe glaubwÃ¼rdig broncho-pulmonale Beschwerden im zeitlich unmittelbaren Zusammenhang nach der Inhaftierung angegeben. Sie seien deswegen Folge der verbrachten Haft. Dem kÃ¶nne er (Dr. S.) nicht zustimmen. Er habe Zweifel an dem kausalen Zusammenhang. Wegen der Einzelheiten des Gutachtens wird auf Bl. 211 bis 235 der Gerichtsakten verwiesen.

Mit Schriftsatz vom 17. MÃ¤rz 2003 hat der ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤ger unter anderem beanstandet, der SachverstÃ¤ndige Dr. S. habe sich nicht ausreichend mit den anamnestischen Angaben des KlÃ¤gers beziehungsweise den Angaben der Zeugen auseinandergesetzt. In ergÃ¤nzender lungenfachÃ¤rztlicher Stellungnahme vom 02. April 2003 ist Dr. S. nicht von seiner im Gutachten eingenommen Meinung auch unter BerÃ¼cksichtigung eigenanamnestischen Angaben des KlÃ¤gers und der fremdanamnestischen Angaben der Zeugen abgewichen. Im Einzelnen wird hierzu auf Bl. 256 bis 257 der Gerichtsakten verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Vorbringen der Beteiligten wird auf zwei BÃ¤nde Gerichtsakten, zwei BÃ¤nde B-Akten des Beklagten (Grdl.-Nr â¦), Akten des Gesundheitsamtes Beeskow/Landkreis Oder-Spree, Personalakten des KlÃ¤gers, zwei BÃ¤nde Verwaltungsakten der Landesversicherungsanstalt Brandenburg (VSNR â¦) verwiesen. Die Akten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet. Das Sozialgericht Frankfurt (Oder) hat die zulÃ¤ssige Klage zu Recht abgewiesen. Die angegriffenen Verwaltungsentscheidungen des Beklagten sind rechtmÃ¤Ãig und verletzten den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf GewÃ¤hrung von BeschÃ¤digtenversorgung nach den Vorschriften des HHG bzw. des BVG, weil die gesetzlichen Voraussetzungen hierfÃ¼r nicht vorliegen.

Es kann dahinstehen, ob Anspruchsgrundlage fÃ¼r das Begehren des KlÃ¤gers der Tatbestand des Â§ 4 Abs. 1 in Verbindung mit Â§ 1 Abs. 1 Nr. 1 HHG ist, wofÃ¼r die anspruchsbegrÃ¼ndende Bescheinigung der ehemaligen Stiftung fÃ¼r politische

HÃ¤ftlinge vom 28. September 1995, mit der ein Gewahrsam des KlÃ¤gers im Sinn des Â§ 1 Abs. 1 Nr. 1 HHG vom 14. Juni 1946 bis 23. Januar 1950 sowie das Fehlen von AusschlussgrÃ¼nden des Â§ 2 HHG verbindlich fÃ¼r die Versorgungsverwaltung festgestellt worden ist (vgl. BSG, Urteil vom 02. MÃ¤rz 1983, 8 a RVh 1/82; Der Versorgungsbeamte 1983, 83), spricht oder hier Â§ 1 Abs. 1, Abs. 2 Buchstabe a in Verbindung mit Â§ 5 Abs. 1 Buchstabe d BVG anwendbar ist. Nach Nr. 4 der Verwaltungsvorschrift zu Â§ 5 BVG ist nÃ¤mlich auch die "Internierung in Arbeits- und sonstigen Lagern durch die Besatzungsmacht" ein schÃ¤digender Vorgang im Sinne des Â§ 5 Abs. 1 Buchstabe d BVG (Kriegseinwirkung infolge Besetzung im Zusammenhang mit einer "besonderen Gefahr"). NÃ¤here UmstÃ¤nde, warum es zur Inhaftierung des KlÃ¤gers nach seinen Angaben in den GPU-Kellern in A. bzw. im GPU-GefÃ¤ngnis in E. oder im KZ S. gekommen ist, erschlieÃen sich aus den Verwaltungs- oder Gerichtsakten nicht. Der KlÃ¤ger gibt im Zusammenhang mit den erlittenen GesundheitsstÃ¶rungen an, dass von ihm ein GestÃ¤ndnis habe erpresst werden sollen. Weiter ist allerdings darauf hinzuweisen, dass eine Internierung deutscher StaatsangehÃ¶riger oder deutscher VolkszugehÃ¶riger dann nicht nach dem BVG angenommen werden kann, wenn sie auf erheblicher nationalsozialistischer BetÃ¤tigung oder auf einer strafbaren Handlung beruht hat, die nach den im Bundesgebiet geltenden Strafgesetzen ein Verbrechen oder Vergehen ist und zur Verurteilung zu einer erheblichen Freiheitsstrafe gefÃ¼hrt hÃ¤tte (vgl. Verwaltungsvorschrift zu Â§ 1 Nr. 6 BVG). Jedenfalls fehlt es bezÃ¼glich der hier geltend gemachten GesundheitsstÃ¶rung des KlÃ¤ger "chronische Bronchitis" sowohl nach Â§ 4 Abs. 5 Satz 1 HHG als auch nach Â§ 1 Abs. 3 Satz 1 BVG am notwendigen ursÃ¤chlichen Zusammenhang mit Einwirkungen wÃ¤hrend der Internierung des KlÃ¤gers.

Nach Â§ 4 Abs. 5 Satz 1 HHG beziehungsweise Â§ 1 Abs. 3 Satz 1 BVG genÃ¼gt zur Anerkennung einer GesundheitsstÃ¶rung als Folge einer SchÃ¤digung (so genannte haftungsausfÃ¼llende KausalitÃ¤t) die Wahrscheinlichkeit des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs. Diese Wahrscheinlichkeit ist dann gegeben, wenn nach der geltenden Ã¤rztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr beziehungsweise gewichtigere Tatsachen fÃ¼r als gegen einen ursÃ¤chlichen Zusammenhang sprechen. Lediglich die MÃ¶glichkeit eines Zusammenhangs oder ein zeitlicher Zusammenhang genÃ¼gt allerdings nicht (vgl. insoweit Fehl in Wilke, Soziales EntschÃ¤digungsrecht â Kommentar, 7. Auflage, zu Â§ 1 BVG Rdnr. 64, 65 m. w. N.). Nach der auch im Versorgungsrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung ist im Ãbrigen zu beachten, dass nicht jeder Umstand, der irgendwie zum Erfolg beigetragen hat, rechtlich beachtlich ist, sondern nur die Bedingungen, die unter AbwÃ¤gung ihres verschiedenen Wertes wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg diesen wesentlich herbeigefÃ¼hrt haben (Fehl, a. a. O., zu Â§ 1 BVG Rdnr. 67 m. w. N.). Haben mehrere UmstÃ¤nde zum Erfolg beigetragen, sind sie versorgungsrechtlich nur dann nebeneinanderstehende Mitursachen, wenn sie in ihrer Bedeutung und Tragweite fÃ¼r den Eintritt des Erfolges annÃ¤hernd gleichwertig sind. Kommt einem der UmstÃ¤nde gegenÃ¼ber dem anderen eine Ã¼berragende Bedeutung zu, ist dieser Umstand allein Ursache im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes (Verwaltungsvorschrift zu Â§ 1 BVG).

Nach dem wÃ¤hrend des Berufungsverfahrens eingeholten Gutachten des

SachverstÃ¤ndigen Dr. S. stellen die Haftzeiten von 1946 bis 1950 wahrscheinlich keine wesentliche Ursache fÃ¼r die chronische Lungenerkrankung des KlÃ¤gers dar. Eine chronisch-obstruktive Bronchitis kann nicht nur durch UmstÃ¤nde, wie sie dem KlÃ¤ger wÃ¤hrend der Haftzeiten widerfahren sind und die der Senat durchaus fÃ¼r glaubhaft erachtet, verursacht werden, sondern auch durch exogene und durch endogene Faktoren. Wesentliche Ã¤tiologische Faktoren sind â wie Dr. S. dargelegt hat â das Inhalationsrauchen, berufliche Inhalationsschadstoffe, Luftverunreinigung und Infekte. Der SachverstÃ¤ndige ist aufgrund des beim KlÃ¤ger gemessenen CO-Hb-Werts von einem Nichtraucher ausgegangen, was ihm auch der KlÃ¤ger â nach dem Gutachten des Dr. S. â so erklÃ¤rt hat. Indessen trifft dies nicht zu. In den Gesundheitsakten Ã¼ber den KlÃ¤ger, die vom Gesundheitsamt Beeskow/Landkreis Oder-Spree beigezogen worden sind, findet sich u.a. unter dem 05. Februar 1985 der Eintrag "Rauchen zw. 21 + 52 Lebensjahr Zigaretten". In denselben Akten ist unter dem 19. Oktober 1984 u.a. vermerkt "Rauchverbot". Insoweit schlieÃt der Senat eine Verursachung durch das langjÃ¤hrige Rauchen des KlÃ¤gers nicht von vornherein aus.

Der Senat ist mit dem SachverstÃ¤ndigen Dr. S. davon Ã¼berzeugt, dass ein enger zeitlicher Zusammenhang der chronisch-obstruktive Bronchitis â anders als bei den anerkannten SchÃ¤digungsfolgen â nicht wahrscheinlich ist. HierfÃ¼r fehlt es an BrÃ¼ckensymptomen. AussagekrÃ¤ftige RÃ¶ntgenbefunde insbesondere fÃ¼r die Zeit von 1950 bis 1970 sind nicht zu ermitteln gewesen. Ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit lÃ¤sst sich auch nicht durch die Angaben des KlÃ¤gers und die Zeugenaussagen feststellen. Der Aussage der Zeugin Schulz ist zu entnehmen, dass sie im Wesentlichen Kenntnisse Ã¼ber den Gesundheitszustand des KlÃ¤gers fÃ¼r die Zeit von 1951 bis 1953 gehabt hat. In dieser Zeit war ihr in Erinnerung, dass der KlÃ¤ger viel hustete und krank gewesen ist. Nach 1993 ist der Kontakt zu der Familie abgebrochen, Ã¼ber den die Zeugin S. Kenntnisse Ã¼ber den Gesundheitszustand des KlÃ¤gers hÃ¤tte weiter erlangen kÃ¶nnen. Eine BrÃ¼ckensymptomatik lÃ¤sst sich damit nicht mit Wahrscheinlichkeit herleiten, denn hierfÃ¼r wÃ¤ren medizinische Daten erforderlich gewesen, wie auch Dr. S. zutreffend hinweist. Etwas anderes ergibt sich nicht aus den Aussagen der Eheleute L â¦ Die Darstellung der Zeugin L., sie habe selbst als NeunjÃ¤hrige, weil ihr Vater selbst unter Herzasthma litt, feststellen kÃ¶nnen, dass der KlÃ¤ger an Atemnot gelitten und z.B. beim Autofahren hÃ¶rbar geschnauft habe, fÃ¼hrt nicht zur Bejahung der Wahrscheinlichkeit. Denn hierfÃ¼r kÃ¶nnen auch andere Ursachen (z.B. das langjÃ¤hrige Rauchen) eine Rolle gespielt haben. Die Zeugin L. kannte den KlÃ¤ger selbst auch erst seit 1953. Mithin fehlen Angaben fÃ¼r Jahre nach Entlassung aus der letzten Haft im KZ S. (1950). Etwas anderes ist der Aussage des Zeugen L. nicht zu entnehmen, der den KlÃ¤ger erst seit ca. 1960 kannte. Auch insoweit ist hier eine LÃ¼cke von der Haftentlassung bis zum frÃ¼hestmÃ¶glichen Zeitpunkt der Beobachtungen von Erkrankungen des KlÃ¤gers festzustellen. Hinzu kommt, dass die Zeugen L. zwar Arztbesuche des KlÃ¤gers erwÃ¤hnten, in den fÃ¼r die Zeit ab 1957 vorliegenden Versicherungsausweisen aber lediglich erstmals 1964 eine akute Bronchitis (vom 20. bis 28. Oktober 1964) und dann erst 1967 wieder vermerkt ist.

Dr. S. hat fÃ¼r den Senat nachvollziehbar weiter Ã¼berzeugend dargelegt, dass die

wÃ¤hrend der Haft erlittene Pleuropneumonie zu einer Verschwielung der Lungen gefÃ¼hrt hat, die allein jedoch nicht ursÃ¤chlich fÃ¼r die ausgeprÃ¤gte LungenfunktionsstÃ¶rung ist. Denn die aktuell durchgefÃ¼hrte nuklearmedizinische Untersuchung hat eine homogene Durchblutungsverteilung gezeigt. BrustfellentzÃ¼ndungen mit folgenden Verwachsungen (Pleuraschwiele) kÃ¶nnten zwar grundsÃ¤tzlich zu FunktionsstÃ¶rungen im Bereich der Lunge fÃ¼hren. Das AusmaÃ der rÃ¶ntgenologisch-manifesten Verschwielung ist aber beim KlÃ¤ger relativ gering und die nuklearmedizinische Untersuchung hat keine sichere funktionelle Verschlechterung der betroffenen rechten Seite darlegen kÃ¶nnen. Ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang zwischen der wÃ¤hrend der Haft erlittenen LungenentzÃ¼ndung und RÃ¼ckenfellentzÃ¼ndung mit der vorliegenden ausgeprÃ¤gten chronisch-obstruktiven Bronchitis ist deswegen nicht wahrscheinlich.

Zu diesem Ergebnis ist auch schon der Gutachter Prof. Dr. S. gelangt. FÃ¼r den Senat ebenfalls nachvollziehbar, kann ein zeitlicher Zusammenhang mit den Inhaftierungen und der 1984 dokumentierten Bronchitis, also 34 Jahre nach der Haft nicht hergestellt werden, weil es als hÃ¶chst unwahrscheinlich anzusehen ist, dass die beim KlÃ¤ger vorhandene leicht bis mittelgradige chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit LungenblÃ¤hung 34 Jahre spÃ¤ter nach dem schÃ¤digenden Ereignis (Inhaftierungen) erst ausgelÃ¶st worden sei.

Der Senat folgt dem Gutachten des Dr. C. nicht, weil Dr. S. zutreffend darauf hinweist, dass Dr. C. fÃ¼r seine Annahme einer schÃ¤digungsbedingten chronisch-obstruktiven Bronchitis keine GrÃ¼nde, sondern nur Behauptungen angefÃ¼hrt hat. Prof. Dr. T. als Neurologe und Psychiater fÃ¼hrt zwar auf Seite 18 seines Gutachtens aus, dass die Atembeschwerden mit einer MdE von 50 v. H. direkt auf das schÃ¤digende Ereignis zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien. Letztendlich stÃ¼tzt er aber seine Auffassung (nur) auf die Angaben des KlÃ¤gers selbst, obwohl auch er anhand der medizinischen Unterlagen Ã¼ber den KlÃ¤ger schon zutreffend festgestellt hatte, dass bei frÃ¼heren Begutachtungen aus den 70er Jahren die jetzt im Vordergrund stehende VentilationsstÃ¶rung der Lungen gutachterlich keine Rolle gespielt hat. Dieser Feststellung misst Prof. Dr. T. nicht die erforderlich Bedeutung bei, weil sie zur Verneinung des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs fÃ¼hrt. Im Ãbrigen fÃ¼hrt auch dieser Arzt die Angabe des KlÃ¤gers auf, dass er (KlÃ¤ger) gehÃ¤uft (erst) seit Ende der 70er Jahre an Bronchitis gelitten habe. Dass dies im Zusammenhang mit einer Lkw-FahrertÃ¤tigkeit gestanden habe, Ã¤ndert nichts an der fehlenden BrÃ¼ckensymptomatik. Zudem war Dr. C. und Prof. Dr. T. nicht bekannt, dass der KlÃ¤ger langjÃ¤hriger Raucher gewesen war. Dass fÃ¼r eine chronische Bronchitis ein wesentlicher Ã¤tiologischer Faktor das Inhalationsrauchen sein kann, hat bereits der SachverstÃ¤ndige Dr. S. beschrieben.

Nach Â§ 15 des Gesetzes Ã¼ber das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung â VfG-KOV (in der Fassung der Bekanntmachung vom 06. Mai 1976 â BGBl. I Seite 1169) sind die Angaben des Antragstellers, die sich auf die mit der SchÃ¤digung im Zusammenhang stehenden Tatsachen beziehen, wenn Unterlagen nicht vorhanden oder nicht zu beschaffen oder ohne Verschulden des Antragstellers oder seiner Hinterbliebenen verlorengegangen sind, der

Entscheidung zugrunde zu legen, soweit sie nach den UmstÃ¤nden Falles glaubhaft erscheinen. Die Vorschrift bezieht sich auf alle mit Entstehung, Art und Folgen der SchÃ¤digung zusammenhÃ¤ngenden Tatsachen. Sie kann erst angewendet werden, wenn alle anderen MÃ¶glichkeiten, dem Sachverhalt aufzuklÃ¤ren, erschÃ¶pft sind und zu keinem ausreichenden Ergebnis gefÃ¼hrt haben. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 12. Dezember 1995 â 9 RV 14/95 â in BSGE 77, 153) gewinnt Â§ 15 VfG-KOV Bedeutung, insbesondere in den FÃ¤llen, in denen Antragsteller eine gegenwÃ¤rtige GesundheitsstÃ¶rung auf Jahrzehnte zurÃ¼ckliegende Kriegsereignisse zurÃ¼ckfÃ¼hren und es auf BrÃ¼ckensymptome ankommt. Hierauf kann aber eine Entscheidung zugunsten des KlÃ¤gers nicht gestÃ¼tzt werden. Die Ã¼ber den KlÃ¤ger vorliegenden medizinischen Dokumentationen lassen nicht den Schluss zu, dass er jedenfalls nach den in den vom KlÃ¤ger Ã¼berreichten Sozialversicherungsausweisen ab 1957 bis jedenfalls Oktober 1984 wesentlich an der Lunge erkrankt gewesen ist. Der versorgungsÃ¤rztliche Dienst der Beklagten hat die vorliegenden Sozialversicherungsausweise des KlÃ¤gers ausgewertet. Beginnend mit einem Eintrag im Dezember 1957 war der KlÃ¤ger dort wegen eines Muskelrheumatismus in Behandlung. Mit Ausnahme der Monate Oktober 1964 und Januar 1967, in denen jeweils eine akute Bronchitis mit ArbeitsunfÃ¤higkeit vom 20. bis 28. Oktober 1964 und 26. bis 29. Januar 1967 behandelt worden ist, litt der KlÃ¤ger nicht an einer akuten Bronchitis. Auch ist auf die EintrÃ¤ge in den Akten des Gesundheitsamtes Beeskow/Landkreis Oder-Spree zu verweisen, worin unter dem 19. Oktober 1984 eine chronische Bronchitis vermerkt worden ist. Wie bereits dargelegt â ist die Lungenerkrankung 34 Jahre spÃ¤ter nach der Inhaftierung nicht dadurch wahrscheinlich zurÃ¼ckzufÃ¼hren.

SchlieÃlich ergibt sich auch nichts anderes aus der Vielzahl der Ã¼ber den KlÃ¤ger beigezogenen anderen medizinischen Dokumentationen. Nach 1976 wird im Wesentlichen der Gesundheitszustand des KlÃ¤gers durch den Arbeitsunfall im November 1976 bestimmt. In Ã¤rztlichen Gutachten vom Februar 1986 sind zu Krankheiten, Kuren, Behandlungen keine GesundheitsstÃ¶rungen der Lunge angegeben worden. Wenn anderes beim KlÃ¤ger der Fall gewesen wÃ¤re, wie er im Verfahren durchgehend erklÃ¤rt hat, kann sich der Senat nicht erklÃ¤ren, warum er derartige ihn beherrschende GesundheitsstÃ¶rungen nicht bei frÃ¼heren Ã¤rztlichen Gutachten angegeben hat. Auch anlÃ¤sslich des Ã¤rztlichen Gutachtens im Juli 1993 bei Dr. S. hat er (nur) seit ca. 20 Jahren eine internistische Betreuung wegen Bluthochdrucks und HerzrhythmusstÃ¶rungen angegeben. Kurzatmigkeit und Atemnot trÃ¤ten bei Belastungen auf. Von einer Lungenerkrankung hat der KlÃ¤ger nichts erwÃ¤hnt.

Bei dieser Sache lÃ¤sst sich anhand der 1957 begonnenen Dokumentation der Heilbehandlungen in den Sozialversicherungsausweisen des KlÃ¤gers eine BrÃ¼ckensymptomatik nicht mit Wahrscheinlichkeit herleiten. Der Anwendung von Â§ 15 VfG-KOV steht gerade entgegen, dass der Sachverhalt vorliegend dokumentiert ist, aber zu einem anderen, fÃ¼r den KlÃ¤ger ungÃ¼nstigen â Ergebnis fÃ¼hrt.

Anspruchsvoraussetzungen fÃ¼r eine sog. Kann-Versorgung sind zu verneinen. Dies

folgt aus Â§ 1 Abs. 3 BVG bzw. aus Â§ 4 Abs. 5 Satz 2 HHG, die diesbezÃ¼glich wortgleich sind. Vorliegend kann auch hier offen bleiben, welche der beiden TatbestÃ¤nde gegeben ist. Dass die Voraussetzungen nicht vorliegen, hat schon das Sozialgericht zutreffend wiedergegeben, weswegen, um Wiederholungen zu vermeiden, hierauf verwiesen wird.

Nach alledem bleibt die Berufung ohne Erfolg.

Die Entscheidung Ã¼ber die auÃergerichtlichen Kosten folgt aus Â§ 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Revision ist nicht zuzulassen gewesen, weil die Voraussetzungen nach Â§ 160 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGG nicht vorgelegen haben.

Erstellt am: 20.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024