

## L 6 VS 413/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 11 VG 4291/11

Datum

19.12.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VS 413/13

Datum

18.12.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine Bindungswirkung infolge der Feststellung eines GdB, vergleichbar mit § 88 Abs. 3 SVG, besteht für die Beschädigtenversorgung nicht, da mit der Feststellung nach dem SGB IX nicht geprüft wird, ob Gesundheitsstörungen als Schädigungsfolgen anzuerkennen sind. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Dezember 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Beschädigtenversorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) streitig.

Der am 27.08.1941 geborene Kläger war bis zu seiner Pensionierung am 01.10.1997 Berufssoldat. Am 25.12.1996 erlitt er eine Lungenembolie, welche durch eine Embolektomie mit Einbau eines Vena-Cava-Schirms operativ behandelt wurde. Seither ist eine dauerhafte Marcumar-Antikoagulations-Medikation erforderlich.

Am 21.09.1998 beantragte der Kläger beim Beklagten wegen einer Lungenembolie am 25.12.1996 in Tunis/Tunesien während seines militärischen Dienstes als Verteidigungsattaché von 1993 bis 1997 die Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem SVG und legte ärztliche Unterlagen hierzu vor. Mit Schreiben vom 22.10.1998 übersandte der Beklagte der Wehrbereichsverwaltung (WBV) den Antrag mit dem Hinweis, dass nach § 88 Abs. 2 SVG zuerst eine Entscheidung durch diese zu treffen sei, da der Kläger Berufssoldat gewesen sei.

Ebenfalls am 21.09.1998 beantragte der Kläger die Feststellung seines Grades der Behinderung (GdB). Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme der Internistin Dr. C. (GdB 30 für die Restfolgen nach chirurgischer Embolektomie bei Lungenembolie, Vena-Cava-Schirm-Implantation) stellte das Versorgungsamt mit Bescheid vom 30.06.1999 den GdB mit 30 seit dem 21.09.1998 fest. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies das Landesversorgungsamt B. nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom Versorgungsarzt S., wonach die Restfolgen nach Embolektomie gemäß der Befunde nicht höher als mit einem GdB von 30 einzuschätzen seien, mit Widerspruchsbescheid vom 29.09.1999 zurück.

Die WBV veranlasste ein truppenärztliches Gutachten durch Oberstabsarzt Dr. B., der in seinem Gutachten vom 03.01.2000 im Wesentlichen auf den Befundbericht von Dr. G., Internist, vom 28.02.2000 über eine Untersuchung am 25.02.2000 verwies, wonach ein Zustand nach fulminanter Lungenembolie mit Schockzustand sowie Notfallmäßiger Embolektomie (1996), Cava-Schirm mit Dauer-Antikoagulation-Therapie diagnostiziert wurde. Der Kläger sei im Wesentlichen beschwerdefrei bei Therapie mit Marcumar. Es liege kein Nachweis einer Rechtsherzbelastung oder einer sonstigen organischen Herzerkrankung vor. Es habe sich ein normaler kardialer Befund mit einer guten kardialen Leistungsbreite mit Belastbarkeit bis zur 200-Watt-Stufe gezeigt. In der daraufhin veranlassten sozialmedizinischen Versorgungsbegutachtung wurde von Dr. V. ausgeführt, die akute Erkrankung (massive Lungenembolie beidseits mit Schock am 27.12.1996), eine wehrdienstunabhängige Gesundheitsstörung, sei truppenärztlich behandelt worden, wodurch der Kläger habe überleben können. Nachteilige gesundheitliche Folgen der truppenärztlichen Behandlung könnten nicht bezeichnet werden.

Darauf gestützt lehnte die WBV mit Bescheid vom 06.09.2000 die Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) und die Gewährung eines Ausgleichs ab. Hiergegen legte der Kläger am 05.10.2000 Widerspruch ein, den er damit begründete, er führe die Lungenembolie auf fehlerhafte truppenärztliche Behandlung zurück. Die unzureichende truppenärztliche Behandlung im Vorfeld der fulminanten Lungenembolie wirke sich in irreversiblen Folgen einschneidend auf seine Lebensqualität aus (Cava-Schirm/Marcumar).

Dr. C. führte in ihrer von dem Beklagten eingeholten versorgungsärztlichen Stellungnahme unter Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. V. für die WBV aus, ein schädigendes Ereignis im Sinne eines wehrdienstbedingten ursächlichen Vorgangs bzw. eines wehrdienstentwöhnlichen Geschehens könne nicht gesichert werden. Die fulminante Lungenembolie und die dadurch bedingte Behandlung und deren Dauerfolgen stellten eine nicht wehrdienstbedingte Gesundheitsstörung dar.

Mit Bescheid vom 05.02.2001 lehnte der Beklagte daraufhin die Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem SVG ab. Hiergegen legte der Kläger am 27.02.2001 unter Vorlage der Begründung des Widerspruchs gegenüber der WBV Widerspruch ein.

Die WBV holte ein weiteres Gutachten nach Aktenlage bei Dr. V. ein, in dem diese ausführte, es bestehe keinerlei kausaler Zusammenhang zwischen der jahrelang beobachteten Bronchitis und der fulminanten Lungenembolie am 25.12.1996. Hierauf gestützt wurde der gegen den Bescheid der WBV vom 06.09.2000 eingelegte Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 zurückgewiesen.

Hiergegen legte der Kläger am 24.07.2002 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) ein (S 1 VS 2515/02). Mit Urteil vom 21.04.2005 wies das SG die Klage auf Gewährung eines Ausgleichs und Feststellung eines Zustandes nach abgelaufener, durch Embolektomie und Cava-Schirm operativ behandelte fulminante Lungenembolie, beidseits mit kardialen Schockzustand ohne verbliebene Rechtsherzbelastung oder sonstige Herzerkrankung, mit Dauer-Antikoagulantien-Prophylaxe ab. In Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. V. könne nicht festgestellt werden, dass die erlittene Lungenembolie zumindest wesentlich auf die wehrdienstentwöhnlichen Besonderheiten der truppenärztlichen Versorgung zurückgeführt werden könne.

Dagegen legte der Kläger am 28.06.2005 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg Berufung ein (L 6 VS 2615/05). Schon im Dezember 1994 hätte die Diagnose einer Bronchitis in Frage gestellt werden müssen. Auch die später festgestellte Vergrößerung des Herzens deute auf eine längere Entwicklung der Lungenembolie hin. Seitens der WBV wurde ausgeführt, es treffe nicht zu, dass der Kläger die behandelnden Ärzte so über die Vorerkrankung informiert habe, dass eine abweichende Diagnose oder die Einbeziehung eines weiteren Facharztes angezeigt gewesen wäre. Zur weiteren Ermittlung wurde eine Stellungnahme von Dr. B. eingeholt. Dr. V. führte in einer weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme aus, es sei auszuschließen, dass irgendwelche truppenärztliche Maßnahmen die fulminante Lungenembolie hätten verhindern können. Diese habe in keinerlei Zusammenhang mit der abgelaufenen, akuten Erkrankung der Bronchien oder der Lungen gestanden. Bei allen eingehenden Untersuchungen des Herzens, die vor Dezember 1996 erfolgt seien, hätten sich pathologische Auffälligkeiten wie z. B. zu Embolien prädestinierende Störungen der Herzschlagfolge (Arrhythmien) nicht ergeben.

Auf Antrag und Kosten des Klägers wurde nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Dr. S., Chefarzt der Pneumologie der S.-Kliniken K., mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Er diagnostizierte nach ambulanten Untersuchungen des Klägers am 30.10.2006 und 02.11.2006 einen Zustand nach fulminanter beidseitiger Lungenembolie am 25.12.1996, einen Zustand nach beidseitiger Embolektomie am 25.12.1996, einen Zustand nach Einbau eines Vena-Cava-Schirmes am 25.12.1996, ein Cor pulmonale und eine leichte Gasaustauschstörung nach Lungenembolien. Sollte die Aussage des Klägers, er habe bei seinen truppenärztlichen Untersuchungen über Bluthusten und Atemnot geklagt, zutreffen, hätte die Verdachtsdiagnose einer Lungenembolie gefällt werden müssen und eine entsprechende Diagnostik hätte mit großer Wahrscheinlichkeit die lebensbedrohliche, schwere Lungenembolie vermeiden können. Eine relevante kardiopulmonale Einschränkung bestehe zum aktuellen Zeitpunkt nicht. Ebenfalls bestehe keine schmerzbedingte Einschränkung nach Pulmonal-Arterien-Embolektomie. Der Kläger erreiche das zu erwartende altersentsprechende Leistungsniveau ohne relevante funktionelle Einschränkung.

Eine mündliche Verhandlung am 13.12.2007 wurde zur Durchführung weiterer Ermittlungen vertagt und eine Stellungnahme beim 1996 operierenden Arzt Dr. C. eingeholt. Dr. S. gab in einer ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme an, wäre vor der schweren Lungenembolie im Dezember 1996 eine vorangegangene leichte Lungenembolie rechtzeitig diagnostiziert worden, hätte diese durch eine Antikoagulantien-Therapie mit Marcumar mit großer Wahrscheinlichkeit vermieden werden können. Funktionell sei der Kläger normal belastbar, eine messbare und damit quantifizierbare Einschränkung bestehe nicht. Der Kläger legte daraufhin einen Arztbrief des Internisten und Kardiologen Dr. G. vom 14.01.2008 (tachykardiale Rhythmusstörungen, wahrscheinlich mit Vorhofflattern, beginnende Linksinsuffizienz, Infekt der oberen Luftwege mit Bronchitis und Zustand nach Lungenembolie mit Cava-Schirm) und einen Arztbrief von Prof. Dr. G., Kardiologe, vom 06.03.2008 über einen stationären Aufenthalt des Klägers vom 14.01.2008 bis 28.01.2008 in den S.-Kliniken K. (Zustand nach Vorhofflattern mit folgender Ablation, Zustand nach AV-Block III° mit folgender Schrittmacher-Implantation, Zustand nach Lungenembolie und tiefer Beinvenenthrombose, Ausschluss einer signifikanten koronaren Herzkrankheit, gute Lungenvolumen-Funktion) vor.

Dr. V. gab in einer weiteren versorgungsmedizinischen gutachtlichen Stellungnahme an, es sei zu fragen, ob nicht ein seinerzeit aufgetretenes vorübergehendes Vorhofflattern oder Vorhofflimmern zu den Lungenembolien geführt habe. Es sei unbekannt, worauf sich die Einschätzung des GdB im Rahmen des Schwerbehindertenrechts seitens der Versorgungsverwaltung gründe. Es werde allerdings darauf hingewiesen, dass die Einschätzung eines GdB im Schwerbehindertenverfahren niemals Grundlage der Einschätzung des GdS sei.

Dr. S. legte in einer weiteren ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme dar, bei der Begutachtung habe sich unter einem normalen von Rhythmusstörungen unbeeinträchtigten Sinusrhythmus eine vollkommen normale Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bis 200 Watt gezeigt. Leistungsmindernde Folgen der Lungenembolie ließen sich nicht nachweisen. Insofern sei eine MdE zu verneinen. Frau Dr. V. Aussage über die wehrdienstunabhängigen Rhythmusstörungen des Klägers als Ursache der Lungenembolien sei nicht zu folgen. Hierauf wurde von Dr. Vogel die Einholung eines kardiologischen Gutachtens angeregt und sodann Prof. Dr. G. mit der Erstellung eines kardiologischen Gutachtens beauftragt. Dieser gab nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 08.09.2009 an, gehe man von der Möglichkeit einer stattgehabten Lungenembolie 1994 aus, wäre ein zweites Ereignis durch eine prophylaktisch eingeleitete Antikoagulation mit Marcumar möglicherweise zu verhindern gewesen. Hinweise auf ein intermittierendes Vorhofflattern gebe es im Krankheitsverlauf des Klägers bis 1996 nicht. Auch in den Zeiträumen zwischen 1994 und 1996 und 1996 bis 2008 seien keine Angaben über klinische Hinweise über Palpitation gemacht worden. Erst im Januar 2008 habe sich im EKG eine tachykarde Rhythmusstörung, am ehesten Vorhofflattern mit 2:1-Überleitung mit einer regelmäßigen Kammerfrequenz von 124/Min. gezeigt. Die Ursache des erneut aufgetretenen Vorhofflatterns sei unklar. Möglicherweise handle es sich um eine strukturelle Veränderung der Vorhöfe infolge des chronischen Cor pulmonale. Eine durch die Lungenembolie mit nachfolgender Embolektomie verursachte Herzrhythmusstörung (Vorhofflattern) sei möglich, jedoch nach zwölfjähriger Latenz aus medizinischer Sicht nicht beweisbar, da die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Rhythmusstörungen auch mit zunehmendem Alter der Menschen zunehme. Nach Anamnese und Untersuchung sowie echokardiographischer Beurteilung der

linksventrikulären Funktion sei der Kläger in seinem Alltag in Ruhe aktuell normal belastbar, habe jedoch bei mittelschwerer bis schwerer Belastung bzw. mittelschwerer körperlicher Arbeit eine Dyspnoe und müsse die Arbeit unterbrechen. Eine Echokardiographie zeige eine leicht reduzierte linksventrikuläre Funktion. Gehe man davon aus, dass die 2008 aufgetretene hämodynamisch-relevanten Rhythmusstörungen (Vorhofflattern) Folge der 1996 stattgehabten Lungenembolie seien, werde unter Berücksichtigung der Schrittmacher-Abhängigkeit und der dauerhaft notwendigen Antikoagulation mit Marcumar von einem Gesamt-GdS von 30 ausgegangen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04.03.2010 gab er noch an, eine akute Lungenembolie könne häufig Arrhythmien auslösen. Im vorliegenden Fall handle es sich jedoch um ein Vorhofflattern, das erst nach mehreren Jahren nach einer Lungenembolie aufgetreten sei und in den Zwischenjahren seien keine Rhythmusstörungen beschrieben worden. Auch mehrere echokardiographische Kontrollen hätten keine chronischen Rechtsherzbelastungszeichen mit einer Dilatation der Vorhöfe gezeigt, die eine atriale Rhythmusstörung begünstigten. Von einer Prädisposition des Klägers zum Vorhofflattern müsse ausgegangen werden. Daher spreche mehr dagegen als dafür, dass die 1999 stattgehabte Lungenembolie Ursache für das Vorhofflattern und die leichte Herzinsuffizienz sei.

Mit Urteil vom 11.03.2010 änderte das Landessozialgericht das Urteil des SG vom 21.04.2005 und den Bescheid der WBV vom 06.09.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 ab und stellte als Wehrdienstbeschädigungsfolge einen Zustand nach abgelaufener, durch beidseitige Embolektomie und Einbau eines Vena-Cava-Schirms operativ behandelter, fulminanter Lungenembolie mit dauerhafter Marcumar-Antikoagulations-Prophylaxe fest. Im Übrigen wurde die Berufung zurückgewiesen. Es stehe mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit fest, dass im Rahmen der truppenärztlichen Behandlungen am 09.09.1996 und 10.09.1996 genügend für eine beim Kläger bereits nach 1994 abgelaufene erste Lungenembolie sprechende Verdachtsmomente vorgelegen hätten. Wenn im September 1996 truppenärztlich die Verdachtsdiagnose einer Lungenembolie gestellt worden wäre, wäre durch eine entsprechende Diagnostik mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die vom Kläger am 25.12.1996 erlittene fulminante Lungenembolie und damit auch die durch eine beidseitige Embolektomie mit Einbau eines Vena-Cava-Schirms und dauerhafter Marcumar-Antikoagulations-Prophylaxe bedingte dauerhafte Gesundheitsstörung vermieden worden. Nicht als Wehrdienstbeschädigungsfolge festzustellen seien die Herzrhythmusstörungen und die hiermit verbundene Notwendigkeit eines Herzschrittmachers. Gegen einen ursächlichen Zusammenhang spreche insbesondere die fast zwölfjährige Latenz zwischen der im Jahr 1996 aufgetretenen Lungenembolie und der im Jahr 2008 aufgetretenen Herzproblematik und die mit zunehmendem Alter der Menschen sich erhöhende Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Rhythmusstörungen. Dies gelte umso mehr, als sich beim Kläger bei mehreren echokardiographischen Kontrollen keine eine arterielle Rhythmusstörung begünstigenden chronischen Rechtsherzbelastungszeichen mit einer Dilatation der Vorhöfe gezeigt hätten. Der Kläger habe keinen Anspruch auf die Gewährung eines Ausgleichs. Die Folgen der am 25.12.1996 erlittenen fulminanten Lungenembolie bedingten keinen GdS von mindestens 25. Es lägen keine schädigungsbedingten Funktionsstörungen, sondern lediglich eine leichte Gasaustauschstörung und ansonsten kein GdS-relevanter Befund vor. Allein die dauerhafte Antikoagulationstherapie mit Marcumar sei nicht GdS-relevant.

Mit Ausführungsbescheid der WBV vom 14.04.2010 wurden ein Zustand nach abgelaufener, durch beidseitige Embolektomie und Einbau einer Vena-Cava-Schirms operativ behandelte fulminante Lungenembolie mit dauerhafter Marcumar-Antikoagulations-Prophylaxe als Folge einer WDB anerkannt. Ein Anspruch auf Ausgleich bestehe nicht. Bezüglich der übrigen Gesundheitsstörungen verbleibe es bei dem Bescheid vom 06.09.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002. Der hiergegen zunächst eingelegte Widerspruch wurde zurückgenommen.

Auf den Änderungsantrag des Klägers nach dem SGB IX beim Versorgungsamt wurde nach Vorlage des Arztbriefes von Prof. Dr. G. vom 06.03.2008 nach der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B., dass ein Teil-GdB von 20 wegen Herzschrittmacher zu berücksichtigen sei, mit Bescheid vom 23.06.2010 ein GdB von 40 seit 10.02.2010 festgestellt.

Mit Teil-Abhilfebescheid des Beklagten vom 20.10.2010 wurde dem Widerspruch gegen den Bescheid vom 05.02.2001 insofern abgeholfen, als ein Zustand nach abgelaufener, durch beidseitige Embolektomie und Einbau eines Vena-Cava-Schirms operativ behandelte fulminante Lungenembolie mit dauerhafter Marcumar-Antikoagulations-Prophylaxe als Wehrdienstbeschädigungsfolge anerkannt wurde. Ein GdS von wenigstens 25 werde nicht erreicht, eine Rente stehe daher nicht zu. Die Feststellungen seien in Anlehnung an das Urteil des Landessozialgerichts vom 11.03.2010 zu treffen. Für die Wehrdienstbeschädigungsfolgen habe er Anspruch auf Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Hiergegen legte der Kläger am 24.11.2010 Widerspruch ein und führte aus, das Versorgungsamt habe aufgrund der versorgungsärztlichen Stellungnahme der Internistin Dr. C. mit Bescheid vom 30.06.1999 den GdB mit 30 ab 21.09.1998 festgestellt. GdS und GdB würden nach den gleichen Grundsätzen bemessen. Durch das Urteil des Landessozialgerichts sei rechtskräftig festgestellt worden, dass der Zustand, der zu einem GdB seit 1998 von 30 führe, eine Wehrdienstbeschädigungsfolge sei. Daraus folge, dass ein GdS von 30 erreicht werde. Zwar habe das Landessozialgericht die falsche Auffassung vertreten, die Folgen der am 25.12.1996 erlittenen fulminanten Lungenembolie bedingten keinen GdS von wenigstens 25. Diese Auffassung betreffe jedoch ausschließlich den dort streitigen Anspruch auf Gewährung eines Ausgleichs.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.09.2011 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Nach dem Urteil des Landessozialgerichts vom 11.03.2010 habe sich aus dem Gutachten von Dr. S. kein GdS-relevanter Befund ergeben. Soweit nach dem SGB IX ein Teil-GdB von 30 für die Lungen festgestellt worden sei, bestehe die Möglichkeit einer Überprüfung und Korrektur.

Hiergegen hat der Kläger am 14.10.2011 wiederum beim SG Klage eingelegt. Es habe keine Überprüfung der Feststellung des GdB mit 30 gegeben. Es seien keine Argumente ersichtlich, die die damalige Bewertung in Frage stellen könnten. Insbesondere sei auch keine gesundheitliche Besserung eingetreten. Vielmehr seien im Januar 2008 Herzrhythmusstörungen diagnostiziert worden, die zur Implantierung eines Herzschrittmachers geführt hätten. Auch dies sei eine Folge der WDB. Allerdings habe Prof. Dr. G. in seinem Gutachten vom 27.10.2009 "vorsichtig" formuliert, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Lungenembolie im Jahr 1996 und dem aufgetretenen Vorhofflattern im Jahr 2008 nicht hergestellt werden könne. Allerdings habe Prof. Dr. G. anlässlich der Untersuchung des Klägers diesen Zusammenhang sehr wohl festgestellt und sich im Gespräch mit dem Kläger auch entsprechend geäußert.

Der Beklagte hat ausgeführt, im Rahmen des Verfahrens [L 6 VS 2615/05](#) habe sich herausgestellt, dass die Bewertung mit einem GdB von 30 nach dem SGB IX in Anbetracht der verbliebenen guten Belastbarkeit seitens der Lunge überhöht sei. Dies könne jedoch im Umkehrschluss nicht dazu führen, dass die überhöhte GdB-Bewertung nun auf den GdS übertragen werde.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 19.12.2012 die Klage abgewiesen. Der als WDB anerkannte Gesundheitszustand bedinge keinen GdS von mindestens 25. Das Gericht schließe sich insofern den Ausführungen des Landessozialgerichts im Urteil vom 11.03.2010 ([L 6 VS 2615/05](#)) voll umfänglich an. Der unzutreffend festgesetzte Teil-GdB könne keine Bindungswirkung für das vorliegende Verfahren erzeugen. Ein Teil-GdB erwachse nicht in Bestandskraft.

Hiergegen hat der Kläger am 28.01.2013 erneut Berufung beim Landessozialgericht eingelegt. Da der GdB und der GdS nach gleichen Grundsätzen zu bewerten seien, hier aber unterschiedliche Ergebnisse vorlägen, ergebe sich zwingend, dass entweder die eine oder die andere Einschätzung falsch sei. Bei richtiger Bewertung ergebe sich ein GdS von 30. Seit den Feststellungen im Jahre 1998 habe sich an den Schädigungsfolgen nichts zum Positiven verändert. Rechtsherzerweiterung und Herzrhythmusstörungen seien von Dr. C. schon beschrieben worden. Darüber hinaus sei die Abhängigkeit von Gerinnungshemmern bekannt. Dr. S. habe die Herzhöhlen allseits dilatiert und hypertrophiert beschrieben, Zeichen eines chronischen Cor pulmonale mit Dilation. Die Herzrechtserweiterung sei erst im Zuge der Embolie entstanden. In der Nachbetrachtung müsse auch festgestellt werden, dass er bei sportlichen Aktivitäten wie Tennis, Jogging, Radfahren nicht gerade selten auftretende Schwächeperioden in den Jahren, bevor die Gutachten zur Verfügung gestanden hätten, aus Unkenntnis nicht mit Herzrhythmusstörungen in Verbindung gebracht habe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Dezember 2012 aufzuheben und den Bescheid vom 5. Februar 2001 in der Fassung des Bescheides vom 20. Oktober 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. September 2011 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ihm aufgrund der festgestellten Wehrdienstbeschädigung eine Beschädigtenversorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz in gesetzlicher Höhe zu bewilligen, hilfsweise Prof. Dr. G. in der mündlichen Verhandlung zu der Zusammenhangsfrage der Rhythmusstörungen und der Lungenembolie zu hören.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat zur Begründung angegeben, ein nach dem SGB IX unzutreffend festgesetzter Teil-GdB-Wert könne keine Bindungswirkung in anderen Rechtsgebieten entfalten.

Die Berichterstatterin hat am 20.05.2014 den Sachverhalt nichtöffentlich erörtert.

Mit Beschluss vom 04.07.2014 hat der Senat die Bundesrepublik Deutschland zum Verfahren beigelegt.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat sie auf den Gerichtsbescheid des SG Bezug genommen.

Mit Schreiben vom 07.10.2011 hat das Versorgungsamt dem Kläger mitgeteilt, dass die gesundheitlichen Verhältnisse überprüft werden müssen. In einem Telefonat mit dem Kläger am 17.10.2011 hat dieser angegeben, dass er seit 2008 in keiner lungenfachärztlichen Behandlung sei. Auf die Anfrage bei der behandelnden Hausärztin Dr. S. hat diese mit Schreiben vom 14.02.2013 mitgeteilt, dass sich der Kläger seit Januar 2010 nicht mehr in der Sprechstunde vorgestellt habe. Ein Befund eines Lungenfacharztes liege ebenfalls nicht vor. Daher sei eine Aussage über den aktuellen Gesundheitszustand nicht möglich.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Gerichtsakte des Verfahrens am SG mit dem Az.: S 1 VS 2515/02 und des Verfahrens am Landessozialgericht mit dem Az.: [L 6 VS 2615/05](#), die Verwaltungsakten des Beklagten, der Beigeladenen und die SGB IX-Akte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte sowie nach [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht erhobene und auch im Übrigen zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Der am 12. Dezember 2014 gestellte Antrag auf erneute Anhörung von Prof. Dr. G. zu der Zusammenhangsfrage der Lungenembolie mit dem Zustand nach Vorhofflattern mit Schrittmacherimplantation war abzulehnen. Der Sachverständige hat sich hierzu bereits in seinem Gutachten vom 27.10.2009 eindeutig und zwar in negativem Sinne für den Kläger geäußert und ist auch bei seiner weiteren schriftlichen Stellungnahme vom 04.03.2010 in Würdigung der klägerischen Vorbehalte bei seiner Einschätzung verblieben. Einen weiteren Aufklärungsbedarf hat der Kläger selbst nicht deutlich gemacht, den Beweisantrag vielmehr allein darauf gestützt, dass Prof. Dr. G. als damals behandelnder Arzt mündlich eine andere Auffassung vertreten haben soll. Das mag durchaus der Fall gewesen sein, das Gutachten hat er dann aber in Kenntnis sämtlicher ärztlichen Befunde erstatten können, die ihm als behandelnder Arzt nicht vorgelegen haben und erst eine saubere Beurteilung des Zusammenhangs ermöglichen, nämlich dass von einer Prädisposition zum Vorhofflattern ausgegangen werden muss, da in den Zwischenjahren nach der Lungenembolie keine Rhythmusstörung beschrieben wurde (dazu unten). Im Übrigen entspricht es dem Beweisrecht, dass das Gericht nicht verpflichtet ist, einem Beweisantrag beliebig oft nachzukommen (BSG, Urteil vom 15.04.1991 - [5 RJ 32/90](#) - juris; Urteil des Senats vom 27.03.2014 - [L 6 U 4001/13](#) - juris).

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Beschädigtengrundrente nach §§ 80, 81 SVG i.V.m. §§ 30, 31 BVG.

Gemäß § 80 Abs. 1 Satz 1 SVG erhält ein Soldat, der eine WDB erlitten hat, nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses wegen der

gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der WDB auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG, soweit im SVG nichts Abweichendes bestimmt ist. Nach § 88 Abs. 1 SVG sind hierfür die Versorgungsbehörden zuständig. Nach § 81 Abs. 1 SVG ist WDB eine gesundheitliche Schädigung, die durch eine Wehrdienstverrichtung, durch einen während der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist. Nach § 30 Abs. 1 BVG ist der GdS (bis zum Inkrafttreten des BVGÄndG vom 13.12.2007 [[BGBl. I S. 2904](#)] am 21.12.2007 MdE) nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen, seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen (Satz 1 der Vorschrift). Nachdem für die Beurteilung der MdE und des GdS dieselben Grundsätze gelten, wird im Folgenden allein auf die Beurteilung des GdS Bezug genommen. Der GdS ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen; ein bis zu fünf Grad geringerer GdS wird vom höheren Zehnergrad mit umfasst (Satz 2 der Vorschrift). Beschädigte erhalten gemäß § 31 Abs. 1 BVG eine monatliche Grundrente ab einem GdS von 30. Liegt der GdS unter 25 besteht kein Anspruch auf eine Rentenentschädigung.

Der Senat orientiert sich bei der Beurteilung von MdE und GdS für die Zeit bis zum 31.12.2008 an den im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigen-gutachten angewandten (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)) "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" (AHP) in der jeweils geltenden Fassung, die gemäß § 30 Abs. 16 BVG (bis 30.06.2011 § 30 Abs. 17 BVG) für die Zeit ab dem 01.01.2009 durch die in der Anlage zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG - Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) - vom 10.12.2008 ([BGBl. I Seite 2412](#)) festgelegten Versorgungs-medizinischen Grundsätze (VG) abgelöst worden sind. Hinsichtlich der vorliegend einschlägigen Funktionsbeeinträchtigungen enthalten die VG gegenüber den AHP keine inhaltlichen Änderungen, sodass im Folgenden lediglich die Ziffern der VG angegeben werden.

Wie in allen Zweigen des sozialen Entschädigungsrechts müssen auch im Recht der Soldatenversorgung die anspruchsbegründenden Tatsachen nachgewiesen, d. h. ohne vernünftige Zweifel oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein (st. Rspr. BSG, so zum Opferentschädigungsgesetz - OEG -: BSG [SozR 1500 § 128 Nr. 34](#) m. w. N.; [SozR 1500 § 128 Nr. 35](#); zur Kriegsofferversorgung BSG [SozR 3-3100 § 1 Nr. 18](#); zum SVG: BSG [SozR 3-3200 § 81 Nr. 16](#); [SozR 3-3200 § 81 Nr. 6](#); zum Impfschadensrecht: BSG [SozR 3850 § 51 Nr. 9](#) und § 52 Nr. 1), soweit nichts anderes bestimmt ist. Für Ansprüche nach §§ 80, 81 SVG bedeutet dies, dass sich - mit dem jeweils maßgeblichen Beweisgrad - zumindest drei Tatsachenkomplexe oder Glieder der Kausal-(Ursachen)kette sowie zwei dazwischenliegende Kausalzusammenhänge feststellen lassen müssen (vgl. [Wilke/Fehl, Soziales Entschädigungsrecht](#), 7. Aufl 1992, § 1 BVG Rdnrn. 56 und 61; [Rohr/Strässer, Bundesversorgungsrecht mit Verfahrensrecht](#), Stand: Februar 2013, § 1 BVG Anm 8 ff, § 1 -52 ff). Der erste Komplex ist die geschützte Tätigkeit, hier also die Wehrdienstverrichtung oder die Ausübung einer gleichgestellten Tätigkeit. Infolge dieser Verrichtung muss ein schädigendes Ereignis eine gesundheitliche Schädigung hervorgerufen haben. Aufgrund dieser Schädigung muss es dann zu der in MdE/GdS-Graden zu bewertenden Schädigungsfolge gekommen sein. Das "schädigende Ereignis" wird üblicherweise als weiteres selbständiges Glied der Kausalkette zwischen geschützter Tätigkeit und Primärschaden angesehen (BSG [SozR 3-3200 § 81 Nr. 16](#) m. w. N.). Auch dieses bedarf grundsätzlichen des Vollbeweises. Dagegen genügt für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs, jedenfalls desjenigen zwischen Schädigung und Schädigungsfolge (sog "haftungsausfüllende Kausalität") der Beweisgrad der Wahrscheinlichkeit (§ 81 Abs. 6 Satz 1 SVG).

Bei dem einem Soldaten während des Dienstverhältnisses zustehenden Anspruch auf Ausgleich gegenüber der WBV nach § 85 SVG und dem Versorgungsanspruch für die Zeit nach seinem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis gegenüber dem Beklagten nach § 80 SVG handelt es sich grundsätzlich um zwei zeitlich getrennte und konstruktiv selbständig nebeneinander stehende Ansprüche. In § 88 Abs. 3 Satz 1 SVG ist allerdings angeordnet, dass eine bekannt gegebene Entscheidung einer Behörde der Bundeswehrverwaltung sowie die rechtskräftige Entscheidung eines Gerichts der Sozialgerichtsbarkeit in Ausgleichsverfahren über eine WDB und den ursächlichen Zusammenhang einer Gesundheitsstörung unter anderem mit einem Tatbestand des § 81 SVG für die Behörde der jeweils anderen Verwaltung verbindlich sind. Diese Verbindlichkeit erstreckt sich auch auf den einer Ausgleichsleistung zugrunde liegenden GdS. Führt eine durch rechtskräftiges Urteil verurteilte Verwaltungsbehörde das Urteil durch einen Bescheid entsprechend dem Urteilstenor unter selbständiger Festsetzung des GdS und der daraus folgenden Leistung aus, besteht die Bindungswirkung durch den Ausführungsbescheid (BSG, Urteil vom 02.07.1997 - [9 RV 21/95](#) - juris). Für die Bindungswirkung der Entscheidungen der WBV ist es gleichgültig, ob die Erstentscheidung noch während der Dienstzeit des Soldaten oder erst danach getroffen wird. Aus dem Wortlaut des § 88 Abs. 2 SVG folgt, dass die WBV derartige Entscheidungen auch noch nach dem Ausscheiden des Soldaten aus dem Wehrdienst treffen kann (BSG, Urteil vom 28.06.2000 - [B 9 VS 1/99 R](#) - juris).

Der Gesetzgeber wollte mit der Bindungswirkung im Sinne von § 88 Abs. 3 SVG den Verwaltungsaufwand im Übergang von einer Leistung auf die andere (vom Ausgleich zur Versorgung) und von einem Leistungsträger auf den anderen (Bundeswehrverwaltung und Versorgungsverwaltung) beschränken. Bei diesen Ansprüchen, die einerseits zwar zeitlich voneinander getrennt und konstruktiv selbständig nebeneinander stehen, die andererseits jedoch beide auf ein und derselben gesundheitlichen Schädigung durch einen Unfall während der Ausübung des Wehrdienstes oder die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse im Sinne von § 81 Abs. 1 SVG gründen, sollten doppelte Prüfungen vermieden werden (vgl. auch [BT-Drs. 8/3750 S. 23](#) und [8/4030 S. 25](#)). Ziel ist es, der Gefahr von in wesentlichen Punkten voneinander abweichenden Entscheidungen entgegenzuwirken und vor allem eine Schlechterstellung von Soldaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst der Bundeswehr gegenüber Kriegsbeschädigten und sonstigen Versorgungsberechtigten zu verhindern, deren Anspruch sich nur gegen einen Leistungsträger richtet. Zweck der Regelung ist es mithin, in der Übergangssituation zwischen Ausgleich und Versorgung durch Bindung - in erster Linie der Versorgungsverwaltung - die weitere Versorgung des aus dem Dienst der Bundeswehr ausgeschiedenen Soldaten sicher-zustellen (BSG, Urteil vom 25.03.2004 - [B 9 VS 2/01 R](#) -, juris).

Allerdings besteht die Bindung der Versorgungsverwaltung an die Entscheidung der Wehrverwaltung nicht unbeschränkt. Nach § 88 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SVG steht die Bindungswirkung einer anderweitigen Entscheidung der Versorgungsämter nicht entgegen, wenn sich die Feststellung von Anfang an als fehlerhaft erweist oder eine wesentliche Änderung der maßgeblichen Verhältnisse eintritt. Bei anfänglicher Unrichtigkeit kann die Versorgungsverwaltung die Entscheidung über [§§ 44](#) bzw. [45 SGB X](#) korrigieren, bei einer Besserung oder Verschlechterung der anerkannten WDB kann die Entscheidung der Wehrverwaltung mit Wirkung für die Zukunft nach [§ 48 SGB X](#) aufgehoben bzw. abgeändert werden.

Mit Urteil des Landessozialgerichts ([L 6 VS 2615/05](#)) vom 11.03.2011 ist rechtskräftig als weitere Wehrdienstbeschädigungsfolge ein Zustand nach abgelaufener, durch beidseitige Embolektomie und Einbau eines Vena-Cava-Schirms operativ behandelter fulminanter Lungenembolie mit dauerhafter Marcumar-Antikoagulations-Prophylaxe festgestellt und der Bescheid des Beigeladenen vom 06.09.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 insoweit abgeändert worden. Im Übrigen, soweit die Feststellung von Herzrhythmusstörungen und Notwendigkeit eines Herzschrittmachers begehrt wurde und die Gewährung eines Ausgleiches, ist die Berufung jedoch zurückgewiesen worden. Mit Ausführungsbescheid der WBV vom 14.04.2010 ist diese Wehrdienstbeschädigungsfolge anerkannt worden. Darüber hinaus ist dargelegt worden, dass ein Anspruch auf Ausgleich nach § 85 SVG jedoch weiterhin nicht besteht und es bezüglich der übrigen Gesundheitsstörungen bei dem Bescheid vom 06.09.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 verbleibt. Nach der Rechtsprechung des Senats (zuletzt Urteil vom 29.04.2014 - [L 6 VK 934/12](#) - juris) hat ein Ausführungsbescheid insoweit einen eigenständigen Regelungscharakter, als er vorliegend das ergangene Urteil richtig umsetzen muss.

Damit ist für die Versorgungsverwaltung bindend festgestellt worden, dass nur die im Verfügungssatz des Urteils des Landessozialgerichts anerkannte WDB vorliegt und keine weitere. Dies steht der Anerkennung der Herzrhythmusstörungen und der Notwendigkeit eines Herzschrittmachers als WDB durch die Beklagte entgegen.

Maßgeblich ist daher, nachdem der anwaltlich vertretene Kläger selbst keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes i. S. d. [§ 48 SGB X](#) geltend macht allein, ob diese Feststellung rechtmäßig ist. Nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Ist ein Verwaltungsakt rechtswidrig, hat der betroffene Bürger im Interesse der materiellen Gerechtigkeit einen einklagbaren Anspruch auf Rücknahme des Verwaltungsaktes unabhängig davon, ob der Verwaltungsakt durch ein rechtskräftiges Urteil bestätigt wurde ([BSGE 51, 139, 141](#); [BSG SozR 2200 § 1268 Nr. 29](#)). Dabei muss die Verwaltung entsprechend dem Umfang des Vorbringens des Versicherten in eine erneute Prüfung eintreten und den Antragsteller auf der Grundlage der wirklichen Sach- und Rechtslage bescheiden ([BSG, SozR 3-2600 § 243 Nr. 8](#); [BSG SozR 2200 § 1268 Nr. 29](#)). Ob bei Erlass des Bescheides von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen worden ist, beurteilt sich im Vergleich der Sachlage, wie sie dem zu überprüfenden Verwaltungsakt zu Grunde gelegt worden ist und wie sie sich bei Erlass des Verwaltungsaktes bei nachträglicher Betrachtung im Zeitpunkt der Überprüfung rückschauend tatsächlich darstellt. Mithin kommt es nicht auf den Erkenntnisstand bei Erlass, sondern bei Überprüfung an, die Rechtswidrigkeit beurteilt sich also nach der damaligen Sach- und Rechtslage aus heutiger Sicht ([BSGE 57, 209; 90, 136](#)). Dies gilt auch dann, wenn z. B. die richtige medizinische Beurteilung erst später möglich geworden ist. Nach Unanfechtbarkeit des zu überprüfenden Verwaltungsaktes liegt allerdings die objektive Beweislast für Tatsachen, aus denen sich eine Unrichtigkeit des Verwaltungsaktes wegen fehlerhafter Sachverhaltsannahme ergeben kann, bei dem Adressaten des Verwaltungsaktes (st. Rspr. [BSG SozR 5870 § 2 Nr. 44](#)). Hinsichtlich des Beweismaßstabs gelten die Kriterien, die auch zum Zeitpunkt der zu überprüfenden Entscheidung maßgeblich waren ([BSG SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#)). Genügte dort, dass eine Tatsache lediglich wahrscheinlich war, ein Vollbeweis aber nicht gefordert wurde, besteht auch im Rahmen der Überprüfung bei Wahrscheinlichkeit des maßgeblichen Sachverhalts ein Anspruch auf den Zugunstenbescheid ([BSG, SGB 1998, 582](#)).

Danach liegen die Voraussetzungen für eine Rücknahme der Entscheidung nicht vor. Der Kläger hat nichts vorgetragen, was Anlass geben könnte, an eine abweichende Entscheidung zu denken. Insbesondere hat der Kläger keinerlei neue Angaben gemacht bzw. Unterlagen vorgelegt, die nunmehr ausreichend Anhaltspunkte dafür liefern, dass doch die Herzrhythmusstörungen wahrscheinlich Folge der Lungenembolie sind. Vielmehr hat er nur auf bereits im Verfahren [L 6 VS 2615/05](#) Gewürdigtes hingewiesen. Daher wird weiterhin der Sachverhalt vom Senat als ausreichend aufgeklärt erachtet und weitere Ermittlungen nicht als erforderlich angesehen. Im Urteil des Landessozialgerichts vom 11.03.2010 ist die Entscheidung, dass nicht auch die im Januar 2008 diagnostizierten Herzrhythmusstörungen und die hiermit verbundene Notwendigkeit eines Herzschrittmachers eine WDB ist, auf die Ausführungen in dem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme von Prof. Dr. G. gestützt worden, die vom Senat weiterhin als schlüssig und überzeugend bewertet werden. Diesen Ausführungen hat der Kläger auch in vorliegendem Verfahren keine stichhaltigen, sie widerlegenden Argumente, gegenübergestellt. Auch wenn im Recht der Soldatenversorgung die Rechtslage auf der Grundlage von Wahrscheinlichkeitsbeurteilungen durch einen Verwaltungsakt geregelt wird, kann er nur zurück genommen werden, wenn er nach allgemeinen Beweisregeln rechtswidrig ist. Eine Aufhebung scheidet daher aus, solange und soweit die Möglichkeit der Rechtmäßigkeit besteht (vgl. Liliensfeld in Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht, § 88 SVG Rn. 15). Eine Rücknahme nach [§ 44 SGB X](#) setzt somit die nachgewiesene Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes voraus. Dies ist vorliegend nicht gegeben.

Bei dem Kläger ist erstmals bei der akuten beidseitigen Lungenembolie am 25.12.1996 im Rahmen der durchgeführten Embolektomie ein Vorhofflattern aufgetreten, wobei es sich um eine Kammertachykardie handelte, die er bei erneuter Verschlechterung des Allgemeinbefindens bemerkte. Prof. Dr. G. hat hierzu dargelegt, dass eine akute Lungenembolie zwar häufig Arrhythmien auslösen kann. Auch spielen Erkrankungen, die zu einer Rechtsherzbelastung führen, wie rezidivierende Lungenembolien, nach seinen Ausführungen eine besonders wichtige Rolle bei der Entstehung von Vorhofflattern, weshalb eine Herzrhythmusstörung, insbesondere das Vorhofflattern, eher Folge einer Lungenembolie ist, als Ursache einer Embolie. In den Zeiträumen zwischen 1994 und 1996 und insbesondere 1996 und 2008 liegen jedoch bei dem Kläger keinerlei Hinweise auf Rhythmusstörungen vor. Weder hat der Kläger Angaben über klinische Hinweise gemacht, obwohl er sowohl 1996, wie auch 2008 im Rahmen des Vorhofflatterns symptomatisch gewesen ist, weshalb nicht von einem asymptomatischen und damit nicht erkannten Vorhofflattern ausgegangen werden kann. Noch ergeben sich Hinweise aus den in dieser Zeit durchgeführten Untersuchungen auf Herzrhythmusstörungen. Insbesondere haben mehrere echokardiographische Kontrollen keine chronischen Rechtsherzbelastungszeichen mit einer Dilatation der Vorhöfe gezeigt, die eine atriale Rhythmusstörung begünstigen. Hieraus folgt, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Lungenembolie 1996 und dem Auftreten des Vorhofflatterns 2008 nicht belegt werden kann. Die Ursache des erneut aufgetretenen Vorhofflatterns ist vielmehr unklar. Nachdem die Häufigkeit der Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern und Vorhofflattern insgesamt mit dem Lebensalter zunimmt, ist die Schlussfolgerung von Prof. Dr. G., dass eine durch die Lungenembolie mit nachfolgender Embolektomie verursachte Herzrhythmusstörung zwar möglich, jedoch nach 12-jähriger Latenz nicht wahrscheinlich ist, sondern mehr dagegen als dafür spricht, überzeugend. Es spricht vielmehr, wie Prof. Dr. G. angibt, mehr für eine Prädisposition des Klägers zum Vorhofflattern.

Wie im Urteil des Landessozialgerichts vom 11.03.2010 überzeugend ausgeführt worden ist, rechtfertigt die anerkannte WDB keinen GdS von mindestens 25. Der Kläger hat auch nunmehr keinerlei Befunde mitgeteilt, die einen GdS von 30 rechtfertigen. Daher liegen auch keine

Gründe vor, nach denen die Ablehnung der Gewährung eines Ausgleichs nach § 85 SVG rechtswidrig gewesen ist und ein Anspruch auf Gewährung einer Grundrente nach § 80 SVG besteht.

Bei der Begutachtung durch Dr. S. ergab die pulmonale Auskultation einen unauffälligen Befund, ebenfalls lag kardial ein unauffälliger Befund vor. Es zeigte sich nur eine leichte Gasaustauschstörung bei normaler Belastbarkeit. Die Spiroergometrie zeigte eine normale Belastbarkeit bis 200 Watt mit maximaler Sauerstoffaufnahme im Normbereich (97 % des Sollwertes). Daraus folgt, wie von Dr. S. angegeben, dass keine relevanten kardiopulmonalen Einschränkungen bestanden und damit keine Funktionsbeeinträchtigungen, die die Feststellung eines GdS rechtfertigen. Prof. Dr. G. hat in seinem Gutachten ausgeführt, dass der Kläger in seinem Alltag in Ruhe normal belastbar ist und nur bei mittelschwerer bis schwerer Belastung bzw. bei mittelschwerer körperlicher Arbeit eine Dyspnoe hat und die Arbeit unterbrechen muss. Der Kläger hatte angegeben, er spiele regelmäßig Tennis, müsse aber regelmäßig Pausen machen. Eine Dyspnoe oder thorakale Schmerzen oder Palpitationen wurden jedoch verneint. Daraus folgt, dass bei dem damals bereits 68-jährigem Kläger keinesfalls einen GdS von 20 rechtfertigende Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund der anerkannten WDB vorgelegen haben. Nach den VG, Teil B, Nr. 8.3 bzw. 9.1.1 ist ein GdS von 20 erst gerechtfertigt, wenn eine das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot z.B. bei forschem Gehen [5-6 km/h], mittelschwerer körperlicher Arbeit vorliegt und statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte sind und die Blutgaswerte im Normbereich bzw. bei Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten). Der Kläger war jedoch bis 200 Watt belastbar und hat dort nach 2 Minuten wegen muskulärer Erschöpfung aufgehört und hat von regelmäßigem Tennisspielen berichtet.

Wie bereits in dem Urteil des Landessozialgerichts vom 11.03.2010 ausgeführt worden ist, ist zwar nach den VG, Teil B, Nr. 9.1.2 bei Herzklappenprothesen der GdS nicht niedriger als 30 zu bewerten, wobei dieser Wert eine Dauerbehandlung mit Antikoagulantien einschließt. Der eingebrachte Vena-Cava-Schirm ist jedoch keinesfalls mit dem Vorliegen einer Herzklappenprothese vergleichbar und allein eine Dauerbehandlung mit Antikoagulation rechtfertigt danach nicht die Feststellung eines GdS von 30. Vielmehr ist nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen der GdS von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig, die vorliegend gerade nicht gegeben ist.

Nachdem der Kläger keinerlei Angaben gemacht und Nachweise erbracht hat, dass seine Leistungsfähigkeit entgegen diesen Befunden deutlich reduziert ist, ist das Vorliegen eines GdS von mindestens 25 aufgrund der anerkannten WDB nicht nachgewiesen. Soweit der Kläger auf die Feststellung eines GdB von 30 aufgrund der Gesundheitsbeeinträchtigungen der anerkannten WDB hinweist und daraus einen Anspruch auf Gewährung einer Grundrente nach einem GdS von mindestens 30 herleiten möchte, besteht eine Bindungswirkung infolge der Feststellung des GdB, vergleichbar der Bindungswirkung nach § 88 Abs. 3 SVG, aber gerade nicht.

Vielmehr ist nach [§ 69 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) eine Feststellung der Behinderung nach dem SGB IX nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist und der behinderte Mensch kein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine entsprechende (umgekehrte) Regelung einer Übernahme der Feststellungen nach dem SGB IX gibt es jedoch nicht. Die Feststellung eines GdB durch die Versorgungsverwaltung hat daher für die Feststellung der Höhe der MdE bzw. des GdS nach dem BVG/SVG oder dem Unfallversicherungrecht - anders als umgekehrt - keine bindende Wirkung bei der Entscheidung über die Höhe (vgl. BSG, Beschluss vom 11.10.2006 - B [9a SB 1/06](#) BH). Nachdem im Rahmen der Beschädigtenversorgung bzw. der Unfallversicherung jeweils noch weitere zusätzliche Feststellungen zu treffen sind, da mit der Feststellung nach dem SGB IX nicht geprüft wird, ob Gesundheitsstörungen als Unfall-/Schädigungs-Folge anzuerkennen sind und nur der Gesamt-GdB im Verfügungssatz festgestellt wird, liegt keine [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) vergleichbare Konstellation vor. Denn auch [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) lässt nicht einen nur teilweisen (partiellen) Verzicht auf eigenständige Feststellungen der Versorgungsbehörden nach Abs. 1 der Vorschrift zu. Eine anderweitige Feststellung im Sinne von [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) ist vielmehr nur dann maßgebend, wenn sie eine Feststellung nach Abs. 1 SGB IX gänzlich erübrigt und damit an deren Stelle treten kann (vgl. BSG, Urteil vom 05.07.2007 - B [9/9a SB 12/06](#) R - [SozR 4-3250 § 69 Nr. 4](#)). Die Regelung des [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) ist daher nicht analogiefähig bzw. umkehrbar (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 18.05.2010 - [L 15 SB 19/07](#) - juris).

Ergänzend weist der Senat noch darauf hin, dass der Kläger auch keine Verschlimmerung der anerkannten WDB geltend gemacht hat. Vielmehr hat er nur ausgeführt, dass der Zustand nicht besser geworden ist. Wie sich aus der Stellungnahme von Dr. S. vom 14.02.2013 im Rahmen der Überprüfung des GdB ergibt, war der Kläger seit Januar 2010 nicht mehr in Behandlung und ihr liegt kein Befund eines Lungenspezialisten vor. Damit liegen auch nicht die Voraussetzungen nach [§ 48 SGB X](#) vor.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-04-09