

L 7 VE 6/16

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7

1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 14 VE 15/12

Datum
26.05.2016

2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen

L 7 VE 6/16
Datum

30.08.2017

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Beschädigtenrente ab 1. Mai 2010 bis zum 28. Februar 2011 aufgrund von Wehrdienstbeschädigungen (WDB) nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG).

Der 1979 geborene Kläger war vom 1. März 1999 bis 28. Februar 2011 bei der Beklagten Soldat auf Zeit. Während eines privaten Fußballspiels zog er sich am 18. April 2004 ein Rotationstrauma am linken Knie mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) zu. Wegen dieser Verletzung befand er sich vom 7. bis 12. Juli 2004 und vom 17. August bis 3. September 2004 in stationärer Behandlung. Dort wurde ihm am 18. August 2004 eine Kreuzband-Ersatzplastik (Ligamentum patellae-Plastik) implantiert.

Am 5. Juni 2006 verletzte sich der Kläger erneut am linken Knie während einer Einzelkämpferausbildung. Bei einer Gefechtsübung trat er in ein mit Gras abgedecktes Loch, verdrehte sich dabei das linke Kniegelenk und stürzte. Durch die Schwere der Verletzung wurde er vom Lehrgang abberufen und musste sich beim Truppenarzt in A. behandeln lassen. In einem Bericht des Bundeswehrkrankenhauses L. vom 26. Juni 2006 wurde zur Verletzung ausgeführt: "1. Kniegelenksdistorsion li. vom 05.06.06 (Dienst) mit im MRT vom 20.06.06 festgestellter Läsion des Innenmeniskus und Re-Ruptur der VKB-Plastik, 2. FPS (Femoropatellares Schmerzsyndrom) li. bei VKB-Ruptur". In einem Kurzbericht des Facharztzentrums D. vom 28. Juni 2006 wurde ein Reizzustand des linken Knies angegeben. Die Fachärztin für Orthopädie Dr. M. teilte in einem Abschlussbericht über eine Reha-Maßnahme vom 4. bis 31. Juli 2006 bei der MD Reha GmbH in M. mit: Beim Kläger bestünden als funktionale Einschränkungen Schmerzen, Schwellungen sowie Unsicherheiten und Einschränkungen der Beweglichkeit beim Hocken, Knien, Treppensteigen und langen Stehen. Die Beweglichkeit des linken Kniegelenks betrage in der Extension/Flexion 0°/0°/130° bei einer Kapselschwellung und einem Minierguss sowie einer eingeschränkten Patellabeweglichkeit.

Nach einem Operationsbericht erfolgte am 18. August 2006 eine Implantation einer vorderen Kreuzband-Re-Plastik. Die Fachärztin für Orthopädie Dr. R. berichtete unter dem 31. Januar 2007 über eine ambulante Reha-Maßnahme des Klägers bei der MD Reha GmbH in M. vom 27. September 2006 bis 31. Januar 2007. Dort habe die Extension/Flexion des linken Knies bei der Aufnahmeuntersuchung 0°/0°/100° betragen. Daneben bestünden eine Kapselschwellung, eine Ergussbildung sowie eine eingeschränkte Patellabeweglichkeit. Wegen rezidivierender Schwellungen und wiederkehrender belastungsabhängiger Schmerzen sowie ungenügender muskulärer Stabilität sei eine MRT-Untersuchung empfohlen worden, die keine fassbare Ursache für die Beschwerdesymptomatik ergeben habe. Zum Abschluss der Rehabilitation habe die Beweglichkeit in der Extension/Flexion 0°/0°/130° mit Kapselschwellung betragen. Das Patellaspiel sei seitengleich. Es habe eine Atrophie von 1,5 cm im Oberschenkelbereich bei beidseitigem Muskelzuwachs bestanden. Wegen der Restbeschwerden sei eine ambulante Physiotherapie fortzuführen. Prof. Dr. N. (Orthopädische Universitätsklinik M.) gab unter dem 13. November 2007 an: Der Kläger habe sich am 8. November 2007 in der Sprechstunde vorgestellt. Diagnostisch bestünden eine seitliche Instabilität nach revidierter VKB-Plastik sowie eine zystische Raumforderung unklarer Genese am linken Tibiakopf. Röntgenaufnahmen hätten eine medial wie auch lateral bestehende Lockerung bestätigt. Eine Arthroskopie bzw. ein offener Eingriff am Tibiakopf sei mit dem Kläger besprochen worden. In einem weiteren Arztbrief vom 6. Februar 2008 berichtete Prof. Dr. N. über eine Arthroskopie mit Zystenexploration. Bei deutlicher medialer Lockerung sei eine Straffung durchgeführt worden. Die Zyste sei so gelegen, dass diese das Transplantat beschädigt habe und deshalb habe

exploriert werden müssen. Die Extension/Flexion habe 0°/10°/30° betragen. Prof. Dr. N. gab am 28. März 2008 an, dass der Kläger gegenwärtig eine Rehabilitation durchlaufe. Das Knie sei mittlerweile gut beweglich und reizlos. Es bestehe eine bekannte anterior-posterior (a.-p.) Instabilität Grad I bis II, medial Grad I.

Mit WDB-Blatt (erste Mitteilung über eine mögliche WBD) vom 13. August 2008 machte der Kläger bei der Beklagten Gesundheitsstörungen am linken Knie (Re-Ruptur des linken vorderen Kreuzbandes) geltend. Die Beklagte holte daraufhin medizinische Unterlagen ein.

Mit Arztbrief vom 1. Dezember 2008 berichtete Prof. Dr. N. über einen weiteren stationären Aufenthalt des Klägers in der Orthopädischen Klinik. Unter der Diagnose "Instabilität linkes Kniegelenk" berichtete er über die am 26. November 2008 erfolgte Revision im linken Knie durch Auffüllung der aufgeweiteten Bohrkanäle. Beim Kläger habe zuvor eine a.-p. Instabilität III. Grades ventral und eine seitliche Instabilität Grad II vorgelegen. Die Raffung des medialen Seitenbandes und das Shrinking des Kreuzbandes seien ohne dauerhaften Erfolg geblieben. Postoperativ habe der Kläger eine Kniegelenksorthese mit Limitierung auf die Beweglichkeit 0°/0°/90° erhalten.

Am 8. April 2009 musste sich der Kläger im Universitätsklinikum M. einer Revision mit VKB-Rekonstruktion und Rekonstruktion des medialen Seitenbandes unterziehen. Hieran schloss sich eine stationäre Anschlussheilbehandlung in der Reha-Klinik B. S. vom 28. April bis 2. Juni 2009 an. In einem Bericht vom 8. Juni 2009 gab Chefärztin Dr. S. als Diagnosen an:

Vordere Kreuzband-Re-Ruptur mit anteriorer-posterior-Instabilität Grad III und Valgusinstabilität Grad II im Bereich des li. Kniegelenkes, Revision des vorderen Kreuzbandes mit collateralem BTB-Transplantat und Rekonstruktion des medialen Seitenbandes mit Ligamentum obliquum (contralaterales Semitendinosus-Transplantat),

(US-)Unterschenkel-Venenthrombose links, Einstellung auf Falithrom ist erfolgt.

Es sei eine weitere Steigerung der Belastung bis zur Vollbelastung sowie Tragen der Orthese noch bis zum Erreichen des seitlichen Stabilitätsgefühls zu empfehlen. Der Patient werde als arbeitsunfähig entlassen.

Hieran schloss sich eine ambulante Reha-Maßnahme (MD Reha GmbH in M.) vom 18. Juni bis 19. Oktober 2009 an. Dr. R. berichtete darüber am 26. Oktober 2009 und führte aus: Beim Aufnahmebefund habe die Extension/Flexion 0°/10°/90° betragen. Dabei hätten eine Hyperthermie, eine Kapselschwellung, ein Erguss und eine Dysästhesie über dem medialen Kniegelenkspalt links vorgelegen. Es habe eine Myatrophie (links) von 5 cm im Oberschenkelbereich im Vergleich zur Gegenseite bestanden. Wegen akuter Beschwerdezunahme habe eine MRT-Untersuchung vorgenommen werden müssen, die eine Schraubendislokation im Bereich der Seitenbandplastik nachgewiesen habe. Deshalb sei eine Materialentfernung mit erneuter Seitenbandplastik entschieden worden.

Nach einem weiteren Bericht von Prof. Dr. N. (Orthopädischen Universitätsklinik M.) vom 16. November 2009 sei am 13. November 2009 operativ die dislozierte Schraube entfernt und der mediale Bandapparat erneut gestrafft worden. Prof. Dr. N. berichtete unter dem 13. Januar 2010 über eine gute a.-p. Stabilität bei erstgradiger medialer Instabilität. Im Vergleich zum Vorbefund sei die Situation gut, jedoch noch eine deutliche Myatrophie vorhanden.

Oberarzt Dr. S. (Orthopädische Universitätsklinik M.) gab am 1. April 2010 an: Subjektiv sei eine gute Besserung eingetreten. Die Restinstabilität bewege sich insgesamt im Grad I bis II. Angesichts der zuvor bestehenden schweren Instabilität sei ein gutes Ergebnis erzielt worden. Dr. R. berichtete am 6. April 2010 über eine ambulante Reha-Maßnahme (MD Reha GmbH in M.) vom 18. Januar bis 6. April 2010. Zu Beginn des zweiten Rehabilitationsabschnitts habe der Kläger noch belastungsabhängige Beschwerden bei endgradiger Streckung, jedoch kein Instabilitätsgefühl mehr angegeben und zum Abschluss der Maßnahme über eine Besserung der Beschwerden berichtet. Bei der endgradigen Streckung träten jedoch retropatellar noch Probleme auf. Die Beweglichkeit der Extension/Flexion habe bei 0°/0°/130° gelegen. Die Innenbandinstabilität erreiche den Grad I. Das Außenband sei stabil und es sei keine Hyperthermie mehr vorhanden. Sportarten mit axillarer Belastung könnten wieder ausgeführt werden.

Die Beklagte ließ diese Befunde von Dr. B. am 23. Mai 2010 versorgungsärztlich auswerten, der dazu ausführte: Das am 5. Juni 2006 eingetretene Ereignis sei geeignet gewesen, ein vorderes Kreuzband zu zerreißen und eine schwere Verletzung des Knieinnenraumes links zu verursachen. Der Ursachenzusammenhang sei auch für die anschließenden Folgebehandlungen im linken Knie anzunehmen. Die Funktionsstörungen zeigten einen deutlich phasenweisen Verlauf. Beschwerdereiche und -ärmere Intervalle hätten sich abgewechselt und rechtfertigten die Vergabe eines Durchschnittswertes, der diese Phasen entsprechend berücksichtige. Als Basiswert sei für die Lockerung des Knie-Band-Apparates ohne ausreichende muskuläre Kompensation von einem Durchschnitts-Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 20 auszugehen. Seit Juni 2006 sei im linken Knie keine Stabilität erreicht worden. Vom Juni 2006 bis Oktober 2008 sei von einem GdS von 20 auszugehen. Danach sei eine wesentliche Verschlimmerung objektivierbar, die weitere Maßnahmen im Jahr 2009 bis 2010 erforderlich machten. Ab November 2008 sei der GdS auf 30 zu erhöhen. Ein noch höherer Wert sei jedoch nicht anzunehmen, da die Funktionseinschränkung nicht die Grenze einer vollkommenen Versteifung des linken Kniegelenks erreicht habe. Durch operative Maßnahmen und eine ambulante Reha bis zum 6. April 2010 sei die Funktionalität des linken Kniegelenks dann dauerhaft gebessert worden.

Unter Angabe einer näher bezeichneten WDB-Folge sei der GdS wie folgt zu staffeln:

5. Juni 2006 bis Ende Oktober 2008 GdS 20

November 2008 bis ab April 2010 GdS 30

ab Mai 2010 GdS 20 auf Dauer.

Mit Bescheid vom 17. Dezember 2010 stellte die Beklagte als Folgen einer WDB fest:

"Vordere und innere Kniegelenksinstabilität Grad I bei operativ behandelter vorderer Re-Re-Kreuzbandplastik im August 2006 und September 2009 sowie zweimaliger Rekonstruktion des linken Innenbandes im Februar 2008 und April 2009 nach Teilruptur,

Chondromalazia retropatellaris, Muskelatrophie des linken Oberschenkels, wiederkehrende schmerzhafte Reizzustände;

Postraumatische Thrombose der linken Vena fibularis im April 2009, abgeklungen".

Die weiterhin vorliegende Gesundheitsstörung "operativ durch Kreuzbandersatzplastik behandelte Ruptur des vorderen Kreuzbandes links nach Verdrehverletzung des linken Kniegelenks im Juni 2004" sei keine Folge einer WDB. Es werde Ausgleich nach § 85 SVG vom 1. November 2008 bis zum 30. April 2010 gewährt. Der GdS betrage ab dem 5. Juni 2006 unter 25, ab 1. November 2008 30 und ab 1. Mai 2010 unter 25.

Dagegen legte der Kläger, nunmehr anwaltlich vertreten, am 25. Januar 2011 Beschwerde ein und machte geltend: Der im Bescheid angegebene GdS von 20 ab dem 1. Mai 2010 sei unzutreffend.

Nach dem Gutachten vom 2. Februar 2010 von Dr. K. für die LVM-Versicherung belaufe sich das Ausmaß der Funktionseinbußen aufgrund des Ereignisses vom 5. Juni 2006 auf 25%. Ab Mai 2010 habe sich die gesundheitliche Situation nicht entscheidend geändert. Zwar habe sich die Funktion des linken Kniegelenks nach der Reha-Maßnahme verbessert, dies rechtfertigte jedoch keine Herabstufung des GdS von 30 auf 20. Eine "anteriore und mediale Instabilität" mit schmerzhafter Einschränkung der Beugefähigkeit sowie Einschränkungen der Belastbarkeit seien nach wie vor gegeben. Er könne das linke Knie beim Laufen nicht gänzlich strecken und habe beim Beugen nach wie vor ein Unsicherheits- bzw. Instabilitätsgefühl. Unter Belastung komme es zu Schmerzen und Reizzuständen. Dies ergebe sich aus dem Gutachten des Dr. K. vom 2. Februar 2010, aus dem Bericht des Universitätsklinikums M. vom 25. März 2011 (Dr. S.) und dem Arztbrief des Bundeswehrkrankenhauses vom 22. März 2011 (Dr. R.).

Gegenüber Dr. K. gab der Kläger an, dass er ständig eine Orthese tragen müsse und den Bundeswehrdienst nicht mehr aktiv leisten könne. Seit der Thrombose sei das Kniegelenk über das gesamte Bein geschwollen und weise einen dumpfen Schmerz auf. Selbst nachts müsse er die Orthese tragen, um unkontrollierte Bewegungen im linken Kniegelenk zu vermeiden. Die Prüfung des Wehrdienstunfalles werde zögerlich bearbeitet und er sei nun schon seit zwei Jahren zu Hause. Wegen der Aktivitätseinbuße habe er 15 kg zugenommen. Zum Untersuchungsbefund teilte Dr. K. mit: Bei der Untersuchung am 2. Februar 2010 habe der Kläger das Untersuchungszimmer ohne Unterarmgehstützen betreten und eine Langversion einer kniegelenksstabilisierenden Orthese unter der Hose getragen. Ein Kniegelenkserguss der linken Seite liege vor. Das einbeinige Hüpfen sei ihm linksseitig schmerzbedingt sowie wegen der Instabilität nicht möglich. Dies gelte auch für die Demonstration der tiefen Hocke. Bei der Prüfung der Innenwandstabilität könne dieses linksseitig als deutlich gelockert beschrieben werden. Bei der Testung habe der Kläger Schmerzen angegeben. Es sei eine andromediale Kniegelenksinstabilität verblieben. Die Extension/Flexion des linken Kniegelenks betrage 0°/10°/110°. Das betroffene Kniegelenk weise keine Überwärmung auf. Die Funktionseinbußen seien mit 25 % zu bewerten. Privatdozent Dr. S. führte aus: Die Revision des vorderen Kreuzbandes in Kombination mit einer inneren Seitenbandplastik habe eine deutliche Verbesserung der zuvor ganz ausgeprägten Instabilität erreicht. Wegen der starken Schädigung der Bänder sei jedoch eine Restinstabilität (eher Grad I) verblieben. Wesentlich sei nach wie vor ein anteromedialer Schmerz am betroffenen Knie. Im Rahmen einer erneuten Arthroskopie sei narbiges Gewebe entfernt worden. Dies habe zunächst zu einer deutlichen Besserung geführt, jedoch im Anschluss wieder zu einem Rezidiv. Die genaue Ursache sei noch unklar. Das Tragen einer Kniegelenksorthese zumindest unter Belastung sei anzuraten. Gegenwärtig durchlaufe der Kläger weitere physiotherapeutische Maßnahmen. Dr. R. (Bundeswehrkrankenhauses B.) berichtete über eine Untersuchung vom 22. März 2011. Danach habe am linken Kniegelenk ein Muskeldefizit von 1,5 cm vorgelegen. Die Extension/Flexion habe am betroffenen Kniegelenk 0°/0°/135° betragen. Ein intraartikulärer Erguss sei nicht festzustellen und die Patella frei beweglich gewesen. Die mediale Instabilität habe Grad I betragen. Diagnostisch sei von einer chronischen Kniegelenksinstabilität des vorderen Kreuzbandes auszugehen.

Die Beklagte zog medizinische Unterlagen des Klägers zur Entlassungsuntersuchung vom 24. Februar 2011 bei. Hiernach bewertete der Oberstabsarzt H. den Kläger als nicht mehr wehrdienstfähig. In einem gesonderten Schreiben vom 28. Februar 2011 führte Oberstabsarzt H. aus: Der Kläger habe glaubhaft persistierende, unter Belastung deutlich zunehmende Beschwerden im linken Kniegelenk sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit demonstriert.

Am 28. Februar 2011 beantragte der Kläger für die Zeit nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses Versorgungsleistungen beim Landesverwaltungsamt M. Mit Bescheid vom 13. September 2011 erkannte das Landesverwaltungsamt die bereits anerkannten WDB im linken Kniegelenk an und bewertete die Schädigungsfolgen mit einem GdS von 20. Dieser Bescheid wurde bestandskräftig.

Die Beklagte ließ die Befunde durch die Versorgungsärztin Dr. N. am 22. Dezember 2011 auswerten, die sich für die bisherige GdS-Bewertung aussprach und zur Begründung ausführte: Nach Abschluss der Reha-Maßnahme am 6. April 2010 habe sich eine Beweglichkeit des linken Kniegelenks in der Extension/Flexion von 0°/0°/130° sowie eine Innenbandinstabilität Grad I gezeigt. Das Außenband sei als stabil zu bewerten und der vordere Schubladen-Test sowie der sog. Lachmann-Test seien negativ. Eine höhergradige Muskelminderung sei ebenfalls nicht festzustellen. Maßgeblich für die GdS-Bewertung seien der Reha-Abschlussbericht vom 6. April 2010 sowie die fachärztlichen Berichte vom 22. März 2011 und vom 25. März 2011. Nach diesen Befunden sei von einer medialen Instabilität Grad I auszugehen. Die Beweglichkeit habe 0°/0°/135° betragen. Reizerscheinungen des Kniegelenks seien nicht berichtet worden. Bei der GdS-Bewertung seien die funktionellen und anatomischen Auswirkungen einer Gesundheitsstörung zu berücksichtigen. Für eine Bewegungseinschränkung des Kniegelenks geringen Grades (0°/0°/90°) sei ein GdS von 0-10 vorgesehen. Beim Kläger liege daher eine deutlich bessere Beweglichkeit des Kniegelenks vor. Erst bei einer unvollständig kompensierbaren Lockerung des Kniebandapparates mit Gangunsicherheit könne ein GdS von 20 angesetzt werden. Bei einer dauerhaften Versorgung mit einem Stützapparat rechtfertige sich je nach Achsenfehlstellung eine GdS-Bewertung von 30-50. Der beim Kläger vorliegende Instabilitätsgrad I erreiche daher nicht die Voraussetzungen für eine dauerhafte Versorgung mit einem Stützapparat. Dem folgend wies die Beklagte die Beschwerde mit Beschwerdebescheid vom 5. Juni 2012 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 26. Juni 2012 Klage beim Sozialgericht Magdeburg (SG) erhoben und ergänzend ausgeführt: Die Beklagte wäre verpflichtet gewesen, die genauen Bewegungsmaße zu ermitteln. Dies mache eine erneute Begutachtung erforderlich. Es werde beantragt, ein Sachverständigen Gutachten einzuholen. Nach den ärztlichen Befunden bestünden hinreichende Anzeichen dafür, dass er am linken Knie mit einem Stützapparat versorgt werden müsse. Die mittlerweile sieben Operationen hätten zu keiner Beschwerdefreiheit geführt. Vielmehr hätten diese seine Dienstunfähigkeit und Entlassung aus dem Wehrdienst bewirkt.

Das SG hat einen Befundbericht des Facharztes für Chirurgie Dr. M. (B.-Krankenhaus O.) vom 21. November 2013 über eine Untersuchung vom Mai 2013 eingeholt. Hiernach sei eine Arthroskopie erneut anzuraten, da wahrscheinlich eine erneute Re-Ruptur der vorderen Kreuzbandplastik eingetreten sei. In einem radiologischen Befund vom 16. Mai 2013 äußerte der Facharzt für diagnostische Radiologie Dr. S. aus einem MRT-Befund des linken Kniegelenks vom 16. Mai 2013 den dringenden Verdacht auf das Vorliegen einer nochmaligen Ruptur des Implantats. Es bestünden auffällige ödematöse Knochenmarksveränderungen des proximalen Tibiakopfes. Eine entzündliche Knochenbeteiligung sei dabei nicht auszuschließen.

Das SG hat den Ärztlichen Direktor der Klinik für Orthopädie des M.C. W. B. D. Prof. Dr. M. mit der Erstattung des orthopädischen Gutachtens vom 4. November 2014 (Untersuchung vom 15. Oktober 2014) beauftragt, der darin ausgeführt hat: Der Kläger habe anamnestisch angegeben, dass der nächtliche Schlaf durch die Kniebeschwerden beeinträchtigt sei. Er müsse das Knie beim Schlafen in einer ganz bestimmten Stellung unter Benutzung eines Kissens lagern. Neben den Ruheschmerzen habe er über ein Unsicherheitsgefühl insbesondere beim Gehen auf Bodenunebenheiten berichtet. Zeitweise werde eine Orthese mit seitlichen Verstärkungen getragen. Beim normalen Gehen auf ebenem Untergrund komme es plötzlich zu einem Versagen des linken Kniegelenks und einem damit verursachten Hinken. Zudem könne er nicht mehr knien. Derzeit absolviere er eine Ausbildung zum Verwaltungsfachangestellten.

Die Kniegelenksbeweglichkeit habe in der Extension/Flexion im linken Kniegelenk 0°/0°/140° mit Angabe von Schmerzen betragen. Das linke Kniegelenk habe keine Rötung, Überwärmung oder einen Gelenkerguss gezeigt. Es bestehe keine vermehrte Verschieblichkeit des Tibiakopfes nach vorn; der Lachmann-Test im Bereich des linken Kniegelenks sei negativ. Die mediale Aufklappbarkeit habe jedoch Grad II erreicht. Zudem sei ein deutlich positives Zohlen-Phänomen erkennbar. Die Umfangsmaße beider Beine zeigten Abweichungen bis zu 1 cm. Nach dem Trauma habe sich der Kläger fünf weiteren Operationen unterziehen müssen. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung habe der Kläger Ruheschmerzen, Instabilität, wiederkehrende Reizzustände im linken Kniegelenk beklagt. Hinzu komme es zu einem Hinken mit Auswirkungen auf die Körperhaltung. Als Schädigungsfolgen seien anzugeben:

Unfallbedingte Abnutzungsveränderungen des linken Kniegelenks,

Verkippung der Kniescheibe nach außen im Bereich des linken Kniegelenks,

unfallbedingte Lockerung des Innenbandes (Instabilität) im Bereich des linken Kniegelenks,

Reizzustand des linken Kniegelenks,

abgeklungene posttraumatische Thrombose der linken Vena fibularis.

Unter Berücksichtigung der bezeichneten Funktionsstörungen sowie der weiteren Begleiterscheinungen und Schmerzen werde der GdS zum Zeitpunkt der Untersuchung mit 20 bewertet. Die posttraumatische Thrombose sei abgeklungen und rechtfertige keinen gesonderten GdS.

In der öffentlichen Sitzung des SG vom 10. September 2015 hat der Kläger einen Verschlimmerungsantrag gestellt.

Das SG hat ohne mündliche Verhandlung mit Urteil vom 26. Mai 2016 die Klage abgewiesen und im Wesentlichen zu Begründung ausgeführt: Die WDB sei zwischen den Beteiligten unstrittig. Entgegen der Auffassung des Klägers seien die Schädigungsfolgen mit einem GdS von unter 25 ab dem 1. Mai 2010 zu bewerten. Auf der Grundlage der versorgungsmedizinischen Stellungnahmen sei überzeugend dargelegt, dass ab dem 1. Mai 2010 ein rentenberechtigter GdS nicht mehr erreicht werde. Im Vergleich zu einer Versteifung eines Kniegelenks in günstiger Stellung, für die ein GdS von 30 vergeben werden könne, habe sich beim Kläger ein deutlich geringeres Beschwerdebild gezeigt. So sei keine dauerhafte Verordnung einer Orthese erforderlich geworden. Vielmehr sei im Befundbericht der orthopädischen Universitätsklinik M. vom 25. März 2011 lediglich das Tragen einer Kniegelenksorthese bei Belastung angeraten worden. Dies bestätige auch das orthopädische Fachgutachten von Prof. Dr. M.

Gegen das ihm am 2. Juni 2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 1. Juli 2016 Berufung beim SG eingelegt und ergänzend geltend gemacht: Das orthopädische Gutachten habe lediglich zum Untersuchungszeitpunkt am 15. Oktober 2014 die Funktionsstörungen mit einem GdS von 20 bewertet und habe daher keine Aussagen zum Zeitpunkt ab dem 1. Mai 2010 treffen können. Eine chronische Kniegelenksinstabilität werde zudem im Schreiben des Bundeswehrkrankenhauses vom 22. März 2011 bestätigt. Gleiches gelte für die Bescheinigung der orthopädischen Universitätsklinik M. vom 25. März 2011. Den Verschlimmerungs- bzw. Überprüfungsantrag möge die Beklagte nach Abschluss dieses Verfahrens entscheiden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgericht Magdeburg vom 26. Mai 2016 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 17. Dezember 2010 in der Gestalt des Beschwerdebescheides vom 5. Juni 2012 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger für die Zeit vom 1. Mai 2010 bis zum 28. Februar 2011 eine Beschädigtenrente nach einem Grad der Schädigung von 30 zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat vorgetragen: Gemäß § 85 Abs. 4 Satz 3 SVG erlösche der Anspruch auf Ausgleich nach § 85 Abs. 1 SVG spätestens mit Beendigung des Wehrdienstverhältnisses. Insbesondere könne der bestandskräftige Bescheid des Landesverwaltungsamts vom 13. September 2011 kein Streitgegenstand des Verfahrens sein. Der gerichtliche Sachverständige habe sich auch mit der Zeit vor seiner gutachterlichen Untersuchung beschäftigt und hierbei die Auffassung vertreten, dass er nicht von den in den Akten vorliegenden Gutachten abweiche. Ab Mai 2010 sei eine deutliche Besserung dokumentiert. So könne die Funktion des linken Kniegelenks als dauerhaft verbessert angesehen werden. Eine Funktionseinschränkung, die eine dauerhafte Versorgung mit einem Stützapparat je nach Achsenfehlstellung erforderlich mache (GdS von 30-50), sei vom Kläger noch nicht erreicht worden. Die Abschlussuntersuchung am 24. Februar 2011 habe nur eine

begrenzte Aussagekraft, da keine detaillierteren Messungen der Beweglichkeit des linken Kniegelenks vorgenommen worden seien.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung des Senats. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 17. Dezember 2010 in Gestalt des Beschwerdebescheides vom 5. Juni 2012 ist rechtmäßig. Dabei ist für die vorliegende Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 SGG der Zeitraum vom 1. Mai 2010 bis 28. Februar 2011, also die Zeit des Wehrdienstverhältnisses, entscheidungsrelevant. Nach § 88 Abs. 1, 2 i.V.m. § 85 SVG kann die Beklagte in diesem Verfahren nur über Schädigungsfolgen während des Wehrdienstverhältnisses befinden.

Nach § 85 Abs. 1 SVG erhalten Soldaten wegen der Folgen einer WDB während ihrer Dienstzeit einen Ausgleich in Höhe der Grundrente und der Schwerstbeschädigtenzulage nach §§ 30 Abs. 1, 31 Bundesversorgungsgesetz (BVG). Nach § 81 Abs.1 SVG ist eine 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. Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer WDB genügt dabei nach § 81 Abs. 6 Satz 1 SVG die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs.

Unstreitig ist zwischen den Beteiligten, dass der Kläger eine WDB erlitten hat. Auch besteht zwischen den Beteiligten kein Streit über die dadurch eingetretenen Funktionseinschränkungen. Gegenstand des Verfahrens ist allein die Frage, ob dem Kläger für die Zeit vom 1. Mai 2010 bis zum 28. Februar 2011 eine Beschädigtenrente zusteht.

Nach § 31 Abs. 1 BVG wird eine Grundrente bei einem GdS von mindestens 30 gewährt. Nach der Neufassung des § 30 Abs. 1 BVG ist der GdS nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen (Satz 1). 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). Demnach reicht – wie zuvor nach § 31 Abs. 2 BVG a.F. – ein GdS von 25 zur Rentenberechtigung aus (vgl. Urteil des Senats vom 16. Januar 2014, L 7 VE 11/12, juris).

Auf Grund des § 30 Abs. 17 BVG hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) erlassen. Nach ihrem § 1 regelt diese Verordnung unter anderem die Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung ihres Schweregrades im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG. Nach § 2 VersMedV sind die in § 1 genannten Grundsätze und Kriterien in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VMG) als deren Bestandteil festgelegt.

Der hier streitigen Bewertung der Schädigungsfolgen ist die GdS-Tabelle der VMG zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B, 1 a) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Teil A, Nr. 2 e) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a), (vgl. Urteil des Senats a.a.O.)

Nach diesem Maßstab kann für die anerkannten Schädigungsfolgen des Klägers, die das Funktionssystem Bein betreffen, insgesamt kein höherer GdS als 20 nach dem 1. Mai 2010 bis zum 28. Februar 2011 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf die eingeholten medizinischen Befunderhebungen, das Sachverständigengutachten von Prof. Dr. M., die Berichte der behandelnden Ärzte des Klägers und die Bewertung dieser medizinischen Unterlagen durch die Versorgungsärzte der Beklagten. Diesen auf der Grundlage der VMG beruhenden überzeugenden Einschätzungen schließt sich der Senat an.

Ausgangspunkt für die Bewertung einer Kniegelenkinstabilität bzw. Versteifung des Kniegelenks sind die Vorgaben in Teil B, Nr. 18.14 der VMG. Darin ist ausgeführt:

GdS

Versteifung eines Kniegelenks
in günstiger Stellung (Beugestellung von 10 - 15°) ...30
in ungünstiger Stellung ... 40 - 60
Lockerung des Kniebandapparates
muskulär kompensierbar ...10
unvollständig kompensierbar, Gangunsicherheit ...20
Versorgung mit einem Stützapparat, je nach Achsenfehlstellung ... 30 - 50

Nach diesen Vorgaben verfehlt der Kläger die Funktionseinschränkung einer Versteifung eines Kniegelenks bzw. Versorgung mit einem Stützapparat noch deutlich, da der Senat für den streitigen Zeitraum lediglich von einer geringgradigen Funktionseinschränkung ausgeht, die keine dauerhafte Versorgung mit einem Stützapparat erfordert.

Der Kläger stützt seine gegenteilige Auffassung im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. K. für die LVM-Versicherung vom 2. Februar 2010, nach dem eine Funktionseinbuße von 25 % bezüglich des linken Kniegelenks bestanden hat. Diese Bewertung hält der Senat für die Frage der gesundheitlichen Beeinträchtigung des linken Kniegelenks jedoch für nicht maßgeblich, da die Einschätzung von Dr. K. nach einem hier nicht relevanten Maßstab der Privaten Unfallversicherung erfolgt ist und auf dieses Verfahren nicht übertragen werden kann. Für

den vorliegenden Fall sind allein Teil B, Nr. 18.14 der VMG wertungserheblich. Gegen die Aussagekraft des Gutachtens von Dr. K. sprechen auch zeitliche Gründe. Schließlich befand sich der Kläger während dieser Untersuchung noch in der Rehabilitation, die noch nicht abgeschlossen war. Für diesen Untersuchungszeitpunkt hat die Beklagte bis zum 30. April 2010 auch einen GdS von 30 für zutreffend erachtet und ist damit der Ansicht des Klägers in vollem Umfang bei der Prüfung der VMG gefolgt. Der Aussagewert des Gutachtens von Dr. K. zu den Funktionsstörungen ab 1. Mai 2010 ist daher sehr begrenzt. Bereits zeitlich liegen bedeutsamere Befunde vor, die die gesundheitlichen Verhältnisse am betroffenen linken Kniegelenk ab dem 1. Mai 2010 aussagekräftiger wiedergeben. Dies hat auch die Versorgungsärztin Dr. N. zutreffend so gesehen. Hiernach kommt gerade dem Reha-Abschlussbericht von Dr. R. von April 2010 eine entscheidende Bedeutung zu. Nach dessen Feststellungen konnte die Extension/Flexion des betroffenen Knies auf 0°/0°/130° verbessert werden. Die Innenbandinstabilität erreichte nur noch den Grad I. Das Außenband wurde als stabil beschrieben und eine Überwärmung verneint. Nach diesem Befund wurden auch Sportarten mit axillarer Belastung als noch ausführbar bewertet. Zudem hatte der Kläger zu diesem Zeitpunkt nur noch belastungsabhängige Beschwerden, jedoch kein Instabilitätsgefühl mehr angegeben. Eine funktionelle Besserung des linken Kniegelenks nach Abschluss des Reha-Verfahrens ist daher ärztlich dokumentiert und rechtfertigt es, die neue Feststellung des GdS von 30 auf 20 ab Mai 2010 vorzunehmen. Die Befunde von Dr. S. vom 25. März 2011 und Dr. R. vom 22. März 2011 stehen dazu nicht im Widerspruch. Sie können bereits zeitlich keine geeignete Aussage zum gesundheitlichen Zustand des Klägers bis zum 28. Februar 2011 abgeben. Überdies ergibt sich auch aus keinem dieser beiden Befunde eine wesentliche Verschlechterung in der Kniebeweglichkeit. So wird die Instabilität mit Grad I und die Extension/Flexion mit 0°/0°/135° angegeben (Dr. R.). Dr. S. beschreibt dagegen ein im Zentrum stehendes Schmerzgeschehen, das ohne Hinzutreten einer speziellen Schmerztherapie ohnehin keine Erhöhung des GdS rechtfertigen kann (vgl. Teil A, Nr. 2 j VMG). Hierfür liegen keine Anhaltspunkte vor. Der Senat verkennt dabei nicht, dass sich der Kläger, um seinen Wunschberuf als Berufssoldat trotz der Knieschädigung noch erreichen können, in der streitgegenständlichen Zeitspanne womöglich deutlich höheren Schmerzbelastungen ausgesetzt hatte, um dieses Ziel unbedingt zu erreichen. Dies macht es auch erklärlich, dass es dem Kläger trotz dieses erheblichen Knieschadens gelungen war, den Einzelkämpferlehrgang nach eigenen Angaben erfolgreich zu absolvieren. Gleichwohl kann es diese lediglich zu vermutende Schmerzbelastung nicht rechtfertigen, eine Erhöhung des GdS nach Teil A, Nr. 2 j VMG vorzunehmen. Hierfür müsste eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen sein, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Dieser Nachweis liegt nicht vor. Auch die Befunde von Oberstabsarzt H. vom 24. und vom 28. Februar 2011 rechtfertigen keine höhere Bewertung. Es fehlt insoweit bereits an entsprechenden Bewegungsmaßen und Befunderhebungen, die eine erneute Verschlechterung der Kniegelenksbeweglichkeit bestätigen könnten.

Diese Senatseinschätzung wird auch durch das gerichtliche Sachverständigengutachten von Prof. Dr. M. gestützt. Prof. Dr. M. hat sich den Bewertungen der Beklagten angeschlossen und den GdS wiederum mit 20 eingeschätzt. Mangels Abweichung von den vorliegenden Befunden gilt nach Prof. Dr. M. der GdS von 20 auch für den Zeitraum vom 1. Mai 2010 bis 28. Februar 2011. Der Senat hält diese Bewertung aus den bereits dargelegten Gründen für zutreffend.

Die Kostenentscheidung ergeht auf der Grundlage von [§ 193 SGG](#).

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nach [§ 160 SGG](#) nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2018-01-08