

L 6 V 4352/06

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 3 V 2827/05

Datum

02.08.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 V 4352/06

Datum

23.04.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 02.08.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1925 geborene Kläger begehrt die Anerkennung weiterer Schädigungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und die Gewährung von Rente nach einem höheren Grad der Schädigungsfolgen (GdS; früher Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE]).

Der Kläger erlitt er am 22.08.1945 als Kriegsgefangener einen Unfall bei einem Gefangenentransport, wobei sein rechter Fuß vollständig zertrümmert wurde. Er musste deshalb oberhalb des Sprunggelenks amputiert werden.

Mit Neufeststellungsbescheid vom 23.02.1953 anerkannte das Versorgungsamt H. als Schädigungsfolgen "Unterschenkelamputation rechts in der oberen Hälfte, chronische Stumpfantzündungen, Kniegelenksbeschwerden rechts" und gewährte weiterhin Rente nach einer MdE um 50 vom Hundert (v. H.).

Das nunmehr zuständige Versorgungsamt K. (VA) erhöhte die MdE mit Bescheid vom 28.03.1966 auf 60 v. H. ab 01.02.1965 und mit Ausführungsbescheid vom 21.06.1985 unter Anerkennung einer besonderen beruflichen Betroffenheit auf 70 v. H. ab 01.04.1979.

Den am 13.08.1986 gestellten Neufeststellungsantrag des Klägers, den der Kläger unter anderem mit einer Verschlimmerung der Phantomschmerzen begründete, lehnte das VA nach Einholung des versorgungsärztlichen Gutachtens des Dr. L. vom 11.09.1986 mit Bescheid vom 10.10.1986 unter nunmehriger Bezeichnung der Schädigungsfolgen als "Unterschenkelamputation rechts in der oberen Hälfte, chronische Stumpfantzündungen, Kniegelenksbeschwerden rechts, knöchern ausgeheilte Speichenbruch links mit Bewegungsbehinderung" ab. Im sich anschließenden Klageverfahren veranlasste das Sozialgericht Karlsruhe (SG) das Gutachten des Prof. Dr. R., Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität H., vom 26.08.1987. Das gerichtliche Verfahren wurde am 16.12.1988 durch einen Vergleich dergestalt beendet, dass sich der Beklagte verpflichtete, dem Kläger auf seinen mit Schriftsatz vom 15.08.1988 gestellten Antrag für den Zeitpunkt ab 01.12.1988 erneut einen rechtsmittelfähigen Bescheid gemäß § 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) wegen der geltend gemachten weiteren Verschlimmerung im Sinne von Phantomschmerzen und seelischen Begleiterscheinungen sowie unter Überprüfung der Voraussetzungen eines besonderen außergewöhnlichen beruflichen Betroffenseins zu erteilen (Aktenzeichen S 12 V 2847/86).

Im daraufhin erneut eingeleiteten Verwaltungsverfahren holte das VA die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. R. vom 28.03.1989, das Gutachten des Prof. Dr. M., ehemaliger Direktor der Neurologischen Klinik des Städtischen Klinikums K., vom 18.12.1989, hierzu den Prüfvermerk des Dr. R. vom 16.01.1990, das ergänzende Gutachten des Prof. Dr. M. vom 14.03.1990 sowie die versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. R. vom 21.03.1990 und des Dr. Rauch vom 10.07.1990 ein. Daraufhin anerkannte der Beklagte mit Bescheid vom 21.08.1990 als weitere Schädigungsfolge "Phantomschmerzen" und erhöhte die MdE auf 80 v. H. ab 01.08.1988.

Neben höherer Grundrente beehrte der Kläger auch die Gewährung eines Berufsschadensausgleichs. Nachdem der Kläger in seinem gegen den einen Berufsschadensausgleich ab 01.08.1986 bewilligenden Bescheid vom 30.07.1991 eingelegten Widerspruch unter Vorlage des Psychologischen Berichts der Ärzte der B.-Klinik vom 12.02.1992 über eine dort vom 11.10.1991 bis zum 21.11.1991 durchgeführte Badekur mit psychologischer Schmerztherapie und Tinnitusbehandlung, ausgeführt hatte, fehlerhaft sei nicht über das Vorliegen einer besonders

außergewöhnlichen beruflichen Betroffenheit und seelischer Begleiterscheinungen entschieden worden, holte das VA die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Z.-C. vom 30.03.1992 ein. Sodann wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 02.06.1992 zurück. Der vom Kläger deswegen geführte Rechtsstreit (S 4 V 1281/92), in dem er die Anerkennung "seelischer Begleiterscheinungen" und eines "Tinnitus" als Schädigungsfolgen, eine höhere Bewertung der Phantomschmerzen, die Berücksichtigung einer außergewöhnlichen beruflichen Betroffenheit sowie höheren Berufsschadensausgleich begehrte, wurde vom SG mit Beschluss vom 17.10.1995 wegen eines vom Kläger zwischenzeitlich gestellten Antrags gemäß [§ 44 SGB X](#), "Phantomschmerzen" ab 28.07.1986 als Schädigungsfolgen festzustellen und die schädigungsbedingte MdE entsprechend zu erhöhen, ausgesetzt.

Den Antrag auf Erteilung eines Rücknahmebescheids lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 16.07.1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.10.1996 ab. Da der Kläger hiermit nicht einverstanden war, rief er das ausgesetzte Klageverfahren wieder an.

Einen erneuten Antrag des Klägers gemäß [§ 44 SGB X](#), die Phantomschmerzen als Schädigungsfolgen ab 28.07.1986 festzustellen und ab diesem Zeitpunkt eine Rente nach einer MdE um 80 v. H. zu leisten, lehnte das VA mit Bescheid vom 04.11.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.1998 unter Berufung auf die Bindungswirkung des Bescheides vom 16.07.1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.10.1996 ab. Die dagegen erhobene Klage (S 3 V 347/98) wurde mit Urteil vom 23.04.1999 abgewiesen.

Am 17.09.1999 stellte der Kläger einen Erhöhungsantrag. Er habe am 13.08.1999 einen häuslichen Unfall erlitten, weil er mit seiner Prothese an einer Bettkante hängen geblieben sei. Dabei habe er sich einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen, welcher die Implantierung eines Hüftgelenks erforderlich gemacht habe. Außerdem machte er eine Verschlimmerung in Gestalt von ausgeprägten Stumpfschmerzen, einer psychischen Dekompensation und eines chronifizierten Tinnitus in Folge eines am 01.05.1945 erlittenen Knalltraumas geltend.

Am 15.12.1999 rief der Kläger erneut das gegen den Bescheid vom 30.07.1991 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.06.1992 gerichtete Klageverfahren wieder an. Mit Gerichtsbescheid vom 25.07.2001 wies das SG die Klage ab (S 4 V 4620/99). Hiergegen legte der Kläger Berufung ein. Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) holte auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) das nervenfachärztliche Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Dr. B. vom 04.08.2002 ein. Der Sachverständige diagnostizierte beim Kläger einen Zustand nach Verlust des rechten Fußes mit Unterschenkelamputation und zweimaliger Nachoperation, einen charakteristischen Phantomschmerz und Stumpfschmerz, eine Narbenhyperpathie, eine Abduktionsschwäche des Fingers V links, ein psychosomatisches Syndrom und depressive Verstimmungszustände. Hinsichtlich des psychosomatischen Syndroms führte er aus, man könne nicht klar abgrenzen, inwieweit das berufliche Versagen oder der Kriegsschaden hierfür eine entscheidende Rolle gespielt hätten. Die Beeinflussung durch die Amputation, die dadurch eingetretenen funktionellen Verluste und die chronischen, das gesamte Lebensgefühl beeinflussenden Stumpf- und Phantomschmerzen seien aber viel wichtiger, weshalb das psychosomatische Syndrom in den Folgezuständen des Kriegsbeschädigungsleidens mitberücksichtigt werden müsse und es unärztlich sei, hier einfach berufliche Versagenszustände als "Ausdruck einer Neurose" anzusehen und ein solches Syndrom abzulehnen. Nach Abwägung aller Einzelfaktoren komme den kriegsbedingten Folgeerscheinungen ein Anteil am psychosomatischen Syndrom von 70 v. H. und den Nichtschädigungsfolgen (berufliche und persönliche Enttäuschung) von 30 v. H. zu. Phantomschmerzen bestünden beim Kläger bereits ab 1986. Daneben leide der Kläger unter Beschwerden am Stumpf und einer Narbenhyperpathie. Die MdE belaufe sich ab August 1986 auf 70 v. H. und ab 1988, da ab diesem Zeitpunkt erst die Stumpfschmerzen berücksichtigt worden seien und die Narbenhyperpathie überhaupt keine Einstufung erfahren habe, auf 90 v. H. Die schädigungsbedingte Gesamt-MdE könne erst nach Vorliegen weiterer Informationen, namentlich eines orthopädischen Gutachtens, bestimmt werden. Hierzu äußerte sich für den Beklagten der Medizinaldirektor (Med.Dir.) D. unter dem 11.09.2002 dahingehend, dass in der bisherigen Höhe der MdE von 70 v. H. ungünstige Stumpfverhältnisse mit den dazugehörigen Beschwerden sowie Phantomschmerzen bereits berücksichtigt seien. Die Narbenhyperpathie sei ein aktueller Befund. Zumindest 1988 habe sie noch nicht bestanden. Die mit den Gesundheitsstörungen üblicherweise einhergehenden seelischen Begleiterscheinungen seien in der jeweiligen MdE bereits berücksichtigt. Im Übrigen entspreche die beim Kläger anerkannte MdE um 70 v. H. bereits dem Verlust eines Beines im Oberschenkel. Ergänzend äußerten sich noch einmal Dr. Dr. B. unter dem 08.11.2002 und der Versorgungsarzt Dr. W. unter dem 25.11.2002.

Mit Urteil vom 18.02.2003 (L 11 V 3554/01) wies das LSG die Berufung des Klägers zurück. Der Kläger habe weder einen Anspruch auf Leistung einer höheren Versorgungsrente wegen Anerkennung weiterer Schädigungsfolgen beziehungsweise Erhöhung wegen einer außergewöhnlichen beruflichen Betroffenheit noch auf Gewährung eines höheren Berufsschadensausgleichs für den Zeitraum vom 01.08.1986 bis zum 30.06.1988. Was zunächst die vom Kläger geltend gemachten Phantomschmerzen anbelange, sei festzustellen, dass diese bereits ab 01.08.1988 anerkannt seien, so dass der Antrag diesbezüglich grundsätzlich ins Leere gehe. Die vom Beklagten in Folge dieser Schmerzen ab 01.08.1988 vorgenommene Erhöhung der MdE lediglich von 60 v. H. auf 70 v. H. sei nicht zu beanstanden. Eine weitere Erhöhung komme nicht in Betracht. Insoweit sei zu berücksichtigen, dass in den ärztlichen Unterlagen Phantomschmerzen zunächst keine Erwähnung gefunden hätten. Noch in dem versorgungsärztlichen Gutachten des Dr. L. aus dem Jahr 1986 seien vom Kläger Phantomschmerzen nicht beklagt und im Gutachten nicht diagnostiziert worden und auch der Orthopäde Dr. T. habe in seinem ärztlichen Attest aus dem Jahr 1988 Phantomschmerzen nicht aufgeführt. Erstmals Erwähnung fänden die Phantomschmerzen in einer sachverständigen Zeugenauskunft der Dr. A. aus dem Jahr 1986, in der es heiße, der Kläger leide unter zunehmenden Phantomschmerzen. Dann seien sie im Grunde erst wieder im Bericht der Baumrain-Klinik aus dem Jahr 1989, in der sich der Kläger unter anderem wegen Phantomschmerzen habe behandeln lassen, aufgetaucht. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Phantomschmerzen demzufolge, wie auch Prof. Dr. M. in seinem Gutachten herausstelle, nicht im Vordergrund stünden und keine laufende Behandlung erforderlich machten, sei eine Berücksichtigung der Phantomschmerzen durch Erhöhung der MdE von 60 v. H. auf 70 v. H., auf jeden Fall ausreichend. Im Übrigen seien übliche Phantomschmerzen bereits in der MdE-Tabelle für Amputationen berücksichtigt. Hinsichtlich des Vorliegens der vom Kläger geltend gemachten "seelischen Begleiterscheinungen" als weitere Schädigungsfolgen stütze sich der Senat auf die insoweit überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. M. in seinem Gutachten und auf die versorgungsärztlichen Stellungnahmen. Die beim Kläger zu diagnostizierende psychische Störung habe ihre Ursache nicht in den anerkannten Schädigungsfolgen. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem von Dr. Dr. B. erstatteten Gutachten. Zwar habe der Gutachter beim Kläger ein psychosomatisches Syndrom mit multiplen Funktionsstörungen des autonomen und vegetativen Systems und depressive Verstimmungszustände diagnostiziert und diese auch als Schädigungsfolgen gewertet. Die von ihm hierfür abgegebene Begründung überzeuge jedoch nicht. Mit den Ausführungen des Dr. Dr. B. seien die an die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer Erkrankung und einer Schädigungsfolge zu stellenden Anforderungen nicht erfüllt. Im Übrigen seien übliche seelische Begleiterscheinungen in den in der MdE-Tabelle niedergelegten Sätzen

bereits berücksichtigt. Die von Dr. Dr. B. neu festgestellte Narbenhyperpathie stelle, abgesehen davon, dass ihre Anerkennung nicht geltend gemacht werde, einen aktuellen Befund dar. 1988 sei eine Narbenhyperpathie noch nicht vorhanden gewesen. Es handle es sich jedoch, wie Prof. Dr. R. in seinem Gutachten ausgeführt habe, aufgrund der Amputation in der oberen Hälfte typischerweise schon immer um eine Amputation mit schwieriger Weichteildeckung, knöcherner Spornbildung und Neigung zu Ekzematisierung. Deshalb sei beim Kläger für den Verlust des Beines auch nicht nur eine MdE von 50 v. H., die für einen Verlust eines Beines im Unterschenkel bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke vorgesehen sei, sondern von 60 v. H., was eine ungenügende Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke berücksichtige, anerkannt. Dies führe im Ergebnis dazu, dass auch diese neu festgestellte Narbenhyperpathie, zumal operative Korrekturen stattfänden, in der MdE-Bewertung bereits mitenthalten sei. Eine weitere Erhöhung der MdE ließe sich hierauf nicht stützen. Stumpfschmerzen würden, worauf der Med.Dir. D. zu Recht hinweise, von den anerkannten Stumpfantzündungen erfasst. Wegen der von Dr. Dr. B. erwähnten orthopädischen Beschwerden habe bereits eine Überprüfung stattgefunden. Mit Bescheid vom 10.10.1986 seien Wirbelsäulenschäden, Veränderungen an beiden Hüftgelenken und am linken Kniegelenk bestandskräftig abgelehnt worden. Im Übrigen sei der Kläger bereits mehrfach auf orthopädischem Fachgebiet begutachtet worden, so dass eine weitere Begutachtung von Amts wegen nicht erforderlich sei. Aus den anerkannten Schädigungsfolgen resultiere wie bisher eine MdE um 70 v. H. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine solche MdE bereits dem Verlust eines Beines im Oberschenkel entspreche, sei die anerkannte MdE als großzügig bemessen zu betrachten.

Das VA zog im Rahmen des auf die Bescheidung des am 17.09.1999 gestellten Erhöhungsantrags gerichteten Verfahrens die Arztbriefe der Unfallchirurgischen Klinik der Stadtklinik B. vom 17.09.1999 (mediale Schenkelhalsfraktur links am 13.08.1999; stationär vom 13.08.1999 bis zum 10.09.1999) und 19.12.2000 (funktionsbehindernder überlanger ausgedünnter Unterschenkelstumpf, Myasthenia gravis Typ IIb; stationär vom 31.10.2000 bis zum 08.12.2000) mit den Operationsberichten vom 14.11.2000 (Wundinfekt nach Unterschenkelamputation rechts), 13.11.2000 (ausgedehnter Wundinfekt im Bereich des Unterschenkelamputationsstumpfes rechts) und 17.11.2000 (Wundheilungsstörung bei Zustand nach Unterschenkelamputation rechts), der Klinik Dr. D. vom 19.10.1999 (stationär vom 18.09.1999 bis zum 08.10.1999), des Arztes für Orthopädie Dr. H. vom 25.07.2001 (Impingementsyndrom rechts, Reizung bei Hüft-TEP links, Metatarsalgie), der Klinik für Orthopädie, Handchirurgie und operative Rheumatologie der DRK-Klinik B. vom 02.04.2001 (Weichteilinfekt mit Fistelung am Unterschenkel-Amputationsstumpf rechts, Myasthenia gravis; stationär vom 14.02.2001 bis zum 13.03.2001), der Radiologischen Klinik der Stadtklinik B. vom 06.08.2001 (linksseitige Coxarthrose) sowie der Neurologischen Klinik des Klinikums L. vom 18.09.2002, 31.03.2003 und 11.07.2003 (Myasthenia gravis Typ IIb, Hüftgelenksendoprothese links) bei.

Sodann holte das VA das versorgungsärztliche Gutachten der Dr. P. vom 08.01.2004 ein. Sie führte aus, die Unterschenkelamputation sei als bereits anerkannte Schädigungsfolge mit einer damit verbundenen stärkeren Geh- und Stehunsicherheit als wesentliche Ursache für den Sturz beziehungsweise das schädigende Ereignis anzusehen. Die mediale Schenkelhalsfraktur links mit nachfolgender Hüftgelenksimplantation sei als mittelbare Schädigungsfolge anzuerkennen. Eine Erhöhung der MdE ergebe sich damit jedoch nicht. Aus dem Arztbericht der Stadtklinik B. über den dortigen Aufenthalt ab 31.10.2000 ergebe sich ein funktionsbehindernder, überlanger, ausgedünnter Unterschenkelstumpf rechts. Es sei am 02.11.2000 eine Unterschenkelnachamputation und Stumpfkorrektur durchgeführt worden. Wegen einer lokalen Infektion hätten mehrere Wundrevisionen vorgenommen werden müssen. Eine Sekundärnaht sei erst am 15.11.2000 möglich gewesen. Bei reizlosen Wundverhältnissen sei der Kläger am 08.12.2000 entlassen worden. Wegen eines Weichteilinfekts mit Fistelung an dem Unterschenkelamputationsstumpf rechts sei es in der DRK-Klinik B. ab 14.02.2001 erneut zu einer stationären Behandlung gekommen. Intraoperativ hätten tiefe Fistelgänge dargestellt werden können. Nach ausgiebigem Debridement und Einlage von Septopalketten habe eine endgültige Ausheilung erzielt werden können. Bei der Entlassung am 13.03.2001 seien auf der distalen Wunde noch leichte Restkrusten vorhanden gewesen. Eine vorsichtige Prothesenanpassung sei empfohlen worden. Bei der Vorstellung beim Orthopäden im Juli 2001 sei rechts eine Orthese getragen worden. Hinsichtlich der bereits anerkannten Schädigungsfolgen sei durch die operativen Stumpfkorrekturen am rechten Bein eine Besserung zu verzeichnen. Es lägen jetzt ideale Stumpfverhältnisse vor. Es werde eine Herabsetzung der MdE auf 60 v. H. ab Juli 2001 vorgeschlagen. Zu diesem Zeitpunkt könne der Unterschenkelstumpf nach den operativen Eingriffen als funktionsfähig angesehen werden. Die Schädigungsfolgen seien mit "Unterschenkelamputation rechts in der oberen Hälfte, Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen, Kniegelenksbeschwerden rechts, knöchern ausgeheilter Speichenbruch links mit Bewegungsbehinderung, dreimalige Stumpfkorrekturen, Implantation eines künstlichen Hüftgelenks nach medialer Schenkelhalsfraktur links" zu umschreiben.

Dr. R. führte im Prüfvermerk vom 06.05.2004 aus, er stimme der Gutachterin darin zu, dass es sich bei der medialen Schenkelhalsfraktur um eine mittelbare Schädigungsfolge handle, die in den Tenor der Schädigungsfolgen aufzunehmen sei. Dieser mittelbaren Schädigungsfolge sei eine Einzel-MdE um 20 v. H. zuzuordnen. Im Gegensatz zur Gutachterin ergebe sich daraus eine Erhöhung der Gesamt-MdE ab der im September 1999 erfolgten Antragstellung von 70 v. H. auf 80 v. H. und damit eine Gesamt-MdE um 90 v. H. gemäß § 30 Abs. 1 und 2 BVG. Weiterhin stimme er der Gutachterin zu, dass infolge operativer Stumpfkorrektur zumindest ab Juli 2001 eine wesentliche Besserung eingetreten sei. Eine Herabsetzung der MdE komme aber nicht in Frage, da die Gesamt-MdE um 70 v. H. bereits länger als zehn Jahre bestehe und der Kläger über 55 Jahre alt sei. Eine Herabsetzung auf eine MdE um 70 v. H., das heiße auf den Stand vor der Oberschenkelfraktur, sei aber berechtigt. Damit ergebe sich eine MdE von 90 v. H. ab Juli beziehungsweise August 1999 und von 80 v. H. ab Juli 2001. In den Tenor der Schädigungsfolgen seien ab September beziehungsweise August 1999 zusätzlich "künstliches Hüftgelenk links nach medialer Schenkelhalsfraktur" und ab Juli 2001 zusätzlich "dreimalige Stumpfkorrekturen" aufzunehmen.

Mit Bescheid vom 18.11.2004 hob das VA die bisherigen Entscheidungen auf, anerkannte nunmehr als Schädigungsfolgen "Unterschenkelamputation rechts in der oberen Hälfte, Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen, Kniegelenksbeschwerden rechts, knöchern ausgeheilter Speichenbruch links mit Bewegungsbehinderung, künstliches Hüftgelenk links nach medialer Schenkelhalsfraktur, dreimalige Stumpfkorrekturen" und bewilligte Rente nach einer MdE um 90 v. H. vom 01.08.1999 bis zum 30.06.2001 sowie nach einer MdE um 80 v. H. ab 01.07.2001. Wegen der mittelbaren Schädigungsfolge "künstliches Hüftgelenk links nach medialer Schenkelhalsfraktur" sei die MdE zwischenzeitlich zu erhöhen gewesen. Nachdem infolge operativer Stumpfkorrekturen eine wesentliche Befundbesserung eingetreten sei, könne die MdE ab 01.07.2001 erneut nur mit 80 v. H. bewertet werden.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und beantragte außerdem am 27.01.2005 die Anerkennung weiterer mittelbarer Schädigungsfolgen wegen eines neuerlichen Sturzes vom 24.11.2004. Er führte zur Begründung aus, der Zustand seines linken Beines schränke seine Mobilität erheblich ein. Das Implantat der linken Hüfte habe in den letzten Jahren unzählige Stürze verursacht. Außerdem bestehe eine Taubheit der Zehen und des Fußballens sowie eine Neigung des Vorderfußes nach unten. Mindestens bei einem der häufigen

Unfälle habe sich sein Tinnitus verschlimmert. Außerdem liege ein Hörverlust infolge des Knalltraumas vom 01.05.1945 vor. Ein- und Durchschlafstörungen sowie extreme Geräuschempfindlichkeit hätten sich aktualisiert. Zudem habe die Narbenhyperpathie nach der dreifachen Stumpfkorrektur die Schmerzzustände des Stumpfes ganz erheblich verschlimmert. Die Narbenhyperpathie sei eine eigenständige Erkrankung und nicht mit den Phantomschmerzen beziehungsweise den chronischen Stumpfantzündungen identisch. Auch könne er sich in Folge des Speichenbruchs im linken Handgelenk nur unter unzumutbarem Risiko mit Krücken oder einem Rollator fortbewegen. Die Tatsache, nunmehr mit zwei Hüftendoprothesen leben zu müssen, die Phantomschmerzen und der mit einer Hyperpathie geplagte Stumpf machten hochgradig depressiv.

Sodann zog das VA die Arztbriefe der Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie der Stadtklinik B. vom 05.01.2005 (mediale Schenkelhalsfraktur rechts, Zustand nach Hüft-TEP links, Zustand nach Unterschenkelamputation rechts, arterielle Hypertonie, Myasthenia gravis Typ IIb, Prostatahypertrophie, Zustand nach Hörsturz; stationär vom 24.11.2004 bis zum 07.12.2004) mit Operationsbericht vom 03.12.2004 und der Klinik für Geriatrie Rehabilitation G. vom 01.02.2005 (Einschränkung von Mobilität und Selbsthilfefähigkeit bei Zustand nach Implantation einer Duokopfprothese rechts wegen medialer Schenkelhalsfraktur bei Zustand nach Unterschenkelamputation rechts, Zustand nach Hüft-TEP links, Myasthenia gravis, arterielle Hypertonie, Prostatahyperplasie, Tinnitus bei Zustand nach Hörsturz, Infekt der oberen Lungenwege; stationär vom 07.12.2004 bis zum 05.01.2005) sowie das ärztliche Attest der Fachärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren Dr. W. vom 01.03.2005 bei.

Des Weiteren holte das VA das versorgungsärztliche Gutachten der Dr. P. vom 08.03.2005 ein. Sie führte aus, der Kläger habe sich bei dem Sturz am 24.11.2004 eine mediale Schenkelhalsfraktur rechts zugezogen, die am gleichen Tag mit einem künstlichen Hüftgelenk rechts versorgt worden sei. Die postoperative Röntgenkontrolle habe einen korrekten Sitz der implantierten Hüftgelenksprothese gezeigt. Die Mobilisation des Klägers sei durch seine Begleiterkrankungen schwierig gewesen. Eine vorübergehende Hörverschlechterung habe erfolgreich behandelt werden können. In der Anschlussheilbehandlung habe die Selbsthilfefähigkeit des Klägers zunehmend ausgebaut werden können. Bei der Entlassung sei der Kläger bei zunehmender Mobilität mit den Basisaktivitäten des täglichen Lebens wieder gut zu Recht gekommen. Es werde vorgeschlagen, die mediale Schenkelhalsfraktur mit nachfolgender Implantation eines künstlichen Hüftgelenks als mittelbare Schädigungsfolge anzuerkennen. Aufgrund der bereits anerkannten MdE von 60 v. H. für eine Unterschenkelamputation mit jetzt optimalem Stumpf und Anerkennung einer mittelbaren Schädigungsfolge am linken Hüftgelenk sei eine weitere MdE-Erhöhung nicht empfehlenswert. Schädigungsunabhängig lägen eine Schwerhörigkeit mit Tinnitus, degenerative Wirbelsäulenveränderungen und eine Depression mit Schlafstörungen vor. Die vom Kläger vorgebrachte Taubheit der Zehen und des Fußballens sowie Fußheberschwäche hätten sich anhand der aktenkundigen Unterlagen nicht objektivieren lassen. Auch eine stärkere Funktionseinschränkung im linken Handgelenk habe den Unterlagen nicht entnommen werden können.

Hierzu führte Med.Dir. D. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28.04.2005 aus, wegen der hinzugetretenen Schädigungsfolge einer medialen Schenkelhalsfraktur mit nachfolgender Implantation eines künstlichen Hüftgelenks sei die schädigungsbedingte MdE auf 90 v. H. ab 24.11.2004 zu erhöhen. Dass die Hüftgelenksimplantation an dem bereits durch die Unterschenkelamputation geschädigten rechten Bein notwendig geworden sei, stelle einen besonderen Nachteil dar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.06.2005 anerkannte der Beklagte nunmehr als Schädigungsfolgen "Unterschenkelamputation rechts in der oberen Hälfte, Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen, Kniegelenksbeschwerden, knöchern ausgeheilten Speichenbruch links mit Bewegungsbehinderung, künstliches Hüftgelenk beidseits nach medialer Schenkelhalsfraktur beidseits, dreimalige Stumpfkorrekturen" und bewilligte Rente nach einer MdE um 90 v. H. ab 24.11.2004. Im Übrigen wies er den Widerspruch zurück. Einen entsprechenden Ausführungsbescheid erließ das nun zuständige Landratsamt R. (LRA) unter dem 04.07.2005.

Gegen den Bescheid vom 18.11.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.06.2005 erhob der Kläger am 21.07.2005 Klage zum SG. Zu Unrecht habe der Beklagte die missglückte Nachamputation, welche eine langwierige Infektion nach sich gezogen habe, nicht erwähnt. Die missglückte Nachamputation habe schwere Depressionen ausgelöst. Außerdem bestehe seit dem Ereignis vom 13.08.1999 eine erhebliche Gangunsicherheit, da er nunmehr Gangunsicherheiten des amputierten rechten Beines nicht mehr mit dem linken Bein abfangen könne. Ferner lägen Hörschäden bis zur Ertaubung rechts, ein Verlust der Schallorientierung, ein Tinnitus seit dem 07.06.1975, Gleichgewichtsstörungen, Drehschwindel, Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen bis hinauf in den hochsensiblen Bereich der Halswirbelsäule und den Kopf vor. Erst im Jahr 1992, als er wegen des Tinnitus durch eine qualifizierte Psychotherapeutin behandelt worden sei, sei man auf das Knalltrauma vom 01.05.1945 gestoßen. Niemand könne "wegen dieser späten Erkenntnis beschuldigt" werden oder dürfe Nachteile erleiden müssen. Der Tinnitus habe zweifelsfrei eine psychische Dekompensation verursacht. Der Kläger legte die Arztbriefe der Neurologischen Klinik des Klinikums L. vom 18.03.2004, 02.04.2004, 22.06.2004 und 24.09.2004 (Myasthenia gravis, arterielle Hypertonie, Kopfschmerzen), den Kurzbefund des Arztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Dr. P. vom 19.05.2004 (Zustand nach Hörsturz rechts), den Arztbrief der Hals-Nasen-Ohrenärzte Dres. N. vom 28.10.2004 (akute Sinusitis), das Gutachten des Dr. Dr. B. vom 25.07.2005, die Stellungnahme des Sanitätshauses H. und K. vom 21.07.2005 (erhebliche Gangbildstörung) und das Attest des Dr. H. vom 16.09.2005 (außergewöhnliche Gehbehinderung, Grad der Behinderung [GdB] 90) vor. Dr. Dr. B. führte unter anderem aus, die Narbenhyperpathie habe mit einer chronischen Stumpfantzündung nichts zu tun. Eine Narbenhyperpathie sei eine Krankheit und werde alleine mit einer MdE um 20 v. H. bewertet. Eine Narbenhyperpathie sei durch das Phänomen einer verspäteten Reizwahrnehmung, der wellenförmigen Ausbreitung der Empfindungen und insbesondere aber durch den Qualitätswandel, wobei es sich nicht um eine Verstärkung von Schmerzempfindungen wie bei einer normalen Narbe, sondern um eine qualitative Änderung handle, charakterisiert. Diese Narbenhyperpathie sei anatomisch und pathologisch durch eine Rarefaktion sensibler Elemente im Narbenbereich bedingt. Auch die depressive Symptomatik müsse zumindest als Teilursache des kriegsbedingten Schadens mit anerkannt werden.

Dr. K. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 17.10.2005 aus, ein schädigungsbedingter Zusammenhang der vom Kläger geltend gemachten, erst Jahrzehnte nach dem möglichen schädigenden Ereignis eingetretenen Ohrgeräusche sei unwahrscheinlich. Aus dem Psychologischen Bericht der B.-Klinik Bad B. vom 12.02.1992 gehe hervor, dass der Kläger seit den 70er-Jahren an einem Tinnitus leide. Die Durchsicht der Befunde aus den ersten Jahrzehnten seit dem Jahr 1945 ergebe, dass zu keinem Zeitpunkt von einer für ein Schall- oder Knalltrauma typischen Symptomatik die Rede gewesen sei. Der zeitliche Abstand zwischen dem angegebenen Zeitpunkt des nicht nachgewiesenen Knalltraumas und dem ersten Auftreten der Ohrgeräusche beziehungsweise des Tinnitus, der über 30 Jahre betrage, spreche dafür, dass der Zusammenhang unter Anwendung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung unwahrscheinlich sei. Auch die vom Kläger angesprochene Zunahme der Hörstörung seit 1975 stehe nicht im Zusammenhang mit den Schädigungsfolgen. Danach

seien auch die Symptome der Dekompensation des Tinnitus als Nichtschädigungsfolgen zu sehen. Das Gutachten des Dr. Dr. B. vom 25.07.2005 enthalte hinsichtlich der Stumpfschmerzen und der psychischen Situation Angaben, die mit dem Inhalt seines Gutachtens vom 04.08.2002 identisch seien. Im chirurgischen Gutachten der Dr. P. vom 08.01.2004 sei von einem langsamen und leicht unsicheren Gangbild ohne Stockstütze, einer optimalen Stumpfende-Polsterung, einer gut verschieblichen Wadenmuskulatur über dem Stumpfende, einer reizlos verheilten Operationsnarbe und einem idealen Sitz der Prothese die Rede. Wenn nach dem häuslichen Unfall vom 24.11.2004 mit der anschließenden Implantation der Hüftendoprothese rechts am 21.07.2005 eine ausgeprägte Gangstörung vermerkt sei, stelle sich durchaus die Frage der MdE-Einstufung der Funktionsstörung des Folgeschadens bei der bereits als Folgeschädigung anerkannten Hüftendoprothese rechts nach diesem Unfall. Daher sei diesbezüglich ein entsprechendes Untersuchungsgutachten einzuholen.

Sodann legte der Kläger unter anderem die Arztbriefe des Dr. H. vom 20.05.2005 (Cervicobrachialgie, Blockierung C5, Myasthenia gravis) und 10.11.2005 (Hand- und Fußprellung links), der Dres. N. vom 22.03.2005 (Aktivierung des Tinnitus durch einen Sturz), des Arztes für Innere Medizin und Kardiologie Dr. B. vom 06.05.2005 (arterielle Hypertonie, aktuell keine Rhythmusstörungen, Myasthenia gravis), des Dr. R. B. vom 04.06.2005 (Tiefensensibilitätsataxie im Senium mit ophthalmischer und orthopädischer Komponente, Tinnitus, reaktive Depression, Myasthenia gravis) sowie der Neurologischen Klinik des Klinikums L. vom 15.06.2005, 21.07.2005 und 12.10.2005 (Myasthenia gravis, arterielle Hypertonie, Kopfschmerzen, zerebrale Mikroangiopathie) vor. Ergänzend führte der Kläger hinsichtlich des Knalltraumas aus, dass er sich dieses als Bediener eines Granatwerfers zugezogen habe. Immer wenn er sich gebückt habe, um eine neue Granate aufzunehmen und scharf zu machen, sei er bei der Auf-und-ab-Bewegung mit seinem Ohr genau zu dem Zeitpunkt in Rohrhöhe gewesen, wenn die Granate mit lautem Knall das Rohr verlassen habe.

Sodann holte das SG das orthopädische Gutachten des Dr. B. vom 12.05.2006 ein. Der Sachverständige führte aus, zum Bescheid vom 21.08.1990 seien Ergänzungen vorzunehmen. Anerkannt und bereits erfasst seien Schenkelhalsfrakturen beidseits durch Stürze, ursächlich verursacht durch die Unterschenkelamputation rechts. Die damals erwähnten chronischen Stumpfeitzündungen seien zumindest "zum heutigen Zeitpunkt" nicht nachweisbar. Die Stumpfänge sei nunmehr durch die Nachkorrektur auf 17 cm verkürzt worden. Gleichwohl seien am Stumpf Zeichen einer durchgemachten oder aktuellen Ekzembildung nicht festzustellen. Eine wesentliche Verwachsung der Narbe sei nach erfolgter Korrektur, nicht mehr zu finden. Als Veränderungen seien somit Sturzfolgen mit Implantation einer Hüftendoprothese beidseits und eine Nachkorrektur des Stumpfs mit Infekten, die vollständig abgeheilt seien, sowie eine verbliebene Hyperästhesie im Narbenbereich an der medialen Tibiakante eingetreten. Nach der Implantation der letzten Hüftendoprothese rechts im November 2004 scheine keine weitere Verschlechterung in Bezug auf die Funktion eingetreten zu sein. Der Einschätzung des Med.Dir. D. in dessen versorgungsärztlicher Stellungnahme vom 28.04.2005 sei zu folgen. Die MdE betrage 90 v. H.

Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 02.08.2006 ab. Weitere Schädigungsfolgen seien nicht anzuerkennen und eine wesentliche Änderung in den anerkannten Schädigungsfolgen sei nicht eingetreten. Der Kläger habe erneut geltend gemacht, dass seelische Begleiterscheinungen als weitere Schädigungsfolgen anzuerkennen seien. Die Darlegungen des Dr. Dr. B. in dessen Gutachten vom 25.07.2005 deckten sich jedoch mit den von ihm auf Antrag des Klägers im Verfahren vor dem LSG erstellten Gutachten. Gesichtspunkte, die es rechtfertigen könnten, von der diesbezüglichen Beurteilung des LSG im Urteil vom 18.02.2003 insoweit abzuweichen, seien nicht ersichtlich. Hinsichtlich des vom Kläger vorgetragenen Tinnitus schließe es sich der Beurteilung des Dr. K. in dessen Stellungnahme vom 17.10.2005 an. Dr. K. habe zutreffend darauf hingewiesen, dass der Tinnitus im Bericht der B.-Klinik Bad B. vom 12.02.1992 erwähnt werde, wonach der Kläger hierunter seit den 70er-Jahren leide. Dr. K. habe unter weiterem Hinweis darauf, dass ein Schall- oder Knalltrauma in den Befunden aus den ersten Jahrzehnten nach 1945 nicht belegt sei, überzeugend dargelegt, dass der zeitliche Abstand zwischen dem behaupteten Knalltrauma und dem erstmaligen Auftreten des Tinnitus gegen einen wahrscheinlichen wesentlichen Ursachenzusammenhang spreche. Dieser Beurteilung schließe es sich an. Auf orthopädischem Gebiet lägen keine weiteren Befunde vor, die es rechtfertigen könnten, von einer weitergehenden Verschlimmerung auszugehen. Zur Beurteilung dessen stütze sich das SG auf die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. B. ...

Hiergegen hat der Kläger am 25.08.2006 Berufung eingelegt. Das SG habe seine Einwendungen gegen das Gutachten des Dr. B. nicht berücksichtigt. So wende er sich gegen die Darstellung des Dr. B., es habe beim Verlassen der Praxis des Dr. B. ein normales sicheres Gangbild vorgelegen. Auch sei Dr. B. nicht befähigt, neuropathische Vorgänge zu bewerten. Zu Unrecht habe das SG weiter nicht berücksichtigt, dass er darauf hingewiesen habe, es habe eine Nachamputation mit starker Infektkomplikation und großflächiger Narbenhyperpathie stattgefunden. Entgegen der Auffassung des SG sei somit eine erhebliche Verschlimmerung nachgewiesen. Auch habe die Hüftgelenksimplantation links die Einschränkung der Gehfähigkeit erheblich verschlimmert, was eine direkte Folge der missglückten Nachamputation sei.

Der Kläger hat die Arztbriefe der Unfallchirurgisch-Orthopädischen Klinik der Stadtklinik B. vom 12.09.2006 (Infektheilungsmaßnahmen bei Wundheilungsstörungen im November 2000) und 11.09.2008 (Druckschmerz im ventralen Stumpfbereich ohne sicheren Hinweis auf lokale Entzündungszeichen; stationär vom 18.08.2008 bis zum 21.08.2008), des Arztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Dr. W. vom 18.12.2008 (Labyrinthausfall rechts) und des Facharztes für Radiologie Dr. W. vom 30.12.2008 (Ausschluss eines KHBW-Tumors rechts) sowie das Attest der Dr. W. vom 17.11.2008 (stark eingeschränkte Beweglichkeit) vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 02.08.2006 aufzuheben, den Bescheid vom 18.11.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.06.2005 abzuändern und als weitere Schädigungsfolgen festzustellen "erhebliche Gleichgewichtsstörungen als Folgen eines Labyrinthausfalls, Schwerhörigkeit bis zur Ertaubung rechts, Narbenhyperpathie und problematischer Stumpf" sowie ihm höhere Rente zu gewähren,

hilfsweise Herrn Berthold M., Am E. 8, K.-L. als Zeuge dazu zu hören, dass der Zeuge den Kläger auf dem Weg von der Praxis Dr. B. zu seinem Auto geführt hat und auf diesem Weg zweimal vor Stürzen wegen Gleichgewichtsstörungen durch einen festen Zugriff bewahrt hat und dass der Kläger auf diesem Weg zwei kurze Pausen eingelegt hat,

ferner von dem HNO-Arzt Dr. W., H.str. 1 E, B. ein HNO-ärztliches Gutachten zu der Frage einzuholen, ob bei dem Kläger ein Tinnitus und eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts sowie ein Labyrinthausfall rechts besteht und dass es sich hierbei um kriegsbedingte

Schädigungsfolgen handelt, höchst hilfsweise dieses Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#) einzuholen,

hilfsweise von dem Orthopäden Dr. S. von der DRK Klinik B. ein Gutachten zu der Frage einzuholen, dass bei dem Kläger der geltend gemachte problematische Stumpf vorliegt, höchst hilfsweise, dieses Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#) einzuholen,

ferner ein Gutachten von Amts wegen einzuholen zum Beweis dafür, dass es in den letzten neun Jahren nicht möglich war, eine den schwierigen Stumpfverhältnissen angemessene Prothese anzufertigen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der ursächliche Zusammenhang der vom Kläger teilweise wiederholt geltend gemachten Schädigungsfolgen sei nicht wahrscheinlich zu machen und eine wesentliche Verschlimmerung der bereits anerkannten Schädigungsfolgen sei nicht eingetreten. Die Anerkennung der geltend gemachten seelischen Begleiterscheinungen sei bereits Gegenstand früherer Klage- und Berufungsverfahren gewesen. Es sei bereits in diesen Verfahren darauf hingewiesen worden, dass die vorhandenen üblichen seelischen Begleiterscheinungen in den in der MdE-Tabelle niedergelegten Sätzen bereits berücksichtigt seien. Hinsichtlich der geltend gemachten Gleichgewichtsstörungen, der Schwerhörigkeit und der Ertaubung rechts werde auf die im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegte versorgungsärztliche Stellungnahme der Dr. K. vom 17.10.2005 Bezug genommen. Auch hinsichtlich der Stumpfsituation ergebe sich keine Änderung. Die Infekte nach Nachkorrektur des Stumpfes seien heute völlig ausgeheilt. Die schädigungsunabhängige Myasthenia gravis habe der Gutachter Dr. B. bei seiner Beurteilung integrierend berücksichtigt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten des Beklagten, der Akten des SG und der Senatsakten sowie der Vorprozessakten S 4 V 3534/96, S 4 V 2917/97, S 3 V 347/98, S 4 V 2165/98, S 4 V 4620/99 und L 11 V 3554/01 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Beklagte hat mit Bescheid vom 18.11.2004 als Schädigungsfolgen "Unterschenkelamputation rechts in der oberen Hälfte, Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen, Kniegelenksbeschwerden, knöchern ausgeheilte Speichenbruch links mit Bewegungsbehinderung, künstliches Hüftgelenk links nach medialer Schenkelhalsfraktur, dreimalige Stumpfkorrekturen" anerkannt sowie Rente nach einer MdE um 90 v. H. ab 01.08.1999 und um 80 v. H. ab 01.07.2001 bewilligt und hat mit Widerspruchsbescheid vom 22.06.2005 als Schädigungsfolgen "Unterschenkelamputation rechts in der oberen Hälfte, Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen, Kniegelenksbeschwerden, knöchern ausgeheilte Speichenbruch links mit Bewegungsbehinderung, künstliches Hüftgelenk beidseits nach medialer Schenkelhalsfraktur beidseits, dreimalige Stumpfkorrekturen" anerkannt sowie Rente nach einer MdE um 90 v. H. ab 24.11.2004 bewilligt. Zu Recht hat das SG die damit verbundene Entscheidung, eine darüber hinaus gehende Aufhebung des Bescheides vom 21.08.1990 abzulehnen, bestätigt.

Das SG hat in der angefochtenen Entscheidung die für den Rechtsstreit maßgeblichen Rechtsvorschriften zutreffend und umfassend dargestellt und ausgeführt, weshalb über die anerkannten Schädigungsfolgen hinaus keine weiteren Schädigungsfolgen anzuerkennen sind, eine wesentliche Änderung in diesen anerkannten Schädigungsfolgen nicht eingetreten ist und der Kläger deshalb keinen Anspruch auf höhere Beschädigtenrente hat. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen nach eigener Prüfung unter Verweis auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils zur Vermeidung von Wiederholungen an ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist auszuführen, dass bei der Beurteilung der vorliegenden Problematik die seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten 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) 2008" (AHP) getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG vom 10.12.2008 - [BGBl. I S. 2412](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) zu berücksichtigen sind. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 17 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des GdS im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt.

Als Schädigungsfolge wird im sozialen Entschädigungsrecht jede Gesundheitsstörung bezeichnet, die in ursächlichem Zusammenhang mit einer Schädigung steht, die nach dem entsprechenden Gesetz zu berücksichtigen ist (Teil A Nr. 1 a VG). Ursache im Sinne der Versorgungsgesetze ist die Bedingung im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat (Teil C Nr. 1 b Satz 1 VG). Für die Annahme, dass eine Gesundheitsstörung Folge einer Schädigung ist, genügt versorgungsrechtlich die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Sie ist gegeben, wenn nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (Teil C Nr. 3 a Satz 1 VG). Grundlage für die medizinische Beurteilung sind die von der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung vertretenen Erkenntnisse über Ätiologie und Pathogenese (Teil C Nr. 3 b Satz 1 VG). Aus dem Umstand, dass der Zusammenhang der Gesundheitsstörung mit einem schädigenden Vorgang nach wissenschaftlicher Erkenntnis nicht ausgeschlossen werden kann, lässt sich nicht folgern, dass er darum wahrscheinlich sei. Ebenso wenig kann das Vorliegen einer Schädigungsfolge bejaht werden, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur möglich ist (Teil C Nr. 3 d VG).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sind vorliegend keine weiteren Schädigungsfolgen festzustellen.

Da der Prozessbevollmächtigte des Klägers im Rahmen der mündlichen Verhandlung das auf die Feststellung von "seelischen Begleiterscheinungen" als zusätzliche Schädigungsfolge gerichtete Begehren nicht mehr aufrecht erhalten hat, war hierüber nicht mehr zu entscheiden.

Die von Dr. Dr. B. in seinem Gutachten vom 04.08.2002 festgestellte und in seinem Gutachten vom 25.07.2005 näher beschriebene Narbenhyperpathie, eine Überempfindlichkeit einer Operationsnarbe, ist nicht als weitere Schädigungsfolge festzustellen, da sie bereits durch die als Schädigungsfolge anerkannten "Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen" ausreichend erfasst ist. Im Übrigen hat der Beklagte beim Kläger nicht den grundsätzlich für den Verlust eines Beines im Unterschenkel bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke (bis zum 30.06.2001) mit 60 beziehungsweise bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke (ab 01.07.2001) mit 50 vorgesehenen GdS (Teil B Nr. 18.13, Seite 97 VG), sondern einen um 10 erhöhten GdS berücksichtigt, so dass die mit den anerkannten Schädigungsfolgen "Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen" mitumschriebene Narbenempfindlichkeit bereits in der GdS-Bewertung mitenthalten ist. Eine weitere Erhöhung des GdS lässt sich damit nicht hierauf stützen, so dass die Narbenhyperpathie auch nicht explizit als weitere Schädigungsfolge aufzuführen ist. Aus denselben Gründen ist auch nicht ein "problematischer Stumpf" gesondert als Schädigungsfolge aufzuführen.

Die geltend gemachte "Schwerhörigkeit bis zur Ertaubung rechts" ist nicht als Schädigungsfolge anzuerkennen. Insoweit verweist der Senat auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. K. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 17.10.2005. Gegen einen schädigungsbedingten Zusammenhang spricht, dass das Auftreten von Ohrgeräuschen erst Jahrzehnte nach dem möglichen schädigenden Ereignis aktenkundig und mithin nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf Kriegsereignisse zurückzuführen ist. Aus dem Psychologischen Bericht der B.-Klinik Bad B. vom 12.02.1992 geht hervor, dass der Kläger seit den 70er-Jahren an einem Tinnitus leidet. Zu keinem früheren Zeitpunkt war von einer für ein Schall- oder Knalltrauma typischen Symptomatik die Rede gewesen. Es besteht immerhin ein zeitlicher Abstand von rund 30 Jahren zwischen dem angegebenen Zeitpunkt des - im Übrigen nicht nachgewiesenen - Knalltraumas und dem ersten Auftreten der Ohrgeräusche beziehungsweise des Tinnitus. Auch die vom Kläger angesprochene Zunahme der Hörstörung seit 1975 steht damit nicht im Zusammenhang mit den Schädigungsfolgen. Nicht nachvollziehbar erscheint dem Senat in diesem Zusammenhang, dass der Kläger erst im Jahr 1992 im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung auf das "Knalltrauma gestoßen" sein will. Ein Ohrgeräusch und eine Hörstörung verursachendes Trauma sind nach Einschätzung des Senats derart massiv, dass es sofort als einschneidendes Ereignis wahrgenommen und nicht erst fast fünfzig Jahre später erinnerlich wird. Der Senat hat auch geprüft, ob eine Feststellung der hals-nasen-ohren-ärztlichen Erkrankungen im Rahmen eines Überprüfungsantrages nach [§ 44 SGB X](#) zu erfolgen hatte, diese Frage aber verneint, da der Beklagte auch in den früheren Bescheiden zu Recht von einer derartigen Feststellung abgesehen hat und diese Bescheide daher rechtmäßig waren.

Wegen der fehlenden Brückensymptomatik zwischen Kriegseinwirkungen und den Leiden des Klägers auf hals-nasen-ohren-ärztlichem Fachgebiet sind auch die geltend gemachten "erheblichen Gleichgewichtsstörungen", die der Kläger auf einen Labyrinthausfall zurückführt, nicht als Schädigungsfolge anzuerkennen.

Auch die vom Beklagten vorgenommene GdS-Bewertung unterliegt keinen Bedenken. Im zeitlichen Ablauf ergibt sich seit dem am 17.09.1999 gestellten Erhöhungsantrag unter Berücksichtigung der Gutachten der Dr. P. vom 08.01.2004 und 08.03.2005, der versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. R. vom 06.05.2004, des Med.Dir. D. vom 28.04.2005 und von Dr. K. vom 17.10.2005 sowie des Gutachtens des Dr. B. vom 12.05.2006 hinsichtlich der Bildung des GdS, da ab 13.08.1999 eine Hüftgelenksendoprothese rechts nach medialer Schenkelhalsfraktur hinzugekommen ist, sich die Stumpfverhältnisse ab 01.07.2001 gebessert haben und ab 24.11.2004 eine Hüftgelenksendoprothese links nach medialer Schenkelhalsfraktur hinzugekommen ist, folgende Bewertung: In Bezug auf das rechte Bein ergibt sich für "Unterschenkelamputation rechts in der oberen Hälfte, dreimalige Stumpfkorrekturen" vom 13.08.1999 bis zum 30.06.2001 ein Teil-GdS von 70 (Teil-GdS von 60 wegen Verlust eines Beines im Unterschenkel bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke im Sinne von Teil B Nr. 18.14., Seite 97; unter anderem wegen "Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen" um 10 erhöht) und ab 01.07.2001 ein Teil-GdS von 60 (Teil-GdS von 50 wegen Verlust eines Beines im Unterschenkel bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke im Sinne von Teil B Nr. 18.14., Seite 97; unter anderem wegen "Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen" um 10 erhöht). In Bezug auf die Hüften ergibt sich für "künstliches Hüftgelenk links nach medialer Schenkelhalsfraktur" ab 13.08.1999 ein Teil-GdS von 20 (Hüftgelenksendoprothese einseitig im Sinne von Teil B Nr. 18.12., Seite 92 VG) und für "künstliches Hüftgelenk beidseits nach medialer Schenkelhalsfraktur beidseits" ab 24.11.2004 ein Teil-GdS von 40 (Hüftgelenksendoprothese beidseitig im Sinne von Teil B Nr. 18.12., Seite 92 VG). Ansonsten ergibt sich aber wegen diesbezüglicher fehlender Funktionsbehinderung kein Teil-GdS wegen "Kniegelenksbeschwerden, knöchern ausgeheilter Speichenbruch links mit Bewegungsbehinderung". Aus den anerkannten Schädigungsfolgen resultiert vom 01.08.1999 bis zum 30.06.2001 ein GdS von 80, vom 01.07.2001 bis zum 23.11.2004 ein GdS von 70 und seit 24.11.2004 ein GdS von 80, woraus sich unter Berücksichtigung eines GdS von 10 für die besondere berufliche Betroffenheit vom 01.08.1999 bis zum 30.06.2001 ein Gesamt-GdS von 90, vom 01.07.2001 bis zum 23.11.2004 ein Gesamt-GdS von 80 und seit 24.11.2004 ein Gesamt-GdS von 90 ergibt. Dieser Beurteilung entsprechen die vom Kläger angegriffenen Entscheidungen. Anspruch auf Rente nach einem höheren GdS besteht nicht. In diesem Zusammenhang weist der Senat ergänzend darauf hin, dass der derzeit anerkannte medizinisch bedingte GdS von 80 dem Verlust eines Beines im Hüftgelenk oder mit sehr kurzem Oberschenkelstumpf (Teil B Nr. 18.14, Seite 97) entspricht und mithin vom Senat als angemessen bewertet erachtet wird.

Nach alledem war dem Hauptantrag des Klägers der Erfolg zu versagen.

Auch waren die Hilfsanträge abzulehnen.

Der Senat hält es nicht für erforderlich, den vom Kläger benannten Zeugen M. dazu zu hören, dass dieser den Kläger auf dem Weg von der Praxis des Dr. B. zu seinem Auto geführt hat und auf diesem Weg zweimal vor Stürzen wegen Gleichgewichtsstörungen durch einen festen Zugriff bewahrt hat und dass der Kläger auf diesem Weg zwei kurze Pausen eingelegt hat. Denn darauf kommt es für die Beurteilung der zur Entscheidung des Senats gestellten Fragen nicht an. Selbst wenn Dr. B. seine Einschätzung, dem Kläger sei ein flottes und sicheres Gangbild möglich, auf dessen Beobachtungen des Klägers beim Verlassen der Praxis gestützt haben sollte, hätte dies auf die Entscheidung des Senats keinen Einfluss. Denn der Senat unterstellt als wahr, dass beim Kläger amputationsbedingte Gangstörungen vorliegen, welche aber ausreichend durch den für die Amputation berücksichtigten GdS abgebildet sind.

Des Weiteren war der vom Kläger als Sachverständiger benannte Dr. W. nicht zu der Frage zu hören, ob beim Kläger ein Tinnitus, eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts sowie ein Labyrinthausfall rechts besteht und es sich hierbei um kriegsbedingte Schädigungsfolgen handelt. Denn die diesbezügliche Zusammenhangsfrage ist nach Überzeugung des Senat in Ermangelung einer Brückensymptomatik zwischen Kriegseinwirkungen und der Zunahme der Hörstörung 30 Jahre später eindeutig zu verneinen. Der höchst hilfsweise gestellte Antrag, Dr. W. gemäß [§ 109 SGG](#) zu hören, war als verspätet abzulehnen, da dem Kläger mit der Ladung zur mündlichen Verhandlung klar gewesen sein musste, dass der Senat keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen beabsichtige.

Auch war der vom Kläger als Gutachter benannte Dr. S. nicht zu der Frage zu hören, ob beim Kläger der geltend gemachte "problematische Stumpf" vorliegt. Denn das Vorliegen problematischer Stumpfverhältnisse ist bereits durch die als Schädigungsfolge anerkannten "Phantomschmerzen, chronische Stumpfantzündungen" ausreichend erfasst. Der diesbezügliche höchst hilfsweise nach [§ 109 SGG](#) gestellte Antrag war wegen Verspätung abzulehnen.

Schließlich hielt der Senat auch nicht die Einholung eines Gutachtens zum Beweis dafür für erforderlich, dass es in den letzten neun Jahren nicht möglich gewesen sei, eine den schwierigen Stumpfverhältnissen angemessene Prothese anzufertigen. Denn auch dieser Umstand ist bereits in den anerkannten Schädigungsfolgen abgebildet und durch den für die Amputation berücksichtigten GdS ausreichend bewertet.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-05-26