

L 6 VS 5200/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 2 VS 1736/07

Datum

31.07.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VS 5200/09

Datum

06.05.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 31.07.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1956 geborene Kläger begehrt Beschädigtenrente nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Der Kläger verletzte sich im Rahmen seines vom 04.10.1976 bis zum 31.12.1977 dauernden Wehrdienstes bei einem dienstlichen Sportunfall am 07.12.1976 an seinem linken Kniegelenk. Unter dem 21.12.1976 machte der Stabsarzt Dr. K. eine ärztliche Mitteilung über eine mögliche Wehrdienstbeschädigung. Die Wehrbereichsverwaltung zog die Befundberichte des Orthopäden Dr. K. vom 22.02.1977 (Verdacht auf Innenmeniskusläsion mit bestehendem Reizzustand des linken Kniegelenks), des Bundeswehrkrankenhauses W. vom 20.09.1977 (Verdacht auf Innenmeniskusläsion, Tendopathie im Bereich der Retinacula patellae), vom 22.09.1977 (Verdacht auf Außenmeniskusläsion degenerativer Art, relativ unbedeutende Innenmeniskusnarbe), vom 28.10.1977 (Außenmeniskusläsion links, Meniscektomie am 07.10.1977, chronisch rezidivierende Appendizitis) mit Operationsbericht vom 07.10.1977 und vom 10.11.1977 (Zustand nach Außenmeniskusoperation links) sowie die truppenärztliche Krankenakte des Klägers bei. Der Kläger beantragte am 22.02.1978 Beschädigtenversorgung. Das ehemalige Versorgungsamt H. holte das versorgungsärztliche Gutachten der Fachärztin für (Unfall-)Chirurgie Dr. D. vom 22.11.1979 ein. Sie schlug die Anerkennung einer Narbe nach Außenmeniskusoperation am linken Kniegelenk als Schädigungsfolge vor und beurteilte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mit unter 25 vom Hundert (v. H.). Daraufhin stellte das Versorgungsamt mit Bescheid vom 17.12.1979 als Schädigungsfolge eine Narbe nach Außenmeniskusoperation am linken Kniegelenk fest und führte aus, es bestehe ein Anspruch auf Heilbehandlung, aber kein Anspruch auf Rente. Dr. M. schlug in dem Prüfvermerk vom 27.03.1980 als Leidensbezeichnung einen Außenmeniskusschaden links mit späterer Meniskotomie vor und schätzte die MdE ab der Schädigung im Dezember 1976 mit durchschnittlich 25 v. H. ein. Das Wehrbereichsgebührensamt St. stellte mit Bescheid vom 17.04.1980 als Schädigungsfolge einen Außenmeniskusschaden links mit späterer Meniskotomie fest, führte aus, hierdurch betrage die MdE 25 v. H. ab 07.12.1976, bewilligte einen Ausgleich vom 01.12.1976 bis zum 31.12.1977 und führte aus, dieser Bescheid gelte nur für die Zeit der Zugehörigkeit des Klägers zur Bundeswehr.

Der Kläger beantragte am 25.01.2001 erneut Beschädigtenversorgung und führte zur Begründung aus, durch die Meniskusentfernung habe sich eine schwere Arthrose gebildet beziehungsweise sei es zu Kniegelenksveränderungen gekommen. Das Versorgungsamt holte den Befundbericht des Orthopäden Dr. R. vom 03.05.2001 (Zustand nach Außenmeniskusresektion links, Chondromalazie Grad 3 bis 4 laterales Femurcondyl, Osteonekrose laterales Condyl, Achillodynie) und das Gutachten der Orthopädin Dr. Sch. vom 14.11.2001 ein. Die Gutachterin schlug vor, als Schädigungsfolgen eine Narbe nach Außenmeniskusoperation am linken Kniegelenk, eine ausgeprägte Knorpelschädigung an der linken Knieaußenseite ohne Reizerscheinungen und ohne Bewegungseinschränkung bei Zustand nach totaler Außenmeniskusentfernung anzuerkennen und schätzte die MdE mit 20 v. H. ein. Das Versorgungsamt stellte mit Bescheid vom 05.12.2001 als Schädigungsfolgen eine Narbe nach Außenmeniskusoperation am linken Kniegelenk, eine ausgeprägte Knorpelschädigung an der linken Knieaußenseite ohne Reizerscheinungen und ohne Bewegungseinschränkung bei Zustand nach totaler Außenmeniskusentfernung fest und führte aus, "laufende Versorgungsbezüge" stünden dem Kläger weiterhin nicht zu.

Der Kläger beantragte am 17.03.2006 nochmals Beschädigtenversorgung und führte zur Begründung aus, er habe Beschwerden im linken Kniegelenk als Dauerzustand, die Muskulatur des linken Beines habe sich messbar zurückgebildet und der Achillessehnenerv sei ohne

Funktion. Er legte die Arztbriefe des Orthopäden Dr. J. vom 05.03.2004 (Tendinitis der Achillessehne), des Radiologen Dr. F. vom 14.09.2005, des Neurologen und Psychiaters Dr. T. vom 08.09.2005 (differenzialdiagnostisch multifokal motorische Neuropathie) und des Universitätsklinikums H. vom 02.12.2005 (Ausfall des linken Achillessehnenreflexes, residuelle Nervus-tibialis-Läsion links infolge Kompression durch das Hämatom beim Knie Trauma 1983, Inaktivitätsatrophie des linken Beins) sowie den Befundbericht des Dr. R. vom 09.02.2006 (Diagnosen wie im Befundbericht vom 03.05.2001 sowie zusätzlich Sensibilitätsstörung am Fuß infolge Radikulopathie und Verdacht auf Polyneuropathie) vor. Das zuständig gewordene Landratsamt R.-N.-Kreis holte den Befundbericht des Dr. R. vom 21.08.2006 (Diagnosen wie im Arztbrief vom 09.02.2006) und das Gutachten der Dr. Sch. vom 02.11.2006 ein. Die Gutachterin führte aus, die im Vorgutachten dokumentierte freie Beweglichkeit des Kniegelenks könne weiterhin bestätigt werden. Es finde sich kein Reizerguss, keine tanzende Patella oder Überwärmung und das Zohlenzeichen sei weiterhin positiv. Allerdings habe die Umfangsverminderung im linken Oberschenkelbereich auf 3 bis 4 cm und im Wadenbereich auf 3 cm zugenommen. Ein Zusammenhang der Nervenschädigung und der Muskelatrophie mit dem operativen Eingriff am linken Knie sei so gut wie ausgeschlossen, da der operative Eingriff am Kniegelenk außenseitig vorgenommen worden sei und eine Muskelatrophie auch im Oberschenkelbereich vorliege sowie die Sensibilitätsstörung vom Leistenbereich bis zum Fuß reiche. Es sei nicht nachvollziehbar, dass aus dem operativen Eingriff am Kniegelenk eine aufsteigende Nervenschädigung resultiere, da eine Nervenschädigung vom operativen Eingriff nur nach distal erfolgen könne. Eine aufsteigende Nervenschädigung spreche für eine neurologische Erkrankung. Die MdE werde weiterhin mit 20 v. H. eingeschätzt. Das Landratsamt lehnte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 13.12.2006 ab. Seitens der Beschwerden am linken Kniegelenk sei eine weitere Verschlimmerung nicht objektivierbar.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Zu Unrecht seien weder die Verschlimmerung am linken Knie selbst noch die hinzugetretenen Gesundheitsstörungen anerkannt worden. Allein für die Knorpelschädigungen mit anhaltenden Reizerscheinungen sei die MdE mit 30 v. H. zu veranschlagen. Ferner seien die Muskelabmagerung im linken Bein und der Ausfall des linken Achillessehnenreflexes auf die arthrotischen Veränderungen im linken Kniegelenk zurückzuführen. Das Regierungspräsidium St. wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16.04.2007 zurück. Auch nach nochmaliger Überprüfung der ärztlichen Unterlagen sei festzustellen, dass es im Vergleich zu dem Vorgutachten zu keiner wesentlichen Verschlimmerung der anerkannten Schädigungsfolgen gekommen und auch eine Anerkennung weiterer Schädigungsfolgen nicht möglich sei.

Hiergegen erhob der Kläger am 16.05.2007 Klage zum Sozialgericht Mannheim.

Das Sozialgericht holte das orthopädische Gutachten des Dr. Sch., Leitender Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik H., vom 19.11.2007 ein. Der Sachverständige führte aus, es liege schädigungsbedingt eine belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit des linken Kniegelenks bei fortgeschrittener Arthrose der äußeren Gelenkabschnitte, eine geringgradige Beugeeinschränkung des linken Kniegelenks als Folge der fortschreitenden Arthrose sowie eine druckschmerzhaft Narbe nach offener Außenmeniskusresektion links vor. Die ausgeprägte Muskelminderung sowie die Sensibilitätsstörung und Kraftminderung im Bereich des oberen Sprunggelenks links seien nicht im direkten Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis zu sehen. Diese Beschwerdesymptomatik habe sich nach Angaben des Klägers in den letzten vier Jahren gebildet. Es sei ausgesprochen unwahrscheinlich, dass sich aus einer Operation aus dem Jahr 1977 so viele Jahre später eine neurologische Begleitsymptomatik entwickle. Dass durch Schonung eines Beines auf Grund von ausgeprägten arthrotischen Veränderungen in Verbindung mit einer klinischen Beschwerdesymptomatik die Muskulatur des Oberschenkels in Mitleidenschaft gezogen werden könne, sei nachvollziehbar. Vorliegend sei jedoch die klinische Beschwerdehaftigkeit zu gering, um eine derartige Muskelininsuffizienz zu erklären. Gegenüber der letzten Begutachtung vom 14.11.2001 habe sich nun ein Beugedefizit links von 5 Grad im Seitenvergleich zu rechts ergeben. Dieses habe aber keinen Einfluss auf die MdE. Die MdE betrage daher weiterhin 20 v. H. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks erklärten nicht die Atrophie des linken Ober- und Unterschenkels sowie die sensiblen und motorischen Störungen des linken Unterschenkels.

Dr. W. schloss sich dem Gutachten in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 27.12.2007 an und führte in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 07.01.2008 aus, zur Einschätzung der Schädigungsfolgen sei eine neurologische Befundkontrolle nicht erforderlich.

Der Kläger legte die von Dr. R. zum Gutachten des Dr. Sch. verfasste Stellungnahme vom 07.02.2008 (Meniskustests deutlich positiv, Osteonekrose mit Knochenmarködem im Rahmen der Sekundärarthrose, arthrosebedingte Muskelatrophie des Oberschenkels, keine Polyneuropathie) vor.

Dr. Sch. führte in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 13.02.2008 aus, die Kombination der Ausfallserscheinungen in Form einer ausgeprägten Muskelminderung des linken Beines mit begleitenden Sensibilitätsstörungen am Unterschenkel und einer Abschwächung des Achillessehnenreflexes seien eher Folge einer Erkrankung aus dem neurologischen Fachgebiet, die nicht im Zusammenhang mit den arthrotischen Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks und dem schädigenden Ereignis zu sehen seien. In seiner weiteren ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 19.05.2008 führte Dr. Sch. aus, bei der Begutachtung habe sich bei der Prüfung der medialen und lateralen Meniskuszeichen keine Schmerzprovokation gefunden. Die einschlägigen Meniskustests seien negativ ausgefallen. Ferner sei bei der vorliegend klinisch relativ geringen Beschwerdehaftigkeit die beim Kläger ausgeprägte Muskelminderung eher unwahrscheinlich. Dass auf Grund einer Arthrose des Kniegelenks Sensibilitätsstörungen im seitengleichen Unterschenkel auftreten, sei eine absolute Rarität. Lediglich bei ausgeprägter Osteophytenbildung in einem Bereich, in dem nervale Strukturen komprimiert werden könnten, sei bei einer dauerhaften Kompression an eine derartige Möglichkeit zu denken. Vorwiegend fänden sich derart ausgeprägte Osteophyten in diesen Arealen aber nicht.

Sodann holte das Sozialgericht auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das orthopädische Gutachten des Orthopäden Dr. Z. vom Dezember 2008 ein. Der Sachverständige gelangte zu der Auffassung, die leichten Bewegungseinschränkungen des linken Kniegelenks seien als Folge der Arthrose des linken Kniegelenks zu werten und somit auf das schädigende Ereignis zurückzuführen. Ebenso sei ein leichter Kraftverlust durch die Muskelminderung im Bereich des Ober- und Unterschenkels durch die Schmerzhaftigkeit des Kniegelenks bedingt und eine Schonung als Inaktivitätsatrophie zu werten und stehe somit ursächlich im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis. Außerdem sei die voranschreitende mittlerweile schwere Gonarthrose des linken Kniegelenks, welche derzeit zu permanenter/n Ruhe und Belastungsschmerzen führe, schädigungsbedingt. Nicht auf den Unfall zurückgeführt werden könne eine leichte Kraftminderung im Bereich des linken Sprunggelenks mit Sensibilitätsstörungen inklusive der Abschwächung des Achillessehnenreflexes.

Diese seien "voraussichtlich" als Folge eines Knie Traumas infolge einer Kompression des Nervus tibialis aus dem Jahre 1983 zu sehen. Im Vergleich zur Untersuchung vom 14.11.2001 finde sich nun ein höheres Schmerzniveau im Bereich des linken Kniegelenks mit starken Belastungsschmerzen und nunmehr auch Ruhe- und teilweise Nachtschmerzen. Schnelleres Laufen und Gehen seien nicht mehr möglich. Auch das Treppensteigen sei stark erschwert. Weiterhin sei es zu einer leichten Kraftminderung im Bereich des Oberschenkels und dem Gefühl der Instabilität gekommen. Bei der Untersuchung habe sich eine um 5 Grad in Beugung und Streckung geminderte Kniegelenksbeweglichkeit sowie ein Reizzustand im Bereich des linken Kniegelenks gezeigt. Darüber hinaus liege eine deutliche Umfangsminderung im Bereich des linken Ober- und Unterschenkels vor. Die MdE betrage nunmehr 30 v. H. Denn es handle sich nunmehr um ausgeprägte Knorpelschäden mit anhaltenden Reizerscheinungen und leichter Bewegungseinschränkung sowie Atrophie der Muskulatur. Dem Gutachten beigelegt waren der Arztbrief des Dr. T. vom 08.07.1986 (linksseitige Peroneusdruckparese, fehlender Achillessehnenreflex eventuell im Zusammenhang mit Kniegelenksoperation, kein Hinweis für eine generalisierte Polyneuropathie) und die Stellungnahme des Internisten Dr. L. vom 19.06.2008 (klinisches Bild einer Polyneuropathie nicht gegeben).

Dr. W. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 16.01.2009 aus, der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) betrage nicht mindestens 30. Es lägen nur geringgradige Funktionseinschränkungen vor. Allein die Bewegungseinschränkung ergebe keinen GdS. Ein wesentlicher Reizzustand in Verbindung mit den Knorpelschäden des linken Kniegelenks müsste auch mit einem Kniegelenkserguss einhergehen, der aber im Gutachten des Dr. Z. ausdrücklich ausgeschlossen werde. Es habe sich allenfalls eine Kapselschwächung mit leichter Verplumpung ergeben. Da sich sichere Meniskuszeichen nicht gezeigt hätten und neben dem zwar deutlichen Schonhinken links ein sicherer Barfußgang mit normalem Abrollvorgang der Füße möglich gewesen sei, müsse der GdS weiterhin mit 20 eingeschätzt werden. Dieser GdS umfasse auch bestehende Schmerzen sowie die Muskelatrophie des linken Beines. Gehe man davon aus, dass ein GdS von 30 vergleichsweise bereits der völligen Versteifung eines Kniegelenks in günstiger Stellung entspreche, so seien die vorliegend bestehenden Funktionseinschränkungen des linken Kniegelenks als erheblich günstiger zu bewerten, so dass damit ein höherer GdS als 20 nicht in Betracht kommen könne.

Mit Urteil vom 31.07.2009 wies das Sozialgericht die Klage ab. Es stütze sich dabei auf die Einschätzung des Dr. Sch ...

Gegen das seiner Prozessbevollmächtigten am 13.10.2009 zugestellte Urteil des Sozialgerichts hat der Kläger am 09.11.2009 Berufung eingelegt. Es bestünden schädigungsbedingt im linken Kniegelenk ausgeprägte Knorpelschäden mit anhaltenden Reizerscheinungen sowie eine Bewegungseinschränkung, eine Muskelminderung am Ober- und am Unterschenkel des linken Beines sowie eine besondere Schmerzproblematik. Bei ausgeprägten Knorpelschäden mit Reizerscheinungen ohne Bewegungseinschränkung sei ein GdS von bis zu 30 und mit Bewegungseinschränkung ein GdS zwischen 20 und 40 zu vergeben. Darüber hinaus sei eine Muskelschwäche bei der Bemessung des GdS berücksichtigungsfähig. Ferner seien die Kraftminderung im linken Sprunggelenk sowie die Sensibilitätsstörung und Abschwächung des Achillessehnenreflexes mit Gefühllosigkeit der linken Ferse schädigungsbedingt. Eine alternative Ursache hierfür liege nicht vor. Der Kläger hat den Arztbrief des Neurologen Dr. F. vom 02.02.2010 (Inaktivitätsatrophie des linken Beines ohne nachweisbare Nervenschädigung, anamnestisch Sicca-Syndrom ohne Hinweise für eine Schädigung des Parasympathikus) vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 31.07.2009 und den Bescheid des Landratsamts R.-N.-Kreis vom 13.12.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Regierungspräsidiums St. vom 16.04.2007 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihm Grundrente nach einem GdS von mindestens 30 zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend.

Der Senat hat die im Rahmen des auf die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) des Klägers gerichteten Verfahrens angefallenen Akten des Sozialgerichts und des Landessozialgerichts Baden-Württemberg beigezogen. Aktenkundig sind insbesondere der Arztbrief des Dr. T. vom 08.09.2005 (Ausschluss einer radikulären Störung, am ehesten motorische Neuropathie), das orthopädische Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. Th. vom 29.09.2008 (in Bezug auf das linke Kniegelenk: leichte Druckschmerzhaftigkeit über dem äußeren Gelenkspalt, Kapselbandstabilität ohne Nachweis eines intraartikulären Ergusses oder einer Meniskusverletzung, endgradige leichte Beugungseinschränkung, Patellarsehnenreflex mittelkräftig auslösbar, radiologisch mittelgradig ausgeprägte Verschleißerkrankung mit Betonung des lateralen und retropatellaren Gelenkkompartiments, sonographisch kein intraartikulärer Erguss und keine Synovitis [GdB 10]; ansonsten unter anderem: leichtes Muskelminus von 2 cm im Bereich des linken Unterschenkels, Achillessehnenreflex links nicht und rechts schwach auslösbar, Hyposensibilität im Bereich des linken Unterschenkels, Kraftgradminderung im Bereich des linken Großzehen- und Fußhebers, Teilläsion des Nervus tibialis links [GdB 10]), die Stellungnahme des Dr. R. hierzu vom 01.12.2008, das Attest des Dr. L. vom 17.12.2008 (Diabetes mellitus, aber kein Hinweis auf diabetische Polyneuropathie), die gutachtliche Stellungnahme des Dr. Th. vom 10.02.2009, den ärztlichen Entlassungsbericht des Klinikzentrums L. vom 07.04.2009 (leichte Muskelatrophie im linken Ober- und Unterschenkel, beide Kniegelenke reizlos und frei beweglich ohne Rötung, Schwellung und Überwärmung, endgradiger Bewegungsschmerz in beiden Kniegelenken, beide Sprunggelenke reizlos und gut beweglich, beide Füße und Zehengelenke reizlos, Sensibilitätsstörung im linken Ober- und Unterschenkel, Fußheberschwäche links, Muskeleigenreflex links abgeschwächt) und die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. L. vom 19.02.2010.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

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

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung von Beschädigtenrente.

Rechtsgrundlagen sind §§ 81 und 88 SVG in Verbindung mit §§ 30 und 31 Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Wehrdienstbeschädigung ist 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 (§ 81 Abs. 1 SVG). Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs (§ 81 Abs. 6 Satz 1 SVG).

Die bekannt gegebene Entscheidung einer Behörde der Bundeswehrverwaltung oder einer Behörde der Versorgungsverwaltung ist grundsätzlich für die Behörde der jeweils anderen Verwaltung verbindlich (§ 88 Abs. 3 Satz 1 SVG).

Beschädigte erhalten eine monatliche Grundrente bei einem GdS ab 30 (§ 31 Abs. 1 BVG). Der GdS ist nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen (§ 30 Abs. 1 Satz 1 BVG). Der GdS ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen; ein bis zu 5 Grad geringerer GdS wird vom höheren Zehnergrad mit umfasst (§ 30 Abs. 1 Satz 2 BVG). Vorübergehende Gesundheitsstörungen sind nicht zu berücksichtigen; als vorübergehend gilt ein Zeitraum bis zu 6 Monaten (§ 30 Abs. 1 Satz 3 BVG).

Bei der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs und des GdS orientiert sich der Senat im Interesse der Gleichbehandlung an den Bewertungsmaßstäben der 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) getretenen Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom 10.12.2008 - [BGBl. I, S. 2412](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV). 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.

Danach wird als Schädigungsfolge 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) und ist Ursache im Sinne der Versorgungsgesetze 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).

Zu den Fakten, die vor der Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs geklärt ("voll bewiesen") sein müssen, gehören der schädigende Vorgang, die gesundheitliche Schädigung und die zu beurteilende Gesundheitsstörung (Teil C Nr. 2 a VG). Der schädigende Vorgang ist das Ereignis, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (Teil C Nr. 2 b Satz 1 Halbsatz 1 VG). Die gesundheitliche Schädigung ist die primäre Beeinträchtigung der Gesundheit durch den schädigenden Vorgang (Teil C Nr. 2 c Halbsatz 1 VG). Zwischen dem schädigenden Vorgang und der Gesundheitsstörung muss eine nicht unterbrochene Kausalkette bestehen, die mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und den ärztlichen Erfahrungen im Einklang steht. Dabei sind Brückensymptome oft notwendige Bindeglieder (Teil C Nr. 2 d Sätze 1 und 2 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 Sätze 1 und 2 VG).

Unter Berücksichtigung dieser Regelungen und Maßstäbe hat der Kläger keinen Anspruch auf Beschädigtenrente.

Ein Anspruch ergibt sich nicht aus der in § 88 Abs. 3 Satz 1 SVG normierten Bindungswirkung. Zwar hat das Wehrbereichsgebührenamt St. mit Bescheid vom 17.04.1980 einen Ausgleich nach einer MdE um 25 v. H. vom 01.12.1976 bis zum 31.12.1977 bewilligt. Diese Entscheidung der Bundeswehrverwaltung bindet aber die Versorgungsverwaltung zumindest dann nicht mehr nach § 88 Abs. 3 Satz 1 SVG, wenn nach dem Ende des Ausgleichszeitraumes - wie hier - annähernd zehn oder mehr Jahre ohne Versorgungsanspruch liegen (BSG, Urteil vom 25.03.2004 - [B 9 VS 2/01 R](#)). Ferner kommt eine Bindung der Versorgungsverwaltung an Entscheidungen der Bundeswehrverwaltung im Sinne des § 88 Abs. 3 Satz 1 SVG nicht in Betracht, wenn die Bundeswehrverwaltung die Höhe der MdE nur für einen abgrenzbaren Zeitraum - wie hier vom 01.12.1976 bis zu dem am 31.12.1977 erfolgten Ausscheiden aus der Bundeswehr - festsetzt und bezüglich der Entscheidung über den Versorgungsanspruch für den danach liegenden Zeitraum auf die Zuständigkeit der Versorgungsverwaltung hinweist (LSG für das Land Niedersachsen, Urteil vom 26.06.1998 - [L 9 VS 11/98](#); nachfolgend BSG, Urteil vom 28.06.2000 - [B 9 VS 1/99 R](#)). Vorliegend hat zwar das Wehrbereichsgebührenamt St. nicht explizit auf die Zuständigkeit der Versorgungsverwaltung für den danach liegenden Zeitraum hingewiesen. Aus dem Bescheidzusatz, dass dieser Bescheid nur für die Zeit der Zugehörigkeit des Klägers zur Bundeswehr gelte, hat es aber deutlich genug zum Ausdruck gebracht, dass die festgelegte MdE nicht zeitlich unbegrenzt gelten soll.

Unter Zugrundelegung der oben dargelegten Maßstäbe beträgt der GdS des Klägers weiterhin nicht mehr als 20, so dass der Kläger weiterhin keinen Anspruch auf Beschädigtenrente hat.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 beträgt bei einer einseitigen Bewegungseinschränkung im Kniegelenk geringen Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung bis 0-0-90 Grad) der GdS 0 bis 10, mittleren Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung 0-10-90 Grad) der GdS 20 und stärkeren Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung 0-30-90 Grad) der GdS 30 sowie beträgt bei einseitigen ausgeprägten Knorpelschäden der Kniegelenke (zum Beispiel Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen ohne Bewegungseinschränkung

der GdS 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkung der GdS 20 bis 40.

Beim Kläger liegt im Bereich des linken Kniegelenks keine einen GdS von mindestens 10 rechtfertigende Bewegungseinschränkung vor. In den Gutachten sind folgende Bewegungsmaße dokumentiert: 0/0/130 Grad (Gutachten der Dr. Sch. vom 02.11.2006), 0/0/125 Grad (Gutachten des Dr. Sch. vom 19.11.2007), 0/0/130 Grad (Gutachten des Dr. Th. vom 29.09.2008) und 0/5/125 Grad (Gutachten des Dr. Z. vom Dezember 2008). Bei dem nach den VG, Teil A, Nr. 2f zu bildenden Durchschnittswert von 0/0-5/125-130 Grad handelt es sich im Vergleich zum Normalmaß von 0/0/120-150 Grad nicht um eine Bewegungseinschränkung geringen Grades im Sinne der VG.

Auch bedingt der Knorpelschaden keinen GdS von mindestens 10. Radiologisch sind die Knieschäden in den Gutachten wie folgt beschrieben: Gonarthrose (Gutachten der Dr. Sch. vom 02.11.2006), deutlich fortgeschrittene Arthrose im Bereich des lateralen Kompartiments (Gutachten des Dr. Sch. vom 19.11.2007), mittelgradig ausgeprägte Verschleißerkrankung am äußeren Gelenkspalt (Gutachten des Dr. Th. vom 29.09.2008), fortgeschrittene Gonarthrose lateral betont mit kompletter Aufhebung des Gelenkspaltes (Gutachten des Dr. Z. vom Dezember 2008). Dabei handelt es sich zwar um einen ausgeprägten Knorpelschaden im Sinne der VG. Anhaltende Reizerscheinungen in Form von Ergüssen oder Überwärmung sind aber in keinem Gutachten dokumentiert. Zwar hat Dr. Z. in seinem Gutachten vom Dezember 2008 ausgeführt, es lägen anhaltende Reizerscheinungen vor. Diese Einschätzung findet aber in seinem Gutachten keine objektive Grundlage. Insbesondere kann allein aus der von ihm beschriebenen Kapselverdickung nicht auf eine anhaltende Reizerscheinung geschlossen werden. Insoweit hat Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 16.01.2009 zu Recht ausgeführt, dass ein wesentlicher Reizzustand in Verbindung mit den Knorpelschäden des linken Kniegelenks mit einem Kniegelenkserguss einhergehen muss, ein solcher aber vorliegend gerade nicht objektiviert ist. Die von Dr. Z. beschriebene Kapselschwächung mit leichter Verplumpung rechtfertigt es nach Ansicht des Senats nicht, von anhaltenden Reizerscheinungen im Sinne der VG auszugehen. Doch selbst wenn von solchen auszugehen wäre, müsste der GdS nach Einschätzung des Senats in Anbetracht der nur ganz geringen Bewegungseinschränkung im unteren Bereich des nach den VG eröffneten GdS-Rahmens zwischen 20 und 40 verbleiben.

Mithin erreicht der GdS für den schädigungsbedingten Schaden in Form der ganz diskreten Bewegungseinschränkung in Zusammenschau mit dem ausgeprägten Knorpelschaden ohne anhaltende Reizerscheinungen und der druckschmerzhaften Narbe allenfalls 10. Dass der schädigungsbedingte Knieschaden den vom Kläger begehrten GdS von 25 nicht bedingt, ergibt sich aus einem Vergleich mit den VG, Teil B, Nr. 18.14, wonach erst bei einer Versteifung des Kniegelenks in günstiger Stellung (Beugestellung von 10 bis 15 Grad) der GdS 30 beziehungsweise bei einem nicht knöchern verheilten Kniescheibenbruch mit Funktionseinschränkung des Streckapparates der GdS 20 bis 40 beträgt. Mit derartigen Behinderungen ist der Knieschaden des Klägers nicht vergleichbar.

Nach Überzeugung des Senats sind die sonstigen Schäden im Bereich des linken Beines des Klägers nicht schädigungsbedingt. Es spricht nicht mehr dafür als dagegen, dass die Muskelatrophie und Sensibilitätsstörung im linken Ober- und Unterschenkel, die Kraftminderung im Bereich des linken oberen Sprunggelenks, der Ausfall des Achillessehnenreflexes links und die Großzehen- und Fußheberschwäche links wesentlich ursächlich auf das Schädigungsereignis zurückzuführen sind. Dabei folgt der Senat den überzeugenden Ausführungen der Dr. Sch., die in ihrem Gutachten vom 02.11.2006 schlüssig dargelegt hat, dass diesbezüglich kein Zusammenhang mit dem operativen Eingriff am linken Knie hergestellt werden kann. Sie hat zu Recht ausgeführt, dass dieser operative Eingriff außenseitig vorgenommen worden ist und mithin dadurch allenfalls eine absteigende Nervenschädigung nach distal, nicht aber die Muskelatrophie im Oberschenkelbereich und die vom Leistenbereich bis zum Fuß reichende Sensibilitätsstörung verursacht werden kann. Auch hat Dr. Sch. in seinem Gutachten vom 19.11.2007 überzeugend dargelegt, dass die Latenzzeit von mehr als 20 Jahren zwischen der Knieoperation und dem diesbezüglichen Beschwerdebeginn dagegen spricht, dass es sich um eine operationsbedingte neurologische Begleitsymptomatik handelt. Ferner folgt der Senat der Einschätzung des Dr. Sch., dass die klinische Beschwerdehaftigkeit im Bereich des linken Kniegelenks zu gering ist, um die Muskelschwäche sowie die sensiblen und motorischen Störungen im Bereich der linken unteren Extremität des Klägers erklären zu können. Ferner hat Dr. Sch. für den Senat nachvollziehbar dargelegt, dass beim Kläger eine ausgeprägte Osteophytenbildung in einem Bereich, in dem nervale Strukturen komprimiert werden könnten, nicht vorliegt. Demgegenüber überzeugt den Senat die gegenteilige Ansicht des Dr. Z. in seinem Gutachten vom Dezember 2008 nicht. Von einer Inaktivitätsatrophie ist wegen der ganz geringen Funktionseinschränkung des Klägers im Bereich des geschädigten Kniegelenks gerade nicht auszugehen.

Im Übrigen weist der Senat darauf hin, dass selbst wenn man von einer Schädigungsbedingtheit der Muskelatrophie und Sensibilitätsstörung im linken Ober- und Unterschenkel, der Kraftminderung im Bereich des linken oberen Sprunggelenks, des Ausfalls des Achillessehnenreflexes links und der Großzehen- und Fußheberschwäche ausgehen würde, kein rentenberechtigender GdS von 25 vorliegen würde. Insoweit hat Dr. Th. in seinem Gutachten vom 29.09.2008 sogar den GdB für die Schäden im Bereich der linken unteren Extremität mit lediglich 10 eingeschätzt. Ob dem zu folgen ist, kann offen bleiben, da jedenfalls kein GdS von 25 vorliegt.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-06-02