L 6 VS 1447/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 8 VS 4124/12
Datum
15.12.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 VS 1447/16
Datum
03.08.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Ein Verwaltungsakt, mit dem die Feststellung des Rechts auf eine Leistung abgelehnt wurde, erledigt sich mit Erlass einer entsprechenden späteren Verwaltungsentscheidung.

2. Ein Facharzt für Orthopädie als Sachverständiger kann kernspintomographisch erhobene Befunde beurteilen, wenn es nur einer fachspezifischen radiologischen Diagnostik bedurfte.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Dezember 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt wegen einer Wehrdienstbeschädigung im September 1981 die Feststellungen verschiedener Gesundheitsstörungen als dessen Folgen sowie die Gewährung einer Beschädigtengrundrente nach einem höheren Grad der Schädigungsfolgen (GdS) als 70.

Der 1960 geborene Kläger ist gelernter Holzmechaniker. Seinen Grundwehrdienst als Wehrpflichtiger leistete er von April 1981 bis Juni 1982 in der Panzerjägerkompanie 300 in der R.-K. in E ... Nach einer kurzen Tätigkeit für ein anderes Unternehmen arbeitete er seit Mitte der 1980er Jahre als Schreiner für die D. AG, ab 2008 war er in einer Kunststoffmanufaktur beschäftigt. Nachdem er zunächst die Arbeit in Vollzeit ausgeübt hatte, reduzierte er den Umfang ab April 2014 auf 25 Wochenstunden. Die Versorgungsverwaltung stellte bei ihm den Grad der Behinderung mit 80 fest.

Nachdem er am 15. Juli 1981 während eines dienstlichen Sportwettkampfes beim Weitsprung auf dem Absprungbrett ausrutschte und sich das linke Kniegelenk verdreht hatte, erlitt er am 15. September 1981 auf der Fahrt mit einem Volkswagen Iltis, einem Geländewagen, einen Verkehrsunfall. Der Kläger war im Rahmen des Manövers "Scharfe Klinge" vom Zugführer beauftragt worden, in etwa 500 m Entfernung von einem erkundeten Verfügungsraum den vom stellvertretenden Zugführer nachgeführten Zug zu empfangen und einzuweisen. Dabei hatte er sich offensichtlich verfahren. Um schnell wieder zu seiner Einheit zu gelangen, fuhr er mit hoher Geschwindigkeit auf einem Flurbereinigungsweg in der Nähe von Herrenzimmern und erlitt dabei einen Unfall, ohne dass ein weiteres Kraftfahrzeug (Kfz) beteiligt war. Der Kläger führte das Geschehen auf eine durch seine dienstliche Tätigkeit herbeigeführte Übermüdung zurück. Er wurde mit dem Hubschrauber in Begleitung eines Notarztes in die Chirurgische Klinik des Kreiskrankenhauses R. verbracht.

Nach dem stationären Aufenthalt bis 30. November 1981 diagnostizierte der Chefarzt Dr. R. eine schwere Commotio cerebri, eine Kopfplatzwunde an der linken Stirnseite, eine Nierenkontusion links, eine Mehrfragmentfraktur des linken Oberschenkelschaftes, eine Kniegelenkkontusion mit Erguss links sowie multiple Prellungen.

Der Kläger legte dem damaligen Versorgungsamt St. ein Schreiben von Dr. H., Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Chirurgische Klinik des Kreiskrankenhauses R., von Dezember 1982 vor, wonach er in den ersten beiden Behandlungstagen nach dem Verkehrsunfall insgesamt drei Blutkonserven übertragen bekommen habe. Dadurch lasse sich mit großer Wahrscheinlichkeit die nun bei ihm nachgewiesene Leberentzündung erklären. Als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung hätten sie die bei ihnen eingesetzten Blutkonserven aus der Blutzentrale in B.-B. erhalten, welche nach Kreuzproben verabreicht worden seien. Sie hätten daher keinerlei Einfluss auf die durch die Übertragung auftretende Folgeschädigung durch eine Leberentzündung gehabt.

Prof. Dr. Sch., Leitender Arzt der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses L., war vom Versorgungsamt St. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt worden. Nach der ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung des Klägers am 6. Dezember 1982 führte er unter anderem aus, eine Fraktur der Schambeine habe nicht vorgelegen. Der im Krankenhaus R. erhobene Röntgenbefund sei vieldeutig. Auf der von ihm veranlassten Aufnahme sei jedenfalls kein Anzeichen einer stattgehabten Fraktur zu erkennen, auch nach dem klinischen Befund spreche nichts für ein derartiges Ereignis. Eine weitere Expertise für diesen Verwaltungsträger erstattete Dr. Sch., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 4. August 1983 teilte er mit, auf neurologischem Fachgebiet sei es über eine Commotio cerebri hinaus zu einer Hirnkontusion gekommen, präzisierend zu einer substantiellen Frontalhirnschädigung im Hirnrindenbereich. Diese habe eine posttraumatische Hirnleistungsschwäche und eine diskrete Wesensänderung bedingt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze er auf 30 v. H.

Nach dem stationären Aufenthalt in der Abteilung Innere Medizin des Krankenhauses S. vom 18. bis 25. Januar 1983 diagnostizierte der Chefarzt Dr. L. eine laparoskopisch und histologisch geringgradige chronische Hepatitis ohne Anhalt für eine äthyltoxische Genese. Während der Einstellungsuntersuchung bei der damaligen D.-B. AG (heute: D. AG) seien leicht erhöhte Leberwerte aufgefallen, weswegen er zur Laparoskopie eingewiesen worden sei. Makroskopisch sei bei der Leberspiegelung eine Fettleber ohne stark entzündliche Aktivitäten aufgefallen. Histologisch habe sich eine geringgradige chronische Hepatitis ohne alkoholtypische Veränderungen gezeigt. Ob ein Zusammenhang zwischen diesem histologischen Ergebnis und den drei im September 1982 im Krankenhaus in R. nach einem Unfall applizierten Blutkonserven bestehe, müsse offenbleiben. Im Auftrag des Versorgungsamtes St. erstattete Dr. L. anschließend das Gutachten vom 4. Mai 1983. Es lägen eine leichte chronische Hepatitis sowie der Zustand nach einer Trümmerfraktur des proximalen linken Oberschenkels, einer Beckenfraktur und einer Commotio cerebri vor. Die histologisch nachgewiesene chronische Hepatitis sei durch mehrfache Bluttransfusionen nach dem schweren Verkehrsunfall von September 1981 hervorgerufen worden. Bei den Posttransfusionshepatitiden handele es sich um so genannte "Non-A-Non-B-Hepatitisformen", bei denen die Serologie negativ sei. Die MdE infolge der chronischen Hepatitis sei mit 40 v. H. zu veranschlagen.

Das Versorgungsamt St. erkannte mit Bescheid vom 8. November 1983 als Folgen der Wehrdienstbeschädigung eine Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes nach in geringer O-Stellung verheiltem Oberschenkeltrümmerbruch, eine geringe Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenkes nach operativ versorgtem Außenbandriss, eine leichte Beugebehinderung des linken Kniegelenkes nach wiederholten Distorsionen, reizlose Operationsnarben, eine Schwäche am linken Bein, eine reizlose Narbe an der linken Augenbraue, eine chronische Leberentzündung sowie eine substantielle Schädigung des Stirnhirns im Bereich der Hirnrinde mit mäßiger Hirnleistungsschwäche und Wesensänderung an. Die MdE wurde ab 1. Juli 1982 mit 70 vom Hundert (v. H.) festgestellt. Mit Bescheid vom 11. September 1987 wurde dem Kläger ein Ausgleich nach § 85 Soldatenversorgungsgesetz (SVG) gewährt, welcher ab September 1981 vorgenommen wurde und am 30. Juni 1982 endete. Zudem wurde die MdE mit 80 v. H. ab 15. September 1981 festgestellt. Diese Verwaltungsentscheidung gelte nur für die Dauer der Zugehörigkeit des Klägers zur Bundeswehr.

Mehrere Neufeststellungsanträge, mit denen der Kläger jeweils eine Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes geltend machte, wurden mit Bescheiden vom 30. Oktober 1987, 25. November 1993, 5. Juni 1998 und 6. November 2003 abgelehnt. Während dieser Verwaltungsverfahren war mehrfach in medizinischer Hinsicht Beweis erhoben worden.

Dr. K., Chefarzt der Unfallchirurgischen Abteilung des Krankenhauses S., diagnostizierte nach dem stationären Aufenthalt des Klägers vom 9. bis 13. November 1987 eine Commotio cerebri. Er sei am 7. November 1987 beim Felsenklettern gestürzt und habe sich den Kopf angeschlagen. Über ein Ziehen occipital sei geklagt worden.

Weiter lag eine Stellungnahme von Dr. Z., Facharzt für Allgemeinmedizin, an das Staatliche Gesundheitsamt in B. vom 14. Oktober 1991 vor, in der ausgeführt wurde, der Kläger sei dort nach zweimaligem Führerscheinentzug 1989 und 1991 wegen Führens eines Kfz unter Alkoholeinwirkung amtsärztlich untersucht worden, wobei sich deutlich erhöhte Leberwerte gezeigt hätten. Dieser habe sich in den letzten vier Jahren in seiner kontinuierlichen hausärztlichen Betreuung befunden, wobei zu keinem Zeitpunkt ein Hinweis auf eine Alkoholabhängigkeit bestanden habe. Bei der sonographischen Untersuchung Ende September 1991 sei eine normal große homogene Leber, welche in der Konsistenz nicht vermehrt gewesen sei, mit gestreckten spitzwinkligen Leberwinkeln und unauffälligen Gefäßstrukturen erkannt worden. Ein Aszites habe sich nicht gebildet. Umschriebenen Raumforderungen seien nicht gesehen worden. Auch nach dieser Untersuchung habe kein Hinweis für das Vorliegen eines chronischen Alkoholabusus vorgelegen. Die erhöhten Leberwerte seien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Ausdruck der beim Kläger vorhanden chronisch-persistierenden Posttransfusionshepatitis und nicht Ausdruck eines chronischen Alkoholabusus.

Priv.-Doz. Dr. Sch., Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete über die ambulante Untersuchung des Klägers am 22. Juni 1993, er habe ein mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma nach einem Ereignis von 1982 und eine subjektive Gangstörung diagnostiziert. Letztere lasse vor allem wegen des Hängenbleibens mit der linken Fußspitze an eine geringe zentrale Bewegungsstörung denken, für die auch die leichte Beeinträchtigung der Feinmotorik der linksseitigen Zehen spreche. Allerdings sei der Reflexbefund regelrecht gewesen. Für eine peripher-neurogene Schädigung oder auch eine spinale Läsion habe sich bei regelrechten neurographischen Befunden und unauffälligen sensibel-evozierten Potentialen im Bereich des Nervus tibialis kein Anhalt gefunden. Auf Nachfrage des Versorgungsamtes St. bei Priv.-Doz. Dr. Sch. teilte dieser im März 2003 mit, der Kläger habe sich einmalig Mitte Juni 1993 bei ihm vorgestellt. Er legte den Befundbericht von Dr. T.-Z., Radiologin, über das am 17. Juni 1993 erstellte Computertomogramm (CT) des Schädels vor, wonach sich bifrontal etwas erweiterte äußere Liquorräume gezeigt hätten. Ansonsten habe ein unauffälliger Befund vorgelegen, insbesondere kein Nachweis von posttraumatischen Marklagerdefekten.

Im Auftrag des Versorgungsamtes St. erstattete Dr. W., Facharzt für Neurochirurgie und Neurologie, nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 18. August 1993 ein Gutachten. Dieser habe zu Beschwerden befragt keine Kopfschmerzen angeführt. Zeichen einer mäßigen Hirnleistungsschwäche und Wesensänderung hätten sich nicht feststellen lassen. Eine neurologische Untersuchung mittels einer Computertomographie des Schädels vor einigen Monaten habe nichts ergeben. Medikamente würden nicht eingenommen. Der neurologische Befund sei bis auf etwas enge Pupillen ohne Seitendifferenz regelrecht gewesen. Zeichen einer Wesensänderung oder Leistungsminderung hätten sich nicht gefunden. Der psychische Befund in der Untersuchungssituation sei normal gewesen.

Nach dem stationären Aufenthalt in der Reha-Klinik A. in B. A. vom 23. September bis 19. Oktober 1996 führte die Chefärztin Dr. G.-F. aus,

seit dem Unfall empfinde sich der Kläger psychisch und geistig verändert, was er vielleicht hinter einer etwas burschikosen Art verstecken möchte. Das Geschehen setze ihm im Grunde wohl doch sehr zu. Besonders auffallend gewesen sei, dass er während der gesamten Rehabilitationsmaßnahme keine Nacht habe durchschlafen können. Pflanzliche Sedativa wie Sedariston oder Kytta Sedativum hätten ihm keine Hilfe gebracht. Die progressive Muskelentspannung nach Prof. Jacobson, die er erlernt habe, habe er für die Schlafstörungen ebenfalls nicht anwenden können. Sie habe ihn eher noch unruhiger gemacht. Eine psychotherapeutische Behandlung erscheine dringend nötig.

Dr. P., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, erstattete im Auftrag des Versorgungsamtes St. über den Kläger nach dessen ambulanter Untersuchung am 4. September 1997 ein Gutachten. Auf seinen Fachgebieten lägen eine reizlose Narbe an der linken Augenbraue und der Zustand nach einer vermutlichen Stirnhirnkontusion mit mäßiger Hirnleistungsschwäche und Wesensänderung vor. Bei der neurologischen Untersuchung seien bis auf eine Verschmächtigung der Ober- und Unterschenkelmuskulatur links keine Auffälligkeiten festzustellen gewesen. Die Ursache dieses Befundes sei unklar geblieben. Jedenfalls hätten sich auf neurologischem Fachgebiet keine Hinweise für eine zentrale, radikuläre oder sonstige peripher-neurogene Läsion ergeben. Auch seien keine funktionellen Beeinträchtigungen festzustellen gewesen. Auf psychiatrischem Fachgebiet seien, wie schon bei den nervenärztlichen Begutachtungen bis 1986 festgehalten worden sei, eine gewisse emotionale Instabilität, eine leichte Erregbarkeit und eine Irritierbarkeit aufgefallen. Die geklagten Gedächtnisstörungen seien glaubhaft und diesbezügliche Angaben schon seit längerem und wiederholt dokumentiert worden. Mit Wahrscheinlichkeit seien diese Leistungsbeeinträchtigungen dem schädigenden Trauma zuzuordnen.

Nach dem stationären Aufenthalt des Klägers in den L. Kliniken in B. K. vom 31. August bis 8. Oktober 2004 diagnostizierte Dr. B., Facharzt für Innere Medizin, eine chronische Hepatitis C (ICD-10 B18.2).

Im Klageverfahren S 6 VS 661/04 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) schlossen der Kläger und das Land Baden-Württemberg in der mündlichen Verhandlung am 3. Juli 2008 einen Vergleich, wonach die Beschädigtengrundrente vom 9. Juli 2002 bis 31. Juli 2004 nach einer MdE von 70 v. H. und in der Folgezeit bis 30. September 2005 nach einer MdE von 80 v. H., ab 1. Oktober 2005 wiederum nach einer MdE von 70 v. H. gewährt wird. Die gütliche Streitbeilegung wurde vom nunmehr zuständigen Landratsamt B. mit Bescheid vom 30. Juli 2008 ausgeführt.

Dr. S., Facharzt für Allgemeinmedizin, attestierte dem Kläger im August 2008, infolge einer antiviralen Therapie der Hepatitis C seien eine Onychomykose und eine Onychogrypose in jeweils ausgeprägter Form entstanden, welche einer Lokalbehandlung mittels eines antimykotischen Nagellackes und fußpflegerischer Maßnahmen bedürften.

Priv.-Doz. Dr. A., Chefarzt der Klinik für Neurologie mit Neurophysiologie und Schlaganfalleinheit des Klinikums S.-B., diagnostizierte nach dem stationären Aufenthalt des Klägers vom 21. bis 24. Oktober 2008 unter anderem eine unklare Paraspastik, differentialdiagnostisch eine spastische Spinalparalyse oder eine primäre Lateralsklerose, sowie eine inkomplette neurogene Blasenstörung mit Detrusorhyperaktivität und eine beginnende Stuhlinkontinenz. Nach der Magnetresonanztomographie des Schädels seien das Kleinhirn und der Hirnstamm unauffällig dargestellt worden. Die Ursache für die bestehende Paraspastik der Beine sowie die Entleerungsstörung der Blase und des Mastdarmes sei unklar geblieben.

Das Landratsamt B. lehnte den Antrag des Klägers auf Erstattung der Kosten für die selbst durchgeführte Heilbehandlung mit "Loceryl-Nagellack Galderma LOE" mit Bescheid vom 9. Februar 2009 ab. Im dagegen angestrengten Widerspruchsverfahren beantragte er am 30. April 2009, "die Onychomykose und die Onychogrypose werden als Folgen der mit Bescheid vom 8. November 1983 anerkannten Schädigung "chronische Leberentzündung" als weitere Schädigungsfolge anerkannt". Die chronische Leberentzündung habe eine antivirale Therapie erforderlich gemacht. Infolgedessen sei bei ihm eine ausgeprägte Onychomykose und Onychogrypose entstanden, welche einer Lokalbehandlung mittels eines antimykotischen Nagellackes und fußpflegerischer Maßnahmen bedürften.

Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers in der Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums U. am 11. Februar 2009 diagnostizierte Prof. Dr. K., Leitender Oberarzt, eine progrediente Paraspastik, differentialdiagnostisch eine spastische Spinalparalyse oder eine spinale arteriovenöse Malformation. Er habe sich zur Einholung einer Zweitmeinung bei Verdacht auf eine spastische Spinalparalyse vorgestellt. Eine Ursache für die von ihm berichtete Koordinationsstörung des linken Fußes und die Paraspastik sei jedoch nicht gefunden worden. Klinisch hätten neben der Paraspastik auch eine Hinterstrangaffektion der unteren Extremitäten sowie eine vegetative Mitbeteiligung einer Blasen- und Mastdarminkontinenz imponiert. Eine spastische Spinalparalyse habe weder bestätigt noch ausgeschlossen werden können.

Prof. Dr. E., Direktor der Abteilung Humangenetik der Universität G., führte im September 2009 eine molekulargenetische Untersuchung durch, wonach keine Mutation und keine großen Rearrangements in den SPG4- und SPG3A-Genen hätten nachgewiesen werden können. Es habe das Vorliegen einer autosomal-dominanten hereditären spastischen Paraplegie, verursacht durch eine neue Mutation im SPG4- oder SPG3A-Gen, ausgeschlossen werden können.

Am 14. Januar 2010 beantragte der Kläger abermals die Neufeststellung des GdS. Beim Gehen und Laufen, einschließlich Joggen, stolpere er ständig mit dem linken Bein, welches an das rechte schlage. Zudem seien seine Leberwerte ohne Alkoholeinnahme erhöht. Bei ihm liege eine spastische Paraplegie vor.

Dr. P. erstattete nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 14. Mai 2010 im Auftrag des Landratsamtes B. erneut ein Gutachten, wonach der Zustand nach einer Stirnhirnkontusion mit mäßiger Hirnleistungsschwäche und Wesensänderung ("reizbare Schwäche") und ein leichtes Frontalhirnsyndrom diagnostiziert worden seien, woraus sich ein GdS von 40 ableiten lasse. Nicht schädigungsbedingt sei der dringende Verdacht auf eine hereditäre spastische Paraparese. Der Kläger habe ein Taubheitsgefühl im Bereich der Füße beklagt. Zudem habe er Symptome wie Fußpilz auf eine Interferontherapie zurückgeführt, die wegen der schädigungsbedingten Hepatitis C durchgeführt worden sei. Ein Zusammenhang der neu aufgetretenen Krankheitserscheinungen mit den anerkannten schädigungsbedingten Beeinträchtigungen sei nicht herzustellen. Es handele sich vermutlich jeweils um eine hereditäre Ursache.

Mit Bescheid vom 9. Juni 2010 lehnte das Landratsamt B. den Neufeststellungsantrag vom 14. Januar 2010 mangels schädigungsbedingt eingetretener Verschlimmerung ab. Darüber hinaus habe er begehrt, die Verkürzung des linken Beines und den daraus folgenden

Stolpergang sowie eine spastische Paraplegie als weitere Folgen der Wehrdienstbeschädigung festzustellen. Er sei deswegen im Mai 2010 begutachtet worden. Dr. P. sei nachvollziehbar zu dem Ergebnis gekommen, dass es im Bereich der anerkannten Folgen der Wehrdienstbeschädigung zu keiner Verschlimmerung des Befundes gekommen sei, welche eine Erhöhung des GdS rechtfertige. Weitere Gesundheitsstörungen stünden mit den schädigenden Einwirkungen des Ereignisses von September 1981 nicht im Zusammenhang. Das Beinleiden sei Ausdruck einer degenerativen Systemerkrankung. Soweit der Kläger nach Erhebung des Widerspruches gegen den Bescheid vom 9. Februar 2009 im Vorverfahren verfolgt habe, eine Onychomykose und eine Onychogrypose, welche er auf die anerkannte chronische Leberentzündung zurückführe, als weitere Folgen anzuerkennen, sei dieses Begehren mit Widerspruchsbescheid vom 10. Februar 2010 zurückgewiesen worden. Hiergegen sei Klage beim SG erhoben worden. Dieser Bescheid sei gemäß § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des anhängigen Klageverfahrens geworden.

Dr. H., Facharzt für Allgemeinmedizin und Leitender Arzt des Versorgungsamtes St., führte in seiner Stellungnahme von Mitte Januar 2012 aus, nach Aktenlage sei wegen der Hepatitis C ab September 2004 ein Jahr lang eine Therapie mit Pegintron und Ribavirin erfolgt. Erst Mitte 2008 habe sich der Kläger wegen einer Onychomykose und einer Onychogrypose behandeln lassen, weshalb ein Zusammenhang mit der Interferon- oder Ribavirinbehandlung nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben sei.

Das Landratsamt B. lehnte daraufhin mit Bescheid vom 24. Januar 2012 den Antrag des Klägers auf Neufeststellung des Versorgungsanspruches vom 30. April 2009 ab und führte weiter aus, dieser habe die Anerkennung einer Onychomykose und einer Onychogrypose als weitere Schädigungsfolgen begehrt. Ein Zusammenhang mit der Wehrdienstbeschädigung lasse sich allerdings nicht herleiten. Als Onychomykose werde eine Pilzinfektion der Zehen- oder Fingernägel bezeichnet. Diese relativ häufig vorkommende Erkrankung werde von Mensch zu Mensch übertragen. Meist erfolge die Infektion in öffentlichen Bädern, Saunen beziehungsweise Duschen oder Umkleidekabinen von Sportstätten. Begünstigende Faktoren seien beispielsweise vermehrtes Schwitzen und eine gestaute Feuchtigkeit in Schuhen, aber auch Durchblutungsstörungen bei einem Diabetes mellitus oder einer arteriellen Verschlusskrankheit. Unter Onychogrypose sei eine stark gewölbte, verdickte, häufig verfärbte, harte Nagelplatte zu verstehen. Ursache sei meist eine Reizung der Zehennägel durch unpassendes Schuhwerk oder chronische, wiederholt einwirkende Traumen. Prädisponierend wirkten periphere Durchblutungsstörungen, eine chronisch-venöse Insuffizienz und Fehlstellungen des Fußes. Ein Zusammenhang mit der Interferon- oder Ribavirinbehandlung erscheine nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit gegeben. Eine Veränderung der Nagelstruktur oder -farbe durch toxische Wirkung von Medikamenten werde zwar gelegentlich beschrieben. Solche Veränderungen träten aber in zeitlichem Zusammenhang mit der Einnahme von Arzneimitteln auf und verschwänden in der Regel nach Absetzen des Medikamentes. Der geltend gemachte Nagelpilz mit Krallennagelbildung sei dagegen erst Jahre nach dem Ende der Therapie zum Vorschein gekommen.

Nach der infolge des erhobenen Widerspruches im Juni 2012 eingeholten versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. Sch. sei die Onychomykose eine relativ häufige Infektionskrankheit, je nach Literaturstelle seien zwischen 8 und 15 % der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) betroffen. Damit Nagelpilz entstehe, würden in der Regel begünstigende Faktoren benötigt, die es dem Pilz erleichterten, die Nägel zu infizieren. Als Faktoren würden die erblich bedingte Anlage von Nagelpilz, Stoffwechsel- und Durchblutungsstörungen, eine Immundefizienz, Fußfehlstellungen, eine falsche Nagelpflege, ein feucht-warmes Milieu, eine starke Schweißbildung, wenig atmungsaktives Schuhwerk, Neuropathien, wiederholte Verletzungen sowie Druckstellen, welche als Angriffsfläche für den Nagelpilz dienten, beschrieben. Nach Durchsicht der medizinischen Unterlagen und unter Berücksichtigung des aktenkundigen ärztlichen Attests von Dr. S. von August 2008 ergäben sich beim Kläger keine Hinweise auf eine starke Immundefizienz. Von diesem werde pauschal ein Zusammenhang zwischen der antiviralen Therapie der Hepatitis C sowie einer ausgeprägten Onychomykose und einer Onychogrypose angenommen, was er nicht näher begründet habe. Es seien demgegenüber weder häufig rezidivierende Infekte noch weitere für eine Immundefizienz typische Erkrankungen beschrieben oder gar belegt worden. Somit könne diese nicht als Hauptursache oder gleichwertige Bedingung für den Nagelpilz angesehen werden. Als Ursache einer Onychogrypose würden in der Literatur eine Reizung der Zehennägel durch unpassendes Schuhwerk und chronische, wiederholt einwirkende Traumen, etwa durch Fußballspielen, beschrieben. Prädisponierend wirkten periphere Durchblutungsstörungen, eine chronisch-venöse Insuffizienz und Fehlstellungen des Fußes in Form eines Hallux valgus. Bei der autosomal-dominanten Onychogrypose könnten alle Zehen- und Fingernägel von Geburt an betroffen sein. Ein Zusammenhang zwischen der beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörung und einer Hepatitis C beziehungsweise der deswegen erfolgten Therapie könne nicht gesehen werden. Eine Onychogrypose könne gegebenenfalls eine Onychomykose begünstigen. Inwiefern etwa die Schweißbildung oder ein wenig atmungsaktives Schuhwerk beim Kläger zum Nagelpilzbefall beigetragen habe, könne naturgemäß nicht überprüft werden. Das Regierungspräsidium Stuttgart wies daraufhin mit Widerspruchsbescheiden vom 16. Juli 2012 die Widersprüche zurück.

Der Kläger hielt sich in der R.-Klinik in B. W. stationär vom 18. bis 28. Juni 2013 auf, worüber Priv.-Doz. Dr. R., Chefarzt der Abteilung für Neurologie, berichtete, es seien ein "Mortonsches Neurinom" im Bereich D II/III und mehr noch bei D III/IV am linken Fuß bei neurogen bedingtem pathologischen Bewegungsablauf, ein diskreter Spreizfuß, der Zustand nach einer Trümmerfraktur des Oberschenkels mit leichter Beinverkürzung links, eine Genua vara beidseits, der Verdacht auf eine spastische Paraplegie, eine bekannte Hepatitis C, der Zustand nach einem Verkehrsunfall 1981 mit einem Trümmerbruch des linken Oberschenkels, einer Symphysenfraktur und einer Commotio cerebri sowie der Zustand nach einer Fibulafraktur links diagnostiziert worden. Der Kläger habe berichtet, seit 2008 nach einem Wechsel der Arbeitsstelle mit nun vorwiegend stehender Tätigkeit zunehmende Schmerzen im Bereich der Zehengrundgelenke D III und IV links zu haben, vor allem nach längerem Stehen und beim Hinabgehen einer Treppe. Bei einer röntgenologischen Untersuchung des linken Fußes im Mai 2013 sei ein Spreizfuß erkannt worden. Seit der einjährigen Interferontherapie ab 2004 habe er eine Affektlabilität mit intermittierenden Depressionen bemerkt. Durch die Sekundärheilung nach der Trümmerfraktur des Oberschenkels habe sich im Verlauf eine O-Bein-Stellung entwickelt. Der Kläger habe angegeben, unter der Woche täglich zwei bis drei Bier zu trinken, am Wochenende eher mehr. Bei ihm seien anamnestisch und anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen eine progrediente spastische Paraparese beider Beine sowie Funktionsstörungen der Blase und des Mastdarmes bekannt, weswegen bereits mehrfach stationäre neurologische Abklärungen unter der Verdachtsdiagnose einer autosomal-rezessiven hereditären spastischen Paraplegie erfolgt seien. Im Rahmen einer molekulargenetischen Analyse im April 2010 sei am SPG11-Gen ein unauffälliger Befund erkannt worden. Am SPG7-Gen habe demgegenüber eine heterozygote Veränderung im Exon 3 unklarer Relevanz nachgewiesen werden können. Am Ende des stationären Aufenthaltes habe das Gangbild objektiv unter Lioresal etwas flüssiger gewirkt. Der Kläger habe jedoch hierbei ein Gefühl der Instabilität gehabt, was ihm unangenehm gewesen sei. Daher sei die Anwendung von Baclofen wieder beendet worden. Es sei zweimal eine lokale Infiltrationsbehandlung im Interdigitalraum D II/III und D III/IV am linken Fuß mit Bupivacain, 0,25 % erfolgt, worunter jeweils eine passagere, aber sehr deutliche Schmerzlinderung über wenige Tage, selbst bei Belastung, habe erzielt werden können.

Im Zusammenhang mit der begehrten Feststellung der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" beantragte der Kläger am 10. Oktober 2013 abermals die Neufeststellung des GdS. Nach der Stellungnahme des Versorgungarztes D. von Ende Oktober 2013 lasse sich nach Durchsicht der ausführlichen ärztlichen Unterlagen, insbesondere der aktuellen Befunde im Entlassungsbericht von Priv.-Doz. Dr. R. von Juni 2013, keine Verschlimmerung der anerkannten Schädigungsfolgen feststellen. Dass die bekannte Hepatitis C weiterhin fortbestehe und im nächsten Jahr ein neuer Behandlungsversuch erfolgen solle, beweise keine wesentliche Verschlimmerung. Die erhöhten Transaminasen, insbesondere die Gamma-GT, könnten nicht unabhängig vom weiterhin regelmäßig betriebenen Alkoholkonsum gesehen werden und belegten keine Verschlimmerung des schädigungsbedingten LE.idens. Für die zunehmenden Gehschwierigkeiten kämen schädigungsunabhängige Ursachen in Betracht, auch wenn hierüber diagnostisch offenbar noch keine Sicherheit bestehe. Es handele sich dabei um den Verdacht auf eine hereditäre, also erbliche spastische Paraplegie, für die ein ursächlicher Zusammenhang mit den anerkannten Schädigungsfolgen nicht ersichtlich sei. Der Nagelpilzbefall an einigen Zehennägeln stehe mit den anerkannten Folgen der Wehrdienstbeschädigung in keiner ersichtlichen Verbindung. Selbst wenn diese oder deren Behandlung begünstigende Faktoren hierfür darstellten, reiche dies für die Annahme einer ausreichenden Wahrscheinlichkeit nicht aus. Zusammen mit den schädigungsbedingten Funktionseinschränkungen an den unteren Gliedmaßen ergebe sich für die anerkannten Schädigungsfolgen, bei denen eine Hirnverletzung und eine chronische Leberentzündung im Vordergrund stünden, keine Änderung. Zusätzliche Gesundheitsstörungen könnten weder als unmittelbare noch mittelbare Folgen der Wehrdienstbeschädigung festgestellt werden. Der bisher bestehende Gesamt-GdS von 70 werde den Auswirkungen der Schädigungsfolgen auch weiterhin ausreichend gerecht. Dr. R. Sch. sah nach ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme von März 2014 ebenfalls keinen Anhaltspunkt für eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes.

Mit Bescheid vom 14. Februar 2014, welcher am selben Tag abgesandt wurde, lehnte das Landratsamt B. das Begehren daraufhin ab, wobei es die Ansicht vertrat, seine Verwaltungsentscheidung werde gemäß § 96 Abs. 1 SGG Gegenstand des anhängigen Klageverfahrens. Hierauf wandte sich der Kläger im Folgemonat schriftlich an den Verwaltungsträger und führte aus, wenn er wieder eine Ablehnung erhalte, werde er vorstellig, bringe eine Axt und einen Vorschlaghammer mit. Er klopfe jedem Mitarbeitenden im Zehn-Minuten-Takt auf die Zehen. Denjenigen, welche Schmerzen äußerten und nicht gingen, sondern sich hinsetzen und die Füße anheben würden, zertrümmere er den Oberschenkel.

Gegen den Bescheid vom 24. Januar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Juli 2012 und den Bescheid vom 9. Juni 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Juli 2012 hat der Kläger jeweils am 25. Juli 2012 Klagen erhoben, welche zunächst unter den Aktenzeichen (Az.) S 8 VS 4124/12 und S 8 VS 4125/12 geführt worden sind. Mit Beschluss des SG vom 20. Dezember 2013 sind die Rechtsstreitigkeiten unter dem Az. S 8 VS 4124/12 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden worden und später, nach eine Kammerwechsel, unter dem Az. S 26 VS 4124/12 fortgeführt worden. Der Kläger ist in der nichtöffentlichen Sitzung am 19. Mai 2015 gehört worden, woraufhin er im Nachgang seine Klage in Bezug auf den Bescheid vom 14. Februar 2014 erweitert hat.

Das SG hat von Dr. S. eine schriftliche sachverständige Zeugenaussage eingeholt, welche im Juni 2015 vorgelegt worden ist. Der Kläger habe erstmalig Mitte Juli 2005 von einer Nagelpilzerkrankung berichtet. Zunächst sei keine Befunderhebung erfolgt. Diese sei erst vor Einleitung therapeutischer Maßnahmen im August 2008 vorgenommen worden. Es habe sich eine ausgeprägte Nagelmykose an allen Zehen des linken sowie dem vierten und fünften Zeh des rechten Fußes gefunden. An Therapie habe der Kläger eine Lokalbehandlung mittels Loceryl-Nagellack und eine podologische Komplexbehandlung bei der Fußpflegekraft erhalten. Da später keine Kontrolluntersuchung oder Dokumentation erfolgt sei, könne er nichts zum Erfolg der Maßnahmen mittteilen. Die Therapie habe bis Mai 2009 gedauert. In seinen bis Juli 1992 zurückreichenden Patientenakten sei zu einem früheren Zeitpunkt keine Nagelpilzerkrankung aufgeführt worden. Inwieweit die Interferonbehandlung bei der Entwicklung oder Ausprägung der Nagelmykose eine Rolle gespielt habe, könne er mangels ausreichender Erfahrung mit dieser Form der Therapie nicht kompetent beurteilen.

Auf die von Dr. E. erbetene sachverständige Zeugenauskunft hat sich dessen Praxiskollege Dr. F., Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie, im Juni 2015 gemeldet und geäußert, dieser sei in inzwischen seit annähernd sechs Jahren aus Altersgründen aus der Praxis ausgeschieden. Nach der Patientenakte habe sie der Kläger 2004 und im Folgejahr konsultiert. Während der damaligen Therapie mit pegyliertem Interferon sei keine Nagelpilzerkrankung dokumentiert oder behandelt worden. Ein ursächlicher Zusammenhang einer solchen Gesundheitsstörung mit einer Therapie mit Interferon sei zwar prinzipiell denkbar, entspreche jedoch sicherlich keiner typischen oder häufigen Nebenwirkung durch dieses Präparat. Bei dem Kläger sei auch zuvor keine solche Erkrankung festgestellt worden.

Prof. Dr. Sch., Stellvertretender Direktor der Abteilung für Neurologie, Schwerpunkt neurodegenerative Erkrankungen, der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T., diagnostizierte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 22. November 2013 den Verdacht auf eine hereditäre spastische Spinalparalyse. Bei dessen Vater liege ebenfalls eine Paraspastik in Form eines Klippel-Trénaunay-Weber-Syndroms vor. Genetisch habe die heterozygote Variante im SPG7-Gen vorgelegen. Das SPG11-Gen sei demgegenüber unauffällig gewesen. Weiterhin seien eine Morton-Tarsalgie im Bereich D III/IV links bei unphysiologischem Abrollen durch Paraspastik, eine Hepatitis C und ein Alkoholabusus festgestellt worden. Die Paraspastik sei über die letzten vier Jahre chronisch-progredient verlaufen. Die bisherige Abklärung in S. und U. habe den Verdacht auf eine spastische Spinalparalyse ergeben, zu der das klinische Bild gut passe. Details hätten ihm allerdings nicht vorgelegen. Das Magnetresonanztomogramm (MRT) des Schädels sei als unauffällig beschrieben worden. Da auch beim Vater des Klägers eine Paraspastik vorliege, sei an eine autosomal-dominante Erkrankung zu denken. Von therapeutischer Seite stehe der Schmerz, welcher am ehesten einer Morton-Tarsalgie im linken Fuß entspreche, im Vordergrund. Der Kläger sei darauf hingewiesen worden, dass die von ihm eingeräumte Alkoholmenge auf der Basis der bestehenden Hepatitis gesundheitlich nicht vertretbar sei.

Priv.-Doz. Dr. D., Facharzt für Humangenetik, Oberarzt des Medizinischen Versorgungszentrums des Universitätsklinikums T., diagnostizierte nach den ambulanten Untersuchungen des Klägers im April 2014 und Mai 2015 den Verdacht auf eine hereditäre spastische Paraplegie. Der Vater sei mit einer Paraspastik und einem Klippel-Trénaunay-Weber-Syndrom ähnlich betroffen. Aktuell habe eine Variante unklarer Signifikanz vorgelegen, welche sowohl gutartig als auch krankheitsverursachend sein könne. Im Mai 2015 sei die Untersuchung auf die SPG4-, SPG6-, SPG8- und SPG31-Gene unauffällig gewesen. In diesen sei keine Mutation nachzuweisen gewesen. Daher habe die Ursache der Erkrankung bisher nicht geklärt werden können.

Im Auftrag des SG hat Prof. Dr. Sch., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, ein Gutachten erstattet. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 17. Juli 2015 hat dieser ausgeführt, im Vergleich zu den Vorgutachten habe sich keine Befundänderung feststellen lassen. Durch die erlittene Oberschenkelfraktur habe der Kläger unter einer Beinlängendifferenz von 1,5 cm zu Ungunsten der

linken Seite gelitten. Als weitere Unfallfolge sei die Oberschenkel- und angedeutete Unterschenkelmuskulatur im Vergleich zur Gegenseite leichtgradig atrophiert gewesen. Folgen im Bereich der Wirbelsäule wie eine Verkrümmung oder Seitverbiegung mit Torsion hätten nicht festgestellt werden können. Am Tag seiner Untersuchung habe sich das Gangbild als schlürfend und deutlich verlangsamt dargestellt. Die vorgetragenen Beschwerden seien am ehesten mit einer hereditären spastischen Spinalparalyse vereinbar, welche also eine erbliche Genese hätten. Demzufolge sei der aktuelle Gesundheitszustand mit dem Unfall nicht in Zusammenhang zu bringen. Das durch die Wehrdienstbeschädigung bedingte Verkürzungshinken sei von dem neu aufgetretenen paraspastischen Gangbild, welches im Vordergrund stehe, klar abzugrenzen. Eine Veränderung des GdS ergebe sich daher nicht. Die Beschwerden im Bereich des linken Fußes, welche auf ein Morton-Neurom zurückzuführen seien, seien ebenfalls als unfallfremd einzustufen. Bei einer Morton-Metatarsalgie handele es sich um einschießende elektrisierende Schmerzen, zumeist zwischen dem dritten und vierten Strahl. Diese zwängen häufig dazu, das Schuhwerk auszuziehen. Dem Schmerz liege oft ein Neurom des Nervus digitalis communis zugrunde. Nach Entfernung der Geschwulst sei oftmals eine Reduktion der Beschwerden zu erwarten. Auf den MRT, welche ihm vorgelegen hätten, habe ein Morton-Neurom nicht abgegrenzt werden können. Während des stationären Aufenthaltes in der R.-Klinik in Bad W. im Jahre 2013 sei eine Infiltrationstherapie im Bereich des linken Fußes durchgeführt worden, woraufhin es zu einer Besserung der Beschwerden gekommen sei. Wegen des nicht nachzuweisenden Morton-Neuroms auf den MRT aus den Jahren 2013 und 2015 müsse differentialdiagnostisch als Schmerzursache ebenfalls die hereditäre spastische Spinalparalyse und die damit verbundene periphere Spastik mitberücksichtigt werden. Da diese jedoch ebenfalls unfallunabhängig sei, seien die Beschwerden des Klägers im Bereich des linken Fußes abschließend als unfallfremd anzusehen. Die medizinische Beurteilung der Nagelpilzerkrankung als Folge der Interferonbehandlung im Rahmen der zugrundeliegenden Hepatitis C unterfalle keinem seiner Fachgebiete. Im Rahmen der Anamnese habe der Kläger angegeben, alleine in einer Eigentumswohnung im dritten Stock zu wohnen. Sportliche Aktivitäten wie Fußballspielen und Klettern, welche er in seiner Jugend ausgeübt habe, gehe er seit vielen Jahren nicht mehr nach. Er sei seit September 2014 im Krankenstand sowie wegen der Schmerzen bereits beim Allgemeinarzt, beim Neurologen und beim Schmerztherapeuten in Behandlung gewesen. Im Zeitpunkt der gutachtlichen Untersuchung habe er zweimal täglich Ibuprofen eingenommen. Als Nebenerkrankung liege unter anderem eine beginnende Leberzirrhose bei Hepatitis C vor. Während der klinischen Untersuchung habe sich ein schlürfendes, paraspastisches Gangbild gezeigt. Es sei verlangsamt gewesen. Der Zehenspitzen- und Fersenstand hätten beidseits demonstriert werden können. Das Einnehmen der tiefen Hocke sei frei gelungen, der Finger-Boden-Abstand habe 0 cm betragen.

Mit Einverständnis der Beteiligten zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung hat das SG die Klagen mit Urteil vom 15. Dezember 2015 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch darauf, dass eine Onychomykose, eine Onychogrypose und ein Morton-Neurom als weitere mittelbare Schädigungsfolgen anerkannt würden. Ferner dringe er mit seinem Begehren auf Beschädigtengrundrente nach einem höheren GdS als 70 nicht durch. Es bestehe keine hinreichende Wahrscheinlichkeit für einen Kausalzusammenhang zwischen der chronischen Leberentzündung oder deren Therapie mit den aufgetretenen Nagelerkrankungen als mittelbare Folgen. Auch das Morton-Neurom und die spastische Paraplegie könnten nicht als Folge der Wehrdienstbeschädigung beziehungsweise als mittelbare Folge der Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenkes nach verheiltem Oberschenkeltrümmerbruch anerkannt werden. Es handele sich demgegenüber um unfallunabhängige Gesundheitsstörungen, was sich dem Gutachten von Prof. Dr. Sch. entnehmen lasse. Eine Verschlimmerung der bereits anerkannten Schädigungsfolge sei nicht im wesentlichen Umfang eingetreten. Die Verschlechterung des Gangbildes sei nicht Folge der Wehrdienstbeschädigung.

Gegen die den Bevollmächtigten des Klägers am 22. März 2016 zugestellte Entscheidung hat dieser am 18. April 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt.

Er trägt im Wesentlichen vor, in Bezug auf die Onychomykose und die Onychogrypose sei der Sachverhalt nicht ausreichend ermittelt. Sein behandelnder Hausarzt Dr. S. habe empfohlen, den Zusammenhang zwischen der Interferonbehandlung und der Entwicklung beziehungsweise Ausprägung einer Nagelmykose sachverständig klären zu lassen. Dr. F., welcher ihn nicht behandelt habe, habe lediglich darauf hingewiesen, dass ein Zusammenhang zwischen der Interferontherapie und einer Nagelpilzerkrankung sicherlich keine typische oder häufige Nebenwirkung sei. Auf dieser Grundlage könne keine Entscheidung hierzu getroffen werden. Die gutachtliche Einschätzung von Prof. Dr. Sch., dass das Morton-Neurom und die spastische Paraplegie jeweils eine genetische Ursache hätten, sei nicht nachgewiesen. Dieser habe in seinem Gutachten zwar dargelegt, dass das paraspastische Gangbild klar von dem durch den Unfall bedingten Verkürzungshinken abzugrenzen sei. Begründet habe er dies allerdings nicht. Ohnehin habe er sich über die fachnähere Einschätzung von Priv.-Doz. Dr. D. hinweggesetzt, wonach die Ursache der Erkrankung ungeklärt sei. Darüber hinaus habe er als Facharzt für Orthopädie nicht die Fachkunde, die von ihm eingesehenen MRT auszuwerten. Er sei insbesondere kein Facharzt für Radiologie. Daher könne die von ihm erstellte Expertise nicht Grundlage einer Entscheidung über sämtliche bei ihm vorliegenden Gesundheitsstörungen sein.

Der Kläger beantragt (teilweise sachgerecht),

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Dezember 2015 und die Bescheide vom 9. Juni 2010 und 24. Januar 2012, in der Gestalt des jeweiligen Widerspruchsbescheides vom 16. Juli 2012, und den Bescheid vom 14. Februar 2014 aufzuheben sowie eine Onychomykose, eine Onychogrypose, ein Morton-Neurom und eine spastische Paraplegie als Folgen der Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 festzustellen sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm deswegen eine Beschädigtengrundrente nach einem höheren Grad der Schädigungsfolgen als 70 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, dieser dringe mit seinem Begehren nicht durch.

Auf den Hinweis des Berichterstatters auf ein Wahlgutachten im Rahmen von § 109 SGG ist eine Antragstellung unterblieben. Die Beteiligten haben ihr Einverständnis zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten (6 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann (§ 124 Abs. 2 SGG), ist form- und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft (§ 143, § 144 Abs. 1 SGG), aber unbegründet.

Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist das Urteil des SG vom 15. Dezember 2015, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklagen (§ 55 Abs. 1 Nr. 3 Var. 3 SGG) und kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG; vgl. BSG, Urteile vom 15. Dezember 1999 - B 9 VS 2/98 R -, SozR 3-3200 § 81 Nr. 16 und 29. April 2010 - B 9 VS 1/09 R -, SozR 4-3100 § 16b Nr. 1) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter Aufhebung der Bescheide vom 9. Juni 2010 und 24. Januar 2012, in der Gestalt des jeweiligen Widerspruchsbescheides vom 16. Juli 2012, und des Bescheides vom 14. Februar 2014 die Feststellungen einer Onychomykose, einer Onychogrypose, eines Morton-Neuroms und einer spastischen Paraplegie als Folgen der Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 sowie die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Beschädigtengrundrente nach einem höheren Grad der Schädigungsfolgen als 70 verfolgt hat, abgewiesen wurde. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist sowohl für Feststellungs- als auch für Leistungsklagen grundsätzlich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 - B 6 KA 34/08 R -, BSGE 104, 116 (124); Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34 und § 55 Rz. 21), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Die Beklagte ist nach der Änderung des § 88 Abs. 1 Satz 1 SVG, wonach die Soldatenversorgung aufgrund des Gesetzes zur Übertragung der Zuständigkeiten der Länder im Bereich der Beschädigten- und Hinterbliebenenversorgung nach dem Dritten Teil des SVG (§§ 80 bis 86) auf den Bund vom 15. Juli 2013 (BGBl I S. 2416) nunmehr von Behörden der Bundeswehrverwaltung durchgeführt wird, seit dem 1. Januar 2015 auch für in der Vergangenheit geltend gemachte Ansprüche für die Ausführung des BVG zuständig, es sei denn, was hier nicht der Fall ist, die Versorgung besteht in Leistungen nach §§ 25 bis 27j BVG. Insoweit kommt es nicht auf die nach früherer Rechtslage zu treffende Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Bundeswehrverwaltung und den damals noch für die Ausführung des BVG zuständigen Behörden nach § 88 SVG alte Fassung an, also ob es um die Feststellung von Folgen einer Wehrdienstbeschädigung geht, die bereits während des Wehrdienstes vorgelegen haben oder die erst nach dessen Ende aufgetreten sind (BSG, Urteil vom 18. November 2015 - B 9 V 1/15 R - juris, Rz. 14; Urteil des Senats vom 27. August 2015 - L 6 VS 4569/14 -, juris, Rz. 32; zur früheren Rechtslage BSG, Urteil vom 29. April 2010 - B 9 VS 2/09 R -, SozR 4-3200 § 88 Nr. 4, Rz. 33 ff.).

Der Verwaltungsakt vom 9. Juni 2010, mit dem ein Recht des Klägers auf Beschädigtengrundrente nach einem höheren GdS als 70 aufgrund einer eingetretenen Verschlimmerung abgelehnt worden ist, hat sich mit Erlass des Bescheides vom 14. Februar 2014 (§ 37 Abs. 1 Satz 1, § 39 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X), wodurch eine entsprechende negative Regelung getroffen worden ist, mit Wirkung ab 18. Februar 2014 erledigt (§ 39 Abs. 2 SGB X; vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2007- B 8/9b SO 12/06 R -, SozR 4-3500 § 21 Nr. 1, Rz. 8; Urteil des Senats vom 21. Februar 2013 - L 6 VS 4178/10 -, juris, Rz. 33). Diese im Inland durch einen Postdienstleister übermittelte schriftliche Verwaltungsentscheidung, welche ausweislich eines Vermerkes des Landratsamtes B. am 14. Februar 2014 zur Post gegeben worden war, gilt gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB X am 17. Februar 2014 als bekannt gegeben, entfaltet also mit Beginn des Folgetages ihre Wirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 24. Februar 1987 - 11b RAr 53/86 -, BSGE 61, 189 (190); Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 18 m. w. N.; a. A. Steinwedel, in Kasseler Kommentar zum SGB X, Stand: März 2017, § 48 Rz. 34, wonach auf den Zeitpunkt ab Bekanntgabe abzustellen ist). Gemessen am Maßstab des Empfängerhorizontes verständiger Beteiligter, die die Zusammenhänge berücksichtigen, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen (§ 133 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - B 5a/5 R 20/06 R -, BSGE 100, 1, (2) m. w. N.; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - L 6 U 3058/14 -, juris, Rz. 53), ist mangels eines anderen, darin benannten Regelungszeitpunktes derjenige der Wirksamkeit maßgebend. Der Verwaltungsakt vom 14. Februar 2014 ist, entgegen der damit kundgetanen Auffassung, nicht nach § 96 Abs. 1 SGG Gegenstand des Klageverfahrens S 26 VS 4124/12 beim SG geworden, da die mit Bescheid vom 9. Juni 2010 erfolgte Ablehnung der Leistung kein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung ist, er also mit Wirkung für die Zukunft weder geändert noch ersetzt werden kann (BSG, a. a. O.; Urteil des Senats vom 21. Februar 2013, a. a. O.).

Daher ist die Berufung mangels Zulässigkeit der Klage unbegründet, soweit mit ihr unter Aufhebung des Bescheides vom 14. Februar 2014 die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Beschädigtengrundrente nach einem höheren GdS als 70 wegen der Folgen der Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 ab 18. Februar 2014 begehrt worden ist. Denn bislang ist insoweit noch kein Vorverfahren gemäß § 78 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 SGG durchgeführt worden, was Klagevoraussetzung ist (vgl. Schmidt, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, a. a. O., § 78 Rz. 9).

Die auf Feststellung eines Morton-Neuroms als Folge der Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 gerichtete Klage ist ebenfalls unzulässig und die Berufung damit unbegründet, da mit den Bescheiden vom 9. Juni 2010 und 24. Januar 2012 hierüber nicht entschieden worden ist. Damit liegen die Sachentscheidungsvoraussetzungen nicht vor. Der Kläger ist insoweit, bezogen auf die gegen diese Verwaltungsentscheidungen gerichteten Anfechtungsklagen, nicht klagebefugt im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG. Es reicht zwar aus, dass eine Verletzung in eigenen Rechten möglich ist und Rechtsschutzsuchende die Beseitigung einer in ihre Rechtssphäre eingreifenden Verwaltungsmaßnahme anstreben, von der sie behaupten, sie sei nicht rechtmäßig (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - B 9/9a SGB 2/06 R -, SozR 4-3250 § 69 Nr. 5, Rz. 18). An der Klagebefugnis fehlt es demgegenüber, wenn eine Verletzung subjektiver Rechte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 14. November 2002 - B 13 RJ 19/01 R -, BSGE 90, 127 (130)), weil hinsichtlich des Klagebegehrens keine gerichtlich überprüfbare Verwaltungsentscheidung vorliegt (BSG, Urteil vom 21. September 2010 - B 2 U 25/09 R -, juris, Rz. 12).). Solange der zuständige Verwaltungsträger nicht über einen Anspruch auf Feststellung eines Morton-Neuroms (ICD-10-GM-2017 G57.6) als Folge der Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 entschieden hat, können Betroffene, außer bei rechtswidriger Untätigkeit der Behörde (§ 88 SGG), welche vorliegend mangels eines entsprechenden Begehrens des Klägers im Verwaltungsverfahren nicht ersichtlich ist, kein berechtigtes Interesse an einer gerichtlichen Feststellung haben. Hierüber ist mit den Bescheiden vom 9. Juni 2010 und 24. Januar 2012 nicht entschieden worden. In der früheren Verwaltungsentscheidung wurde lediglich auf eine Verkürzung des linken Beines und einen daraus folgenden Stolpergang sowie eine spastische Paraplegie eingegangen. Gegenstand der späteren Entscheidung waren nur die Onychomykose und die Onychogrypose. Ohnehin hat überhaupt erstmals Priv.-Doz. Dr. R. während des stationären Aufenthaltes im Juni 2013 ein "Mortonsches Neurinom" erwähnt, also lange nach einer streitgegenständlichen Entscheidung der Ausgangsbehörde. Die Unzulässigkeit der Anfechtungsklage zieht die Unzulässigkeit der mit ihr insoweit kombinierten Feststellungsklage nach sich.

Soweit der Kläger die Feststellungen einer spastisches Paraplegie, einer Onychomykose und einer Onychogrypose als Folgen der Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 verfolgt, ist die Klage zwar zulässig, aber unbegründet. Die Bescheide vom 9. Juni 2010 und 24. Januar 2012, in der Gestalt des jeweiligen Widerspruchsbescheides vom 16. Juli 2012, sind insoweit rechtmäßig und verletzen ihn nicht in seinen Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Denn zum einen war der Verwaltungsakt vom 9. Juni 2010, anders als in diesem ausgeführt wurde, nicht gemäß § 96 SGG Gegenstand eines damals anhängigen Klageverfahrens beim SG geworden; es musste daher, was erfolgt ist, ein Vorverfahren durchgeführt werden, weshalb die Widerspruchsbehörde funktional und sachlich zuständig war, den darauf bezogenen Widerspruchsbescheid vom 16. Juli 2012 zu erlassen (vgl. Urteil des Senats vom 22. September 2016 - L 6 SB 5073/15 -, juris, Rz. 44). Zum anderen hat der Kläger keinen Anspruch auf die begehrten Feststellungen.

Dieser richtet sich nach § 81, § 85 SVG (vgl. Urteil des Senats vom 19. Dezember 2013 - L 6 VS 2041/13 -, juris, Rz. 26). Gemäß § 85 Abs. 1 SVG erhalten Soldaten wegen der Folgen einer Wehrdienstbeschädigung während ihrer Dienstzeit einen Ausgleich in Höhe der Grundrente und der Schwerstbeschädigtenzulage nach § 30 Abs. 1 und § 31 BVG. Nach § 81 Abs. 1 SVG ist eine Wehrdienstbeschädigung 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. Ermächtigung und Anspruchsgrundlage erfassen hierbei nicht nur die abschließende Entscheidung über den Versorgungsanspruch, sondern ausnahmsweise auch die einzelner Anspruchselemente (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - B 2 U 17/10 R -, BSGE 108, 274 (277 ff.) zum Recht der gesetzlichen Unfallversicherung), vorliegend die Feststellung, ob eine Gesundheitsstörung Folge eines schädigenden Ereignisses ist (§ 55 Abs. 1 Nr. 3 Var. 3 SGG).

Durch diese gesetzlichen Bestimmungen ist nach einhelliger Ansicht in Rechtsprechung und Schrifttum für die Anerkennung von Schädigungsfolgen eine dreigliedrige Kausalkette vorgegeben: Ein mit dem Wehrdienst zusammenhängender schädigender Vorgang muss zu einer primären Schädigung geführt haben, die wiederum die geltend gemachte Schädigungsfolge bedingt haben muss. Dabei müssen sich die drei Glieder selbst mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen lassen, während für den ursächlichen Zusammenhang eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreicht (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - B 9 V 3/13 R -, SozR 4-3200 § 81 Nr. 6, Rz. 14 m. w. N.), wie dies § 81 Abs. 6 Satz 1 SVG für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung normiert. Diese Grundsätze haben ihren Niederschlag auch in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" in ihrer am 1. Oktober 1998 geltenden Fassung der Ausgabe 1996 (AHP 1996) und nachfolgend - seit Juli 2004 - den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" in ihrer jeweils geltenden Fassung (AHP 2005 und 2008) gefunden, welche zum 1. Januar 2009 durch die Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (Teil C, Nrn. 1 bis 3 und 12 der Anlage zu § 2 VersMedV; vgl. BR-Drucks 767/1/08 S. 3, 4) inhaltsgleich ersetzt worden ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - B 9 V 6/13 R -, SozR 4-7945 § 3 Nr. 1, Rz. 17). Ein Gesundheitsschaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen. Er muss auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10, DSM-IV) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (Urteil des Senats vom 17. Dezember 2015 - L 6 VS 2234/15 -, juris, Rz. 33 m. w. N.). Der Senat orientiert sich bei der Beurteilung von MdE und GdS für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 an den im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteile vom 29. August 1990 - 9a/9 RVs 7/89 -, BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1, vom 23. Juni 1993 - 9/9a RVs 1/91 -, BSGE 72, 285, vom 9. April 1997 - 9 RVs 4/95 -, SozR 3-3870 § 4 Nr. 19 und vom 18. September 2003 - B 9 SB 3/02 R -, BSGE 190, 205) AHP in der jeweils geltenden Fassung, danach an den VG (vgl. Urteil des Senats vom 18. Dezember 2014 - L 6 VS 413/13 -, juris, Rz. 43).

Eine spastische Paraplegie (ICD-10-GM-2017 G82.1-) liegt bereits nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vor. Erstmals beschrieb Priv.-Doz. Dr. A. nach einem stationären Aufenthalt des Klägers im Oktober 2008 in der Klinik für Neurologie mit Neurophysiologie und Schlaganfalleinheit des Klinikums S.-B. eine unklare Paraspastik sowie differentialdiagnostisch eine spastische Spinalparalyse und eine primäre Lateralsklerose. Prof. Dr. K. stellte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers in der Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums U. im Februar 2009 eine progrediente Paraspastik, differentialdiagnostisch eine spastische Spinalparalyse oder eine spinale arteriovenöse Malformation fest. Prof. Dr. E. konnte im September 2009 nach einer molekulargenetischen Untersuchung lediglich das Vorliegen einer autosomal-dominanten hereditären, also erblichen spastischen Paraplegie, welche durch eine neue Mutation im SPG4- oder SPG3A-Gen verursacht wurde, ausschließen. Zuletzt äußerten Prof. Dr. Sch. nach der ambulanten Untersuchung des Klägers in der Abteilung für Neurologie, Schwerpunkt neurodegenerative Erkrankungen, der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T. im November 2013 sowie Priv.-Doz. Dr. D. nach solchen im dortigen Medizinischen Versorgungszentrum im April 2014 und Mai 2015 jeweils nur den Verdacht auf eine spastische Paraplegie beziehungsweise Spinalparalyse, zu der das klinische Bild gut passe und welche ob der beim Vater des Klägers vorliegenden Paraspastik in Form eines Klippel-Trénaunay-Weber-Syndroms am ehesten hereditär sei. Die Gesundheitsstörung ist damit beim Kläger bislang nicht im Vollbeweis gesichert worden. Die von Prof. Dr. K. beschriebene vegetative Mitbeteiligung einer Blasen- und Mastdarminkontinenz, welche Priv.-Doz. Dr. A. dreieinhalb Monate zuvor als inkomplette neurogene Blasenstörung mit Detrusorhyperaktivität und beginnende Stuhlinkontinenz erkannt hat, ist damit mangels hinreichender Wahrscheinlichkeit nicht bedingt durch die Wehrdienstbeschädigung von September 1981.

Eine Onychomykose und eine Onychogrypose sind nicht auf die Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 zurückzuführen. Die von dem sachverständigen Zeugen Dr. S. mittels seines Attestes von August 2008 geäußerte Vermutung, dass diese Gesundheitsstörungen infolge einer antiviralen Therapie der Hepatitis C in jeweils ausgeprägter Form entstanden sind, welche einer Lokalbehandlung mittels eines antimykotischen Nagellackes und fußpflegerischer Maßnahmen bedurften, hat er nicht nachvollziehbar belegt. Im Rahmen seiner Zeugenauskunft beim SG hat er konkretisiert, dass der Kläger zwar Mitte Juli 2005 von einer Nagelpilzerkrankung berichtet habe. Zunächst erfolgte aber keine Befunderhebung. Diese wurde erst vor Einleitung therapeutischer Maßnahmen im August 2008 vorgenommen. Erst von da an ist eine ausgeprägte Nagelmykose an allen Zehen des linken und dem vierten und fünften Zeh des rechten Fußes objektiviert. Er hat schließlich eingeräumt, dass er mangels ausreichender Erfahrung mit der Interferonbehandlung nicht kompetent beurteilen kann, inwieweit diese Therapieform bei der Entwicklung oder Ausprägung der Nagelmykose eine Rolle gespielt hat. Diese wurde nach der Auskunft von Dr. F., welcher den Kläger zwar nicht behandelt, aber Einsicht in dessen Patientenakte genommen hat, im Jahre 2004 und im Folgejahr von seinem Praxiskollegen Dr. E. angewandt. Während der damaligen Therapie mit pegyliertem Interferon wurde keine Nagelpilzerkrankung dokumentiert oder behandelt. Ein ursächlicher Zusammenhang einer Nagelpilzerkrankung mit einer Therapie mittels Interferon ist nach Ansicht von Dr. F. zwar prinzipiell denkbar, entspricht jedoch keiner typischen oder häufigen Nebenwirkung durch dieses Präparat. Dies überzeugt, zumal Dr. H., auf dessen versorgungsärztliche Stellungnahme von Januar 2012 sich der Senat ebenfalls stützt (vgl. BSG, Urteil vom 16. März 2016 - B 9 SB 1/15 R -, SozR 4-3250 § 69 Nr. 22, Rz. 22), schlüssig ausgeführt hat, dass nach Aktenlage, was nachvollzogen

worden ist, wegen der Hepatitis C ab September 2004 ein Jahr lang eine Therapie mit Pegintron und Ribavirin erfolgte. Erst im Sommer 2008 erfolgte indes wegen einer Onychomykose und einer Onychogrypose eine konkrete ärztliche Behandlung, weshalb ein Zusammenhang mit der Interferon- oder Ribavirinbehandlung nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben ist. Schließlich hat die Versorgungsärztin Dr. R. Sch. überzeugend ausgeführt, dass die Onychomykose eine relativ häufige Infektionskrankheit ist und je nach Literaturstelle zwischen 8 und 15 % der Menschen in der BRD betroffen sind. Damit Nagelpilz entsteht, werden in der Regel begünstigende Faktoren benötigt, die es dem Pilz erleichtern, die Nägel zu infizieren. Als Faktoren werden die erblich bedingte Anlage von Nagelpilz, Stoffwechsel- und Durchblutungsstörungen, eine Immundefizienz, Fußfehlstellungen, eine falsche Nagelpflege, ein feucht-warmes Milieu, eine starke Schweißbildung, wenig atmungsaktives Schuhwerk, Neuropathien, wiederholte Verletzungen sowie Druckstellen, welche als Angriffsfläche für den Nagelpilz dienten, beschrieben. Ein Hinweis auf eine starke Immundefizienz hat sich im Falle des Klägers nicht ergeben. Häufig rezidivierende Infekte oder andere für eine Immundefizienz typische Erkrankungen sind nicht beschrieben worden. Somit kann diese nicht als Hauptursache oder gleichwertige Bedingung für den Nagelpilz angesehen werden. Als Ursache einer Onychogrypose werden in der Literatur eine Reizung der Zehennägel durch unpassendes Schuhwerk und chronische, wiederholt einwirkende Traumen, etwa durch Fußballspielen, beschrieben. Prädisponierend wirken periphere Durchblutungsstörungen, eine chronisch-venöse Insuffizienz und Fehlstellungen des Fußes in Form eines Hallux valgus. Bei der autosomal-dominanten Onychogrypose können alle Zehen- und Fingernägel von Geburt an betroffen sein. Für einen Zusammenhang zwischen der beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörung und einer Hepatitis C beziehungsweise der deswegen erfolgten Therapie hat auch sie keinen Anhaltspunkt gesehen. Selbst wenn diese Krankheit oder deren Behandlung begünstigende Faktoren darstellten, reicht dies für die Annahme einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhanges nicht aus, worauf der Versorgungsarzt D. in seiner Stellungnahme von Oktober 2013 schlüssig hingewiesen hat.

Die Berufung ist mangels Begründetheit der Klage auch unbegründet, soweit der Kläger aufgrund der am 14. Januar 2010 geltend gemachten Verschlimmerung seines schädigungsbedingten Gesundheitszustandes die Gewährung einer Beschädigtengrundrente nach einem höheren GdS als 70 bis 17. Februar 2014 erstrebt hat. Der Bescheid vom 9. Juni 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Juli 2012 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger ebenfalls nicht in seinen Rechten, da er dies nicht beanspruchen kann.

Grundlage für diesen Klageanspruch ist § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X. Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt (§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X). Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt. Von einer wesentlichen Änderung ist im vorliegenden Zusammenhang bei einer Verschlechterung im Gesundheitszustand des Klägers auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung des GdS um wenigstens 10 folgt (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - B 9 SB 1/03 R -, juris, Rz. 12 zum Grad der Behinderung). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt - teilweise - aufzuheben und durch die zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 - 9a RVs 55/85 -, juris, Rz. 11 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des - teilweise - aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - B 9 V 2/10 R -, juris, Rz. 38 m. w. N.; Schütze, a. a. O., Rz. 4).

Bei dem den im Verfahren S 6 VS 661/04 beim SG geschlossenen Vergleich ausführenden Bescheid vom 30. Juli 2008 über die Feststellung der - damals - MdE mit 70 wiederum ab 1. Oktober 2005 handelt es sich im Gegensatz zu den eine Leistung jeweils versagenden Bescheiden vom 30. Oktober 1987, 25. November 1993, 5. Juni 1998 und 6. November 2003 um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - B 9 SB 6/12 R -, juris, Rz. 31 m. w. N.), welcher Vergleichsmaßstab ist (Urteil des Senats vom 20. Oktober 2016 - L 6 U 34/16 -, juris, Rz. 46; vgl. auch Steinwedel, in jurisPR-SozR 5/2017, Anm. 3). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass dieser Verwaltungsentscheidung vorlagen, ist indes keine wesentliche Änderung eingetreten. Die schädigungsbedingten Gesundheitsstörungen sind auch weiterhin mit Funktionseinschränkungen verbunden, welche mit einem - nunmehr - GdS von 70 ausreichend bewertet sind.

Der Anspruch des Klägers richtet sich insoweit nach § 80, § 81 SVG in Verbindung mit § 9 Abs. 1 Nr. 3 Alt. 1, § 30, § 31 BVG.

Ein Soldat, der eine Wehrdienstbeschädigung erlitten hat, erhält gemäß § 80 Satz 1 SVG nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Wehrdienstbeschädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG, soweit in diesem Gesetz nichts Abweichendes bestimmt ist. Wehrdienstbeschädigung ist nach § 81 SVG 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. Die Versorgung umfasst nach dem insoweit entsprechend anwendbaren § 9 Abs. 1 Nr. 3 BVG die Beschädigtenrente (§§ 29 ff. BVG). Nach § 30 Abs. 1 Satz 1 BVG ist der GdS - bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des BVG und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts vom 13. Dezember 2007 (BGBl I S. 2904) am 21. Dezember 2007 als MdE bezeichnet - nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, welche durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen. Der GdS ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen; ein bis zu fünf Grad geringerer GdS wird vom höheren Zehnergrad mit umfasst (§ 30 Abs. 1 Satz 2 BVG). Beschädigte erhalten gemäß § 31 Abs. 1 BVG eine monatliche Grundrente ab einem GdS von 30. Liegt der GdS unter 25 besteht kein Anspruch auf eine Rentenentschädigung (vgl. Urteil des Senats vom 18. Dezember 2014 - L 6 VS 413/13 -, juris, Rz. 42; Dau, in Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht, 2012, § 31 BVG, Rz. 2).

Die Folgen der Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 waren bis 17. Februar 2014 nicht mit Funktionsbeeinträchtigungen verbunden, welche nach den VG einen höheren GdS als 70 bedingten. Hierfür stützt sich der Senat auf die Begründung des SG in der angefochtenen Entscheidung, der er sich nach eigener Überzeugungsbildung anschließt, und sieht von einer Darstellung der Entscheidungsgründe insoweit ab (§ 153 Abs. 2 SGG). Ergänzend ist, auch im Hinblick auf die weitere Darlegung des Klägers im Berufungsverfahren, auszuführen, dass ein Morton-Neurom durch den Sachverständigen Prof. Dr. Sch. auf den MRT nicht abzugrenzen war. Da es lediglich einer fachspezifischen Diagnostik, deren Ergebnisse von ihm in seiner Expertise zu würdigen gewesen sind, bedurft hat, war die kernspintomographische Untersuchung durch die Radiologin Dr. T.-Z., deren Befundbericht ihm vorlag, ausreichend und eine

eigenständige fachspezifische Beurteilung nicht erforderlich (vgl. Thomann/Schröter/G.r, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, Handbuch der klinischen Begutachtung, 2. Aufl. 2013, S. 65). Nach den Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg über den Inhalt der Weiterbildung (z. B. Stand: 1. Februar 2001, S. 138 f.) erwirbt ein Facharzt für Orthopädie zudem Kenntnisse in der selbstständigen Indikationsstellung und Befundbewertung von MRT. Dieses Wissen hat Prof. Dr. Sch. durch seine gerichtsbekannte langjährige gutachterliche Tätigkeit weiter vertieft. Überdies war das auf die anerkannten Folgen der Wehrdienstbeschädigung zurückzuführende Verkürzungshinken von dem neu aufgetretenen spastischen Gangbild, weshalb sich der Kläger nunmehr schlürfend fortbewegt, wie sich bei der Begutachtung im Juli 2015 zeigte, nachvollziehbar abzugrenzen. Soweit er vorträgt, Prof. Dr. Sch. habe sich mit seiner Einschätzung der Ursache seiner Erkrankung über die fachnähere von Priv.-Doz. Dr. D. hinweggesetzt, trifft dies nicht zu. Er hat lediglich aus seiner Sicht eines Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie eine solche erwogen und angeführt, dass die von diesem vorgetragenen Beschwerden am ehesten mit einer hereditären spastischen Spinalparalyse vereinbar seien. Aus dieser Formulierung ist bereits ersichtlich, dass er sich durchaus bewusst gewesen ist, dass er eine konkrete Aussage dazu nicht treffen kann. Nach dem Begehren des Klägers ist ohnehin nur zu klären gewesen, ob Gesundheitsstörungen auf die Wehrdienstbeschädigung vom 15. September 1981 zurückzuführen sind, nicht welche andere, nicht schädigungsbedingte Ursache sie haben. Das Gutachten von Prof. Dr. Sch. konnte der Senat entgegen der Ansicht des Klägers damit verwerten.

Der Versorgungsarzt D. hat schlüssig aufgezeigt, dass eine Verschlimmerung der mit dem schädigungsbedingten Leberleiden einhergehenden Funktionsstörungen nicht allein dadurch belegt ist, dass die Hepatitis C in chronifizierter Form fortbesteht und weitere Behandlungen erfolgen sollen sowie erhöhte Transaminasen, insbesondere die Gamma-GT, erhoben worden sind, wobei es nicht darauf ankommt, dass der Kläger weiter erheblich Alkohol konsumiert und daher auch ein Alkoholabusus hierfür in Betracht zu ziehen ist. Noch während des stationären Aufenthaltes in der R.-Klinik in B. W. im Juni 2013 konsumierte er ausweislich seiner nach dem Entlassungsbericht getätigten Angaben, unter der Woche täglich zwei bis drei Bier, am Wochenende eher mehr. Einen Alkoholabusus stellte zudem Prof. Dr. Sch. im November 2013 fest. Anhaltspunkte für weitere Ermittlungen von Amts wegen (§ 103 Satz 1 SGG), insbesondere für die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens, liegen, anders als der Kläger meint, nicht vor. Von seinem Antragsrecht nach § 109 SGG hat er keinen Gebrauch gemacht.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2017-09-05