

---

## S 24 U 653/90

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 24 U 653/90
Datum	04.04.1995

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 U 189/95
Datum	04.10.2001

#### 3. Instanz

Datum	18.03.2003
-------	------------

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 04.04.1995 wird zurückgewiesen.  
II. Kosten sind nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

#### Tatbestand:

Der Kläger fordert höhere Verletztenrente als nach einer MdE um 20 v.H wegen der Folgen eines am 29.05.1973 erlittenen Unfalles.

Der am 1944 geborene Kläger erlitt am 29.05.1973 bei seiner Tätigkeit für das Studentenwerk in München einen Unfall, indem er infolge einer auf dem Boden aufgetragenen dicken Schicht Tapetenleims ausrutschte, ohne jedoch zu sterben. Bereits am 31.08.1972 hatte der Kläger während der genannten Tätigkeit einen ähnlichen Unfall erlitten; von diesem sind aber nach übereinstimmender Einschätzung der Beteiligten keine dauerhaften Folgen zurückgeblieben und von diesem leidet der Kläger auch keine unfallversicherungsrechtlichen Ansprüche mehr her.

---

Auf den Bescheid der Beklagten vom 20.04.1982 hin, in welchem diese das Ereignis vom 29.05.1973 zwar als Arbeitsunfall anerkannt, mangels dauerhafter Folgen eine Entschädigung dafür aber abgelehnt hatte, verurteilte das Sozialgericht München die Beklagte am 26.07.1984, dem Kläger für die Auswirkungen des Unfalls in Gestalt einer Chondropathia patellae rechts die gesetzlichen Leistungen zu gewähren. Anhand der vorliegenden Gutachtenergebnisse könne der Schluss gezogen werden, das Unfallereignis vom 29.05.1973 habe aufgrund der zur Vermeidung eines drohenden Sturzes instinktiv ausgeführten Auffangbewegung des rechten Beines mit anschließendem Grätschritt zu einer ruckartigen reflektorischen Muskelanspannung geführt; dabei habe infolge der besonderen statischen und mechanischen Verhältnisse die muskuläre Hauptanspannung im ersten Moment nach dem Ausgleiten im Bereich des rechten Oberschenkels stattgefunden; dabei sei es zu einer schlagartigen, heftigen Pression im patello-femorale Gelenk gekommen, welche sowohl bezüglich Intensität als auch bezüglich Richtung der dabei auftretenden Kräfte ohne weiteres geeignet gewesen sei, eine Knorpelschädigung der Kniescheibe zu verursachen. Das Bayerische Landessozialgericht wies die dagegen eingelegte Berufung der Beklagten mit Urteil vom 09.08.1988 zurück.

Die Beklagte beauftragte sodann Prof. Dr. P., Unfallklinik Murnau, mit der Bewertung der MdE. Dieser führte in Zusammenarbeit mit Dr. H. aus, dass als Unfallfolge eine Chondropathia patellae vorliege, die zu einer Minderung der Muskulatur am rechten Bein und zu einer Einschränkung der Beugefähigkeit im rechten Knie um 10 Grad gegenüber links geführt habe; die Notwendigkeit zur Benutzung von Gehstäben könne allerdings nicht nachvollzogen werden; die MdE betrage seit Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit 20 v.H. Dies führte zum Bescheid der Beklagten vom 27.06.1990, mit welchem sie dem Kläger Dauerrente nach einer MdE um 20 v.H. bewilligte.

Mit seiner dagegen am 25.07.1990 eingereichten Klage fordert der Kläger die Zubilligung einer unfallbedingten MdE um 30 v.H. Das Sozialgericht hat den Arzt für Chirurgie und Sportmedizin Dr. Dr. K. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 11.11.1994 hat dieser im wesentlichen ausgeführt, laut Operationsbericht vom 16.06.1976 u.a. über einen operativen Eingriff am 28.09.1973 habe man ein kaum geschwollenes rechtes Kniegelenk vorgefunden, sowie eine feste Seitenbandführung bei etwas gelockertem vorderen Kreuzband; was die MdE-Bewertung angehe, so habe man sich zu orientieren an den einschlägigen Tabellen; so werde nach den Tabellen von Mollowitz 1993 die Versteifung eines Kniegelenks in bester Stellung in der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE um 30 v.H. bewertet, bei Versteifung in ungünstiger Beugestellung werde eine MdE um 40 v.H. erreicht, bei sehr ungünstiger Stellung auch eine solche um 50 v.H. Eine Bewegungsminderung des rechten Kniegelenks auf 0-0-90° bewirke eine MdE um 10 v.H., erst bei Bestehen eines Wackelknies mit der Notwendigkeit eines Stützapparats sowie mit starker Beinschwäche werde eine MdE-Spanne von 30 bis 50 v.H. erreicht; in der Tabelle von Izbicki/Neumann/Spohr von 1992 sei bei Versteifung eines Kniegelenks in einer Stellung von 0-5°-5° eine MdE um 30 v.H. vorgeschlagen, bei Beugestellung 0-0-20° eine MdE um 40 v.H., bei Versteifung in noch ungünstigerer

---

Beugstellung 50 v.H. Eine Knierestbeweglichkeit von 0-0-90° werde hier mit 20 v.H. eingeschätzt, bei Kniebeweglichkeit 0-0-120° würde 10 v.H. vorgeschlagen, ein leichtes Wackelknie ergebe 20 v.H., ein starkes Wackelknie mit der Notwendigkeit eines Hülsenapparats ergebe 30 bis 50 v.H. Eine Kniegelenksarthrose erreiche je nach Funktionsstörung einen MdE-Bereich von 10 bis 30 v.H. Ein Kniescheibenbruch ohne knöcherner Verheilung, aber mit intaktem Streckapparat führe zu einer MdE von 10 bis 20 v.H., bei Funktionsunfähigkeit des Streckapparats zu 30 v.H.; eine Kniegelenk-Totalendoprothese ergebe 30 v.H. Bei Schänberger/Mehrtens/Valentin werde die vollständige knöcherner Versteifung analog zu den vorgenannten MdE-Werten abhängig von der Streck- oder Beugstellung auf eine MdE um 30 v.H. oder mehr eingeschätzt, bei Kniebeweglichkeit 0-0-120° werde 10 v.H. vorgeschlagen, bei 0-0-90° eine MdE um 20 v.H., und erst bei einem Streckdefizit und Beugedefizit im Ausmaß von 0-30°-90° eine MdE um 30 v.H. Eine Lockerung des Knie-Band-Apparates bei muskulärer Kompensation führe hier zu einer MdE um 10 v.H., bei unvollständiger Muskelkompensation mit daraus resultierender Gangunsicherheit zu 20 v.H., ein Schienen-Hülsenapparat bedinge mindestens eine MdE um 30 v.H.; die Kniescheibenpseudarthrose werde je nach Funktion mit einer MdE um 10 bis 30 v.H. bewertet, eine Kniegelenksarthrose mit 10 bis 30 v.H. Beim Kläger liege unabhängig von Unfalleinflüssen ein deutliches Untergewicht vor (190 cm, 60 kg), wobei die Abmagerung nahezu proportional beide Arme, beide Beine und den gesamten Rumpf betreffe; daraus folge, dass als mittelbare Unfallfolge nur das angesehen werden könne, was über den Zustand an der linken Seite hinausgehe; nicht zu berücksichtigen seien Belastungsbeschwerden im Bereich des Schultergürtels, im Bereich der Hüftgelenke, gelegentliche Knieschmerzen links sowie Störungen im rechten Sprunggelenk. Angesichts eines nur prophylaktischen Stockstutzgebrauchs könne nicht davon ausgegangen werden, dass dauerhaft eine so massive Überbelastung des Schultergürtels erfolgt sei, dass sie mittelbare Unfallfolgen im Bereich des Schultergürtels habe verursachen können. Auch bei der Röntgenuntersuchung der Schultergelenke hätten keine arthrotischen Veränderungen der Haupt- oder Eckgelenke festgestellt werden können, es lägen auch keine Weichteilverkalkungen vor. Ob eine relevante Beinverkürzung bestehe, könne offen gelassen werden, denn jedenfalls könne eine solche nicht dem Knieschaden von 1973 angelastet werden, bei dem es zu keiner Fraktur gekommen sei; dem Unfall könnten als Folgen nur angelastet werden eine Muskelminderung des rechten Beines, eine Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks, Verschleißveränderungen des femoropatellaren Gelenks rechts, und eine nachgiebige Kreuzbandführung; die dafür auf dem Boden der zitierten MdE-Maßstäbe anzusetzende MdE könne auf Dauer höchstens mit 20 v.H. bewertet werden. Mit Urteil vom 04.04.1995 wies das Sozialgericht München, gestützt auf die Ausführungen des Dr. K., die Klage ab.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers. Das Landessozialgericht hat am 29.08.1995 mit den Beteiligten die Angelegenheit erörtert. Dabei hat der Kläger angeklagt, eine Stellungnahme des Dr. J. zum Gutachten des Dr. K. vorlegen zu wollen. Mit Schriftsatz vom 16.09.1996 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers sodann das Gutachten des Dr. J. vom 02.09.1996 dem Gericht

---

Äbersandt. Darin wird u.a. ausgeführt, aus ärztlicher Sicht sei in einem Fall wie dem des Klägers eine Verschreibung von Unterarmgehstützen klar angezeigt, insbesondere dann, wenn das "giving-way-Phänomen", das plötzliche Nachgeben des geschädigten Knies verbunden mit der Gefahr eines Sturzes, wie beim Kläger sehr ausgeprägt sei; darüber hinaus sei zu bedenken, dass die Benutzung von Unterarmgehstützen wohl unter die Mitwirkungspflicht des Versicherten nach den [§§ 63 ff SGB I](#) falle, wonach er gehalten sei, alles zu unternehmen, um eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes zu verhindern. Was die Einschätzung der MdE für die Gesundheitsstörungen am Knie angehe, so sei zum einen die Gangunsicherheit bzw. die Instabilität durch das "giving-way-Phänomen" zu berücksichtigen, zum anderen komme dazu das stark reduzierte Streckvermögen unter Belastung wegen der Knorpelschädigung im Patellafemoralgelenk; ferner sei der charakteristische dumpfe Schmerz, der eine längere gebeugte Haltung des Kniegelenks verhindere, in die Bewertung mit ein zu beziehen; schließlich müsse auch noch die Notwendigkeit des ständigen Gebrauchs eines orthopädischen Hilfsmittels in Form der Unterarmstockstützen bedacht werden, darüber hinaus müsse für die Einschätzung zum Zeitpunkt 01.01.1978 eine Streckhemmung um 5° berücksichtigt werden. Das "giving-way-Phänomen" äußere sich durch Gangunsicherheit und Instabilität; dieser funktionellen Beeinträchtigung sei aus den Beurteilungsrichtlinien am ehesten das leichte Wackelknie bzw. eine Lockerung des Kniebandapparates, unvollständig kompensierbar mit Gangunsicherheit (Wackelknie), gleichzusetzen; diese werde durchgehend mit 20 v.H. bewertet. Das reduzierte Streckvermögen unter Belastung sei funktionell dem Kniescheibenbruch ohne knöcherner Verheilung mit Funktionsunfähigkeit des Streckapparates (Pseudarthrose) vergleichbar; für diese Gesundheitsstörung würden von den einschlägigen Autoren zweimal 20 v.H. und zweimal 20 bis 30 v.H. angegeben; dies rechtfertige es im Falle des Klägers, insoweit eine MdE um 25 v.H. anzusetzen. Des Weiteren sei beim Kläger aber der typische Schmerz an der Rückseite der Kniescheibe mit zu berücksichtigen, was funktionell bedeute, dass das Kniegelenk nicht für längere Zeit gebeugt gehalten werden könne. In diesem Zusammenhang müsse berücksichtigt werden, dass regelmäßig ein in funktionell günstiger Stellung schmerzlos versteiftes Gelenk einem im normalen Umfang, aber schmerzhaft, beweglichen Gelenk überlegen sei. Schließlich müsse noch berücksichtigt werden, dass durch das "giving-way-Phänomen" und durch die erheblich verringerte Belastbarkeit des Patellofemoralgelenks unter Streckbelastung die Notwendigkeit der Benutzung des orthopädischen Hilfsmittels Unterarmstockstützen bestehe; auch dafür gebe es keinen generellen Bewertungsmaßstab, dieser lasse sich aber aus anderen veröffentlichten Werten ableiten. So werde z.B. bei einer Lockerung des Kniebandapparates danach unterschieden, ob er muskulär kompensierbar sei, unvollständig kompensierbar mit Gangunsicherheit, oder ob ein Knieführungsschienenapparat erforderlich sei; im ersten Falle werde als Grad der MdE 10 v.H. angegeben, im zweiten Falle 20 v.H. bzw. 30 v.H. Einschließlich einer Berücksichtigung der zum 01.01.1978 bestehenden Streckhemmung im rechten Kniegelenk von 5° sei es daher angemessen, die MdE für die Unfallfolgen am rechten Knie insgesamt um 5 v.H. zu erhöhen und somit zum 01.01.1978 mit 30 v.H. zu bewerten. Demgegenüber bestehe jetzt die Streckhemmung nicht mehr; da dies aber im Vergleich zum

---

---

01.01.1978 keine wesentliche Änderung darstelle, sei der MdE-Wert von 30 v.H. zu belassen. Außerdem leide der Kläger an einer Periarthropathia humeroscapularis simplex chronica und einer Periarthropathia ankylosans (einer fibrösen Schultersteife) an der rechten Schulter in Verbindung mit einem Impingement-Syndrom; funktionell zeigten sich dadurch Einschränkungen im Bewegungsausmaß. Zudem müsse die Gesundheitsstörung an den Schultern des Klägers als mittelbare Unfallfolge angesehen werden, eine über zwanzig Jahre durch das Gehen mit kräftigen repetitiv wirkende Fehl- und Überbelastung habe eine ständige Mikrotraumatisierung bewirkt, wie sie auch bei manchen Sportarten auftrete; sie sei für den bestehenden Schulterschaden als conditio sine qua non und darüber hinaus als wesentlich zu werten. Die Gesundheitsstörungen an den Schultern bedingten eine Einzel-MdE um 10 v.H.; funktionell sei dieser Teil seiner Unfallfolgen jedoch noch nicht so ausgeprägt, dass sich deswegen die angenommene Gesamt-MdE um 30 v.H. derzeit noch erhalten lasse.

Nunmehr beauftragte der Senat den Arzt für Orthopädie Dr. V. F. mit der Erstellung eines Gutachtens. In seinem Gutachten vom 19.01.1998 hat dieser Sachverständige ausgeführt, dass nach der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung selbst bei einseitig beinamputierten Personen sogenannte Überbelastungsschäden an der unversehrten paarigen Extremität nicht anerkannt werden könnten, da jede der unteren Extremitäten für sich in der Lage sei, das gesamte Körpergewicht zu übernehmen, ohne Schaden zu leiden. Zudem könne davon ausgegangen werden, dass der Kläger die unteren Extremitäten gegenüber einem Gesunden schonen und nicht übermäßig belaste; so habe er erklärt, dass er keinerlei Sport betreibe und die Gehleistung nur eine Viertel bis eine halbe Stunde betrage; ein Überbelastungsschaden am linken Hüftgelenk lasse sich somit nicht verifizieren. Zum Problem der geltend gemachten Schultergelenksbeschwerden sei zunächst festzustellen, dass im Röntgenbild krankhafte Veränderungen mehr am linken als am rechten Schultergelenk zu verzeichnen seien, hingegen die Bewegungseinschränkungen an der rechten Schulter stärker ausfielen als an der linken, was nicht miteinander übereinstimme; darüber hinaus sei zu beachten, dass Defekte an den Rotatorenmanschetten nicht festzustellen seien, so dass der Hochstand der Oberarmköpfe also teilweise einer Atrophie der die Rotatorenmanschette bildenden Muskulatur, teilweise einem neurologisch diagnostizierten thoracic-outlet-Syndrom links zugerechnet werden müsse; nachdem eine besondere Belastung der Schultergelenke hier allenfalls beim Treppensteigen angenommen werden könne, lägen die nach der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung zu fordernden Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beschwerden an den Schultern als mittelbare Unfallfolge nicht vor. Was die MdE des Klägers angeht, so setze eine MdE von 20 v.H. für Verletzungsfolgen am Kniegelenk voraus, dass Gesundheitsstörungen vorliegen, die einer Restbeweglichkeit des Kniegelenks von 0-0-90° oder einer nicht kompensierbaren Instabilität des Kniegelenks gleichzusetzen seien. Der Kläger könne das rechte Kniegelenk bis 125° beugen und bis 0° strecken, so dass von der Funktion her höchstens eine MdE um 10 v.H. anzusetzen wäre; die geringfügige Instabilität des rechten Kniegelenks, die ausdrücklich als Unfallfolge anerkannt ist, könne muskulär ausgeglichen

---

werden; eine Bewegungseinschränkung im rechten Sprunggelenk sei im Vergleich zur linken Seite nicht mehr vorhanden; die MdE sei mit 20 v.H. also bereits relativ hoch angesetzt; eine weitere Erhöhung der MdE könne somit nicht empfohlen werden. Eine MdE um 30 v.H. sei jedenfalls nicht nachvollziehbar, damit würde der Kläger z.B. einem Verletzten mit komplett eingesteiftem Kniegelenk gleichgestellt; jedoch könne Dr. J. nicht zugestimmt werden, dass das "giving-way-Phänomen" einem leichten Wackelknie entspreche, also einer Lockerung des Kniebandapparates, die unvollständig kompensierbar sei, denn beim Kläger bestehe kein Wackelknie, sondern lediglich ein vorübergehendes Auslassen des Kniegelenks infolge eines Innervationszusammenbruches, der sich durch plötzlich auftretende Schmerzen unterhalb der degenerativ veränderten Kniescheibe erkläre. Ein "giving-way-Syndrom" habe mit der muskulär nicht kompensierbaren Schwäche des Bandapparates nicht das geringste zu tun. Im übrigen könne auch nicht bestätigt werden, dass das Streckvermögen des Kniegelenks unter Belastung reduziert sei. Zudem könne auch nicht nachvollzogen werden, dass ein angebliches reduziertes Streckvermögen mit einem unter Scheingelenksbildung verheilten Kniescheibenbruch gleichgesetzt werden könne. Infolgedessen lasse sich eine MdE um 30 v.H. unter keinem denkbaren Gesichtspunkt rechtfertigen. Daraufhin hat der Kläger erneut eine Stellungnahme des Dr. J. , die gutachtliche Stellungnahme vom 30.09.1998, vorgelegt. Darin kritisiert der Sachverständige zunächst u.a., dass Dr. F. beim Kläger an den oberen Extremitäten und an der Wirbelsäule keine gründlichen Befunde erhoben habe; sodann weist er darauf hin, dass Dr. F. die Gesundheitsstörungen an der Schulter, insbesondere einen Hochstand der Oberarmköpfe, auf eine unfallunabhängige Atrophie der die Rotatorenmanschette bildenden Muskulatur sowie auf ein neurologischerseits diagnostiziertes Thoracic-Outlet-Syndrom links zurückführe, was jedoch als bloße Vermutung und damit nicht als geeignet angesehen werden könne, den Ursachenzusammenhang zwischen Arbeitsunfall und Schulterschädigung zu widerlegen. Zudem sei die MdE-Bewertung im Gutachten des Dr. F. nicht ausreichend begründet. Soweit Dr. F. davon ausgehe, dass Druckbelastungen im Bereich der Hüft- und Schultergelenke beim Kläger nicht aufträten, so lange er sich auf ebenem Gelände bewege, handle es sich um eine unbewiesene Behauptung.

Nunmehr holte der Senat auf den Antrag des Klägers das Gutachten des Prof. Dr. D. vom 30.06.2000 ein. Darin ist im wesentlichen u.a. ausgeführt, der Kläger sei von ausgeprägt leptosomem Typus, bei leicht reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand und mäßig entwickelter Muskulatur; es bestehe ein Schulterblatthochstand links, ein Beckentiefstand rechts und eine dreifach geschwungene nicht vollständig ausgleichbare Skoliose mit Rechtsscheitel in Höhe der mittleren Lendenwirbelsäule; an Diagnosen beständen beim Kläger an den unteren Extremitäten eine chondropathia patellae rechts, eine Insertionstendopathie am trochanter major links, eine Beinverkürzung rechts um 1,5 cm mit entsprechendem Beckenschiefstand, und ein Senk-Spreizfuß beidseits; an den unteren Extremitäten lägen ein subacromiales Impingement-Syndrom rechts vor, eine periarthropathia humeroscapularis rechts, und eine Insertionstendopathie im Schulterbereich rechts. Außerdem leide der Kläger an einer Skoliose der Wirbelsäule. Was die Frage des ursprünglichen

---

Zusammenhang zwischen der Benutzung von Unterarm-Gehstützen und den Beschwerden in den Schultergelenken angehe, so scheine über längere Zeit die Auffassung, dass eine kausale Beziehung nicht bestehe, gefestigt gewesen zu sein; doch werde dieses Thema in der Fachliteratur in der letzten Zeit erneut aufgegriffen mit dem Ergebnis, dass es sich hier um ein klinisch wie gutachtlich bisher unzureichend beleuchtetes Gebiet handle. Was den Kläger betreffe, so sei festzustellen, dass für die positive Zusammenhangsbeurteilung hier sowohl der zeitliche als auch der örtliche Zusammenhang gegeben seien, und dass auch der ursächliche Zusammenhang dadurch belegt sei, dass der Oberarmkopf durch die beim Krackengehen auftretende axiale Belastung des Oberarmbeins genau in diejenige Richtung gedrängt werde, in der sich das Schulterdach befinde; die für die Anerkennung der Kausalität notwendige, aber auch hinreichende Bedingung der Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges sei damit als gegeben zu erachten. Hinsichtlich der MdE legt dieser Sachverständige nach eigenen Angaben das Beurteilungsblatt für den Knie-Leistungs-Index der Mayo Clinic zugrunde. Dabei seien 25 verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, davon über die Hälfte mit objektiven Messwerten, was eine weithin unerreichte Arbeitsgrundlage für die differenzierte Beurteilung von Funktionseinbußen des Kniegelenks unabhängig von der klinischen Diagnose darstelle. Diese Aspekte, die im Detail auf die entsprechenden Tabellen in Blatt 315/316 (Seiten 5-15 und 5-16 des Gutachtens) Bezug genommen wird, erfassen beispielsweise klinische Merkmale bzw. Einschränkungen wie Schmerz, Gehstrecke, Gehen in unebenem Gelände, Giving-Way-Phänomen, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, benötigte Hilfsmittel, Instabilität, Druckschmerzhaftigkeit, Hinken, Aufstehen aus dem Sitzen und Treppengehen; sie berücksichtigen darüber hinaus die diversen Merkmale, die sich mit bildgebenden Verfahren gewinnen lassen, und sie erfassen zahlreiche aus biomechanischen Untersuchungen gewonnene Merkmale, so etwa die Gehgeschwindigkeit, die Schrittfrequenz und diverse Relationen beim Gehvorgang. Aufgrund der Auswertung dieser Merkmale beim Kläger hat der Sachverständige eine MdE um mindestens 30 v.H. für die Gesundheitsstörungen am Knie des Klägers ermittelt.

Vor dem Hintergrund dieser Ermittlungsergebnisse beantragt der Kläger nunmehr, die Beklagte unter Aufhebung des angefochtenen Urteils und der zugrundeliegenden Bescheide zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalles am 29.05.1973 Rente nach einer MdE um wenigstens 30 v.H. zu gewähren;

hilfsweise beantragt der Kläger die Einholung eines Ergänzungsgutachtens zu der Frage, ob die im Gutachten des Prof. Dr. D. zur exakteren MdE-Bestimmung herangezogenen Verfahren im Falle des Klägers zugrunde zu legen seien;

darüber hinaus beantragt der Kläger hilfsweise, die Revision zuzulassen zur Klärung der Frage, ob die präziseren Funktionsbemessungsmethoden wie im Gutachten des Prof. Dr. D. ausgeführt der MdE-Bewertung des Klägers zugrunde zu legen seien.

Demgegenüber beantragt die Beklagte, die Berufung zurückzuweisen.

---

Sie beruft sich dabei im wesentlichen auf den Inhalt des Ersturteils und die diesem zugrundeliegenden Ärztlichen Gutachten.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils und die darin angeführten Beweisunterlagen sowie auf die Gerichtsakten der ersten und der zweiten Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Ersturteil und die zugrunde liegenden Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden. Dem Kläger steht nach den hier noch anzuwendenden Bestimmungen der [ÄS 548 Abs. 1, 580, 581 Abs. 1 RVO](#) eine höhere Verletztenrente als nach einer MdE um 20 v.H. nicht zu.

Dies entnimmt der Senat zunächst in Übereinstimmung mit den Ausführungen des Erstgerichts in den Gründen des angefochtenen Urteils dem Gutachten des Arztes für Chirurgie und Sportmedizin Dr. Dr. K. vom 11.11.1994, dessen Wertung im Ergebnis der Einschätzung durch Prof. Dr. P. entspricht, und zwar sowohl im Hinblick auf die Bewertung der Unfallfolgen am rechten Kniegelenk, als auch im Hinblick auf die Feststellung, dass Gesundheitsstörungen an der Schulter den Unfallfolgen nicht angelastet werden können. Dr. K. hat zur Überzeugung des Senats zutreffend ausgeführt, beim Kläger liege unabhängig von Unfalleinflüssen ein deutliches Untergewicht vor, wobei die Abmagerung nahezu proportional beide Arme, beide Beine und den gesamten Rumpf betreffe; daraus folge, dass als mittelbare Unfallfolge nur diejenigen Gesundheitsstörungen angesehen werden könnten, die über den Zustand an der linken Seite hinausgingen; nicht zu berücksichtigen seien Belastungsbeschwerden im Bereich des Schultergürtels, im Bereich der Hüftgelenke, gelegentliche Knieschmerzen links sowie Störungen im rechten Sprunggelenk. Angesichts eines nur prophylaktischen Stockstutzgebrauchs könne des weiteren nicht davon ausgegangen werden, dass dauerhaft eine so massive Überbelastung des Schultergürtels erfolgt sei, dass dadurch mittelbare Unfallfolgen im Bereich des Schultergürtels hätten verursacht werden können. Auch bei der Röntgenuntersuchung der Schultergelenke hätten keine arthrotischen Veränderungen der Haupt- oder Eckgelenke festgestellt werden können, es lägen auch keine Weichteilverkalkungen vor. Ob eine relevante Beinverkürzung bestehe, könne offen gelassen werden, denn jedenfalls könne eine solche nicht dem Knieschaden von 1973 angelastet werden, bei dem es zu keiner Fraktur gekommen sei; dem Unfall könnten als Folgen nur eine Muskelminderung des rechten Beines, eine Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks, Verschleißveränderungen des femoropatellaren Gelenks rechts, sowie eine nachgiebige Kreuzbandverletzung zugeschrieben werden. Die dafür anzusetzende MdE kann auf Dauer auch nach Überzeugung des Senats nicht auf mehr als um 20 v.H. bewertet werden.

Die Entscheidung der Frage, in welchem Grade die Erwerbsfähigkeit eines Unfallopfers gemindert ist, ist eine tatsächliche Feststellung, die der Senat im Rahmen des [ÄS 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis

---

der Ermittlungen gewonnenen Äußerzeugung trifft ([BSGE 4, 147](#), 149 = Breithaupt 1957, 611; [6, 267](#), 268; BSG Urteil vom 23.04.1987, [2 RU 42/86](#)). Die Bemessung des Grades einer unfallbedingten MdE richtet sich nach dem Umfang der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens des Verletzten durch die Unfallfolgen und nach dem Umfang der dem Unfallopfer dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Die Bewertung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, betrifft in erster Linie das ärztlich-wissenschaftliche Gebiet. Doch ist die Frage, wie hoch der Grad der MdE ist, eine Rechtsfrage. Sie ist ohne Bindung an ärztliche Gutachten unter Berücksichtigung der Einzelumstände nach der Lebenserfahrung zu entscheiden. Ärztliche Ausführungen über die Einschätzung der MdE sind gleichwohl eine wichtige und vielfach auch unentbehrliche Grundlage für die richterliche Feststellung des Grades der MdE, vor allem, soweit diese darauf beruht, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Unfallopfers durch die Folgen des Unfalls beeinträchtigt sind (BSG SozR 2200 Â§ 581 Nrn. 23 = Breithaupt 1986, 671, und 27 = Breithaupt 1988, 378). Darüber hinaus sind bei der Beurteilung der MdE auch die von der Rechtsprechung sowie die von dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zu beachten. Zwar sind sie nicht im Einzelfall bindend, aber sie sind geeignet, die Grundlage für eine am Gleichbehandlungsgrundsatz orientierte und gerechte Beurteilung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis zu bilden (BSG a.a.O.).

Nach diesen Maßstäben ist nach der Äußerzeugung des Senats aufgrund der Ermittlungsergebnisse beim Kläger eine höhere MdE als um 20 v.H. nicht gerechtfertigt. Vielmehr führt jede Bewertung der MdE des Klägers, die sich auf diese Maßstäbe stützt, zu diesem Ergebnis, dass die unfallbedingte MdE allenfalls 20 v.H. beträgt. Vor allem wird diese Bewertung untermauert durch einen Vergleich des Zustandes des rechten Knies des Klägers mit anderen MdE-Erfahrungswerten der gesetzlichen Unfallversicherung, wie dies bereits Dr. K. beschrieben hat. So entspricht die dem Kläger zugebilligte MdE um 20 v.H. auch der MdE einer mittelschweren Bewegungseinschränkung des Kniegelenks (0-0-90°) oder einer muskulär unvollständig kompensierbaren Lockerung des Kniebandapparates mit Gangunsicherheit (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Anhang 12, J 029), wobei höchstens letzteres nach Äußerzeugung des Senats dem Leiden des Klägers gleichgesetzt werden kann, ohne dass dabei zugleich außer Acht gelassen werden darf, dass das Leiden am Knie des Klägers in Gestalt des "giving-way-Phänomens" anders als eine muskulär unvollständig kompensierbare Lockerung des Kniebandapparates mit Gangunsicherheit nicht ständig, sondern nur zeitweise zu funktionellen Ausfällen führt. Nicht mehr vergleichbar erscheint dem Senat das Leiden des Klägers indes mit einem Wackelknie in Verbindung mit der Notwendigkeit eines Knieführungsschienenapparates oder mit einem in günstiger Stellung versteiften Kniegelenk, die beide mit einer MdE von je 30 v.H. bewertet sind (a.a.O.). Denn diese beiden Gesundheitsstörungen wirken sich im Gegensatz zu den beim Kläger bestehenden Gesundheitsstörungen funktionell nicht nur zeitweise, sondern dauerhaft aus. Auch ein Vergleich mit den MdE-Werten im Falle

---

eines Kniescheibenbruches, wie ihn namentlich Dr. J. angestellt hat, f¼hrt nach der Einschätzung des Senats nicht zu einer ¼ber 20 v.H. liegenden MdE. Denn auch ein knöchern nicht verheiltes Kniescheibenbruch bei intaktem Streckapparat ergibt erst eine MdE von um 10 v.H. bis um 20 v.H.; erst ein knöchern nicht verheiltes Kniescheibenbruch mit Funktionsunfähigkeit des Streckapparates eröffnet die Möglichkeit, eine MdE bis zur Höhe von um 30 v.H. anzusetzen, wobei auch dies indes nicht zwingend ist, denn auch hierfür sind die MdE-Werte (vgl. z.B. wieder Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Anhang 12, J 029) nicht 30 v.H., sondern nur 20 bis 30 v.H. Dieser höhere MdE-Wert im Zusammenhang mit einem Kniescheibenbruch kann aber im Falle des Klägers nicht zum Vergleich herangezogen werden, denn der Zustand am rechten Knie des Klägers lässt sich durchaus nicht gleichsetzen mit einem Zustand bei Funktionsunfähigkeit des Streckapparates.

Auch die Frage, ob Gesundheitsstörungen an den Schultern als Folge der unmittelbaren Unfallverletzungen angesehen werden können, muss nach Meinung des Senats aus den Feststellungen des Dr. K. bzw. des Prof. Dr. P. beantwortet werden mit der Folge, dass der ursprüngliche Zusammenhang insoweit nicht bejaht werden kann. Denn deren Meinung, dass hier von einem Ursachenzusammenhang nicht gesprochen werden könne, entspricht dem Umstand, dass der Kläger zum einen Stockstutzen im wesentlichen nur benutzt, um sich gegen ein etwaiges Einknicken und damit verbundenes Stürzen infolge des "giving-way-Syndroms" zu schützen, und dass er zum anderen auf Treppen zu gehen auch nach den Angaben des Dr. J. nur zu einem geringen Anteil seiner täglichen Aktivitäten gezwungen ist. Namentlich der Einsatz der Stockstutzen lediglich zum Schutze vor einem Einknicken und damit verbundenen Stürzen belastet nach der Überzeugung des Senats in Übereinstimmung mit den genannten Sachverständigen die Schultern nicht in einer mit dem Krackgehen Amputierter vergleichbaren Weise, zumal der Kläger selbst auch angegeben hat, dass er zu Fuß ohnehin nur kurze Strecken zurücklegt.

Nach diesen Maßstäben wird die dargestellte Einschätzung des Senats auch durch die Ausführungen im Gutachten des im Berufungsverfahren tätig gewordenen Dr. F. untermauert, namentlich auch im Hinblick darauf, dass Gesundheitsstörungen an der Schulter oder auch an anderen Gelenken wie etwa der linken Hüfte den als Unfallfolgen anerkannten Verletzungsfolgen nicht angelastet werden können. In seinem Gutachten vom 19.01.1998 hat dieser Sachverständige ausgeführt, dass nach der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung selbst bei einseitig beinamputierten Personen sogenannte Überlastungsschäden an der unversehrten paarigen Extremität nicht anerkannt werden könnten, da jede der unteren Extremitäten für sich in der Lage sei, das gesamte Körpergewicht zu übernehmen, ohne Schaden zu leiden. Zudem könne davon ausgegangen werden, dass der Kläger die unteren Extremitäten gegenüber einem Gesunden schonen und nicht übermäßig belaste; so habe er erklärt, dass er keinerlei Sport betreibe und die Gehleistung nur eine Viertel bis eine halbe Stunde betrage; ein Überlastungsschaden am linken Hüftgelenk lasse sich somit nicht verifizieren. Zum Problem der geltend gemachten Schultergelenksbeschwerden sei zunächst festzustellen, dass im Röntgenbild

---

krankhafte Veränderungen mehr am linken als am rechten Schultergelenk zu verzeichnen seien, hingegen die Bewegungseinschränkungen an der rechten Schulter stärker ausfielen als an der linken, was nicht miteinander übereinstimme; darüber hinaus sei zu beachten, dass Defekte an den Rotatorenmanschetten nicht festzustellen seien, so dass der Hochstand der Oberarmkapsel also teilweise Folge einer Atrophie der die Rotatorenmanschette bildenden Muskulatur sei, teilweise einem neurologisch diagnostizierten thoracic-outlet-Syndrom links zugerechnet werden müsse; nachdem eine besondere Belastung der Schultergelenke hier allenfalls beim Treppensteigen angenommen werden könne, lägen die nach der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung zu fordernden Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beschwerden an den Schultern als mittelbare Unfallfolge nicht vor. Was die MdE des Klägers angeht, so setze eine MdE von 20 v.H. für Verletzungsfolgen am Kniegelenk voraus, dass Gesundheitsstörungen vorliegen, die einer Restbeweglichkeit des Kniegelenks von 0-0-90° oder einer nicht kompensierbaren Instabilität des Kniegelenks gleichzusetzen seien. Der Kläger könne das rechte Kniegelenk bis 125° beugen und bis 0° strecken, so dass von der Funktion her höchstens eine MdE um 10 v.H. anzusetzen wäre; die geringfügige Instabilität des rechten Kniegelenks, die ausdrücklich als Unfallfolge anerkannt ist, könne muskulär ausgeglichen werden; eine Bewegungseinschränkung im rechten Sprunggelenk sei im Vergleich zur linken Seite nicht mehr vorhanden; die MdE sei mit 20 v.H. also bereits relativ hoch angesetzt; eine weitere Erhöhung der MdE könne somit nicht empfohlen werden. Eine MdE um 30 v.H. sei jedenfalls nicht nachvollziehbar, damit würde der Kläger z.B. einem Verletzten mit komplett eingesteiftem Kniegelenk gleichgestellt; jedoch könne Dr. J. nicht zugestimmt werden, dass das "giving-way-Phänomen" einem leichten Wackelknie entspreche, also einer Lockerung des Kniebandapparates, die unvollständig kompensierbar sei, denn beim Kläger bestehe kein Wackelknie, sondern lediglich ein vorübergehendes Auslassen des Kniegelenks infolge eines Innervationszusammenbruches, der sich durch plötzlich auftretende Schmerzen unterhalb der degenerativ veränderten Kniescheibe erkläre. Ein "giving-way-Syndrom" habe mit der muskulär nicht kompensierbaren Schwäche des Bandapparates nicht das geringste zu tun. Im übrigen könne auch nicht bestätigt werden, dass das Streckvermögen des Kniegelenks unter Belastung reduziert sei. Zudem könne auch nicht nachvollzogen werden, dass ein angebliches reduziertes Streckvermögen mit einem unter Scheingelenksbildung verheilten Kniescheibenbruch gleichgesetzt werden könne. Infolgedessen lasse sich eine MdE um 30 v.H. unter keinem denkbaren Gesichtspunkt rechtfertigen.

Etwas anderes lässt sich auch nicht unter Berücksichtigung der Ausführungen des Dr. J. vom 02.09.1996 feststellen. Dieser Arzt hat, was die Einschätzung der MdE für die Gesundheitsstörungen am Knie angeht, hier zwar hervorgehoben, es sei zum einen die Gangunsicherheit bzw. die Instabilität durch das "giving-way-Phänomen" zu berücksichtigen, zum anderen komme dazu das stark reduzierte Streckvermögen unter Belastung wegen der Knorpelschädigung im Patellafemoralgelenk; ferner sei der charakteristische dumpfe Schmerz, der eine längere gebeugte Haltung des Kniegelenks verhindere, in die Bewertung mit einzubeziehen; schließlich müsse auch noch die Notwendigkeit des ständigen Gebrauchs eines orthopädischen Hilfsmittels in Form der Unterarmstockstützen

---

bedacht werden, darüber hinaus müsste für die Einschätzung zum Zeitpunkt 01.01.1978 eine Streckhemmung um 5° berücksichtigt werden. Doch führen auch diese Angaben bei genauer Betrachtung nicht zu einer höheren MdE als um 20 v.H. Denn wie dargelegt richtet sich die Bemessung des Grades einer unfallbedingten MdE nach dem Umfang der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens des Verletzten durch die Unfallfolgen und nach dem Umfang der dem Unfallopfer dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (vgl. [BSGE 4, 147](#), 149 = Breithaupt 1957, 611; [6, 267](#), 268; BSG Urteil vom 23.04.1987, [2 RU 42/86](#)). Eine in diesem Sinne funktionelle Einschränkung des Klägers ist in dem "giving-way-Phänomen" zu sehen, ebenso ist hier von den seitens des Dr. J. beschriebenen Beschwerden das reduzierte Streckvermögen einzubeziehen; nicht in die Reihe der die MdE beeinflussenden Gesundheitsstörungen gehören jedoch der Schmerz bei längerer Beugehaltung des Knies und die Notwendigkeit einer Benutzung von Stockstützen. Letztere ist wie dargelegt nicht erwiesen; der situativ auftretende Schmerz im Kniegelenk ist mit der bescheidenmäßig anerkannten und mit einer MdE um 20 v.H. bewerteten Chondropathia patellae rechts als abgegolten anzusehen.

Auch die Stellungnahme des Dr. J. vom 30.09.1998 führt nicht zu einem anderen Ergebnis. Zwar wird dort an dem Gutachten des Dr. F. bemängelt, dass dieser die Schultern und oberen Extremitäten beim Kläger nicht mit ausreichender Gründlichkeit untersucht habe. Dies ist jedoch hinsichtlich der Beurteilung der unfallbedingten MdE des Klägers kein Mangel am Gutachten des Dr. F. Denn wenn dieser Arzt, nach Überzeugung des Senats zu Recht, zu der Schlussfolgerung gelangt, dass die Art der Unfallfolgen am rechten Knie es nicht zulasse, Schäden an der Schulter ebenfalls als unfallbedingt zu werten, ist es ohne Bedeutung, welcher Art die Gesundheitsstörungen an der Schulter im einzelnen sind. Ähnliches muss gelten, soweit Dr. J. beanstandet, dass Dr. F. keine ausreichenden Befunde an der Wirbelsäule erhoben habe. Auch wenn Dr. J. im Gutachten des Dr. F. einen Verstoß gegen die Grundsätze der sozialversicherungsrechtlichen Kausalmaßstäbe zu erkennen glaubt, weil Dr. F. den von ihm selbst diagnostizierten Hochstand der Oberarmköpfe auf eine Atrophie der die Rotatorenmanschette bildenden Muskulatur sowie auf ein neurologischerseits diagnostiziertes Thoracic-Outlet-Syndrom links zurückführe, ohne dafür jedoch mehr als eine bloße des Dr. F. nicht. Zwar weist Dr. J. zu Recht darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einer versicherungsrechtlich relevanten Schädigung und einer Gesundheitsstörung nicht schon dann widerlegt ist, wenn eine sog. "innere Ursache" lediglich als möglich erscheint; die "innere Ursache" muss in einem solchen Falle vielmehr erwiesen sein. Dies gilt aber erst dann, wenn die Wahrscheinlichkeit des fraglichen unfallbedingten Ursachenzusammenhanges in der Tat bereits als gegeben anzusehen ist, nicht schon dann, wenn der fragliche Kausalzusammenhang wie hier beim Kläger zwischen Knieschaden und Schulterbeschwerden allenfalls im Bereich des Möglichen liegt. Es führt schließlich auch nicht zu einem anderen Ergebnis, wenn Dr. J. kritisiert, dass Dr. F. sich für seinen Standpunkt, die Schulterbeschwerden des Klägers seien nicht als mittelbare Unfallfolge zu betrachten, auf die herrschende medizinische Lehrmeinung berufe, obwohl es eine

---

solche herrschende medizinische Lehrmeinung für den hier zu beurteilenden Kausalzusammenhang noch gar nicht gebe. Denn selbst dann, wenn dies richtig wäre, könnte daraus nicht gefolgert werden, dass die Gesundheitsstörungen an den Schultern des Klägers dann als mittelbare Unfallfolgen anzusehen seien. Denn auch dann gäbe es keine bessere Grundlage für den Nachweis des vom Kläger angenommenen Kausalzusammenhanges, was sich bei der hier gegebenen Beweislastverteilung für den Kläger ebenso nachteilig auswirken würde wie die Ausführungen im Gutachten des Dr. F.;

Schließlich führt auch das Gutachten des Prof. Dr. D. nicht zu einem dem Kläger günstigen Ergebnis. Zwar hat dieser Arzt u.a. hinsichtlich der Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Benutzung von Unterarm-Gehstützen und den Beschwerden in den Schultergelenken zu bedenken gegeben, dass im Falle des Klägers für die positive Zusammenhangsbeurteilung hier sowohl der zeitliche als auch der örtliche Zusammenhang gegeben seien, und dass auch der ursächliche Zusammenhang dadurch belegt sei, dass der Oberarmkopf durch die beim Krackengehen auftretende axiale Belastung des Oberarmbeins genau in diejenige Richtung gedrängt werde, in der sich das Schulterdach befindet; die für die Anerkennung der Kausalität notwendige, aber auch hinreichende Bedingung der Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges sei damit als gegeben zu erachten. Dem folgt der Senat aber schon deshalb nicht, weil dabei erkennbar nicht berücksichtigt worden ist, dass der Kläger die Kracken nur zum Schutz vor den etwaigen Auswirkungen des "giving-way-Phänomens" benutzt und nicht zur ständigen Übernahme des Körpergewichts beim Gehen, und dass das als besonders belastend beschriebene Gehen auf Treppen nur einen sehr geringen Zeitraum einnimmt; zudem hat dieser Arzt selbst ausgeführt, dass wissenschaftliche Grundlagen für eine Beurteilung des fraglichen Kausalzusammenhanges keineswegs gesichert seien; so scheine zwar die über längere Zeit überwiegend vertretene Auffassung, dass eine kausale Beziehung generell nicht bestehe, nunmehr ins Wanken geraten zu sein; doch wenn dieses Thema in der Fachliteratur in der letzten Zeit erneut aufgegriffen werde, so mit dem Ergebnis, dass es sich hier um ein klinisch wie gutachtlich bisher unzureichend beleuchtetes Gebiet handle. Auch der von diesem Sachverständigen vorgeschlagenen MdE kann der Senat nicht folgen. Zwar begründet Prof. Dr. D. ausführlich, dass seines Erachtens die MdE für die Gesundheitsstörungen am rechten Knie des Klägers zumindest mit einem Wert von 30 v.H. einzuschätzen sei. Allerdings legt dieser Sachverständige dabei das Beurteilungsblatt für den Knie-Leistungs-Index der Mayo Clinic zugrunde, welches aber ganz offensichtlich nicht mit den hier einschlägigen MdE-Erfahrungswerten für die gesetzliche Unfallversicherung übereinstimmt. Infolgedessen kann der Senat die so ermittelte MdE seiner Entscheidung nicht zugrunde legen.

Der Senat hat auch keinen Anlass gesehen, den Hilfsanträgen des Klägers zu folgen. Soweit darin eine erneute medizinische Begutachtung gefordert wird zu der Frage, ob der von Prof. Dr. D. vorgeschlagenen Methode zur Ermittlung zur MdE zu folgen sei, handelt es sich in der Sache nicht um eine medizinische Frage, sondern um eine rechtliche Frage. Deren Beantwortung kann nicht Gegenstand eines Ergänzungsgutachtens sein.

---

Für die Entscheidung über die Kosten gelten die [§§ 193, 202 SGG, 91](#) ff. ZPO. Ein Grund für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 SGG](#) besteht nicht. Dies gilt auch vor dem Hintergrund des insoweit gestellten Hilfsantrages des Klägers. Dieser Hilfsantrag beruht offensichtlich auf der Überlegung, es handle sich bei der Frage, ob die MdE-Bewertung nach der von Prof. Dr. D. vorgeschlagenen Methode vorzunehmen sei oder nicht, um eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung. Dies trifft jedoch nicht zu. Dies wäre vielmehr nur dann der Fall, wenn die zugrunde liegende Rechtsfrage klärungsbedürftig wäre (zB BSG in [SozR 1500 § 160 Nr. 53](#)). Die Frage, wie die MdE zu ermitteln ist, ist aber nicht klärungsbedürftig, sondern mehrfach abschließend entschieden (vgl. BSG SozR 2200 § 581 Nrn. 23 = Breithaupt 1986, 671, und 27 = Breithaupt 1988, 378).

Erstellt am: 20.10.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024