S 13 V 18/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 V 18/96
Datum	15.05.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 V 26/98
Datum	22.08.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 15. Mai 1998 abgeÃ¤ndert und die Klage abgewiesen.
II. Die auÃergerichtlichen Kosten beider RechtszÃ¼ge sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob beim KlÃ¤ger eine BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes und des linken Kniegelenkes als weitere SchÃ¤digungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) anzuerkennen und Versorgungsleistungen nach einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) von 30 v. H. zu gewÃ¤hren sind.

Der im â¦ geborene KlÃ¤ger war von Ende Februar 1940 bis April 1945 Soldat der ehemaligen Deutschen Wehrmacht, von April 1945 bis 10. Dezember 1948 befand er sich in Kriegsgefangenschaft. Er ist schwerbehindert im Sinne des Schwerbehindertengesetzes mit einem Grad der Behinderung von 100 (Bescheid des Beklagten vom 08. Februar 1996).

Am 09. Juli 1993 stellte der KlÃ¤ger bei dem Beklagten einen Antrag auf

BeschÃ¤digungsversorgung nach dem BVG. Dabei gab er als KÃ¶rperschÃ¤den, fÃ¼r die die Versorgung beantragt werde, an: Verletzung gesamte linke Seite durch Granatsplitter.

In den von dem Beklagten daraufhin von der Deutschen Dienststelle fÃ¼r die Benachrichtigung der nÃ¤chsten AngehÃ¶rigen von Gefallenen der ehemaligen Deutschen Wehrmacht (Deutsche Dienststelle) eingeholten Unterlagen ist unter dem 27. August 1943 eine Granatsplitterverletzung beider Arme und Beine erwÃ¤hnt. Einem Antrag des KlÃ¤gers vom 16. Oktober 1953 auf Ausstellung eines SchwerbeschÃ¤digtenausweises wurde am 17. Oktober 1953 stattgegeben. Auf der RÃ¼ckseite des Antragsformulars befindet sich eine Eintragung des Krankenhauses â Poliklinik M â¦, AmtsÃ¤rztliche Untersuchung, vom 16. Oktober 1953 mit der Diagnose: Beschwerden nach Kopfverletzung mit einer EM 50 %. Von Dr. Sch â¦, Facharzt fÃ¼r Allgemeinmedizin in G â¦, lieÃ der Beklagte ein hausÃ¤rztliches Gutachten erstellen. In seinem Gutachten vom 11. Oktober 1994 fÃ¼hrte er aus, im Bereich des linken Ellenbogengelenkes lÃ¤gen multiple Narben auf der Beuge- und Streckseite vor, Muskelatrophien im Bereich des unteren Bizepsabschnittes und im oberen Anteil der Unterarmstrecker, Ellenbogengelenk erscheine dadurch kolbig aufgetrieben, Streckung nur bis 170 Grad mÃ¶glich, Beugung normal. Es seien mehrere Narben auf der Dorsal- und Volarseite des linken Handgelenkes vorhanden, Beugung und Streckung normal, Radialabduktion etwas eingeschrÃ¤nkt. Supination der linken Hand sei nicht voll mÃ¶glich, wohl als Folge einer SchÃ¤digung des radioulnaren Gelenkes im Ellenbogenbereich. Im linken HÃ¼ftbereich seien zwei groÃe, flÃ¤chenhafte, tief eingezogene Narben am Ansatz des seitlichen Quatriceps-Kopfes sowie zwei tiefe Narben in der Adduktorengruppe links. Die Abduktion sei nur bis 30 Grad mÃ¶glich, Rotation vÃ¶llig aufgehoben. Beugung sei nur bis 60 Grad mÃ¶glich. Es fÃ¤nden sich multiple oberflÃ¤chlich liegende Splitter im seitlichen Bereich des linken Kniegelenkes ohne wesentliche FunktionseinschrÃ¤nkungen. Der KlÃ¤ger habe angegeben, nach der Kriegsverletzung habe fÃ¼r lÃ¤ngere Zeit eine BelastungsschwÃ¤che des linken HÃ¼ftgelenkes bestanden, die dazu gefÃ¼hrt habe, dass er den Beruf als MÃ¶beltischler habe aufgeben mÃ¼ssen. Seit 1953 habe er nur noch als technischer Angestellter tÃ¤tig sein kÃ¶nnen. Als Dauerdiagnosen lÃ¤gen vor: muliple Granatsplitterverletzung der linken KÃ¶rperseite mit FunktionseinschrÃ¤nkung vor allem im linken Ellenbogen-, Hand- und HÃ¼ftbereich, ein Harnblasenkarzinom-Tumor nach transvesikaler Tumorabtragung am 04. MÃ¤rz 1988; rezidivierendes lumbales Lokalsyndrom bei erheblich degenerativen LWS-VerÃ¤nderungen, sekundÃ¤re Coxarthrose links grÃ¶Ãer als rechts bei Zustand nach Granatsplitterverletzung im Kriege, Prostatakarzinom Grad II mit rezidivierender Epididymitis; ein Angina pectoris Syndrom bei koronarer Herzkrankheit, eine Hyperhidrosis, ein Lichen ruber exanthematicus, HyperurikÃ¤mie, ein Rezidiv des Harnblasen-Karzinoms; eine Osteoporose; erhebliche statische WirbelsÃ¤ulenbeschwerden bei teilfixiertem osteoportischen RundrÃ¼cken und fischwirbelartiger Deformierung des 10. BrustwirbelkÃ¶rpers, eine Thoraxprellung links, eine Interkostalneuralgie sowie eine gastritische Reizung. Beim RÃ¶ntgen des SchÃ¤dels in zwei Ebenen sei rÃ¶ntgenologisch kein pathologischer Befund festgestellt worden, insbesondere kein Nachweis metalldichter FremdkÃ¶rper. Im linken Kniegelenk seien multiple kleinste,

metalldichte FremdkÃ¶rper in den gelenknahen Weichteilen des Ober- und Unterschenkels zu sehen, im Kniegelenksbereich lediglich eine diskrete Ausziehung der Eminentia intercondyl. im Sinne einer diskreten Gonarthrose. Dr. Michler, Ãrztlicher Dienst des Beklagten, fÃ¼hrte unter dem 29. November 1994 u.a. aus, Knochenverletzungen lÃ¤gen nicht vor. Die Granatsplitter lÃ¤gen nicht in den Gelenken bzw. in GelenknÃ¤he. Bewegungsbehinderungen in den Gelenken der linken KÃ¶rperhÃ¤lfte seien nicht durch Granatsplitterverletzungen bedingt. Die RÃ¶ntgenaufnahmen beschrieben nur degenerative VerÃ¤nderungen. Die Funktionsbehinderungen seien durch biologische VerschleiÃerscheinungen bedingt und keine SchÃ¤digungsfolge.

Mit Bescheid vom 11. Januar 1995 erkannte der Beklagte als SchÃ¤digungsfolgen an: "mehrere Weichteilstecksplitter im HÃ¼ftbereich links, im Oberschenkel und Unterschenkel links und linken Ober- und Unterarm" sowie "mehrere Narben im linken Ellenbogenbereich, im linken Handgelenkbereich und linken HÃ¼ft-Oberschenkelbereich nach Granatsplitterverletzung". Durch diese SchÃ¤digungsfolgen werde eine MdE von 25 v. H. nicht erreicht. Eine Rente nach dem BVG stehe dem KlÃ¤ger daher nicht zu. Nach Art und Umfang der anerkannten SchÃ¤digungsfolgen und dem beruflichen Werdegang liege eine besondere berufliche Betroffenheit nach Â§ 30 Abs. 2 BVG nicht vor.

Dagegen legte der KlÃ¤ger am 01. Februar 1995 Widerspruch ein. Er sei im August 1943 verwundet worden. WÃ¤hrend seines Aufenthalts im Reservelazarett Neisse sei sein linkes Bein vom FuÃ bis zur HÃ¼fte eingegipst worden, ebenso sein linker Arm. Am 19. Oktober 1943 sei er in das Reservelazarett in Lauban verlegt worden. Dort habe er sich vom 21. Oktober 1943 bis 29. November 1944 in Behandlung befunden. Wenn bei ihm nur eine Weichteilverletzung vorgelegen habe, frage er sich, warum diese von August 1943 bis 29. November 1944 habe eingegipst werden mÃ¼ssen. Ein dreimaliger Anlauf, seinen Beruf als Tischler auszufÃ¼hren, sei gescheitert, da die Arbeit fÃ¼r ihn zu schwer gewesen sei. Er habe gezwungenermaÃen eine Arbeit im BÃ¼ro annehmen mÃ¼ssen, bei der er natÃ¼rlich viel weniger verdient habe als in seinem Beruf. WÃ¤hrend des Widerspruchsverfahrens gab der KlÃ¤ger am 13. September 1995 an, er habe erfolgreich eine Lehre als MÃ¶beltischler im Jahr 1938 abgeschlossen. Diese TÃ¤tigkeit habe er bis Ende 1938 ausgeÃ¼bt. Von 1939 bis Februar 1940 sei er im Arbeitsdienst gewesen, vom Februar 1940 bis Januar 1945 beim MilitÃ¤r, vom Januar 1945 bis Februar 1949 in Kriegsgefangenschaft, vom MÃ¤rz 1949 bis Oktober 1950 sei er als Tischler bei der Firma G â¦ E â¦ V â¦ vom Oktober 1950 bis MÃ¤rz 1953 als Tischler bei der Firma H â¦ W â¦, vom MÃ¤rz 1953 bis Februar 1954 als Tischler bei der Firma W â¦ G â¦ und vom MÃ¤rz 1954 bis Juli 1984 als Disponent bei der Firma W â¦ G â¦ beschÃ¤ftigt gewesen. Der Verdienst als Tischler wÃ¤re bedeutend hÃ¶her gewesen als der als Disponent. Aufgrund seiner Kriegsverwundung habe er den Beruf als Tischler nicht mehr ausfÃ¼hren kÃ¶nnen, da die linke KÃ¶rperseite am meisten beansprucht worden sei (starke Schmerzen).

Dem Widerspruch des KlÃ¤gers gegen den Bescheid vom 11. Januar 1995 wurde mit Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 02. Januar 1996 insoweit abgeholfen, als folgende SchÃ¤digungsfolgen anerkannt wurden: "BewegungseinschrÃ¤nkung von

Ellenbogengelenk links und Unterarmdrehbeweglichkeit links; mehrere Weichteilstecksplitter im HÃ¼ftbereich links, im Oberschenkel und Unterschenkel links und linken Ober- und Unterarm; mehrere Narben im linken Ellenbogenbereich, im linken Handgelenkbereich und linken HÃ¼ft- und Oberschenkelbereich nach Granatsplitterverletzung". Im Ãbrigen wurde der Widerspruch zurÃ¼ckgewiesen. Die MdE verbleibe bei kleiner als 25 v. H. Die SchÃ¤digungsfolgen und die MdE seien in Ãbereinstimmung mit den Anhaltspunkten fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht nach Â§ 30 Abs. 1 und 2 BVG sowie den dazu ergangenen Verwaltungsvorschriften vollstÃ¤ndig erfasst und mit einer MdE unter 25 v. H. richtig bewertet worden. FrÃ¼here, vor der Vereinigung zum Grad des KÃ¶rperschadens bzw. zur MdE getroffene EinschÃ¤tzungen beruhten auf dem damals anzuwendenden BewertungsmaÃstab und seien fÃ¼r das Verfahren nach dem BVG nicht bindend. Der SchwerbeschÃ¤digtenausweis der DDR habe sich auf eine Kopfverletzung bezogen, diese sei als Kriegsverletzung nicht geltend gemacht worden und sei auch nicht belegt. Die gesetzlich normierten Anspruchsvoraussetzungen seien nicht erfÃ¼llt. Rente nach dem BVG stehe dem KlÃ¤ger daher nicht zu.

Der KlÃ¤ger erhob am 29. Januar 1996 beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage. WÃ¤hrend des Klageverfahrens hat der KlÃ¤ger eine "BestÃ¤tigung an Eides statt" seiner Schwester H â¦ B â¦ vom 10. April 1996 vorgelegt. Darin bestÃ¤tigte diese, dass sie beim Besuch ihres Bruders in Neisse, im Reservelazarett, im Haus der grauen Schwestern, im September 1943 "mit einem Kopfverband angetroffen habe".

Von Dr. J â¦, Facharzt fÃ¼r OrthopÃ¤die in G â¦, hat das SG ein medizinisches Gutachten auf orthopÃ¤dischem und chirurgischem Fachgebiet erstellen lassen. In seinem Gutachten vom 05. Juni 1997 diagnostizierte er einen 1. Zustand nach Granatsplitterverletzung 1943 mit Weichteilstecksplittern im Bereich der linken oberen und unteren ExtremitÃ¤ten; Teilversteifung des linken Ellenbogen- und Kniegelenkes, 2. posttraumatische Arthrose des linken Handgelenkes mit BewegungseinschrÃ¤nkung nach distaler Radiusfraktur, 3. Pangonarthrose beidseits und 4. statische WirbelsÃ¤ulenbeschwerden bei teilfixiertem, osteoporotischen RundrÃ¼cken und fischwirbelartiger Deformierung des 10. BrustwirbelkÃ¶rpers. Die VerschleiÃerscheinungen im Bereich des rechten Kniegelenkes und des Achsenskeletts stÃ¤nden in keinem Zusammenhang mit SchÃ¤digungen wÃ¤hrend des Krieges bzw. der Gefangenschaft. Auch die VerÃ¤nderungen im linken Kniegelenk seien sicherlich nicht ausschlieÃlich auf die Granatsplitterverletzung zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Die Weichteilstecksplitter im Bereich der oberen und unteren ExtremitÃ¤ten hÃ¤tten zu narbigen VerÃ¤nderungen gefÃ¼hrt, die auch in den periartikulÃ¤ren Strukturen des linken Ellenbogen- und Kniegelenkes aufgetreten seien. Die dadurch bedingten BewegungseinschrÃ¤nkungen und Fehlbelastungen der betroffenen Gelenke, in Zusammenhang mit einer Fehlfunktion der narbig verÃ¤nderten Muskeln, hÃ¤tten scheinbar eine verstÃ¤rkte Abnutzung der betroffenen Gelenke provoziert. Die Fraktur des linken Handgelenkes sei ohne wesentliche Fehlstellung ausgeheilt. Trotzdem habe sich auf der Basis eine Arthrose des linken Handgelenkes entwickelt. Durch die genannten VerÃ¤nderungen sei die Beweglichkeit und Belastbarkeit des linken Armes und Beines deutlich

eingeschrÃ¤nkt. Insbesondere wÃ¤hrend der BerufstÃ¤tigkeit des KlÃ¤gers hÃ¤tten Arbeiten, die mit schwerem Heben und Tragen verbunden gewesen seien, nicht mehr ohne grÃ¶ÃÃere Beschwerden verrichet werden kÃ¶nnen. Bei den SchÃ¤digungsfolgen in den Bescheiden vom 11. Januar 1995 und 02. Januar 1996 sei die BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Hand- und Kniegelenkes auÃÃer Acht gelassen worden. Die Lokalisation der Weichteilstecksplitter sowie die BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Ellenbogengelenkes seien ordnungsgemÃ¤ÃÃ angegeben worden. Die weiteren GesundheitsstÃ¶rungen seien wie folgt zu bezeichnen: BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes nach distaler Radiusfraktur wÃ¤hrend der Gefangenschaft sowie BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Kniegelenkes. Die MdE sei fÃ¼r sÃ¤mtliche SchÃ¤digungsfolgen unter BerÃ¼cksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen mit 30 v. H. einzuschÃ¤tzen. Im Gutachten Dr. Sch â¦ vom 08. Oktober 1994 sei keine BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Kniegelenkes beschrieben worden. Offensichtlich habe sich die Beweglichkeit seit diesem Zeitpunkt erheblich verschlechtert. Verletzungsbedingte BewegungseinschrÃ¤nkungen des linken Handgelenkes seien in diesem Gutachten nicht berÃ¼cksichtigt worden. Durch die genannten Verletzungen habe der KlÃ¤ger nach dem Krieg und der Gefangenschaft seinen erlernten Beruf als Tischler nicht mehr ausÃ¼ben kÃ¶nnen, insbesondere seien damit finanzielle EinbuÃÃen verbunden gewesen.

Daraufhin erwiderte der Beklagte unter Vorlage einer versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme von Dr. T â¦ vom 30. Juli 1997. Es bestehe eine leichte Streckbehinderung im linken Ellenbogengelenk, eine EinschrÃ¤nkung der Unterarmdrehbeweglichkeit links liege allerdings nicht vor. Der Faustschluss beidseits werde als komplett und krÃ¤ftig beschrieben. Die Anhaltspunkte 1996 sÃ¤hen hierfÃ¼r eine MdE-Messbreite zwischen 0 bis 10 vor. Bisher noch nicht beschrieben worden sei eine EinschrÃ¤nkung der Handgelenksbeweglichkeit links bei posttraumatischer Arthrose. Nach den Anhaltspunkten ergebe sich hier ebenfalls eine MdE von 0 bis 10. Der Gutachter stelle eine deutliche BewegungseinschrÃ¤nkung im linken Kniegelenk fest und sei der Auffassung, dass ursÃ¤chlich dafÃ¼r die Granatsplitter im Weichteilbereich verantwortlich zu machen seien, dies werde ausdrÃ¼cklich bestritten, da eine Pangonarthrose beidseits vorliege, wobei die Granatsplitter ursÃ¤chlich nicht verantwortlich gemacht werden kÃ¶nnten. Auch die ambulant durchgefÃ¼hrte RÃ¶ntgentiefenbestrahlung beider Kniegelenke spreche fÃ¼r eine degenerative Genese, auch die vom Gutachter in den letzten beiden Jahren vermutete Verschlechterung sei damit zu erklÃ¤ren, denn es sei nicht einzusehen, dass Granatsplitter, die mehr als 50 Jahre im Gewebe lÃ¤gen, fÃ¼r eine plÃ¶tzliche Verschlechterung der Gelenkfunktion verantwortlich zu machen seien, auch in den Unterlagen gÃ¤be es diesbezÃ¼glich keine zusÃ¤tzlichen medizinischen Befunde. Aus versorgungsÃ¤rztlicher Sicht erreiche die Einstufung der MdE nach wie vor 25 v. H. nicht.

In einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 10. September 1997 fÃ¼hrte Dr. J â¦ aus, die FunktionsstÃ¶rungen im linken Ellenbogen und Handgelenk seien ausreichend gewÃ¼rdigt worden. Was die VerÃ¤nderungen im linken Kniegelenk angehe, mÃ¼sse zunÃ¤chst festgestellt werden, dass er in seinem Gutachten nicht

behauptet habe, dass die Pangonarthrose links allein durch die Granatsplitterverletzung hervorgerufen worden sei. Er sei jedoch davon ausgegangen, dass durch die WeichteilschÃ¤den ein rascheres Fortschreiten der degenerativen VerÃ¤nderungen begÃ¼nstigt worden sei. Die Abnutzung sei in beiden Kniegelenken zu finden. Mit welcher sonstigen BegrÃ¼ndung sollte gerade das linke Kniegelenk wesentlich stÃ¤rker betroffen sein. Es sei auch nicht logisch zu begrÃ¼nden, warum die Granatsplitterverletzungen im Bereich des linken Ellenbogens anerkannt wÃ¼rden und im Bereich des linken Kniegelenks zu keinerlei SchÃ¤den gefÃ¼hrt haben sollten. Die Gelenkfunktion des linken Kniegelenkes habe sich auch nicht plÃ¶tzlich verschlechtert, sie sei scheinbar nur in den vorausgegangenen Stellungnahmen unzureichend gewÃ¼rdigt worden. Es sei natÃ¼rlich richtig, dass nicht die gesamte Abnutzung des linken Kniegelenkes als Folge der Kriegsverletzung anzusehen sei. Eine gewisse BegÃ¼nstigung sei jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Aus diesem Grunde mÃ¼sse im Hinblick auf sÃ¤mtliche SchÃ¤digungsfolgen die Abnutzung des linken Kniegelenkes zumindest teilweise angerechnet werden. Deshalb halte er die in seinem Gutachten genannte MdE von 30 v. H. fÃ¼r gerechtfertigt.

Mit Urteil vom 15. Mai 1998 hat das SG den Bescheid vom 11. Januar 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02. Januar 1996 abgeÃ¤ndert und den Beklagten verurteilt, als weitere SchÃ¤digungsfolge nach dem BVG eine BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes und des linken Kniegelenkes festzustellen und dem KlÃ¤ger eine BeschÃ¤digtenversorgung nach dem BVG nach einer MdE von 30 v. H. zu gewÃ¤hren. Der KlÃ¤ger gehÃ¶re dem Grunde nach zu dem berechtigten Personenkreis nach dem BVG. Ausweislich der Unterlagen der Deutschen Dienststelle habe er durch Granatsplitter im August 1943 eine SchÃ¤digung im Sinne des BVG erlitten. Der Beklagte habe daher insoweit zutreffend die in dem Bescheid vom 11. Januar 1995 genannten GesundheitsstÃ¶rungen als SchÃ¤digungsfolge nach dem BVG festgestellt. Der KlÃ¤ger habe darÃ¼ber hinaus aber auch Anspruch auf Anerkennung von BewegungseinschrÃ¤nkungen des linken Handgelenkes und des linken Kniegelenkes als weitere SchÃ¤digungsfolge nach dem BVG. Dies stehe zur Ãberzeugung des Gerichts nach dem Ergebnis der durchgefÃ¼hrten Beweisaufnahme fest. Die Kammer schlieÃe sich den gutachterlichen AusfÃ¼hrungen des gerichtlich bestellten SachverstÃ¤ndigen Dr. J â¦ an. Danach sei die bei dem KlÃ¤ger vorliegende BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes als weitere SchÃ¤digungsfolge nach dem BVG festzustellen. DarÃ¼ber hinaus stelle aber auch die BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Kniegelenkes eine weitere SchÃ¤digungsfolge nach dem BVG dar. Nach Ansicht der Kammer stehe die Verletzung des linken Kniegelenkes durch Granatsplitter mindestens gleichwertig zu der weiteren, die BewegungseinschrÃ¤nkung hervorrufende Mitursache der schÃ¤digungsunabhÃ¤ngigen, degenerativen VerÃ¤nderungen. Insoweit sei es mit den AusfÃ¼hrungen von Dr. J â¦ gerade nachvollziehbar, dass die wesentlich stÃ¤rkeren BewegungseinschrÃ¤nkungen des linken Kniegelenkes im VerhÃ¤ltnis zu den geringeren BewegungseinschrÃ¤nkungen des rechten Kniegelenkes bei im Ãbrigen gleicher pathogenetischer, degenerativer Verursachung ihre wesentliche Mitursache in der kriegsbedingten Granatsplitterverletzung fÃ¤nden. Die Kammer halte es daher mit

den AusfÃ¼hrungen von Dr. J â¦ fÃ¼r zutreffend, die Granatsplitterverletzung als zumindest wesentliche Mitursache fÃ¼r die BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Kniegelenkes anzuerkennen. Danach sei auch die BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Kniegelenkes als weitere SchÃ¤digungsfolge nach dem BVG festzustellen. Unter BerÃ¼cksichtigung dieser weiter anzuerkennenden SchÃ¤digungsfolgen habe der KlÃ¤ger auch Anspruch auf GewÃ¤hrung einer BeschÃ¤digtenversorgung nach einer MdE von 30 v. H. Die BewegungseinschrÃ¤nkung des Handgelenkes links kÃ¶nne mit einer MdE zwischen 0 bis 10 eingeschÃ¤tzt werden, hinsichtlich der EinschrÃ¤nkung der Kniegelenksbeweglichkeit links sei von einer Teil-MdE von 30 v. H. auszugehen. DemgegenÃ¼ber fÃ¼hrten die bereits in dem Bescheid vom 11. Januar 1995 anerkannten SchÃ¤digungsfolgen zu keiner weiteren ErhÃ¶hung der MdE. FÃ¼r alle SchÃ¤digungsfolgen zusammen sei ein Gesamt-MdE-Wert von 30 v. H. festzustellen gewesen, welcher auch die HÃ¶he der dem KlÃ¤ger nach Â§ 31 Abs. 1 BVG zu gewÃ¤hrenden BeschÃ¤digtenversorgung bestimme.

Gegen das dem Beklagten am 08. Juli 1998 zugestellte Urteil hat dieser am 28. Juli 1998 beim SÃ¤chsischen Landessozialgericht Berufung eingelegt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Beiziehung von Unterlagen vom StÃ¤dtischen Klinikum G â¦, von der Stadtverwaltung G â¦ â Gesundheitsamt -. Er hat die Verwaltungsakte Ã¼ber den KlÃ¤ger von der Bundesversicherungsanstalt fÃ¼r Angestellte in Berlin beigezogen und eine Auskunft von der AOK Sachsen eingeholt.

Von Dr. Sch â¦, Facharzt fÃ¼r OrthopÃ¤die/Chirotherapie in B â¦, hat der Senat ein orthopÃ¤disches Fachgutachten erstellen lassen. In seinem Gutachten vom 17. November 1999 hat der Gutachter unter anderem ausgefÃ¼hrt, beim KlÃ¤ger lÃ¤gen folgende GesundheitsstÃ¶rungen seit 01. Januar 1991 vor: â ausgedehnte flÃ¤chenhafte Narben in der Umgebung des linken Ellenbogens, Einziehung und Schwund des Gewebes Ã¼ber dem Nervus ulnaris, â BewegungseinschrÃ¤nkung bei Arthrose linker Ellenbogen, â Narben Ã¼ber Handgelenk und Deformierung des UlnarkÃ¶pfchens mit BewegungseinschrÃ¤nkung im Handgelenk, â multiple Narben linker Oberschenkel (besonders HÃ¼ftregion mit Gewebsschwund und Verklebung mit Faszie), Knie und Unterschenkel, vereinzelt auch rechtes Knie, â multiple Metallsplitter in der Region des linken Handgelenkes, linker Unterarm, Ellenbogen, Oberarm, linke HÃ¼fte, Oberschenkel, Knie und Unterschenkel, einzelne Metallsplitter rechte Thorax- wand und rechtes Knie, â rÃ¶ntgenologisch 1988 linksseitge mediale und subpatellare Zeichen einer Arthrose, rechts bei akutem Reizknie, Verdacht auf subchondrale Strukturauflockerung, noch keine Arthrose, â statische WirbelsÃ¤ulenbeschwerden bei osteoporotischem fixierten RundrÃ¼cken, â Gonarthrose rechts, â HÃ¼ftgelenksarthrose rechts stÃ¤rker als links. Die SchÃ¤digungsfolgen, die am 11. Januar 1995 anerkannt worden seien, seien richtig, aber nicht vollstÃ¤ndig. Sie seien am 02. Januar 1996 ergÃ¤nzt worden mit der Anerkennung der BewegungseinschrÃ¤nkung im linken Ellenbogengelenk einschlieÃlich Drehbewegung. Eine VollstÃ¤ndigkeit sei damit nicht erzielt worden. Weitere GesundheitsstÃ¶rungen durch die SchÃ¤den der Auswirkungen des Krieges seien bereits vorhanden gewesen: traumatische Deformierung des linken Handgelenkes mit BewegungseinschrÃ¤nkung sowie Narbenreizung des Nervus ulnaris am linken Ellenbogen mit Paraesthesien. Es

lÃ¤gen Zeichen einer medialen und Retropatellararthrose des linken Knies â□□ rechts 1988 nicht nachweisbar, vor, vermutlich verursacht durch mehrere Splitter im Band und Streckmuskel des Kniegelenkes. Durch die bereits anerkannten SchÃ¤digungen und die genannten nicht erfassten StÃ¶rungen sei es zu einer weiteren Behinderung gekommen. Durch die schmerzhafte EinschrÃ¤nkung in Bewegung und Belastbarkeit des linken Armes im Ellenbogen und Handgelenk sei es zu einer Atrophie der linken Schultermuskulatur und inzwischen zu einer stÃ¤rkeren BewegungseinschrÃ¤nkung im Schultergelenk gekommen. Des Weiteren habe sich die Beweglichkeit des linken Ellenbogens weiter verschlechtert. Die im Urteil vom 15. Mai 1998 aufgefÃ¼hrten Diagnosen, die sich auf das Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Dr. J â□¦ vom 05. Juni 1997 und seine ergÃ¤nzenden ErlÃ¤uterungen vom 10. September 1997 stÃ¼tzten und als Folge der Granatsplitterverletzung anerkannt worden seien, seien unmittelbare Folgen der SchÃ¤digungen am Ellebogengelenk, Handgelenk, Narben mit Reizung des Nervus ulnaris links, Narben am linken Oberschenkel mit BeeintrÃ¤chtigung der Kniestreckmuskulatur und den multiplen Metallsplittern vorwiegend im linken Arm und Bein. Die BewegungseinschrÃ¤nkung am linken Kniegelenk sei SekundÃ¤rfolge der Verletzungen. Bereits 1988 sei die Arthrose im linken Kniegelenk nachweisbar gewesen, rechts seien 1988 Zeichen einer aktuen Erkrankung erkennbar gewesen, weshalb sich der KlÃ¤ger auch Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum in Ã¤rztlicher Behandlung befunden habe einschlieÃ□lich Punktion eines Ergusses. Die Arthrose des rechten Kniegelenkes habe sich erst nach dieser akuten Erkrankung entwickelt. Damit sei belegt, dass die Arthrose des linken Kniegelenkes frÃ¼her entstanden sei, bedingt durch die muskulÃ¤re Fehlfunktion durch Splitter im Streckmuskel und schmerzhafte Narbenverziehung am Streckmuskel. Die Ursachen der BewegungseinschrÃ¤nkung seien damit eindeutig als Folge der SchÃ¤digung belegt. Am stÃ¤rker belasteten rechten Schultergelenk bestehe dieses Krankheitsbild nicht und hÃ¤tte bei einem Altersleiden dort zuerst auftreten mÃ¼ssen. Die Atrophie der Schultermuskulatur sei durch die schmerzhaft verminderte Belastbarkeit des linken Armes durch die Verletzungen entstanden, als deren Folge habe sich die Schultersteife entwickelt. Die kausale Kette sei damit vorhanden und belegt. Die Granatsplitterverletzung von 1943 sei alleinige Ursache fÃ¼r alle GesundheitsstÃ¶rungen am linken Arm: BewegungseinschrÃ¤nkung und Arthrose linker Ellenbogen, BewegungseinschrÃ¤nkung linkes Handgelenk, Nervus ulnaris-Reizung links durch Narbe am Ellenbogen, multiple weitere Narben und Metallsplitter im linken Ober- und Unterarm sowie Atrophie und BewegungseinschrÃ¤nkung der linken Schulter. Die BewegungseinschrÃ¤nkung am linken Kniegelenk sei ebenfalls Folge der Verletzung von 1943. Die GesundheitsstÃ¶rung an der WirbelsÃ¤ule, an beiden HÃ¼ftgelenken und am rechten Knie sei nicht Folge der Verletzung. Die StÃ¶rungen der WirbelsÃ¤ule seien durch Entkalkung und durch Abnutzung durch Fehlbelastung (RundrÃ¼cken) entstanden und seien deshalb Altersleiden. Die Arthrose der HÃ¼ftgelenke habe sich nach einer VorschÃ¤digung im Kindesalter (HÃ¼ftkopfgleiten beidseits) entwickelt. Die Arthrose des rechten Kniegelenkes habe sich nach einer akuten entzÃ¼ndlichen Erkrankung 1988 aufgebaut. Inzwischen mÃ¼sse durch die FolgeschÃ¤digung der linken Schulter der Gesamtschaden auf 40 % erhÃ¶ht werden.

Der Beklagte hat daraufhin versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahmen von SR BrÃ¼mmer vom 05. Januar 2000 und 06. MÃ¤rz 2000 vorgelegt. In seinen versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahmen hat sich SR B â¦ dahingehend geÃ¤uÃert, betrachte man die Angaben zum Jahr 1988 hÃ¤tten damals bereits rÃ¶ntgenologisch Zeichen einer Arthrose bestanden, wobei bei einem akuten Reizknie, und das sei relativ hÃ¤ufig bei degenerativen Leiden, ebenfalls der Verdacht auf subchondrale Strukturauflockerung geÃ¤uÃert worden sei. Ein akuter Gelenkerguss verursache zu diesem Zeitpunkt keine rÃ¶ntgenologischen VerÃ¤nderungen an der Knochensubstanz, dazu bedÃ¼rfe es eines gewissen Zeitfaktors. Insofern sei die Aussage des SachverstÃ¤ndigen, damals sei der Befund fÃ¼r das rechte Knie fehlgedeutet worden, nicht korrekt. BezÃ¼glich der Aussage der Funktion des linken Schultergelenkes sei angemerkt, dass es zwar dem orthopÃ¤dischen Sprachgebrauch entspreche, dass eine Schultersteife vorlÃ¤ge, dieser Begriff sei allerdings nicht mit Versteifung im Begutachtungswesen zu verwechseln, immerhin seien die BeweglichkeitsausschlÃ¤ge fÃ¼r das linke Schultergelenk vom SachverstÃ¤ndigen deutlich genannt und entsprÃ¤chen nicht einer Versteifung. In der doch umfangreichen orthopÃ¤dischen Literatur gÃ¤be es keinerlei Hinweise dafÃ¼r, dass degenerative Gelenkleiden generell in gleicher AusprÃ¤gung links bzw. rechts vorliegen mÃ¼ssten. Im Umkehrschluss bedeutete dies, dass bei endoprothetischem Ersatz die Befunde gleichseitig vorliegen und demzufolge auch in kÃ¼rzesten AbstÃ¤nden diese Operationen durchgefÃ¼hrt wÃ¼rden. Der beidseitige Gelenkersatz bei degenerativen Gelenkleiden sei eine Seltenheit. Keinesfalls sei widerlegt, dass keine altersbedingte Arthrose in den Kniegelenken vorgelegen habe. Hier liege ein allgemeines degeneratives Gelenkleiden vor, wofÃ¼r auch die rÃ¶ntgenologischen VerÃ¤nderungen an den HÃ¼ftgelenken spreche. Das linksseitige Kniegelenksleiden sei nicht auf die Weichteilverletzung im linken Oberschenkel zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Betrachte man die Funktionsangaben bezÃ¼glich der Kniegelenke, kÃ¶nne man davon ausgehen, dass eine relativ gute Beweglichkeit bei doch fortgeschrittenem Lebensalter bestehe. Erstaunlich sei, dass in diesem Lebensalter der Bandapparat intakt sei und dass, obwohl eine X-Bein-Stellung bestehe, die allerdings nicht im Entferntesten durch Metallsplitter in den Weichteilen verursacht worden sein kÃ¶nne. Bei einer Weichteilverletzung habe es sich dann um eine so schwerwiegende Stellung handeln mÃ¼ssen, dass der Bandapparat verletzt wÃ¼rde und dadurch die Valgus-Stellung eintrÃ¤te. Bei einem festen Bandapparat sei das nicht denkbar. Mit Verwunderung werde zur Kenntnis genommen, dass Muskeleigenreflexe der oberen und unteren ExtremitÃ¤ten positiv und seitengleich gewesen seien, kein SensibilitÃ¤tsausfall der oberen und unteren ExtremitÃ¤ten vorgelegen habe. Eine messbare Seitendifferenz in der Muskelkraft habe ebenfalls nicht festgestellt werden kÃ¶nnen, denn immerhin werde im Befund im Gutachten darauf verwiesen, in Bezug auf beide HÃ¤nde: grobe Kraft deutlich vermindert. Warum solle gerade eine geschÃ¤digte ExtremitÃ¤t kraftgemindert sein und gleichermaÃen die nichtgeschÃ¤digte.

In ergÃ¤nzenden Stellungnahmen vom 29. MÃ¤rz 2000 und 03. Mai 2000 fÃ¼hrte Dr. Sch â¦ aus, der deutliche Unterschied in der Beweglichkeit zwischen der Begutachtung am 05. Juni 1997 und 17. November 1999 entstehe durch den unterschiedlichen Reizzustand der Kniestreckmuskulatur. Entscheidend fÃ¼r die

wechselnde Beugehemmung im linken Knie sei bei dem KlÃ¤ger der Reizzustand der Muskulatur durch die BeeintrÃ¤chtigung der Narben und die Metallsplitter in der Muskulatur. Dieser sei wiederum stark von der Belastung des linken Beines abhÃ¤ngig. Die X-Bein-Stellung sei nicht Folge der Arthrose, sondern des Schienenbeinkopfbruches. Entscheidend sei, dass durch die BeeintrÃ¤chtigung der linksseitigen Kniemuskulatur und die Arthrose im Knie das linke Knie in der Belastbarkeit stark eingeschrÃ¤nkt sei. Hinsichtlich des rechten Knies liege beim KlÃ¤ger kein allgemeines degeneratives Gelenkleiden vor. Die Arthrosen der HÃ¼ftgelenke seien keine Altersarthrosen. Im Laufe des Lebens bis zum 76. Lebensjahr habe sich rechtsseitig eine leichte Arthrose entwickelt mit Kragenwulst am HÃ¼ftkopf und leichter Gelenkspaltverschmâlerung. Diese Beweglichkeit sei kaum eingeschrÃ¤nkt. Links sei es bei der "praearthrotischen DeformitÃ¤t" des Jugendalters geblieben. Dass das BewegungsausmaÃ□ der linken HÃ¼fte geringer als rechts sei, sei Folge der StÃ¶rung des linken Kniegelenkes einschlieÃ□lich der geschÃ¤digten Muskulatur, die HÃ¼ft- und Kniegelenk bewege. Die BewegungseinschrÃ¤nkung der linken HÃ¼fte sei mit der Beweis, dass die MuskelschÃ¤digung am linken Oberschenkel fÃ¼r den Gesamtschaden am linken Bein von groÃ□er Bedeutung sei, nicht nur die Arthrose des linken Kniegelenkes. Die starke BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Kniegelenkes bei der Begutachtung am 05. Juni 1997 sei als Ausdruck der SchÃ¤digung bzw. Reizung der Muskulatur gewÃ¼rdigt worden, nicht als Folge der Arthrose. Die gewÃ¼nschte Teil-MdE fÃ¼r die "BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Kniegelenkes am 12. November 1999" dÃ¼rfte fÃ¼r die Gesamtbeurteilung kaum von Bedeutung sein. Die BeeintrÃ¤chtigung des Musk. quadrizeps, der die BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Kniegelenks und der linken HÃ¼fte wesentlich beeinflusse, wÃ¼rde bei der isolierten Betrachtungsweise der momentanen Beweglichkeit des Kniegelenks keine WÃ¼rdigung finden. Die Teil-MdE des linken Kniegelenks mit SchÃ¤digung des Kniestreckmuskels betrage 10 %.

Der Beklagte ist unter Vorlage verschiedener versorgungsÃ¤rztlicher Stellungnahmen der Ansicht, die festgestellte BewegungseinschrÃ¤nkung im linken Kniegelenk sei nicht ursÃ¤chlich auf die Granatsplitter im Weichteilbereich des linken Beines zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Es sei von einem allgemeinen degenerativen Gelenkleiden auszugehen, welches hinsichtlich des HÃ¼ftgelenkes links und der Kniegelenke beidseits sowie des Schultergelenkes links und rÃ¶ntgenologisch nachweisbaren degenerativen VerÃ¤nderungen neben einer allgemeinen Osteoporose der WirbelsÃ¤ule vorliege. Eine Leidensverschlimmerung der anerkannten SchÃ¤digungsfolgen bzw. weitere SchÃ¤digungsfolgen kÃ¶nnten nicht anerkannt werden. Nach dem Gutachten Prof. Dr. D â□¦ habe sich als rechtswidrig begÃ¼nstigend die "BewegungseinschrÃ¤nkung der Unterarmdrehbeweglichkeit links" erwiesen, da diese nachweislich nicht vorliege. Eine RÃ¼cknahme komme aber schon aus zeitlichen GrÃ¼nden nicht in Betracht.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 15. Mai 1998 abzuÃ¤ndern und die Klage abzuweisen.

Der im Termin nicht anwesende und nicht vertretene KlÃ¤ger beantragt (sinngemÃ¤Ã),

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Der KlÃ¤ger trÃ¤gt vor, es sei ihm unerklÃ¤rlich, dass er zu DDR-Zeiten 50 % schwerbeschÃ¤digt gewesen sei und jetzt nur noch unter 25 % liegen solle. Er habe 15 Monate im Lazarett gelegen. Dies kÃ¶nne nicht nur wegen einer angeblich "Weichteilverletzung" gewesen sein. AuÃerdem sei sein linker Arm und sein linkes Bein eingegipst gewesen. Von einem Unfallchirurgen sei ihm bestÃ¤tigt worden, dass KnochenbrÃ¼che oder Knochenverletzungen nach 50 Jahren nicht mehr erkennbar seien. Auch sein linkes Ellenbogengelenk und Handgelenk sei durch Granatsplitter beschÃ¤digt worden.

Der Senat hat ferner einen Befundbericht von Dr. Sch â¦ eingeholt (Befundbericht vom September 2000). Ein weiteres orthopÃ¤disches Fachgutachten hat es von Prof. Dr. D â¦, Klinik und Poliklinik fÃ¼r OrthopÃ¤die des UniversitÃ¤tsklinikums C â¦ G â¦ C â¦ an der Technischen UniversitÃ¤t D â¦, erstellen lassen. In seinem Gutachten nach Aktenlage vom 26. Februar 2001 stellte er unter anderem fest, die SchÃ¤digungsfolgen im Bescheid des Beklagten vom 11. Januar 1995 seien seines Erachtens richtig und vollstÃ¤ndig bezeichnet worden, wobei die Frage offen bleibe, ob nicht auch am rechten Arm oder rechten Bein diskrete Narbenbildungen nachweisbar seien, da entsprechend den Verletzungsunterlagen die oberen und unteren ExtremitÃ¤ten beiderseits betroffen gewesen seien. Durch in die ExtremitÃ¤ten eindringende Splitter wÃ¤ren zunÃ¤chst einmal mÃ¶glicherweise direkt knÃ¶cherne oder knorpelige Verletzungen an den Gelenken mÃ¶glich gewesen. Dies hÃ¤tte jedoch bei verletzenden Geschossanteilen in jedem Fall zu eitrigen Arthritiden gefÃ¼hrt und eine eitrige Arthritis hÃ¤tte entsprechend den damaligen BehandlungsmÃ¶glichkeiten ohne Antibiotika zu einer schweren frÃ¼hen postinflammatorischen Arthrose gefÃ¼hrt. Das sei nicht der Fall gewesen, denn 1953 werde bei der Antragstellung auf einen SchwerbeschÃ¤digtenausweis ausschlieÃlich auf die Kopfverletzung hingewiesen, zu der von ihm keine Aussage gemacht werden kÃ¶nne. Auch in den Folgejahren werde nie eine BewegungseinschrÃ¤nkung der Gelenke dokumentiert. Vielmehr sei es erstmals 1988 zu nennenswerten Kniegelenksbeschwerden rechts gekommen, jenem Gelenk also, wo nur ganz diskrete metalldichte Schatten in den Weichteilen nachweisbar seien. Erst durch Dr. J â¦ sei nunmehr die linksseitige Gonarthrose eindeutig dokumentiert worden. Ohne Zweifel habe 1988 entsprechend den vorliegenden RÃ¶ntgenaufnahmen beiderseits eine Retropatellaarthrose etwa gleicher AusprÃ¤gung bestanden. Es entspreche damit durchaus dem typischen Krankheitsverlauf einer Arthrose, dass trotz gleichseitiger annÃ¤hernd analoger gradueller AusprÃ¤gung zunÃ¤chst rechts, auf einer Seite also, die klinisch relevante Aktivierung eingetreten sei. Mit der gleichen BegrÃ¼ndung sei es auch heute nachvollziehbar, dass nunmehr links stÃ¤rkere Beschwerden vorlÃ¤gen, wobei er allerdings ausdrÃ¼cklich hervorheben mÃ¶chte, dass die hochgradig eingeschrÃ¤nkte Bewegung des linken Kniegelenkes entsprechend den RÃ¶ntgenbefunden nicht zwanglos akzeptiert werden kÃ¶nne. Ein sich rÃ¶ntgenologisch im Tibiofemoralbereich unauffÃ¤llig projezierendes Kniegelenk

kÃ¶nne an sich kein derartiges Bewegungsdefizit nach sich ziehen. Eine zweite MÃ¶glichkeit einer BewegungseinschrÃ¤nkung eines Gelenkes durch die im parartikulÃ¤ren Bereich befindlichen Splitter wÃ¤re durch Narbenbildung mÃ¶glich, ebenso durch AdhÃ¤sionen zwischen den Muskelschichten oder im kapsulÃ¤ren Bereich. Auch diese Art der Pathogenese sei auszuschlieÃen, da die Narbenbildung nach einigen Wochen bis Monaten, in diesem Fall auf Grund der verzÃ¶gerten Wundheilung evtl. nach Ã¼ber einem Jahr abgeschlossen sei und dann die BewegungseinschrÃ¤nkung bereits hÃ¤tte nachweisbar sein mÃ¼ssen. Es sei auszuschlieÃen, dass die multiplen in den Weichteilen liegenden Splitter fÃ¼r die Pathogenese der BewegungseinschrÃ¤nkungen und auch fÃ¼r die Pathogenese der Arthrose Bedeutung hÃ¤tten. Eine analoge Aussage sei zur BewegungseinschrÃ¤nkung am linken Ellenbogengelenk zu machen. Auch diese sei nie dokumentiert worden. Es sei bemerkenswert, dass die Armgelenke links allesamt von einer Arthrose betroffen seien. Ein derartiges Verteilungsmuster spreche entweder fÃ¼r eine berufliche Induktion, die aber entsprechend der Berufsanamnese des KlÃ¤gers ausgeschlossen werden kÃ¶nne, oder aber fÃ¼r eine genuine schicksalhafte Entstehungsweise. Keinesfalls seien auch hier die in den Weichteilen liegenden Metallsplitter verantwortlich zu machen. Inwieweit die distale Radiusfraktur, die in franzÃ¶sischer Kriegsgefangenschaft erlitten worden sei, eine Bedeutung fÃ¼r die BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes gewonnen habe, kÃ¶nne nicht mit Sicherheit ausgesagt werden. In jedem Fall stehe fest, dass keine bedeutsame Achsabweichung aus der Fraktur resultiere. Im Bereiche des Handgelenkes sei als Normvariante aber schadensfolgenunabhÃ¤ngig eine Minusvariante der Ulna festzustellen. Dies fÃ¼hre zu einer relativen Ãberbelastung des Radiocarpalbereiches des Handgelenkes und sei mÃ¶glicherweise eine ErklÃ¤rung fÃ¼r die HandgelenksbewegungseinschrÃ¤nkung links. Bemerkenswert auch fÃ¼r die BewegungseinschrÃ¤nkung an den linken oberen ExtremitÃ¤ten sei jedoch, dass jahrezehntelang trotz Untersuchungen durch Chirurgen, OrthopÃ¤den und Ãrzten, BewegungseinschrÃ¤nkung an den Armgelenken festgestellt worden sei, so dass jede zeitliche BrÃ¼ckensymptomatik negiert werden kÃ¶nne. Der Argumentation im Gutachten Dr. J â¦ kÃ¶nne nicht gefolgt werden. Ein Beleg dafÃ¼r sei u.a. auch, wie zuerst 1988 chirurgisch dokumentiert worden sei, die am rechten Kniegelenk aufgetretene Schmerzsymptomatik. Er bezweifele auÃerdem entsprechend den vorliegenden RÃ¶ntgenbildern von 1987 aus der Praxis Dr. J â¦, dass am linken Kniegelenk tatsÃ¤chlich eine derartig gravierende BewegungseinschrÃ¤nkung vorliege. Die Granatsplitterverletzung habe zu multiplen Narben im Ellenbogen-, Hand-, HÃ¼ft-, Oberschenkel- und Kniebereich gefÃ¼hrt, wobei multiple punktuelle bis ovalÃ¤re Splitter noch in den Weichteilen lÃ¤gen. Weitere GesundheitsstÃ¶rungen resultierten jedoch daraus nicht. Bei den beschriebenen BewegungseinschrÃ¤nkungen bzw. Arthrosen handele es sich um schicksalhafte Erkrankungsprozesse, die, wie am Kniegelenk, auch im Laufe der Erkrankung sich eindeutig als doppelseitig erwiesen hÃ¤tten bzw. im Bereich der Ellenbogen- und Handgelenke sich auf mutiple Gelenke erstreckten. Es handele sich eindeutig um altersbedingte und degenerative VerÃ¤nderungen, die erstmals am rechten Kniegelenk 1988 klinische Relevanz gewonnen hÃ¤tten. Zu jenem Zeitpunkt sei der KlÃ¤ger bereits 69 Jahre alt gewesen. Eine besondere berufliche Betroffenheit sei nicht feststellbar, da auch anlÃ¤sslich des Antrags auf den

SchwerbeschÃ¤digtenausweis vom 17. Oktober 1953 bei der Beurteilung von Kriegsverletzungen ausschlieÃlich ein Hinweis auf eine Kopfverletzung zu finden sei und auch in den Folgejahrzehnten keine StÃ¶rungen an den ExtremitÃ¤ten durch OrthopÃ¤den und Chirurgen festgestellt worden seien. Die MdE durch die SchÃ¤digungsfolgen liege unter 10 v. H. Mit seinen Feststellungen entspreche er im Wesentlichen den versorgungsÃ¤rztlichen Diagnosen und Bewertungen. Es bestehe jedoch entgegen dem Ãnderungsbescheid vom 02. Januar 1996 keine EinschrÃ¤nkung der Unterarmdrehung links trotz der im proximalen und distalen Radioulnargelenk bestehenden Arthrose. VÃ¶llig unverstÃ¤ndlich sei die Argumentation von Dr. Sch â¦ in seinem Gutachten. Eindeutig gehe aus den chirurgischen Unterlagen hervor, dass der KlÃ¤ger 1988 wegen der Arthrose des rechten Kniegelenkes in Behandlung gewesen sei und nicht wegen einer Arthrose des linken Kniegelenkes, wenngleich 1988 rÃ¶ntgenologisch beide Kniegelenke identische Patellofemoralarthrosen aufwiesen, was gerade belege, dass die in den parartikulÃ¤ren Weichteilen liegenden Splitter keine Bedeutung fÃ¼r die Pathogenese der Arthrose gehabt hÃ¤tten. Ebenso kÃ¶nne Dr. Sch â¦ nicht zugestimmt werden, dass die Schultergelenkserkrankung rechts hÃ¤tte auftreten mÃ¼ssen, da dort die Belastung am grÃ¶Ãten gewesen sei. Aus der Ambulanzdokumentation des Krankenhauses G â¦ gehe hervor, dass der KlÃ¤ger dort bereits im MÃ¤rz 1985 wegen einer Periarthritis der rechten Schulter in Behandlung gewesen sei, was letztendlich Beleg dafÃ¼r sei, dass eben ein genuines schicksalhaftes Leiden vorliege, welches sowohl von Splitterverletzungen betroffene ExtremitÃ¤ten wie auch von diesen nicht betroffene Anteile befalle. Die von Dr. Sch â¦ festgestellte HÃ¼ftgelenksarthrose rechts stÃ¤rker als links sei ein weiterer Hinweis fÃ¼r den idiopathischen Charakter des Leidens, denn hier sei nun die Arthrose wiederum auf der Seite stÃ¤rker, auf der keinerlei Metallsplitter vorlÃ¤gen. Von einer Narbenreizung des Nervus ulnaris am linken Ellenbogengelenk kÃ¶nne nicht ausgegangen werden, da noch anlÃ¤sslich der Begutachtung durch Dr. J â¦ 1997 keine neurologischen StÃ¶rungen bestanden hÃ¤tten. Der von Dr. Sch â¦ beschriebene unterschiedliche Reizzustand der Kniestreckmuskukatur sei zu negieren. Es handele sich vielmehr um einen unterschiedlichen Reizzustand bei variabel jeweils aktivierter Gonarthrose, was sich schon 1988 eindrucksvoll dargestellt habe, indem seinerzeit bei seitengleicher Retropatellararthrose rechts die Aktivierung manifestiert worden sei. Bei der Gesamtbeurteilung sei unbedingt von den zeitlichen ZusammenhÃ¤ngen auszugehen und insbesondere auch davon, dass Gelenke, vÃ¶llig unabhÃ¤ngig davon, ob parartikulÃ¤re Metallsplitter vorlÃ¤gen oder nicht, von Arthroseprozessen betroffen seien. Bei dem KlÃ¤ger liege ein polyarthrotisches Krankheitsbild vor, welches sich mit fortschreitendem Alter schicksalhaft entwickelt habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider RechtszÃ¼ge und der Verwaltungsakten der Beklagten (B-Akte und Schwerbehindertenakte), die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Der Senat konnte in Abwesenheit des ordnungsgemÃ¤Ã geladenen KlÃ¤gers

verhandeln und entscheiden (Â§ 153 Abs. 1; Â§ 110 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz â SGG).

Die Berufung ist zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet. Zu Unrecht hat das SG den Bescheid vom 11. Januar 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02. Januar 1996 abgeÃ¤ndert und den Beklagten verurteilt, als weitere SchÃ¤digungsfolgen nach dem BVG eine BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes und des linken Kniegelenkes festzustellen und dem KlÃ¤ger eine BeschÃ¤digtenversorgung nach dem BVG nach einer MdE von 30 v. H. zu gewÃ¤hren. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf Anerkennung einer "BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes und des linken Kniegelenkes" als weitere SchÃ¤digungsfolge nach dem BVG und auf GewÃ¤hrung einer BeschÃ¤digtenversorgung nach einer MdE von 30 v. H. Der Bescheid des Beklagten vom 11. Januar 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02. Januar 1996 ist rechtmÃ¤Ãig.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist allein, ob bei dem KlÃ¤ger als SchÃ¤digungsfolgen "eine BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes und des linken Kniegelenkes" festzustellen sind und ob dem KlÃ¤ger auf Grund der anerkannten SchÃ¤digungsfolgen eine BeschÃ¤digtenversorgung nach dem BVG nach einer MdE von 30 v. H. zu gewÃ¤hren ist, nicht jedoch, ob die MdE wegen einer besonderen beruflichen Betroffenheit nach Â§ 30 Abs. 2 BVG hÃ¶her zu bewerten ist, da allein der Beklagte Berufung eingelegt hat.

GemÃ¤Ã Â§ 1 Abs. 1 BVG erhÃ¤lt derjenige, der durch militÃ¤rische oder militÃ¤rÃ¤hnliche Dienstverrichtung oder einen Unfall wÃ¤hrend der AusÃ¼bung des militÃ¤rischen oder militÃ¤rÃ¤hnlichen Dienstes oder durch die diesem Dienst eigentÃ¼mlichen VerhÃ¤ltnisse eine gesundheitliche SchÃ¤digung erlitten hat, auf Antrag wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der SchÃ¤digung Versorgung. WÃ¤hrend die wehrdiensteigentÃ¼mlichen VerhÃ¤ltnisse (1. Glied der versorgungsrechtlichen Kausalkette), die gesundheitliche SchÃ¤digung (2. Glied der versorgungsrechtlichen Kausalkette) und die anzuerkennde GesundheitsstÃ¶rung (3. Glied der versorgungsrechtlichen Kausalkette) jeweils mindestens mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (Strengbeweis) feststehen mÃ¼ssen, genÃ¼gt fÃ¼r die ursÃ¤chliche VerknÃ¼pfung zwischen der gesundheitlichen SchÃ¤digung und der GesundheitsstÃ¶rung (vgl. 2. und 3. Glied der versorgungsrechtlichen Kausalkette) gemÃ¤Ã Â§ 1 Abs. 3 Satz 1 BVG die bloÃe Wahrscheinlichkeit des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs. Wahrscheinlich ist ein Ursachenzusammenhang dann, wenn mehr fÃ¼r als gegen ihn spricht. Der ursÃ¤chliche Zusammenhang ist nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschlieÃen oder nur mÃ¶glich ist. Ist eine SchÃ¤digung nicht erwiesen bzw. glaubhaft gemacht oder ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang nicht wahrscheinlich, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast â danach sind die Folgen der Nichterweislichkeit einer Tatsache von demjenigen zu tragen, dem diese Tatsache gÃ¼nstig wÃ¤re â zu Lasten des KlÃ¤gers.

Die beim KlÃ¤ger diagnostizierten BewegungseinschrÃ¤nkungen des linken Handgelenkes und des linken Kniegelenkes sind nicht durch den Wehrdienst

verursacht worden. Vielmehr sind diese wehrdienstunabhÃ¤ngig entstanden. Der vom Gericht bestellte Gutachter Prof. Dr. D â¦ hat in seinem Gutachten vom 26. Februar 2001 ausgefÃ¼hrt, es sei festzustellen, dass Arthrosen in sÃ¤mtlichen dargestellten Gelenkanteilen vorhanden seien, also im linken Ellenbogengelenk einschlieÃlich des proximalen Radioulnargelenkes, im distalen Radioulnargelenk und mÃ¶glicherweise angedeutet im Radiocarpalgelenk links. Bemerkenswert sei, dass die UmfangsmaÃe fÃ¼r die oberen ExtremitÃ¤ten fast seitengleich seien. Lediglich der linke Ellenbogen sei 1 cm und das linke Handgelenk 0,5 cm umfangsvermehrt. Dies sei ggf. Ausdruck der aktivierten Arthrose. FÃ¼r die Kniegelenke werde eine bemerkenswerte Seitendifferenz der Beweglichkeit festgestellt mit Beugung/Streckung rechts 120/5/0Â° und links 40/5/0Â°. Rechts und links werde eine leichte Lockerung des medialen Kapselbandapparates dokumentiert. Festzustellen sei, dass die Retropatellaarthrose gegenÃ¼ber den RÃ¶ntgenaufnahmen von 1988 nicht zugenommen habe. Es besteht lediglich eine etwas wellige RÃ¼ckflÃ¤che der Patella mit leichten Ausziehungen der Gelenkumschlagkanten. Der Retropallaraum lasse sich auf der etwas verdrillten Aufnahme gar nicht exakt beurteilen. Der tibiofemorale Gelenkspalt erscheine vÃ¶llig regelrecht weit. Es fÃ¤nden sich keine Ausziehungen an den Gelenkumschlagkanten von Femur und Tibiakondylen, so dass die erheblich beschriebene BewegungseinschrÃ¤nkung an Hand des RÃ¶ntgenbildes nicht nachvollziehbar sei. Die dargestellten metalldichten Schatten kÃ¶nnten durch die Darstellung in zwei Ebenen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit extraartikulÃ¤r lokalisiert werden. Durch in die ExtremitÃ¤ten eindringende Splitter wÃ¤ren zunÃ¤chst mÃ¶glicherweise direkte knÃ¶cherne oder knorpelige Verletzungen an den Gelenken mÃ¶glich gewesen. Dies hÃ¤tte jedoch bei verletzenden Geschossanteilen in jedem Falle zu eitrigen Arthritiden gefÃ¼hrt und eine eitrige Arthritis hÃ¤tte entsprechend den damaligen BehandlungsmÃ¶glichkeiten ohne Antibiotika zu einer schweren frÃ¼hen postinflammatorischen Arthrose gefÃ¼hrt. Dies sei nicht der Fall gewesen, denn noch 1953 sei bei der Antragstellung auf einen SchwerbeschÃ¤digtenausweis ausschlieÃlich auf die Kopfverletzung hingewiesen worden, zu der von ihm keine Aussage gemacht werden kÃ¶nne. Auch in den Folgejahren werde nie eine BewegungseinschrÃ¤nkung der Gelenke dokumentiert. Vielmehr sei es erstmals 1988 zu nennenswerten Kniegelenksbeschwerden rechts gekommen, jenem Gelenk also, wo nur ganz diskrete metalldichte Schatten in den Weichteilen nachweisbar seien. Ohne Zweifel habe 1988 entsprechend den vorliegenden RÃ¶ntgenaufnahmen beiderseits eine Retropatellararthrose etwa gleicher AusprÃ¤gung bestanden. Es entspreche damit durchaus dem typischen Krankheitsverlauf einer Arthrose, dass trotz gleichseitiger, annÃ¤hernd analoger gradueller AusprÃ¤gung zunÃ¤chst rechts, auf einer Seite also, die klinisch relevante Aktivierung eingetreten sei. Mit der gleichen BegrÃ¼ndung sei auch heute nachvollziehbar, dass nunmehr links stÃ¤rkere Beschwerden vorlÃ¤gen. Dabei sei jedoch ausdrÃ¼cklich hervorzuheben, dass die hochgradige eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit des linken Kniegelenkes, wie im Gutachten von Dr. J â¦ dokumentiert, entsprechend den RÃ¶ntgenbefunden nicht zwanglos akzeptiert werden kÃ¶nne. Ein sich rÃ¶ntgenologisch im Tibiofemoralbereich unauffÃ¤llig projezierendes Kniegelenk kÃ¶nne an sich kein derartiges Bewegungsdefizit nach sich ziehen. Eine zweite MÃ¶glichkeit einer BewegungseinschrÃ¤nkung eines

Gelenkes durch im parartikulÃ¤ren Bereich befindliche Splitter wÃ¤re durch Narbenbildung mÃ¶glich gewesen, ebenso durch AdhÃ¤sionen zwischen den Muskelschichten oder im kapsulÃ¤ren Bereich. Auch diese Art der Pathogenese sei auszuschlieÃen, da die Narbenbildung nach einigen Wochen bis Monaten, in diesem Falle auf Grund der verzÃ¶gerten Wundheilung eventuell nach Ã¼ber einem Jahr abgeschlossen sei und dann die BewegungseinschrÃ¤nkung bereits hÃ¤tte nachweisbar sein mÃ¼ssen. Es sei auszuschlieÃen, dass die multiplen in den Weichteilen liegenden Splitter fÃ¼r die Pathogenese der BewegungseinschrÃ¤nkungen und auch fÃ¼r die Pathogenese der Arthrose Bedeutung hÃ¤tten. Eine analoge Aussage sei zur BewegungseinschrÃ¤nkung am linken Ellenbogengelenk zu machen. Auch diese sei nie dokumentiert worden. Es sei bemerkenswert, das die Armgelenke links allesamt von einer Arthrose betroffen seien. Ein derartiges Verteilungsmuster spreche entweder fÃ¼r eine berufliche Induktion, die aber entsprechend der Berufsanamnese des KlÃ¤gers ausgeschlossen werden kÃ¶nne, oder aber fÃ¼r eine genuine schicksalhafte Entstehungsweise. Keinesfalls seien auch hier die in den Weichteilen liegenden Metallsplitter verantwortlich zu machen. Inwieweit die distale Radiusfraktur, die in franzÃ¶sischer Gefangenschaft erlitten worden sei, eine Bedeutung fÃ¼r die BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Handgelenkes gewonnen habe, kÃ¶nne nicht mit Sicherheit ausgesagt werden. In jedem Fall stehe fest, dass keine bedeutsame Achsabweichung aus der Fraktur resultiere. Im Bereich des Handgelenkes sei als Normvariante aber schadensfolgenunabhÃ¤ngig eine Minusvariante der Ulna festzustellen. Dies fÃ¼hre zu einer relativen Ãberbelastung des Radiocarpalbereiches des Handgelenkes und sei mÃ¶glicherweise eine ErklÃ¤rung fÃ¼r die Handgelenksbewegungseinschrï¿½nkung links. Bemerkenswert auch fÃ¼r die BewegungseinschrÃ¤nkung an den linken oberen ExtremitÃ¤ten sei jedoch, dass jahrzehntelang trotz Untersuchungen durch Chirurgen, OrthopÃ¤den und Ãrzte, die im Behinderungssozialrecht tÃ¤tig seien, keine BewegungseinschrÃ¤nkungen an den Armgelenken festgestellt worden sei, so dass jede zeitliche BrÃ¼ckensymptomatik negiert werden kÃ¶nne.

Der Senat schlieÃt sich den gutachterlichen AusfÃ¼hrungen an. Das Gutachten ist in der Erhebung der Befunde, in der wÃ¼rdigenden Bewertung der Vorgeschichte und der bereits erhobenen Befunde, sowie in der Beantwortung der Beweisfragen sachkundig erstellt, nachvollziehbar und im Ganzen schlÃ¼ssig.

Danach steht zur Ãberzeugung des Senats fest, dass die beim KlÃ¤ger vorliegenden BewegungseinschrÃ¤nkungen des linken Handgelenkes und des linken Kniegelenkes nicht auf die in den Weichteilen lokalisierten Splitter zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind. Nicht gefolgt ist der Senat den AusfÃ¼hrungen im Gutachten Dr. J â¦ vom 05. Juni 1997 sowie seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 10. September 1997. Dieser misst in seinem Gutachten den in den Weichteilen lokalisierten Splittern die Bedeutung eines negativen richtungsgebenden Faktors bei und folgert daraus, dass deswegen am linken Knie verstÃ¤rkt Beschwerden eingetreten seien. Aus den vom Gesundheitsamt der Stadtverwaltung G â¦ Ã¼bersandten Krankenunterlagen lÃ¤sst sich unter dem 16. Februar 1988 eine Vorstellung des KlÃ¤gers bei Chefarzt Dr. Sch â¦ entnehmen. Dabei wurde ein Kniegelenkserguss bei Praearthrose diagnostiziert. Der Gutachter Prof. Dr. D â¦ hat

nachvollziehbar dargestellt, dass aus den am 16. Februar 1988 gemachten RÃ¶ntgenaufnahmen beider Kniegelenke eindeutig zu jener Zeit eine seitengleiche Patellofemoralarthrose festgestellt werden kÃ¶nne, wobei links multiple Splitter, rechts dagegen ganz diskrete punktuelle Splitter im medialen Gelenkanteil zu belegen seien. Dem Krankenblatt der Chirurgischen Abteilung werde zwar ausdrÃ¼cklich auf eine nur rechtsseitige Arthrose hingewiesen, dem kÃ¶nne jedoch nicht zugestimmt werden. RÃ¶ntgenologisch sei 1988 die Retropatellararthrose seitengleich gewesen; offenbar sei aber das klinische Krankheitsbild nur rechtsseitig relevant gewesen. Hinsichtlich der mÃ¶glichen Pathogenese von BewegungseinschrÃ¤nkungen nach Splitterverletzung wird auf o.a. AusfÃ¼hrungen verwiesen. Ebenso wenig ist der Senat den AusfÃ¼hrungen im hausÃ¤rztlichen Gutachten Dr. Sch â¦ vom 11. Oktober 1994 gefolgt. Eine BegrÃ¼ndung, aus welchen GrÃ¼nden die von ihm diagnostizierte sekundÃ¤re Coxarthrose links grÃ¶Ãer als rechts als "bei Zustand nach Granatsplitterverletzung im Kriege" und die FunktionseinschrÃ¤nkung vor allem im linken Ellenbogen-, Hand- und HÃ¼ftbereich auf multiple Granatsplitterverletzungen der linken KÃ¶rperseite zurÃ¼ckfÃ¼hrt, wird nicht angegeben.

Ebenso wenig gefolgt ist der Senat den AusfÃ¼hrungen im Gutachten Dr. Sch â¦ vom 17. November 1999 sowie seinen ergÃ¤nzenden Stellungnahmen vom 29. MÃ¤rz und 03. Mai 2000. Dieser hat ausgefÃ¼hrt, die Arthrose im linken Kniegelenk sei bereits 1988 nachweisbar gewesen, rechts noch nicht. Rechts habe 1988 eine akute KniegelenksentzÃ¼ndung bestanden, die spÃ¤ter zur Arthrose gefÃ¼hrt habe. Die Arthrose des linken Kniegelenkes sei wiederum 1997 rÃ¶ntgenologisch nicht so ausgeprÃ¤gt gewesen, dass sie allein fÃ¼r die starke BewegungseinschrÃ¤nkung verantwortlich sei. Die Arthrose des rechten Kniegelenkes habe sich erst nach dieser akuten Erkrankung 1988 entwickelt. Damit sei belegt, dass die Arthrose des linken Kniegelenkes frÃ¼her entstanden sei, bedingt durch die muskulÃ¤re Fehlfunktion durch Splitter im Streckmuskel und schmerzhafte Narbenverziehung am Streckmuskel. Die Ursachen der BewegungseinschrÃ¤nkungen seien damit eindeutig als Folge der SchÃ¤digung belegt.

Diesen Angaben kann der Senat nicht folgen, da der KlÃ¤ger 1988 wegen der Arthrose des rechten Kniegelenkes in Behandlung war und nicht wegen einer Arthrose des linken Kniegelenkes, zumal 1988 rÃ¶ntgenologisch beide Kniegelenke identische Patellofemoralarthrosen aufwiesen. Das belegt, dass die in den parartikulÃ¤ren Weichteilen liegenden Splitter keine Bedeutung fÃ¼r die Pathogenese der Arthrose gehabt haben. Zu berÃ¼cksichtigen war auch, dass der KlÃ¤ger bereits im MÃ¤rz 1985 wegen einer Periarthritis der rechten Schulter im Krankenhaus G â¦ in Behandlung war. Dies spricht ebenfalls dafÃ¼r, dass die sowohl von den Splitterverletzungen betroffenen ExtremitÃ¤ten als auch von diesen nicht betroffene Anteile auf Grund eines schicksalhaften Leidens befallen sind. Auch die von Dr. Sch â¦ festgestellte HÃ¼ftgelenksarthrose rechts stÃ¤rker als links ist ein weiterer Hinweis fÃ¼r den schicksalhaften Charakter des Leidens. Auch hier ist die Arthrose auf der Seite stÃ¤rker, auf die keinerlei Splittereinwirkung stattgefunden hat. Insgesamt liegt bei dem KlÃ¤ger ein polyarthrotisches Krankheitsbild vor, das sich mit fortschreitendem Alter schicksalshaft entwickelt hat.

Aus den vorliegenden Akten ergeben sich auch keine Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass das polyarthrotische Krankheitsbild bereits vor der Granatsplittereinwirkung bestanden hat, insoweit ist auch eine Verschlimmerung nicht feststellbar. Die GrÃ¼nde fÃ¼r die lange Verweildauer des KlÃ¤gers im Lazarett lassen sich heute nicht mehr nachvollziehen. Dies ist mÃ¶glicherweise der Dauer des Heilungsprozesses auf Grund der multiplen Splitterverletzungen zu schulden oder auch dem vom KlÃ¤ger anlÃ¤sslich einer Behandlung in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses G â¦ am 24. Oktober 1952 angegebenen Oberschenkelschussbruch links 1943.

Die von dem Beklagten im Bescheid vom 11. Januar 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02. Januar 1995 festgestellten SchÃ¤digungsfolgen: "BewegungseinschrÃ¤nkung von Ellenbogengelenk links und Unterarmdrehbeweglichkeit links; mehrere Weichteilstecksplitter im HÃ¼ftbereich links, im Oberschenkel und Unterschenkel links und linken Ober- und Unterarm; mehrere Narben im linken Ellenbogenbereich, im linken Handgelenkbereich und linken HÃ¼ft- und Oberschenkelbereich nach Granatsplitterverletzung" bedingen keine MdE in rentenberechtigendem Umfang von wenigstens 25 bzw. 30 v. H.

GemÃ¤Ã Â§ 31 Abs. 1 und 2 BVG erhalten BeschÃ¤digte eine monatliche Grundrente, wenn sie in ihrer ErwerbsfÃ¤higkeit durch die SchÃ¤digungsfolgen mindestens um 25 v. H. gemindert sind; im Ãbrigen bestimmt sich die HÃ¶he der BeschÃ¤digtenversorgung nach der festgestellten MdE. Die MdE ist nach der kÃ¶rperlichen und geistigen BeeintrÃ¤chtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Dabei sind seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berÃ¼cksichtigen. Es kommt im Ganzen darauf an, um wie viel die BefÃ¤higung zu einer Ã¼blichen, auf Erwerb gerichteten Arbeit und deren Ausnutzung im wirtschaftlichen Leben durch die als Folge einer SchÃ¤digung anerkannten GesundheitsstÃ¶rungen beeintrÃ¤chtigt ist.

Grundlage fÃ¼r die Feststellung, in welcher HÃ¶he eine MdE fÃ¼r eine SchÃ¤digungsfolge vorliegt, bilden die vom Bundesministerium fÃ¼r Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen "Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1996" (Anhaltspunkte â AHP) (BSG, Urteil vom 18. Dezember 1996, Az.: 9 RV 70/95). Die Rechtsprechung der Sozialgerichte erkennt die Anhaltspunkte umfassend in Form der antizipierten SachverstÃ¤ndigengutachten als eine der Entscheidungsfindung dienende Grundlage der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Bemessung sowohl des Umfangs als auch der Schwere einer GesundheitsstÃ¶rung an. In den Anhaltspunkten ist der medizinische Kenntnisstand fÃ¼r die Beurteilung von Behinderungen jeweils aktualisiert wiedergegeben und ermÃ¶glicht auf diese Weise eine nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Rechtsprechung sowohl hinsichtlich des Umfangs als auch der Schwere der BeeintrÃ¤chtigung, die dem verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz genÃ¼gt.

Dabei umschreibt der Begriff der MdE nicht einen medizinischen, sondern einen

rechtlichen Begriff; seine Festlegung ist daher nicht Aufgabe von SachverstÃ¤ndigen. Sie beruht auch nicht auf medizinischen Erfahrungen, sondern auf einer rechtlichen Wertung von Tatsachen, die allerdings mit Hilfe von medizinischen SachverstÃ¤ndigen festzustellen sind. Bei der danach der Feststellung der medizinischen Tatsachen nachfolgenden rechtlichen Schlussfolgerung bilden zwar die Auffassungen der SachverstÃ¤ndigen wertvolle Fingerzeige; doch ist stets zu beachten, dass es sich dabei nicht um die ErÃ¶rterung medizinischer, sondern um eine solche rechtlicher Begriffe handelt, welche im Streitfall den Gerichten obliegt (vgl. BSG, Urteil vom 29. August 1990, Az.: 9a/9 RVs 7/89 = SozR 3-3870 Â§ 4 Nr. 1 zur vergleichbaren Situation bei der Feststellung des GdB nach dem SchwbG).

FÃ¼r die festgestellte SchÃ¤digungsfolge "mehrere Weichteilstecksplitter im HÃ¼ftbereich links, Oberschenkel und Unterschenkel links und linken Ober- und Unterarm" ergibt sich keine MdE. FremdkÃ¶rper beeintrÃ¤chtigen die Funktion nicht, wenn sie im Muskel oder Knochen reaktionslos eingeheilt sind und durch ihre Lage keinen ungÃ¼nstigen Einfluss auf Gelenke, Nerven oder GefÃ¤Ãe ausÃ¼ben (AHP Nr. 26.18, S. 135). Ebenso wenig ergibt sich ein MdE-Grad fÃ¼r die SchÃ¤digungsfolge "mehrere Narben im linken Ellenbogenbereich, im linken Handgelenkbereich und im linken HÃ¼ft- und Oberschenkelbereich nach Granatsplitterverletzung". Narben kÃ¶nnen nach Ausdehnung, Beschaffenheit (z.B. VerhÃ¤rtung, VerdÃ¼nnung, NarbenzÃ¼ge), Sitz oder Einwirkung auf ihre Umgebung zu StÃ¶rungen fÃ¼hren. Bei flÃ¤chenhaften Narben nach Verbrennung, VerÃ¤tzung u.Ã¤. muss auÃerdem die BeeintrÃ¤chtigung der Haut als Schutz-, Ausscheidungs- und Sinnesorgan berÃ¼cksichtigt werden. Diese StÃ¶rungen bestimmen die HÃ¶he des MdE-Grades (AHP Nr. 26.17, S. 128). Zutreffend hat das SG dazu ausgefÃ¼hrt, die festgestellten Narben beinhalteten im Ãbrigen keine weiteren StÃ¶rungen, die mit einem MdE-Grad zu versorgen wÃ¤ren.

FÃ¼r die anerkannte SchÃ¤digungsfolge "BewegungseinschrÃ¤nkung von Ellenbogengelenk links und Unterarmdrehbeweglichkeit links" ist allenfalls eine MdE von 10 festzustellen. In seinem Gutachten vom 17. November 1999 hat Dr. Sch â¦ folgende Werte festgestellt: Beweglichkeit 0/50/110 (normal: 0 bzw. 10/0/150), Pro-Supination 80/0/70 (normal: 80 bis 90/0/80 bis 90). Bei einer BewegungseinschrÃ¤nkung im Ellenbogengelenk geringen Grades (Streckung/Beugung bis 0-30-120 bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit) sehen die AHP einen MdE-Grad von 0 bis 10 vor, fÃ¼r eine BewegungseinschrÃ¤nkung stÃ¤rkeren Grades (insbesondere der Beugung einschlieÃlich EinschrÃ¤nkung der Unterarmdrehbeweglichkeit) einen MdE-Grad von 20 bis 30. Hier handelt es sich jedoch noch um eine BewegungseinschrÃ¤nkung geringen Grades, wobei die Unterarmdrehbeweglichkeit nur ganz dezent endgradig eingeschrÃ¤nkt ist.

Die beim KlÃ¤ger anerkannten SchÃ¤digungsfolgen sind daher insgesamt mit einer MdE von 10 zu bemessen. Die fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Grundrente nach dem BVG erforderliche MdE von 25 v. H. wird nicht erreicht. Wie o.a. ausgefÃ¼hrt, war nicht streitgegenstÃ¤ndlich, ob die MdE wegen besonderer beruflicher Betroffenheit nach Â§ 30 Abs. 2 BVG hÃ¶her zu bewerten war, wobei der Grad der MdE dabei allgemein um 10 v. H., nur in AusnahmefÃ¤llen um 20 v. H. zu erhÃ¶hen ist

(Wilke/Fehl/FÃ¶rster/Leisner/Sailer, Soziales EntschÃ¤digungsrecht â Kommentar, 7. Aufl., Â§ 30 BVG Rn. 33) und die ErhÃ¶hung der MdE um mehr als 10 v. H. nur gerechtfertigt ist, wenn die berufliche SchÃ¤digung auÃergewÃ¶hnlich groÃ ist (vgl. Wilke a. a. O.).

Nach alledem hatte die Berufung Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs. 1 (SGG).

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor (Â§ 160 Abs. 2 SGG).

Erstellt am: 16.09.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024