

## L 15 VS 19/99

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung  
15  
1. Instanz  
SG München (FSB)

Aktenzeichen  
S 29 VS 212/95

Datum  
14.10.1999

2. Instanz  
Bayerisches LSG

Aktenzeichen  
L 15 VS 19/99

Datum  
05.11.2002

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Auf die Berufung des Klägers wird der Beklagte unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts München vom 14.10.1999 sowie des Bescheides des Beklagten vom 15.12.1994 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16.11.1995 verurteilt, beim Kläger als Wehrdienstbeschädigung anzuerkennen "Peripheres Horner-Syndrom rechts mit Ptosis, Enophthalmus, Miosis; Anhidrosis des rechten oberen Körperquadranten mit leichter sensibler Störung und Hyperhidrosis des entsprechenden linken Körperbereichs, kosmetische Beeinträchtigung durch unterschiedliche Gesichtsfärbung (rechts Blässe, links Rötung) bei Erhitzung, diskrete Schwäche der rechten Hand" und ab 01.10.1994 Versorgung nach einer MdE von 25 v.H. zu gewähren.

II. Der Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers aus beiden Rechtszügen zur Hälfte zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

### Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten war zuletzt streitig, ob neben einem wegen fehlerhafter truppenärztlicher Behandlung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannten "Horner-Syndrom" weitere Gesundheitsstörungen des Klägers mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Grad anzuerkennen sind.

Der am 1972 geborene Kläger leistete vom 04.10.1993 bis 30.09.1994 Grundwehrdienst bei der Bundeswehr. Laut WDB-Blatt beantragte er am 19.07.1994 die Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung, da er Schmerzen am rechten Arm mit extremer Kälte- und Wärmeempfindlichkeit verspüre und unter Wärmeunterschieden an beiden Händen sowie einseitigem Schweißausbruch auf der linken Gesichtshälfte bei körperlicher Belastung leide. Die rechte Gesichtshälfte bleibe weiß, trocken und kalt. Die Anerkennung werde auch wegen unterschiedlicher Pupillengröße des rechten Auges, herunterhängendem Augenlid, leichter Lichtempfindlichkeit bei Dunkelheit und leichten Atembeschwerden beim Sport begehrt.

Die Beigeladene zog verschiedene medizinische Unterlagen, insbesondere Berichte des Bundeswehrzentralkrankenhauses K. bei, wonach am 17.02.1994 im selben Krankenhaus thorakoskopisch ein Ganglioneurom des rechtsseitigen hinteren Mediastinums entfernt und dabei der craniale Grenzstrang geschädigt worden sei mit der Folge des Auftretens eines rechtsseitigen peripheren Horner-Syndroms. Die aus dieser operationsbedingten Schädigung resultierende MdE des Klägers schätzte Prof.Dr.K. vom Bundeswehrkrankenhaus U. mit 10 v.H. ein (Bericht vom 04.10. 1994). Eine Entscheidung über einen Anspruch auf Ausgleich nach § 85 Soldatenversorgungsgesetz (SVG) wurde jedoch zurückgestellt, da der Kläger bereits im Oktober 1994 Antrag auf Beschädigtenversorgung nach § 80 SVG beim zuständigen Versorgungsamt München II gestellt hatte.

Nach versorgungsärztlicher Stellungnahme durch Dr.F. erkannte der Beklagte mit Bescheid vom 15.12.1994 als Folge einer WDB ab 01.10.1994 an: "Peripheres Horner-Syndrom rechts mit Ptosis, Enophthalmus, Miosis und Hypohidrosis" im Sinne der Entstehung. Die MdE wurde mit unter 25 v.H. eingeschätzt und eine MdE-Erhöhung nach § 30 Abs.2 BVG abgelehnt, da nach Art und Umfang der erlittenen Schädigung nachteilige Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit des Klägers nicht erkennbar seien.

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger Widerspruch ein. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass er in seinem Beruf als Konditor durch die schädigungsbedingte Kälte- und Wärmeempfindlichkeit am rechten Arm bei körperlicher Belastung stark eingeschränkt sei. Auch sei ärztlicherseits festgestellt worden, dass schädigungsbedingt eine diskrete diffuse Schwäche des rechten Armes vorliege. Die vigorimetrisch gemessene Kraftentwicklung betrage an der rechten Hand 1,0 Kp und an der linken Hand 1,4 Kp.

Der Beklagte beauftragte daraufhin den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. , den Kläger zu untersuchen und zu begutachten. Dr.K.

(Gutachten vom 27.09.1995) stellte aufgrund seiner Untersuchung ein komplettes Horner-Syndrom rechts auf Grund der operativen Entfernung des Ganglioneuroms fest. Damit seien keine gravierenden funktionellen Ausfälle verbunden. Auch wenn sich die angegebenen vegetativen Störungen, besonders hinsichtlich der Schweißsekretion, unangenehm auswirkten, lägen weder neurologische Ausfälle noch motorische Störungen beim Kläger vor. Auch das Sehvermögen des Klägers sei nicht beeinträchtigt. Ein früher diagnostiziertes Sulcus ulnaris Syndrom sei nicht zu bestätigen. Die MdE sei auf 10 v.H. zu veranschlagen. In einer ergänzenden Stellungnahme des leitenden Medizinaldirektors Dr.S. vom 13.10.1995 verneinte dieser die Frage, ob die Schwäche des rechten Armes auf den Wehrdienst zurückzuführen sei.

Nach Einholung einer weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme der Nervenärztin Dr.S. erging am 16.11.1995 ein den Widerspruch zurückweisender Widerspruchsbescheid.

Hiergegen hat der Kläger Klage zum Sozialgericht München erhoben (S 29 Vs 212/95) und sein bisheriges Begehren weiter verfolgt sowie die Zahlung von Berufsschadensausgleich verlangt.

Die Vorsitzende der 27.Kammer hat mit richterlichem Schreiben vom 30.01.1996 darauf hingewiesen, dass bisher über den Anspruch auf Berufsschadensausgleich nicht entschieden und da- her diesbezüglich eine Klage unzulässig sei. Am 06.12.2000 ist diesbezüglich im Verfahren S 29 Vs 13/96 ein Vergleich geschlossen worden, in dem sich der Beklagte verpflichtet hat, den Anspruch auf Berufsschadensausgleich ab Antragstellung erst dann zu prüfen, wenn im Klageverfahren S 29 Vs 212/95 eine MdE in rentenberechtigendem Grad festgestellt worden ist.

Im letztgenannten Verfahren hat das Sozialgericht Befundberichte des Nervenarztes Dr.T. (Behandlung am 08.03.1994) sowie des Augenarztes Dr.S. (Behandlung am 23.03.1994) beigezogen. Anschließend hat das Sozialgericht ein neurologisches und psychiatrisches Gutachten von Dr.G. vom 12.09.1996 eingeholt. Nach dessen Auffassung sind die im Bescheid vom 25.12.1994 genannten Folgen einer Wehrdienstbeschädigung vollständig erfasst und mit einer Gesamt-MdE von unter 25 % zutreffend bewertet worden. Es liege ein Horner-Syndrom rechts vor und eine diskrete Gefühlsstörung in der rechten oberen Thoraxhälfte sowie am rechten Arm, der aber keine funktionelle Bedeutung zukomme. Auch die festgestellte Hypohidrosis sei als Schädigungsfolge anzusehen. Die MdE betrage 10 %. Die vom Kläger angegebene Sensibilitätsstörung begründe keinen GdB. Es hätten sich weder motorische Funktionsstörungen noch eine neurogene Schädigung nachweisen lassen. Die distale Latenzzeit des Nervus ulnaris und des Nervus medianus sowie die Nervenleitgeschwindigkeit im Sulcus ulnaris rechts hätten im Normbereich gelegen. Auf psychiatrischem Fachgebiet hätten sich ebenfalls keine Auffälligkeiten ergeben.

Auf Grund eines Antrags nach [§ 109 SGG](#) ist vom Sozialgericht ein weiteres nervenärztliches Gutachten von Dr.R. vom 22.04.1997 eingeholt worden. Laut Angaben des Klägers bei der Untersuchung habe dieser wegen seiner auffälligen halbseitigen Gesichtsblassheit bei Belastung viel weniger Sport als früher betrieben; auch habe er wegen seiner störenden Gesichtasymmetrie Probleme, eine Beziehung mit einer Frau einzugehen. Die Sachverständige Dr.R. hat in ihrem Gutachten die Auffassung vertreten, dass es statt der Schädigungsfolge "Hypohidrosis" richtig "Anhidrose" heißen müsse. Diese bestehe im Bereich der rechten Gesicht- und Halshälfte, des rechten Armes und der rechten oberen Thoraxhälfte. Zusätzlich liege eine später aufgetretene psychische Störung in Form einer anhaltenden Depression vor, die als Schädigungsfolge anzuerkennen sei. Die MdE für das klassische Horner-Syndrom betrage 10 v.H. Die Anhidrose allein habe den Kläger besonders beruflich betroffen und sei wegen ihrer nachteiligen Auswirkung auf seinen Beruf mit einer zusätzlichen MdE von 10 v.H. einzuschätzen. Die seelischen Begleiterscheinungen seien als Verschlimmerungsfaktoren zu bezeichnen und ergäben eine MdE von 5 v.H. Somit sei die MdE jetzt mit mindestens 25 v.H. zu bewerten.

Gegen das Gutachten hat der Beklagte auf Grund einer nervenärztlichen Stellungnahme der Dr.S. vom 05.08.1997 unter anderem eingewandt, dass die Sachverständige die Gesamt-MdE mit Hilfe eines nicht zulässigen Additionsverfahrens gebildet habe.

Das Sozialgericht hat außerdem von dem Arbeitsmediziner Dr.S. ein Gutachten (vom 26.03.1998) eingeholt. Auf Grund einer Untersuchung des Klägers hat der Sachverständige folgende Diagnosen gestellt: Peripheres Horner-Syndrom rechts. Diskrete, stets vorhandene Gefühlsstörung in der gesamten rechten Körperhälfte (Gesicht, Hals, Schulter, Arm, Hand). Anhidrosis der rechten Körperseite, der rechten Gesicht- und Halshälfte und des rechten Arms. Zustand nach thorakoskopischer Entfernung eines Ganglioneuroms des hinteren Mediastinums. Haut der rechten Gesichtshälfte und des rechten Arms rauer und trockener. Zustand nach Sulcus ulnaris Syndrom rechts. Anhaltende milde Depression. Gliederschmerzen. Extreme Kälte- und Wärmeempfindlichkeit der rechten Körperoberhälfte bei körperlicher Belastung. Spürbarer Wärmeunterschied beider Hände. Einseitiger Schweißausbruch der linken Gesichtshälfte und des Oberkörpers. Atembeschwerden beim Sport. Rechte Seite bei Belastung kalt und weiß. Rechts kein peripherer Puls tastbar. Mehlstauballergie. Diese beschriebenen funktionellen Beschwerden und Einschränkungen seien mit einer MdE von 30 v.H. zu bewerten. Bei der Einstufung seien die als mittelgradig bis schwer einzustufenden funktionellen Auswirkungen der ausgeprägten Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich einschließlich des oralen Bereichs, die unter Temperatur und Körperanstrengung auftretenden Gesichtsentstellungen, die Missempfindungen sowie Erschrecken bei Mitmenschen auszulösen vermögen, zu würdigen. Im Bescheidtext seien die anzuerkennenden Schädigungsfolgen folgendermaßen zu ergänzen: - Zeitweise (regelmäßig bei körperlicher Belastung sowie Kälte/ Wärme-Einwirkung) auftretende Gesichtsblassheit rechts und Gesichtsröte links. - Sensibilitätsstörung der rechten oberen Körperhälfte. - Diskrete stets vorhandene Gefühlsstörung in der gesamten rechten Körperhälfte (Gesicht, Hals, Schulter, Arm, Hand). - Anhidrose der rechten Körperseite, der rechten Gesicht- und Halshälfte und des rechten Arms.

Die Nervenärztin Dr.S. hat in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.06.1998 der vorgeschlagenen MdE von 30 v.H. widersprochen und insbesondere darauf hingewiesen, dass die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" (AP) zwar das Horner-Syndrom nicht aufgenommen hätten, eine MdE von 30 v.H. jedoch erst für angemessen gehalten werden könne, wenn beispielsweise der ganze Radialisnerv oder der ganze Ulnarisnerv ausgefallen sei, was einer Fallhand bzw. Krallenhand gleichkäme.

Der gerichtliche Sachverständige Dr.S. ist in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20.08.1998 bei seiner bisherigen Auffassung geblieben.

Schließlich hat das Sozialgericht auch den bereits im Widerspruchsverfahren gehörten Nervenarzt Dr.K. gehört. Aus dessen Gutachten vom

15.06.1999 ergibt sich, dass der Kläger am meisten darunter leide, dass ein Schwitzen im Bereich der rechten oberen Körperhälfte (Brustkorb vorne und hinten) nicht mehr möglich sei. Er merke dies vor allem an der rechten Hand. Andererseits schwitze er an den anderen Stellen um so mehr. Auffallend sei dies, wenn er von kalten in warme Räume wechsele und umgekehrt. Der rechte Arm sei auch oft relativ kalt. Nach Ansicht von Dr.K. lag beim Kläger nach wie vor ein komplettes postganglionäres Horner-Syndrom vor, dem die angegebene Schweißstörung zuzuordnen sei. Es sei eine Läsion des Ganglion stellatum anzunehmen, die zur Anhidrosis bis zum Versorgungsgebiet Th 2 führen könne, also das ganze Gesicht, den rechten Arm und die obere Thoraxapertur bis unterhalb der Schlüsselbeine betreffen könne. Dabei handle es sich nur um vegetative Störungen, nicht dagegen um Sensibilitätsstörungen oder motorische Störungen. Auch besitze das Horner-Syndrom keineswegs entstellenden Charakter. Ferner könne die von Dr.S. angegebene Gefühlsstörung in der gesamten rechten Körperhälfte und im Gesicht nicht bestätigt werden. Es könne weder die geltend gemachte Schwäche im rechten Arm noch eine Depression festgestellt werden. Nach wie vor sei die MdE mit 10 v.H. daher zutreffend eingeschätzt.

Das Sozialgericht hat daraufhin mit Urteil vom 14.12.1999 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es sich vor allem auf die Gutachten von Dr.G. und Dr.K. gestützt. Dem Gutachten von Dr.R. habe nicht gefolgt werden können, da die von ihr festgestellten depressiven Verstimmungen nicht ausreichend nachgewiesen seien und auch die Gesamt-MdE nicht den Vorschriften der AP entspreche. Das Gutachten von Dr.S. sei nicht überzeugend, weil die Beschreibung der Gesichtsentstellungen des Klägers sowie der Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich und die darauf gestützte MdE-Einschätzung nach Auffassung der Kammer nicht schlüssig begründet worden seien. Eine Erhöhung der MdE nach § 30 Abs.2 BVG wegen besonderer beruflicher Betroffenheit hat das Sozialgericht unter Bezugnahme auf ein Urteil des BSG vom 18.10.1995 ([SozR 3-3100 § 30 Nr.14](#)) verneint, da kein Härtefall vorliege und der Kläger durch die Schädigungsfolgen weder in seinem früheren Beruf als Bäcker und Konditor noch in seinem gegenwärtigen Beruf als Fahrlehrer besonders betroffen sei. Da der Kläger keine MdE rentenberechtigenden Grades erhalten könne, komme ein Berufsschadensausgleich von vorneherein nicht in Betracht.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger beim Bayer. Landessozialgericht mit Schriftsatz vom 28.12.1999 Berufung eingelegt.

Aus der vom Senat beigezogenen Berufsförderungsakte der LVA Oberbayern geht hervor, dass die LVA dem Kläger auf seinen Antrag mit Bescheid vom 16.10.1995 eine berufliche Umschulung für den Beruf Fahrlehrer Klasse 3 bewilligt und für die Zeit vom 04.09.1995 bis 02.05.1996 Übergangsgeld gewährt hat.

Mit gerichtlichem Schreiben vom 18.04.2001 ist der Kläger unter Bezugnahme auf das BSG-Urteil vom 18.10.1995 darauf hingewiesen worden, dass jemand, der erfolgreich umgeschult wurde, beruflich nicht mehr besonders durch die vorausgegangene Schädigung betroffen sei und daher keinen Anspruch auf Erhöhung der "medizinischen" MdE habe.

In einem Erörterungstermin am 03.07.2001 hat der Kläger weiterhin geltend gemacht, dass ihm eine Rente nach SVG zustehe und auch eine besondere berufliche Betroffenheit vorliege; die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Berufsschadensausgleich seien ebenfalls gegeben, weil er nur durch erhebliche Mehrarbeit (Sechstageswoche/durchschnittlich acht Stunden täglich) als Fahrlehrer in der Fahrschule seines Vaters in etwa das gleiche Einkommen wie als Konditor erzielen könne.

In Anbetracht der widersprüchlichen Gutachtenslage hat der Senat am 17.10.2001 den Chefarzt des Neurologischen Krankenhauses M. , Dr.P. , beauftragt, den Kläger zu untersuchen und zu begutachten und die bisherigen Gerichtsgutachten kritisch zu würdigen. Im Gutachten vom 04.02.2002 hat der Sachverständige die Auffassung vertreten, dass die bisher anerkannten Schädigungsfolgen nicht vollständig seien. Die im Sinne der Entstehung anzuerkennenden Schädigungsfolgen sollten folgendermaßen lauten: "Peripheres komplettes Horner-Syndrom rechts mit Ptosis, Enophthalmus und Miosis mit leichter kosmetischer Beeinträchtigung. Anhidrosis des rechten oberen Körperquadranten und Hyperhidrosis des entsprechenden intakten Körperbereichs. Zusätzliche kosmetische Beeinträchtigung durch bei körperlicher Belastung und warmen Außentemperaturen auftretende unterschiedliche Gesichtsfärbung rechts und links (rechts Blässe, links Rötung). Leichte (sekundär bedingte) sensible Störung im rechten oberen Körperquadranten. Diskrete (sekundär bedingte), am ehesten schmerzbedingte Schwäche der rechten Hand." Ab Operation am 17.02.1994 seien die Einzel-MdE-Grade folgendermaßen einzuschätzen: Peripheres Horner-Syndrom: 10 % Zusätzliche kosmetische Beeinträchtigung: 10 % Anhidrosis des rechten oberen Körperquadranten: 5 % Leichte sensible Störung: 5 % Diskrete schmerzbedingte Schwäche: 5 % Die Gesamt-MdE für sämtliche Schädigungsfolgen betrage 25 v.H. Sie liege unter der MdE von 30 % für eine "leichte zentrale vegetative Störung als Ausdruck eines Hirndauerschadens". Sie sei im Bereich einer MdE für eine ausgeprägtere einseitige periphere Facialisrestparese (20 bis 30 %) und ebenso im Bereich einer einfachen Gesichtsentstellung (20 bis 30 %) anzusiedeln, über einer nur wenig störenden einfachen (10 %) und unter einer abstoßend wirkenden Gesichtsentstellung (50 %). Im Übrigen hat Dr.P. mit dem Sachverständigen Dr.K. (Gutachten vom 05.07.1999) die Ausführungen des Sachverständigen Dr.S. im Gutachten vom 26.03.1998 insoweit für übertrieben gehalten, als dieser eine beim Kläger unter Temperatur und Körperanstrengung eintretende "abstoßend" wirkende Gesichtsentstellung, ferner eine "extreme" Kälte- und Wärmeempfindlichkeit der rechten Körperhälfte bei körperlicher Belastung und "mittelgradig bis schwer einzustufende funktionelle Auswirkungen der ausgeprägten Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich" angenommen hat. Auch seien keine Anhaltspunkte für die von Dr.R. (Gutachten vom 22.04.1997) ins Spiel gebrachte Depression zum Zeitpunkt seiner Untersuchung vorhanden gewesen. Für die Einschätzung des Gesamtleidenszustandes des Klägers mit MdE 25 v.H. hat Dr.P. auch auf die internationalen Klassifikationen der Funktionsfähigkeit und der Behinderung (ICIDH-II und ICF) Bezug genommen. Er ist der Auffassung, dass das beim Kläger vorliegende Gesamtstörungsbild eine mittelgradige psychosoziale Beeinträchtigung darstelle.

Die Nervenärztin B. hat in ihren versorgungsärztlichen Stellungnahmen vom 23.04. und 24.06.2002 eingewandt, dass beim Kläger im Längsschnitt - wenn man davon ausgehe, dass gewisse körperliche Betätigung erforderlich und Hitze nicht immer vermeidbar sei - von einer Durchschnitts-MdE von 10 bis 20 v.H. auszugehen sei. Eine "einfache Gesichtsentstellung" mit GdB 20 bis 30 werde vom Kläger nur bei sportlicher Belastung (er fuhr früher Radrennen) erreicht, aber nicht ständig. Auch würden die im Gutachten aufgeführten Gesundheitsstörungen (sensible Störung im rechten oberen Körperquadranten, schmerzbedingte Schwäche der rechten Hand) nur subjektiv empfunden. Außerdem sei Nr. 19 der AP 1996 bei der vorgeschlagenen Gesamt-MdE nicht berücksichtigt worden.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 29.07.2002 hat Dr.P. ausgeführt, er halte die geltend gemachten sensiblen Störungen im rechten oberen Körperquadranten und die diskrete Schwäche der rechten Hand für zutreffend und habe bereits auf die aktuelle Literatur über den Zusammenhang zwischen Dysfunktionen des sympathischen Nervensystems und sensiblen und/oder motorischen Störungen hingewiesen. Das Horner-Syndrom könne nicht nur mit einer MdE um 10 v.H. bewertet werden, da sich die dazugehörige gestörte Temperaturregulation

nicht nur in dem früheren und jetzigen Beruf des Klägers, sondern auch im normalen Leben negativ auswirke. Es sei auch eine zunehmende Infektanfälligkeit des Klägers zu befürchten. Im Bereich der als "rauer" bezeichneten Körperteile sei kein sicherer Hautschutz möglich. Die MdE sei insgesamt mit 25 v.H. angemessen.

In ihrer ergänzenden versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28.08.2002 hat die Nervenärztin B. betont, dass die Schädigungsfolgen beim Kläger keine entstellende Wirkung hätten und daher eine MdE um 20 v.H. zutreffend sei. Die Ausführungen des arbeitsmedizinischen Gutachtens, die sich auf die nicht vermeidbaren Temperaturschwankungen im Beruf des Konditors bezögen, seien nicht auf den Alltag eines Fahrlehrers übertragbar.

Nach Hinweisen des Senatsvorsitzenden in der mündlichen Verhandlung am 05.11.2002 auf den Prozessvergleich vom 06.12.2000 im Verfahren S 29 Vs 13/96 vor dem Sozialgericht München bezüglich eines eventuellen Anspruchs des Klägers auf Berufsschadensausgleich und auf die fehlende Erfolgsaussicht eines Anspruchs auf MdE-Erhöhung wegen besonderer beruflicher Betroffenheit, hat der Kläger beantragt, den Beklagten unter Änderung des Urteils des Sozialgerichts München vom 14.10.1999 sowie des Bescheides des Beklagten vom 15.12.1994 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16.11.1995 zu verurteilen, bei den anerkannten WDB-Folgen "Hypohidrosis" durch "Anhidrosis des rechten oberen Körperquadranten mit leichter sensibler Störung und Hyperhidrosis des entsprechenden linken Körperbereichs" zu ersetzen, als weitere WDB-Folgen im Sinne der Entstehung "Kosmetische Beeinträchtigung durch unterschiedliche Gesichtsfärbung (rechts Blässe, links Rötung) bei Erhitzung; diskrete Schwäche der rechten Hand" anzuerkennen und ihm ab 01.10.1994 Versorgung nach einer MdE von 25 v.H. (§§ 80 SVG, 30 Abs.1 BVG) zu gewähren.

Der Beklagte hat beantragt, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 14.10.1999 zurückzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren die WDB-Akte der Beigeladenen, die SVG-Akte des Beklagten, die Reha-Akte der LVA Oberbayern, die erledigte Klageakte des Sozialgerichts München (S 27 Vs 13/96) und die Akte des vorangegangenen Klageverfahrens vor dem Sozialgericht München (S 29 Vs 212/95). Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den gesamten übrigen Inhalt dieser Akten sowie den Inhalt der Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist nach § 88 Abs.7 SVG i.V.m. [§ 143 SGG](#) statthaft. Sie ist form- und fristgerecht eingelegt ([§ 151 SGG](#)) und damit zulässig. Sie erweist sich auch als begründet.

Der Kläger hat Anspruch auf Anerkennung von weiteren Schädigungsfolgen, die insgesamt mit einer MdE von 25 v.H. ab Oktober 1994 zu bewerten sind. Damit besteht auch ein entsprechender Rentenanspruch des Klägers nach § 80 SVG i.V.m. §§ 30 Abs.1, 31 Abs.2 Halbsatz 2 BVG. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts München und die entsprechenden Bescheide des Beklagten waren abzuändern.

Zwischen den Beteiligten war zuletzt nur noch streitig, ob neben einem Horner-Syndrom weitere Folgen der fehlerhaften truppenärztlichen Behandlung am 17.02. 1994, die gemäß "Operationserlass" des Bundesministeriums der Verteidigung vom 10.12.1986 (BVBl.1 bis 5 1987 S.3) als Wehrdienstbeschädigung angesehen wurde, anzuerkennen sind und ob die hierdurch verursachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers eine MdE in Höhe von mindestens 25 v.H. rechtfertigen.

Dies richtet sich nach §§ 80, 81 Abs.1 SVG i.V.m. § 30 Abs.1 BVG sowie nach den AP in der jeweils gültigen Fassung. - Die Entscheidung der Beigeladenen nach § 85 SVG steht noch aus und war nicht Gegenstand des anhängigen Verfahrens. - Auf die normähnliche Wirkung der AP als geschlossenes Beurteilungsgefüge, das insbesondere im Interesse der Gleichbehandlung aller Betroffenen grundsätzlich zu beachten ist, hat das Sozialgericht in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend hingewiesen. Allerdings ist der Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Nr. 18 der AP trotz des Wortlauts von § 30 Abs.1 Satz 1 und 2 BVG dahingehend definiert, dass mit dem MdE-Grad das Ausmaß der Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur das Ausmaß der Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben vom Ausdruck gebracht wird. Die MdE ist danach ebenso wie der Grad der Behinderung (GdB) ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens, unabhängig vom Ausmaß der beruflichen Leistungsfähigkeit.

Im Tabellenteil der AP ist die komplexe Gesundheitsschädigung des Klägers nicht ausdrücklich genannt und mit einem MdE-Grad bewertet. Es ist daher nach Auffassung des Senats erforderlich, die beim Kläger aufgrund seiner Verletzung am 17.02.1994 eingetretenen Funktionsbeeinträchtigungen als Schädigungsfolgen einzeln zu bezeichnen. Zwar ist bisher bereits zutreffend das Horner-Syndrom rechts im engeren Sinn, mit Ptosis (hängendem Augenlid), Enophthalmus (Zurücksinken des Augapfels) und Myosis (Enge der Pupille) beschrieben. Nicht richtig ist dagegen die Anerkennung lediglich einer "Hypohidrosis" anstelle einer "Anhidrosis des rechten oberen Körperquadranten". Nach den insoweit übereinstimmenden Feststellungen der gerichtlichen Sachverständigen Dr.G. (Gutachten vom 12.09.1996), Dr.R. (Gutachten vom 22.04.1997), Dr.S. (Gutachten vom 26.03.1998), Dr.K. (Gutachten vom 15.06.1999) und Dr.P. (Gutachten vom 04.02.2002) besteht beim Kläger infolge der fehlerhaften truppenärztlichen Behandlung im Bereich des rechten oberen Körperquadranten nicht nur eine eingeschränkte Schweißsekretion, sondern ein Ausfall dieser Körperfunktion in diesem Bereich. Der Auffassung von Dr.K., wonach diese Störung nur das Gesicht, den Arm und die obere Thoraxapertur betreffe, ist der Senat nicht gefolgt. Dr.P. hat bei seiner Untersuchung des Klägers am 30.01.2002 den im September 1994 im Bundeswehrkrankenhaus U. durchgeführten Minor schen Schweißversuch durch eine Messung der peripher-autonomen Potentiale im Bereich beider Hände (sympathische Hautantwort) ergänzt und dadurch nachgewiesen, dass ein über das Horner-Syndrom hinausgehender Sympaticusausfall beim Kläger eingetreten ist. Somit ist davon auszugehen, dass die Anhidrose neben Kopf und Arm auch den rechten Teil des Rumpfes bis etwa in Höhe Th 9 betrifft.

In diesem Bereich ist nach den Darlegungen von Dr.P. auch eine leichte sensible Störung als Schädigungsfolge anzuerkennen, die in einer erhöhten Kälte- und Wärmeempfindlichkeit bei körperlicher Belastung zu sehen ist. Zwar handelt es sich dabei nicht um eine extreme Gefühlsstörung, wie Dr.S. in seinem Gutachten feststellte, sondern nur um eine leichte sensible Störung. Zu dieser Störung gehört auch eine veränderte Berührungsempfindung im Sinne einer taktilen Dysästhesie mit schlechterer Schmerz Wahrnehmung. Dies hat im Wesentlichen auch Dr.G. bejaht.

Außerdem liegt beim Kläger nach überzeugenden Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen Dr.S. und Dr.P. eine kompensative Hyperhidrosis (verstärkte Schweißsekretion) im linken oberen Körperquadranten vor. Nach Auffassung des Senats ist es erforderlich, die gesamten Auswirkungen der Schweißsekretionsstörung als Schädigungsfolgen zu bezeichnen, da diese von allen medizinischen Sachverständigen als die für den Kläger störendste und belastendste Funktionsbeeinträchtigung im Rahmen des peripheren Horner-Syndroms angesehen wurde. Als weitere Schädigungsfolge ist vom Beklagten anzuerkennen eine "kosmetische Beeinträchtigung durch unterschiedliche Gesichtsfärbung (rechts Blässe, links Rötung) bei Erhitzung". Diese Schädigungsfolge wurde seit ihrer Feststellung durch das Bundeswehrkrankenhaus U. im September 1994 (Bericht von Prof. Dr.K. vom 04.10.1994) nicht grundsätzlich bestritten. Es bestanden lediglich Zweifel hinsichtlich ihrer Bedeutung, weil sie nur temporär in Erscheinung tritt. Hierauf wird bei der MdE-Bewertung noch näher eingegangen. Schließlich ist als Schädigungsfolge anzuerkennen eine "diskrete Schwäche der rechten Hand". Die diesbezüglich vom Kläger seit Juni 1995 geltend gemachten und vom Neurologen Dr.T. aufgrund einer entsprechenden vigorimetrischen Untersuchung bestätigten Beschwerden sind nach den überzeugenden Darlegungen von Dr.P. mit den nachgewiesenen Nervenschädigungen des Klägers vereinbar. Dabei handelt es sich allerdings nur um eine leichte (sekundäre) sensible und motorische Störung. Eine anhaltende depressive Störung mit Krankheitswert kann dagegen nicht anerkannt werden. Hierfür hatte sich allein die Nervenärztin Dr.R. in ihrem Gutachten vom 22.04.1997 ausgesprochen, allerdings nur mit einer MdE um 5 v.H. Weder der Kläger selbst, noch die übrigen Sachverständigen haben eine nicht nur vorübergehende psychische Störung festgestellt. Die im Gutachten von Dr.R. erwähnte schädigungsbedingte Problematik, Beziehungen zum anderen Geschlecht aufzubauen, hatte sich offensichtlich bald danach erledigt, da der Kläger geheiratet und eine Familie gegründet hat.

Die Gesamt-MdE für dieses beim Kläger vorliegende komplexe Störungsbild ist nach Auffassung des Senats in Übereinstimmung mit dem gerichtlichen Sachverständigen Dr.P. mit 25 v.H. einzuschätzen. Der Beklagte war zuletzt mit Schriftsatz vom 29.08.2002 bereit, die Gesundheitsstörungen mit einer MdE um 20 v.H. zu bewerten (versorgungsärztliche Stellungnahme der Nervenärztin B. vom 28.08.2002). Da das periphere Horner-Syndrom in den AP nicht ausdrücklich erwähnt und bewertet ist, muss die zutreffende Bewertung durch Vergleiche mit ähnlichen Gesundheitsstörungen gefunden werden, die in den AP erwähnt sind: Da der Kläger - wie bereits ausgeführt - am meisten unter der gestörten Schweißregulation im Bereich des rechten und linken oberen Körperquadranten leidet, ist zunächst Nr. 26.3 der AP 1996 heranzuziehen, wonach (Seite 54) für leichtgradige "zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens" ("zum Beispiel Störungen der Schweißregulation") eine MdE von 30 vorgesehen ist. Da man - wie Dr.P. insbesondere in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29.07.2002 vorgeschlagen hat - von einer niedrigeren MdE als 30 ausgehen sollte, weil beim Kläger nur eine teilweise Störung der Schweißregulation vorliegt, erscheint dem Senat in Anbetracht der betroffenen beiden oberen Körperquadranten eine Einzel-MdE von 20 v.H. angemessen. Dies gilt unter Einbeziehung der gestörten Temperatur- und Schmerzempfindung im Bereich des rechten oberen Körperquadranten.

Die ebenfalls anzuerkennende kosmetische Beeinträchtigung durch unterschiedliche Gesichtsfärbung ist nach Auffassung des Senats zusammen mit dem eigentlichen Horner-Syndrom (Herabhängen des Oberlids, Zurücksinken des Augapfels, Pupillenverengung am rechten Auge) wie eine einfache Gesichtsentstellung gemäß 26.2 (Seite 50) der AP 1996 zu bewerten. Dabei erscheint es nicht ausreichend, diese Beeinträchtigungen des Klägers als nur wenig störend anzusehen, auch wenn die unterschiedliche Gesichtsfärbung nicht ständig, sondern nur bei körperlicher Belastung, emotionaler Erregung oder starken Temperaturschwankungen eintritt. Entgegen der Auffassung des Beklagten kann die nicht ständig vorhandene unterschiedliche Gesichtsfärbung nicht mit einer Erkrankung gleichgesetzt werden, deren Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen geprägt ist, wie zum Beispiel bei einem Magengeschwürsleiden (AP 1996, Nr. 18 Abs.5). Es kann daher insoweit keine Durchschnitts-MdE gebildet werden. Die Gesundheitsstörung ist im vorliegenden Fall ständig und unverändert vorhanden; sie wirkt sich lediglich nicht ständig aus, wobei die psychisch belastende Ungewissheit über das Auftreten der Gesichtsfärbung ununterbrochen besteht. Ähnlich verhält es sich bei Gelenkveränderungen oder Muskelschwächen, die auch nur dann behindern, wenn der geschädigte Körperteil in Anspruch genommen wird, nicht aber in Ruhephasen. Unter Einbeziehung der kosmetischen Beeinträchtigungen durch das eigentliche Horner-Syndrom rechts mit Ptosis, Enophthalmus und Myosis erscheint daher eine Einzel-MdE von 20 v.H. für die "sonstige einfache Gesichtsentstellung" gemäß AP 1983 und 1996 Nr. 26.2 gerechtfertigt. Die anzuerkennende diskrete Schwäche der rechten Hand ist dagegen in Übereinstimmung mit dem Vorschlag von Dr.P. mit einer MdE von unter 10 v.H. zu bewerten. Insgesamt ergibt sich daraus auch unter Berücksichtigung von Nr. 19 Abs.3 AP 1996 eine Gesamt-MdE in Höhe von 25 bzw. 30 v.H. nach § 31 Abs.2 BVG.

Aus diesen Gründen hatte die Berufung des Klägers Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Da der Kläger bis zur mündlichen Verhandlung eine MdE-Erhöhung nach § 30 Abs.2 geltend gemacht hat und erst nach nochmaligem Hinweis auf die fehlende Erfolgsaussicht dieses Begehrens von einer entsprechenden Antragstellung Abstand nahm, erschien es gerechtfertigt, den Beklagten nur zur Erstattung der Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Klägers zu verurteilen.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-09-03