L 7 SB 23/11

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 5 SB 26/10
Datum
16.02.2011
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 23/11
Datum
12.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Der Beklagte wird verpflichtet, bei dem Kläger ab 5. Dezember 2012 einen Grad der Behinderung von 50 und das Merkzeichen G festzustellen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Urteilstenor ist gem. § 138 SGG berichtigt durch Beschluss des Vorsitzenden vom 25.02.2014

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist umstritten, ob beim Kläger ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 sowie die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) ab April 2009 vorliegen.

Der am ...1958 geborene Kläger beantragte bereits am 4. Oktober 1993 beim Beklagten die Feststellung von Behinderungen wegen einer Peronaeusparese und einer Schilddrüsenerkrankung. Der Facharzt für Orthopädie Dr. H. berichtete über eine Bandscheibenoperation im Bereich L4/5 im September 1992 und diagnostizierte ein rechtsseitiges Schonhinken, eine Fußheberlähmung mit Fallfuß und eine Wadenmuskelatrophie. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. P. teilte mit, nach einer Strumaoperation im Jahr 1983 sei der Laborbefund unauffällig und der Kläger beschwerdefrei. Der beteiligte Ärztliche Dienst des Beklagten schlug daraufhin für die Fußheberlähmung rechts einen GdB von 30, die Schilddrüsenerkrankung einen GdB von 10 und einen Gesamt-GdB von 30 vor. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 13. Januar 1994 beim Kläger ab 22. September 1993 einen GdB von 30 fest. Nach dem Widerspruch des Klägers schlug der Ärztliche Dienst des Beklagten außerdem für die Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule (LWS) einen GdB von 10, aber keine Erhöhung des Gesamt-GdB vor. Dem folgend änderte der Beklagte den Bescheid vom 13. Januar 1994 durch den Widerspruchsbescheid vom 28. September 1995 dahingehend ab.

Am 7. April 2009 stellte der Kläger einen Neufeststellungsantrag und beantragte das Merkzeichen G wegen einer linksseitigen Fußheberparese. In Anlage übersandte er den Arztbrief des Städtischen Klinikums D. vom 5. März 2009 über den stationären Aufenthalt vom 27. Februar bis 6. März 2009 aufgrund eines sensomotorischen Radikulärsyndroms L4/5 linksseitig sowie eines Zustandes nach Nukleotomie mit Plegie (vollständige Lähmung) des Fußhebers sowie Großzehenhebers rechts. Die stationäre Aufnahme des Klägers sei mit Großzehenheber- und Fußheberparese links (Janda III bis IV) erfolgt. Die durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) der LWS habe eine Retrolisthese LWK3/4 mit mediolateralem Bandscheibenprolaps im Bereich LWK 3/4 und eine Tangierung der Nervenwurzel L4 und L5 mit deutlicher Einengung des Spinalkanals gezeigt. Mit einem weiteren Arztbrief des Klinikums D. vom 21. April 2009 wurde über die stationäre Behandlung des Klägers im April 2009 berichtet, da sich eine erneute deutliche Zunahme des Leidensdrucks ergeben habe. Wegen einer anhaltenden Großzehenheber- und Fußheberparese linksseitig sei eine Elektromyographie durchgeführt worden. Dabei habe sich ein sensomotorisches Radikulärsyndrom L5 links gezeigt. Da postoperativ eine Verbesserung des Taubheitsgefühls im Dermatom L5 sowie eine diskrete Verbesserung der Motorik zu verzeichnen gewesen seien, sei mittelgradig eine weitere Verbesserung der motorischen Komponente links zu erwarten. Außerdem lag der Entlassungsbericht vom 29. Mai 2009 über die Anschlussheilbehandlung des Klägers in B. S. vor. Der Aufnahmebefund habe ein sicheres, links hinkendes Gangbild gezeigt. Der Fersenstand beidseits sei nicht möglich gewesen. Die Wirbelsäule (Brustwirbelsäule/LWS) habe folgenden Befund gezeigt: Seitneige 20/0/20° nach der Neutral-Null-Methode, Rotation 30/0/30°,

Muskeleigenreflexe: Patellarsehnenreflex (PSR) beidseits auslösbar, Achillessehnenreflex (ASR) beidseits nicht auslösbar, Hypästhesie im Dermatom L5 beidseits. Als Rehabilitationsergebnis war Folgendes dokumentiert: unveränderte Fußheberparese rechts, Großzehenheber links Kraftgrad II bis III, Fußheber links Kraftgrad I bis II. Nach Beteiligung seines Ärztlichen Dienstes lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 8. Oktober 2009 die Neufeststellung ab, weil nach der Bandscheibenoperation bei akuter Lumboischialgie mit Neuropathie des linken Fußes eine Besserung dokumentiert sei. Dagegen legte der Kläger am 13. Oktober 2009 Widerspruch ein, weil die linkseitige Fußheberlähmung nicht beachtet worden sei. Beide Füße müssten nun durch orthopädische Hilfsmittel (links Carbon-Lift-Orthese, rechts Dictus Fußheberorthese) versorgt werden.

Am 13. Oktober 2009 stellte der Kläger einen Neufeststellungsantrag aufgrund einer Abgangsstenose der Aorta carotis interna links und übersandte dazu den Arztbrief der Fachärztin für Diagnostische Radiologie Dr. H. vom 2. Oktober 2007, die diese Diagnose gestellt hatte. Der Beklagte holte nochmals einen Befundschein des Dipl.-Med. P. ein (undatiert, eingegangen beim Beklagten am 23. November 2009), der über einen recht unauffälligen Gang mit zwei Schienen berichtete. Die Wegstrecke betrage über 100 Meter. Die Großzehe könne bewegt werden, der Fuß erreiche maximal erhöhte Eigenspannung. In Anlage übersandte er den Arztbrief des Neurologen Dr. F. vom 2. November 2009 mit folgenden Untersuchungsergebnissen: Großzehenhebung links Kraftgrad III, rechts Kraftgrad II, Fußhebung links Kraftgrad I, rechts Kraftgrad 0, Außenrotation beidseits Kraftgrad II, Innenrotation beidseits Kraftgrad III, Sensibilitätsstörungen: rechts im S1 Dermatom, links ab Kniekehle abwärts, L4/L5/Nervus peronaeus, Gangbild: Steppergang, Trophik: erhebliche Muskelatrophie, distal betont (Storchenbeine). Insgesamt habe sich nach der Reha-Maßnahme in B. S. nur die Zehen-, nicht aber die Fußhebung verbessert. Die beteiligte Ärztliche Gutachterin des Beklagten Dr. W. schlug daraufhin am 10. Dezember 2009 für die Funktionsminderung der Wirbelsäule mit beiderseitiger Fußheberschwäche einen GdB von 40 vor. Dem folgend stellte der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10. Februar 2010 beim Kläger einen GdB von 40 fest und wies den weitergehenden Widerspruch zurück. Ergänzend führte er aus, die Abgangsstenose der Halsschlagader bedinge keinen GdB von mindestens 10 und sei daher nicht als Behinderung festzustellen.

Dagegen hat der Kläger ab 10. März 2010 Klage beim Sozialgericht (SG) Dessau-Roßlau erhoben und geltend gemacht: Aufgrund der beidseitigen Fußheberlähmung und der Funktionseinschränkungen der LWS seien der GdB von 50 und das Merkzeichens G festzustellen. Im Übrigen sei er durch die Schilddrüsenerkrankung in seiner Leistungsfähigkeit sowohl körperlich als auch geistig eingeschränkt. Schließlich lägen keine ausreichenden Ermittlungen hinsichtlich der Folgen der Verengung der Halsschlagader vor.

Das SG hat einen Befundbericht des Dipl.-Med. P. vom 17. Juni 2010 eingeholt, der über einen nur unwesentlich verbesserten Zustand in den letzten zwölf Monaten nach zweimaliger Bandscheibenoperation mit beidseitiger Fußheberparese und einen Zustand nach Schilddrüsenentfernung 1983 (gut eingestellt) berichtet hat. Nach dem beigelegten Arztbrief des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Dipl.-Med. M. vom 23. November 2009 lägen eine Hochtonschwerhörigkeit beidseits, Tinnitus und eine Tubenventilationsstörung links vor. Als Therapie seien Verhaltensrichtlinien aufgezeigt und ein Druckausgleich empfohlen worden. Dipl.-Med. P. hat außerdem einen Arztbrief des Facharztes für Orthopädie Dipl.-Med. H. vom 31. März 2010 übersandt, wonach das postoperative Ergebnis unbefriedigend sei. Der Kläger habe über akute Schmerzen in der LWS mit Ausstrahlung in beide Beine sowie eine Fußheberparese berichtet. Am 22. Februar 2010 war folgender Befund dokumentiert: mittelschwere Restbeschwerden mit Dysästhesien bei L4/L5 links mehr als rechts, Beine: keine Reflexe, Paresen Grad 4 der Fußheber und -senker beidseits, Sensibilitätsstörung bei L5/S1 links mehr als rechts, komplette Peronaeusparese rechts mehr als links.

Schließlich hat das SG das Gutachten des Chefarztes des Städtischen Klinikums D., Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Dr. Z. vom 12. November 2010 (Untersuchung am 7. Oktober 2010) eingeholt. Diesem habe der Kläger ständige Schmerzen im Rücken geschildert. Er könne den Fuß beidseits nicht heben, wobei rechts die Schwäche wesentlich größer sei als links. Unter Auswertung der Röntgenbefunde der LWS vom 31. Oktober 2010 und des MRT der LWS vom 1. November 2010 und nach Untersuchung des Klägers hat der Sachverständige folgende Diagnosen gestellt: Degenerative Veränderungen der Bewegungssegmente L3/L4, L4/L5, L5/S1 mit deutlicher Osteochondrose und ausgeprägter Spondylarthrose, Bandscheibenvorfall mit Einengung des Spinalkanals und der Nervenwurzel L4 links, Fußheber- und Zehenheberparese rechts und links (Kraftgrad 0 bzw. 1), Gefühlsminderung an der Außenseite des rechten und linken Ober- und Unterschenkels (links etwas stärker als rechts) als Hinweis auf eine Störung der Nervenwurzel L5/S1 beidseits sowie an der Außenseite des Fußes als Hinweis auf ein sensibles S1-Syndrom beidseits, schwache Muskeleigenreflexe (seitengleich auslösbar), keine Nervendehnungsschmerzen. Zur Bewertung des GdB hat der Sachverständige ausgeführt: Es lägen aufgrund der anhaltenden Schmerzsymptomatik mit rezidivierenden Bandscheibenvorfällen seit mindestens 2009 mittelgradige Auswirkungen im Bereich der LWS vor, die mit einem GdB von 20 bewertet werden könnten. Schwere funktionelle Auswirkungen könnten nicht angenommen werden, weil die Beweglichkeit nicht wesentlich eingeschränkt sei (Seitneigen 30/0/40°, Fingerbodenabstand 22 cm, Ott 30/30,5 cm, Schober 10/13 cm) und keine wesentliche Muskelminderung, keine statisch wirksame Fehlstellung der Wirbelsäule und keine behandlungsbedürftige Instabilität vorlägen. Die vollständige Fuß- und Zehenheberparese der rechten Seite sei mit einem GdB von 30 zu bewerten. Die Fuß- und Zehenheberparese links sei unvollständig, daher sei der GdB mit 20 einzuschätzen. Insgesamt hat er einen GdB von 40 vorgeschlagen, weil ein GdB von 50 beispielhaft nur dann angenommen werden könne, wenn die Gesamtauswirkungen der unterschiedlichen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich seien, wie beispielsweise der Verlust eines Unterschenkels. Der Kläger sei demgegenüber wesentlich besser gestellt. Zwar sei er in seiner Gehfähigkeit deutlich behindert. Durch die beidseitige orthetische Versorgung (Peronealzügel) sei er in seiner Gehfähigkeit einem Unterschenkelamputierten gegenüber aber besser gestellt. Eine Berücksichtigung der Hochtonschwerhörigkeit bzw. des Tinnitus sei nicht erfolgt, da aussagefähige Befunde nicht vorlägen. In Anlage zum Gutachten hat sich der Arztbrief des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 20. April 2010 befunden, der eine inkomplette bzw. hochgradige Fußheberparese rechts mehr als links und deutliche Umfangsdifferenzen der Waden (rechts 34 cm zu links 38 cm) festgestellt hatte. Hinsichtlich der Wirbelsäulenbeweglichkeit verwies er auf einen Fingerbodenabstand von 5 cm.

Zum Gutachten hat der Beklagte ausgeführt: Die Kraftminderungen bei der Fußhebung stellten schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt dar und seien mit einem GdB von 30 bis allerhöchstens 40 zu bewerten. Zusätzliche Funktionsminderungen der Wirbelsäule lägen nicht vor. Den Doppelbewertungen und Behinderungsbezeichnungen im Gutachten könne nicht gefolgt werden, weil diese nicht konform zu den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen seien. Der Kläger hat in seiner Stellungnahme gegen das Gutachten eingewandt: Der Gesamt-GdB könne nicht nachvollzogen werden, denn hier seien zwei gleichartige Gliedmaßen betroffen, nämlich die Füße rechts und links. Es könne kein Ausgleich über den anderen Fuß erfolgen. Verstärkt werde dies durch das Wirbelsäulenleiden. Auch die Besserstellung gegenüber einem Unterschenkelamputierten könne nicht nachvollzogen werden, da auch er auf Hilfsmittel angewiesen sei, um einen gewissen Ausgleich zu schaffen. Ohne diese könne er nicht mehr sicher stehen. Hobbys wie Tanzen und Baden könne er nicht

mehr nachgehen. Im Übrigen sei eine weitere HNO-ärztliche Sachaufklärung vorzunehmen. Ergänzend hat der Beklagte auf die prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 1. Februar 2011 verwiesen, wonach während der Reha-Maßnahme noch kein Schwindel und kein dekompensierter Tinnitus vorgelegen hätten.

In der nichtöffentlichen Sitzung vom 17. Januar 2011 hat der Kläger den Reha-Entlassungsbericht B. S. vom 16. Dezember 2010 vorgelegt. Danach habe ein sensomotorisches L5-Syndrom bei Rezidiv-Bandscheibenoperation am 3. November 2010 vorgelegen. Der Kläger habe über Kraftlosigkeit vor allem im linken Bein, eine auf ca. 500 Meter begrenzte Gehstrecke und ein erschwertes Treppensteigen berichtet. Das Gangbild sei mit Fußheberschiene rechts und Fußheberzügel links hinkend gewesen. Kardiopulmonale Dekompensationszeichen hätten nicht festgestellt werden können. Bei Abschluss der Rehabilitation seien folgende Befunde erhoben worden: Großzehenheberschwäche Kraftgrad I bis II, beidseits Fußheberschwäche Kraftgrad 0, Fußsenker beidseits Kraftgrad IV, Umfangsdifferenzen an den unteren Extremitäten von 2 cm. Außerdem hat der Kläger den Arztbrief des Dipl.-Med. M. vom 20. Dezember 2010 überreicht, wonach eine Menière-Krankheit und ein dekompensierter Tinnitus vorlägen.

Mit Urteil vom 16. Februar 2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Die Funktionsminderung der Wirbelsäule mit Fußheberschwäche beidseits sei mit einem GdB von 40 zu bewerten. Die von Dr. Z. festgestellten degenerativen Veränderungen mit rezidivierenden Bandscheibenvorfällen sowie die Fußheberparese rechts und links seien als schwerwiegende funktionelle Einschränkungen der Wirbelsäule zu werten. Weitere Einschränkungen der LWS lägen nicht vor, insbesondere seien die Bewegungseinschränkungen der LWS nur gering. Die Hochtonschwerhörigkeit und der Tinnitus seien mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten und erhöhten nicht den Gesamt-GdB von 40. Die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens G lägen auch nicht vor, da kein GdB von wenigstens 50 für Behinderungen der Beine und / oder der LWS bei dem Kläger festzustellen sei.

Gegen das ihm am 3. März 2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 31. März 2011 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und sein Begehren weiter verfolgt. Am 11. Oktober 2011 hat er mitgeteilt, er befinde sich wegen der mit dem Tinnitus verbundenen seelischen Begleiterscheinungen noch nicht in Behandlung, sondern versuche, damit allein umzugehen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 16. Februar 2011 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 8. Oktober 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 2010 abzuändern und bei ihm ab 7. April 2009 einen GdB von 50 sowie das Merkzeichen G festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers eingeholt. Der Facharzt für Orthopädie Dr. A. hat am 28. November 2011 eine vollkommene Fußheberparese beidseits sowie ein vorsichtiges Gangbild ohne Hilfsmittel mit deutlichen Fußheberparesen und Schnappen beider Füße festgestellt. In Anlage hat er den Arztbrief des Facharztes für Neurochirurgie S. vom 2. Februar 2011 übersandt, wonach der Kläger unter wenig Schmerzen leide, aber eine fehlende Stabilität des linken Beines und Muskelatrophien im linken Oberschenkel beklagt habe. Der Untersuchungsbefund habe ein angedeutetes Trendelenburgzeichen (Absinken des Beckens infolge Lähmung) links, beidseits hochgradige Fußheberparesen sowie weniger ausgeprägte Fußsenkerparesen beidseits gezeigt. Außerdem habe der Kläger eine Hypästhesie im Bereich beider Unterschenkel (lateral) angegeben. Dipl.-Med. M. hat mit Befundbericht vom 6. Juni 2012 mitgeteilt, bei der letztmaligen Behandlung am 20. Dezember 2010 habe er einen dekompensierten Tinnitus (psychische Dekompensation) und einen Morbus Menière festgestellt. Außerdem bestehe eine geringgradige Hochtonschwerhörigkeit. Aus dem Tonaudiogramm ergebe sich ein Hörverlust von rechts und links 0%.

Der Kläger hat einen Arztbrief der Fachärztin für Neurologie N. vom 13. März 2012 mit folgendem Befund vorgelegt: keine Atrophien, Tonus regelrecht, hochgradige Fußheberparese beidseits (Kraftgrad 1), mittelgradige Zehenheberparese beidseits (Kraftgrad 4), Parese der Hüftbeugung links ca. Kraftgrad 4, PSR beidseits gut auslösbar, ASR beidseits erloschen, Dysästhesien im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links, Hypästhesie/Hypalgesie beider Unterschenkel lateral über den Fußrücken ziehend (Versorgungsgebiet Nervus peronaeus beidseits). Das ENG/MG habe eine beidseitige Schädigung des Nervus peronaeus, ansonsten Normalbefund gezeigt. Bezüglich der Parästhesien im Handbereich sei am ehesten von einer Ulnarisaffektion auszugehen, die elektrophysiologisch nicht fassbar sei.

Die ärztliche Gutachterin des Beklagten Dr. W. hat daraufhin in ihrer prüfärztlichen Stellungnahme vom 15. Mai 2012 ausgeführt, die Ulnarisaffektion stelle ein Behandlungsleiden dar und bedinge keinen GdB. Wegen der hochgradigen Fußheberschwäche sei der Beurteilungsbereich schon maximal ausgeschöpft und ein GdB von 40 empfohlen worden. Die Gleichsetzung mit einem Unterschenkelamputierten sei nicht gerechtfertigt, weil der Kläger im Gegensatz zu diesem jederzeit auch ohne Hilfsmittel gehen könne.

Schließlich hat der Senat das Gutachten des Dr. S. (Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie) vom 6. Dezember 2012 (Untersuchung 5. Dezember 2012) eingeholt. Der Sachverständige hat folgende Diagnosen erhoben:

Lumboischialgie beiderseits, d. h. ständige Schmerzen in der LWS mit Ausstrahlung in beide Beine bis in die Füße bei Muskelhartspann und Druckschmerzhaftigkeit und schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit in allen Richtungen bei schweren degenerativen Veränderungen im Segment L3 bis L5, leichter auch L5/S1, aufgehobenem Zwischenwirbelraum, ausgeprägter Spondylarthrose bei Zustand nach dreimaliger Nucleotomie 1992 L5/S1, 2009 L3/4 und 2010 bei Rezidivvorfall L3/4 mit Fuß- und Zehenheberparese beiderseits und Quadrizepsschwäche links, Taubheitsgefühl beider äußerer Unterschenkel und der Füße sowie erneuter akuter radikulärer Symptomatik rechts mit positivem Zeichen nach Laségue.

Hypothyreose nach Schilddrüsenoperation, medikamentös eingestellt.

Tinnitus seit 1994.

Schuppenflechte (Psoriasis).

Dr. S. hat folgenden Befund erhoben: Zeichen nach Ott 30/31 cm, Zeichen nach Schober 10/12 cm, Fingerbodenabstand 37 cm mit Abstützung auf den Oberschenkeln, Aufrichtung deutlich verlangsamt, Seitneigung rechts/links 20/0/10°, Rotation beidseits 20° schmerzhaft, PSR beidseits schwach auslösbar, ASR beidseits nicht auslösbar, ausgeprägte Muskelatrophie beider Unterschenkel, Atrophie des linken Oberschenkel gegenüber rechts (Umfangsmaße: 20 cm oberhalb des medialen Kniegelenkspalts rechts/links 47 bzw. 46 cm, 10 cm oberhalb des medialen Kniegelenkspalts rechts/links 40,5 bzw. 39 cm), freie passive Beweglichkeit beider Sprunggelenke, Fußheberparese beiderseits, keine Fußsenkerparese beiderseits, Heben des gestreckten Beines links schwächer als rechts, Durchblutung der unteren Extremitäten seitengleich, Taubheitsgefühl im Bereich des lateralen Unterschenkels beidseits, des Fußrückens und des Fußaußenrandes beiderseits, rechts mehr als links, leichte Quadrizepsschwäche links gegenüber rechts. Die Röntgendiagnostik der LWS vom 5. Dezember 2012 habe schwerste degenerative Veränderungen (ausgeprägte Osteochondrose) im Segment L3/4 und L4/5 mit aufgehobenem Zwischenwirbelraum und ausgeprägter Spondylarthrose sowie leichtere Veränderungen im Segment L5/S1 gezeigt. Der Sachverständige hat vorgeschlagen, einen GdB von insgesamt 50 festzustellen und im Einzelnen ausgeführt: Die Peronaeus-Profundus-Lähmung, d. h. die Fuß- und die Zehenheberparese einseitig begründe einen GdB von 30. Auch die Veränderungen der LWS mit Lumboischialgie und akuter radikulärer Symptomatik und positiven Zeichen nach Laségue rechtfertigten einen GdB von 30. Die Schilddrüsenunterfunktion nach der Operation führe zu keinem GdB, für den Tinnitus und die Schuppenflechte sei ein GdB von 10 anzunehmen. Außerdem sei das Merkzeichen G anzuerkennen. Die Gehstrecke des Klägers sei durch die ständigen Schmerzen der LWS mit einer Ausstrahlung in beide Beine und die schweren degenerativen Veränderungen der LWS sowie den Zustand nach dreimaliger Wirbelsäulenoperation mit erneuter akuter radikulärer Symptomatik und Schwäche des linken Oberschenkels glaubhaft auf 1500 Meter eingeschränkt. Die bei ihm vorliegenden Beschwerden entsprächen einem Zustand wie bei einer Person mit Verlust eines Beines im Unterschenkel. Der GdB von 50 und das Merkzeichen G seien ab April 2009 zu gewähren, weil nach der zweiten Bandscheibenoperation die Fußheberparese links verblieben sei. Ohne Peronaeus-Schienen bestehe ein ausgeprägter Steppergang mit zusätzlicher Schwäche im linken Oberschenkel. Dabei liege ein sehr unsicheres, kleinschrittiges Gangbild vor. Das Gangbild mit Peronaeus-Schienen sei etwas sicherer, aber trotzdem kleinschrittig. Dem Gutachten des Dr. Z. könne er nicht folgen, da das Gangbild mit orthetischer Versorgung trotzdem noch unsicher sei, so dass eine deutliche Beeinträchtigung der Gehfähigkeit vorliege.

In Auswertung des Gutachtens hat der Beklagte zur vergleichsweisen Beendigung des Rechtsstreits vorgeschlagen, bei dem Kläger ab 5. Dezember 2012 einen GdB von 50 sowie das Merkzeichen G festzustellen und die Hälfte der außergerichtlichen Kosten der zweiten Instanz zu erstatten. Nach Untersuchung und Inaugenscheinnahme des Klägers seien ab dem Untersuchungszeitpunkt die Voraussetzungen für die Feststellung eines GdB von 50 und des Merkzeichens G erfüllt. Dem Gutachten könne aber nicht gefolgt werden, soweit bereits ab April 2009 diese Schwere angenommen worden sei. Dem widersprächen die Untersuchung des Klägers am 7. Oktober 2010 im Städtischen Klinikum D. und der Reha-Entlassungsbericht B. S. vom 16. Dezember 2010. In ihrer Stellungnahme vom 4. Februar 2013 hat die Ärztliche Gutachterin des Beklagten Dr. W. ausgeführt, die Kraftgrade der Fußheber seien nicht explizit aufgeführt worden, die Mitteilung, dass beide Beine gut angehoben werden könnten, belegten jedoch weiterhin einen Kraftgrad von mindestens 4 von 5 in den Oberschenkeln. Die Umfangsmaße der Beine ließen nicht auf eine relevante Muskelatrophie schließen. Im März 2012 sei eine Atrophie der Beinmuskulatur ausdrücklich verneint worden und aktuell könne es sich allenfalls um eine dezente Atrophie handeln, die klinisch nicht relevant sei. Die Fußsenker seien nicht mehr beeinträchtigt. Die verkürzte Schrittlänge bei Benutzung der Orthesen sei keine wesentliche Behinderung und in dem anerkannten GdB von 50 berücksichtigt. Auch die unsichere Ausführung der erschwerten Gang- und Standproben, welche im Alltag nicht erforderlich seien, könne nicht als zusätzliche Behinderung gewertet werden. Wenn der Kläger angegeben habe, dass er sich nach ca. 1,5 km Gehstrecke wegen zunehmender Schmerzen und Schwäche ausruhen müsse, könne z. B. auch in Analogie zur Bewertung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit keinesfalls ein GdB von 50 empfohlen werden. Bisher unbekannte Funktionsminderungen der Wirbelsäule gingen aus dem Gutachten nicht hervor, so dass auch insofern keine andere Bewertung als bisher zu begründen sei. Die letzte Vorstellung beim HNO-Arzt liege zwei Jahre zurück. Eine diesbezügliche Gesundheitsstörung sei nicht festzustellen.

Der Kläger hat den Vergleichsvorschlag nicht angenommen und stützt sich auf das Gutachten des Dr. S.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme des Dr. S. vom 14. April 2013 eingeholt. Danach habe er aufgrund der schweren degenerativen Veränderungen der LWS (die sowohl radiologisch als auch klinisch nachweisbar seien) mit Fußheberparesen beiderseits und Quadrizepsschwäche links einen GdB von 50 vorgeschlagen. Schwieriger sei natürlich die Feststellung, ab wann der GdB von 50 und das Merkzeichen G gerechtfertigt seien. Sofern kritisiert werde, dass keine wesentliche Muskelminderung beschrieben worden sei, sei dem entgegenzuhalten, dass dies zwar bei einer Lähmung zu erwarten sei. Diese seien allerdings bei einer beidseitigen Fußheberparese normal, weil die Muskulatur beiderseits im gleichen Maße abgebaut sei. Somit finde man keine Muskeldifferenzen. Bereits 2009 seien schwere degenerative Veränderungen der Wirbelsäule radiologisch, aber auch kernspintomographisch nachgewiesen worden. Diese Veränderungen deckten sich mit einer ausgeprägten funktionellen Einschränkung der Wirbelsäule. Aus längjähriger Erfahrung sei zu sagen, dass das Vorliegen so schwerer degenerativer Veränderung der LWS, die zu einer ausgeprägten Nervenschädigung beidseits geführt hätten, immer mit einer schweren funktionellen Einschränkung der Wirbelsäule einhergehe, so dass er weiterhin bei der Einschätzung bleibe, dass der GdB von 50 und Merkzeichen G ab April 2009 anzuerkennen seien.

Der Beklagte hat mit Schreiben vom 24. Mai 2013 darauf hingewiesen, dass auch nach der ergänzenden Stellungnahme nicht nachzuvollziehen sei, dass bereits seit 2009 ein GdB von 50 sowie das Merkzeichen G festzustellen seien.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten des Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und gemäß § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung des Klägers ist teilweise begründet.

Die Klage gegen den Bescheid vom 8. Oktober 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Februar 2010 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach § 54 Abs. 1 SGG statthaft. Bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist für die Beurteilung

der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000 - B 9 SB 3/99 R - SozR 3-3870 § 3 Nr. 9 S. 22). Die Klage ist ab der Untersuchung durch Dr. S., also dem 5. Dezember 2012, begründet. Für den vorherigen Zeitraum hat der Kläger keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mehr als 40 und das Merkzeichen G.

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 13. Januar 1994 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 28. September 1995 einen GdB von 30 festgestellt und damit über den GdB des Klägers entschieden hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach § 48 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – SGB X). Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrades um wenigstens 10 ergibt. Die Änderung der Behinderungsbezeichnung oder das Hinzutreten weiterer Teilbehinderungen ohne Auswirkung auf den Gesamtbehinderungsgrad allein stellen aber noch keine wesentliche Änderung dar (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - B 9 SB 18/97 R, zitiert nach juris). Für die wesentliche Änderung kommt es weder auf den Inhalt des Vergleichsbescheides noch auf die von der Behörde bei der Bewilligung oder später angenommenen Verhältnisse, sondern auf die tatsächlichen Verhältnisse und deren objektive Änderung an (KassKomm-Steinwedel, SGB X, § 48 Rdnr. 14 m.w.N.). Unter Berücksichtigung dieses Maßstabes ist eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten, die ab dem Neufeststellungsantrag einen GdB von 40 und ab 5. Dezember 2012 einen GdB von 50 sowie das Merkzeichen G rechtfertigt.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046). Rechtsgrundlage für den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 sowie das Merkzeichen G sind §§ 69 Abs. 1, 3 und 4 SGB IX. Nach § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Diese Vorschrift knüpft materiellrechtlich an den in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bestimmten Begriff der Behinderung an. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach § 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen neuen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412) aufgestellt worden, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch § 30 Abs. 16 BVG ermächtigt ist.

Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt und sind damit der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. GdS und GdB werden dabei nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass sich der GdS kausal auf Schädigungsfolgen und der GdB final auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von deren Ursachen auswirkt (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil A: Allgemeine Grundsätze 2 a).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Teil A, Nr. 2 e genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen des Klägers ab 5. Dezember 2012 ein GdB von 50 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf die Gutachten des Dr. Z. und Dr. S., die Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers nebst Anlagen sowie die Reha-Entlassungsberichte B. S.

Das zentrale Leiden des Klägers betrifft das Funktionssystem "Beine". Für dieses kann aufgrund der Fußheber- und Zehenheberparese ab Antragstellung ein GdB von 40 festgestellt werden.

Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 18.14) ist bei einem einseitigen vollständigen Ausfall des Nervus peronaeus profundus ein GdB von 30 festzustellen. Teilausfälle sind entsprechend geringer zu bewerten. Dr. S. hat dazu in seinem Gutachten ausgeführt, der vollständige Ausfall des Nervus peronaeus profundus setze eine Fußheber- und Zehenheberparese voraus. Da bei dem Kläger nicht der vollständige beidseitige Ausfall der Fußheber und Zehnheber festzustellen ist, kann dafür maximal ein GdB von 40 angenommen werden. Nach der letzten Befunderhebung vom 13. März 2012 durch Dr. N. lagen eine hochgradige Fußheberparese beidseits (Kraftgrad 1) und eine mittelgradige Zehenheberparese beidseits (Kraftrad 4) vor. Auch die weiteren medizinischen Unterlagen lassen keinen Rückschluss auf eine beidseitige vollständige Fuß- und Zehenheberparese zu. Dr. S. hat zwar eine Fuß- und Zehenheberparese beidseits festgestellt. Allerdings hat er keine Kraftgrade explizit aufgeführt, so dass das Ausmaß nicht ersichtlich ist. Der Facharzt für Neurochirurgie S. hat am 2. Februar 2011 ebenso wie Dr. N. über beidseits hochgradige Fußheberparesen berichtet. Gegen einen beidseitigen vollständigen Ausfall des Nervus peronaeus sprechen auch die Befunderhebungen durch Dr. Z. und der Reha–Entlassungsbericht B. S. vom 16. Dezember 2010. So hat der Kläger selbst gegenüber Dr. Z. angegeben, er könne zwar den Fuß beidseits nicht heben, doch sei rechts die Schwäche wesentlich größer als links. Hiermit stimmt auch die Befunderhebung des Dr. Z. überein, wonach eine vollständige Fuß- und Zehenheberparese der rechten Seite und eine unvollständige der linken vorlägen. Aufgrund

dieser Befunderhebungen war sein gutachtlicher Vorschlag, die Parese der rechten Seite mit einem GdB von 30 und die der linken Seite mit 20 zu bewerten, nachvollziehbar. Auch im Reha-Entlassungsbericht konnte keine beidseitige vollständige Fuß- und Zehenheberparese festgestellt werden (Großzehenheberschwäche Kraftgrad I bis II, beidseits Fußheberschwäche Kraftgrad 0, Fußsenker beidseits Kraftgrad IV). Insgesamt ist also davon auszugehen, obwohl die Kraftgrade der Fußheber und Zehenheber leicht wechselhaft angegeben wurden, dass keine Befunderhebung eine vollständige beidseitige Fuß- und Zehenheberschwäche dokumentiert hat. Die davon lediglich verbal abweichende Einschätzung des Dr. A. vom 28. November 2011, wonach eine vollkommene Fußheberparese beidseits vorliege, ist nicht anhand von mitgeteilten Befunderhebungen nachzuvollziehen und steht im Widerspruch zu den übrigen medizinischen Unterlagen. Über eine Zehenheberparese hat auch Dr. A. keine Ausführungen gemacht, so dass diesem Befund keine für die Feststellung des GdB maßgebliche Bedeutung zuzumessen war.

Außerdem ist ein Einzel-GdB für das Funktionssystem Rumpf aufgrund der Wirbelsäulenerkrankung festzustellen. Dafür ist ab 5. Dezember 2012 ein GdB von 30, für die Zeit von der Antragstellung bis zur Untersuchung durch Dr. S. lediglich ein GdB von 20 anzunehmen.

Für Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen sind die maßgeblichen Bewertungskriterien in Teil B, Nr. 18.9 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze vorgegeben. Danach folgt der GdB bei Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung, der Wirbelsäuleninstabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Abschnitte der Wirbelsäule. Erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grades, rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 20. Funktionsstörungen geringeren Grades bedingen allenfalls einen Einzelgrad von 10. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 30, mittelgradige bis schwere in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen GdB von 30 bis 40. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch intermittierenden Störungen bei einer Spinalkanalstenose - sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach der Befunderhebung durch Dr. S. lässt sich in Übereinstimmung mit dessen Vorschlag zur Bewertung nunmehr ein Einzel-GdB von 30 für das LWS-Leiden feststellen. Überzeugend hat Dr. S. ausgeführt, dass nicht nur mittelgradige, sondern schwere Funktionsstörungen vorliegen. Der Kläger leidet unter einer Lumboischialgie beiderseits, d. h. ständigen Schmerzen in der LWS bei Muskelhartspann und Druckschmerzhaftigkeit. Es wurden bereits drei Wirbelsäulenoperationen durchgeführt. Die Beweglichkeit ist nach den Ausführungen von Dr. S. in allen Richtungen schmerzhaft bewegungseingeschränkt (Zeichen nach Ott 30/31 cm, Zeichen nach Schober 10/12 cm, Fingerbodenabstand 37 cm mit Abstützung auf den Oberschenkeln, Aufrichtung deutlich verlangsamt, Seitneigung rechts/links 20/0/10°, Rotation beidseits 20°). Auch das Zeichen nach Laségue war erstmals bei der Untersuchung durch Dr. S. positiv. Im Übrigen sind auch die Sensibilitätsstörungen und die Parese im Hüftbereich bei der GdB-Feststellung zu berücksichtigen, die Folgen der Radikulärsymptomatik sind. Diese Funktionseinschränkungen finden ihre Entsprechung in den Röntgenbefunden der LWS vom 5. Dezember 2012. Dabei waren schwerste degenerative Veränderungen im Segment L3/4 und L4/5 mit aufgehobenem Zwischenwirbelraum und ausgeprägter Spondylarthrose festgestellt worden.

Vor der Untersuchung durch Dr. S. kann lediglich ein GdB von 20 für die Wirbelsäulenfunktionseinschränkung festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat vor allem auf das Gutachten des Dr. Z. Insoweit ist zu beachten, dass die maßgeblich durch das Wirbelsäulenleiden ausgelöste Fußheberschwäche als Folge der Radikulärsymptomatik im Funktionssystem Beine bereits bewertet wurde und nicht nochmals beim Wirbelsäulenleiden Berücksichtigung finden kann. Eine Doppelbewertung ist unzulässig. Bei der Befunderhebung durch Dr. Z. am 7. Oktober 2010 war aufgrund der anhaltenden Schmerzsymptomatik mit rezidivierenden Bandscheibenvorfällen und der Sensibilitätsstörungen von mittelgradigen Auswirkungen im Bereich der LWS auszugehen, die mit einem GdB von 20 bewertet werden können. Die gutachtliche Einschätzung, von mittelgradigen Auswirkungen mindestens seit 2009 auszugehen, erscheint aufgrund der vorhandenen bildgebenden Befunde und der erhobenen Bewegungsmaße nachvollziehbar. Schwere funktionelle Auswirkungen konnten durch Dr. Z. nicht festgestellt werden, weil die Beweglichkeit damals (im Gegensatz zur Befunderhebung durch Dr. S.) nicht wesentlich beeinträchtigt war (Fingerbodenabstand 22 cm, Schober 10/13 cm). Die mit 30/0/40° festgestellte Seitneigung war sogar noch uneingeschränkt. Es lag darüber hinaus keine wesentliche Muskelminderung, keine statisch wirksame Fehlstellung der Wirbelsäule und keine behandlungsbedürftige Instabilität vor. Die gutachtliche Einschätzung von lediglich mittelgradigen Auswirkungen im Bereich der LWS stimmt mit den durch Dr. Z. ausgewerteten bildgebenden Befunden überein. Zusammenfassend hatte der Sachverständige degenerative Veränderungen der Bewegungssegmente L3/L4, L4/L5, L5/S1 mit Osteochondrose und Spondylarthrose und einen Bandscheibenvorfall mit Einengung des Spinalkanals und der Nervenwurzel L4 links festgestellt. Im Reha-Entlassungsbericht B. S. vom 29. Mai 2009, also unmittelbar nach dem Neufeststellungsantrag, waren nur unwesentliche Bewegungsbeeinträchtigungen der LWS festzustellen (Seitneige 20/0/20°, Rotation 30/0/30°). Die von Dr. S. am 5. Dezember 2012 festgestellten schwersten degenerativen Veränderungen mit aufgehobenem Zwischenwirbelraum und schweren Bewegungseinschränkungen waren damit weder in den Reha-Entlassungsberichten B. S. noch durch Dr. Z. dokumentiert. Im Übrigen hat auch Dr. S. bei seiner Untersuchung am 20. April 2010 noch einen unbeeinträchtigten Fingerbodenabstand von 5 cm ohne weitere Bewegungseinschränkungen festgestellt.

Des Weiteren ist ein GdB von 10 für das Funktionssystem Ohren anzunehmen. Dipl.-Med. M. hat mit Befundbericht vom 6. Juni 2012 mitgeteilt, bei der letztmaligen Behandlung am 20. Dezember 2010 habe er einen dekompensierten Tinnitus (psychische Dekompensation) und einen Morbus Menière festgestellt. Der Tinnitus ist nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 5.4) mit einem GdB von maximal 10 zu bewerten. Eine höhere Bewertung kann nicht erfolgen, weil erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen nicht festzustellen sind. Der Kläger nimmt diesbezüglich keine fachärztliche Behandlung in Anspruch, sondern hat am 11. Oktober 2011 mitgeteilt, er versuche mit den seelischen Begleiterscheinungen allein umzugehen. Die nicht behinderungsgradrelevante Bedeutung dieser Erkrankung lässt sich auch daran erkennen, dass der Allgemeinarzt Dipl.-Med. P. weder den Tinnitus noch damit verbundene psychovegetative Begleiterscheinungen in seinen Berichten erwähnt hat. Aus gleichem Grund führt die Diagnose der Erkrankung an Morbus Menière zu keiner weiteren Erhöhung, da damit verbundene Funktionsausfälle nicht im GdB-relevanten Ausmaß nachgewiesen worden sind. Schließlich erhöht auch die geringgradige Hochtonschwerhörigkeit den Behinderungsgrad nicht. Denn nach den Ausführungen von Dipl.-Med. M. ergibt sich aus dem Tonaudiogramm kein behinderungsgradrelevanter Hörverlust.

Weitere Funktionseinschränkungen, die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten wären, sind nicht erkennbar. Für die Schilddrüsenerkrankung des Klägers kann nach Entfernung der Schilddrüse kein Behinderungsgrad festgestellt werden, da nach den

Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 15.6) nur anhaltende Beeinträchtigungen trotz Behandlung Berücksichtigung finden können. Eine Schilddrüsenfunktionsstörung liegt bei dem Kläger nicht vor, denn Dipl.-Med. P. hat von unauffälligen Laborparametern bei medikamentös gut eingestellter Schilddrüsenfunktion berichtet. Auch die Abgangsstenose der Aorta carotis interna links rechtfertigt keinen Einzel-GdB. Damit verbundene Funktionseinschränkungen hat der Kläger weder vorgetragen noch sind diese ärztlicherseits dokumentiert. Im Übrigen waren sämtliche internistische Untersuchungen im Rahmen der Reha-Maßnahmen unauffällig. Auch die Schuppenflechte und die Ulnarisaffektion rechtfertigen keinen Behinderungsgrad, weil damit verbundene behinderungsgradrelevante Beeinträchtigungen nicht nachgewiesen sind.

Da bei dem Kläger Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der Gesamtbehinderungsgrad zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze anzuwenden. Nach Nr. 3c ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.

Danach ist von dem Behinderungsgrad von 40 für das Funktionssystem Beine auszugehen. Aufgrund der Wirbelsäulenerkrankung, die ab 5. Dezember 2012 mit einem GdB von 30 zu bewerten ist, ist ab diesem Zeitpunkt ein Gesamt-GdB von 50 zu bilden. Ab 5. Dezember 2012 sind erhebliche Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule nachgewiesen, die es in Zusammenschau mit den Funktionsstörungen aufgrund der Peronaeuslähmungen rechtfertigen, die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Für den davor liegenden Zeitraum konnte für das Funktionssystem Rumpf lediglich ein GdB von 20 angenommen werden, der aber nicht den GdB von 40 für die Beine erhöhen kann. Denn das Gesamtausmaß der Behinderung wird durch diese - nach den Versorgungsmedizischen Grundsätzen (Teil A, Nr. 3 ee) noch als leichte Funktionseinschränkung zu bewertenden Behinderungen - nicht größer. Eine relevante Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule, eine statisch wirksame Fehlstellung der Wirbelsäule oder eine behandlungsbedürftige Instabilität, die im Zusammenspiel mit den Funktionseinschränkungen im Funktionssystem Beine das Gesamtausmaß der Behinderung verstärken können, lag bis zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Schließlich führt die mit einem GdB von 10 bewertete Hörminderung nicht zur Erhöhung des Gesamt-GdB, denn von einem hier nicht vorliegenden Ausnahmefall abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes des Gesamtbeeinträchtigung (Teil A, Nr. 3 ee).

Ebenfalls erst ab dem 5. Dezember 2012 hat der Kläger einen Anspruch auf die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen G. Ab diesem Zeitpunkt liegen, wie zwischen den Beteiligten auch unstrittig ist, sich auf die Gehfähigkeit auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und der LWS vor, die für sich einen GdB von 50 bedingen (Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil D 1). Das Gangbild des Klägers zeigt einen hinkenden Steppergang und er ist zur Fortbewegung auf orthopädische Hilfsmittel angewiesen. Auch mit diesen Hilfsmitteln ist seine Gehstrecke eingeschränkt. Vor der Untersuchung durch Dr. S. können die Voraussetzungen für das Merkzeichen G nicht festgestellt werden. Denn dieses setzt voraus, dass der Kläger schwerbehindert ist. Da dafür ein Gesamtbehinderungsgrad von 50 notwendig ist (§ 2 Abs. 2 SGB IX), dieser erst ab 5. Dezember 2012 angenommen werden kann, sind erst ab diesem Zeitpunkt auch die Voraussetzungen für das Merkzeichen G gegeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Dabei war zu beachten, dass der Teilerfolg des Klägers nur auf der durch Dr. S. nachgewiesenen Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen, nämlich der verminderten Beweglichkeit der Wirbelsäule, beruht. Da der Beklagte auf diese Veränderung durch ein sachgerechtes Vergleichsangebot reagiert, der Kläger dieses aber nicht angenommen hat, waren ihm keine außergerichtlichen Kosten des Klägers aufzuerlegen.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 SGG liegen nicht vor.

Berichtigungsbeschluss

Der 7. Senat des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt in Halle hat am 25. Februar 2014 durch den Vizepräsidenten des Landessozialgerichts F. beschlossen:

Tenor:

Der am 12. November 2013 verkündete Tenor wird berichtigt (Änderungen in kursiver Schrift) und wie folgt gefasst:

Das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 16. Februar 2011 und der Bescheid des Beklagten vom 8. Oktober 2009 in der Gestalt des Wider-spruchsbescheides vom 10. Februar 2010 werden abgeändert.

Der Beklagte wird verpflichtet, bei dem Kläger ab 5. Dezember 2012 einen Grad der Behinderung von 50 und das Merkzeichen G festzustellen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

Der Tenor war wie vorstehend gemäß §§ 153 Abs. 1, 138 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu berichtigen, da das Gericht nach geheimer Beratung eine entsprechende Entscheidung getroffen, der Vorsitzende diese aber versehentlich nicht vollständig verkündet hat.

Dieser Beschluss ist gemäß § 177 SGG unanfechtbar.
Rechtskraft
Aus

Login
SAN
Saved
2014-04-01