

L 7 SB 69/09

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

7

1. Instanz

SG Stendal (SAN)

Aktenzeichen

S 6 SB 90104/08

Datum

12.08.2009

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 7 SB 69/09

Datum

03.12.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 12. August 2009 sowie der Bescheid des Beklagten vom 8. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2008 werden abgeändert.

Der Beklagte wird verpflichtet, bei der Klägerin einen GdB von 60 sowie das Merkzeichen "G" ab 5. November 2013 festzustellen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Der Beklagte hat ein Viertel der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin in beiden Rechtszügen zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch über die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) sowie über die Feststellung der Merkzeichen G (erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr) und aG (außergewöhnlich gehbehindert).

Am 6. Juli 2007 beantragte die Klägerin die Feststellung der Schwerbehinderung sowie diverse Merkzeichen wegen einer Rheumaerkrankung. Der Beklagte holte einen Befundbericht vom Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. K. ein, der unter dem 17. Juli 2007 enteropathetische Arthritiden bei chronischer Diarrhoe sowie eine Olioarthritis diagnostizierte. Seit Februar 2007 habe die Klägerin über Kniebeschwerden geklagt. Eine "rheumatologische" Diagnose sei ihm dagegen nicht bekannt. In einem beigefügten Arztbrief vom 27. Februar 2007 gab der Facharzt für Chirurgie Dr. B. unter dem 27. Februar 2007 als Diagnose eine retropatellare Chondropathie beidseits Grad II bis III an. Der Facharzt für Chirurgie S. berichtete in einem Arztbrief vom 7. Juni 2007 über einen akuten schmerzhaften Reizerguss am linken Knie und diagnostizierte am linken Knie eine Chondromalazie sowie eine Arthritis. Die Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. W. berichte unter dem 15. August 2007 über Schwellneigungen beider Kniegelenke der Klägerin.

Der Versorgungsarzt des Beklagten schlug in Auswertung der Befunde wegen einer chronischen Gelenkerkrankung einen GdB von 20 vor. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 8. November 2007 ab dem 6. Juli 2007 einen GdB von 20 fest. Die Feststellung von Merkzeichen lehnte er ab. Hiergegen legte die Klägerin am 5. Dezember 2007 Widerspruch ein und machte geltend: Sie sei nicht begutachtet worden und könne kaum noch allein tätig sein. Auch sei sie fast ständig auf fremde Hilfe angewiesen. Der bisher festgestellte GdB von 20 könne nach Bewertung ihrer Ärzte nicht richtig sein.

Der Beklagte holte einen Befundschein von Dr. W. ein, die angab: Die Klägerin wiege 74,4 kg bei einer Größe von 160 cm. Der FFbH-Score am 15. November 2007 habe 47 % von 100 % ergeben. Nach Einleiten einer immunsuppressiven Therapie sei die Entzündungsaktivität zurückgegangen. Der Versorgungsarzt OMR Dr. S. hielt unter dem 30. Mai 2008 an der bisherigen GdB-Bewertung fest. Dem folgend wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 27. Oktober 2008 zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 27. November 2008 Klage beim Sozialgericht Stendal (SG) erhoben, ihr Begehren weiterverfolgt und ergänzend ausgeführt: Sie sei in allen Tätigkeiten des täglichen Lebens eingeschränkt und könne nicht einmal mehr einen Stift zur Unterschrift halten.

Am 3. Dezember hat das SG der Klägerin einen Fragebogen übersandt und an die Rücksendung des Fragebogens am 18. März 2009

erinnert. Mit Gerichtsbescheid vom 12. August 2009 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Die Klägerin habe die angeforderten Unterlagen nicht eingereicht, was gerichtliche Ermittlungen verhindert und eine Entscheidung nach Aktenlage erforderlich gemacht habe. Die vom Beklagten eingeholten Befundberichte bestätigten die Rechtmäßigkeit der angegriffenen Bescheide.

Die Klägerin hat gegen den ihr am 14. August 2008 zugestellten Gerichtsbescheid am 9. September 2009 "Einspruch" eingelegt und einen Verstoß gegen Mitwirkungspflichten zurückgewiesen, da sie überhaupt kein Formular vom Gericht erhalten habe.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 12. August 2009 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 8. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2007 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr einen GdB von 60 sowie die Merkzeichen "G", "aG" ab 6. Juli 2007 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält seine Bescheide sowie die Entscheidung der Vorinstanz für zutreffend.

Der Senat hat Befundberichte von Dr. W. und Dr. K. eingeholt. Dr. K. hat am 11. Januar 2010 angegeben: Die Gehfähigkeit der Klägerin sei nicht eingeschränkt. Während der Behandlung hätten sich wechselnde Lokalisierungen gezeigt. Die somatisch orientierte Therapie sei erfolglos geblieben. Es fehle am klinischen Nachweis von morphologischen Veränderungen. Die Schmerzen seien eher als Ausdruck einer Depression oder eines ungelösten Konflikts zu bewerten. In einem beigefügten Arztbrief berichtete Dr. W. unter dem 11. November 2008 über eine fehlende Entzündungsaktivität und äußerte den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Dr. W. hat in einem Befundbericht unter dem 28. Januar 2010 angegeben: Diagnostisch bestünden eine undifferenzierte Spondarthritis/Oligoarthritis sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom. Im Laufe von zwei Jahren sei nur zwei Mal eine Kniegelenksschwellung aufgetreten. Im Übrigen fehle es an synovitischen Schwellungen bei einer freier Wirbelsäulenbeweglichkeit und einem zügigen Bewegungsablauf. Die Schmerzangaben der Klägerin stünden im Widerspruch zu den klinischen Befunden. Das Schmerzerleben sei im Alltagserleben dominierend. Höhergradige Bewegungseinschränkungen bestünden dagegen nicht. Durch das Schmerzerleben sei die Gehfähigkeit der Klägerin eingeschränkt. Hilfsmittel benötige sie aber nicht.

Nach Ermittlung des neuen Wohnsitzes der Klägerin hat der Senat weitere Befundberichte vom Facharzt für Orthopädie S., der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. L. und dem Chirurgen Dr. B. sowie dem Facharzt für Chirurgie B. eingeholt. Der Arzt S. hat am 17. Juni 2013 als Diagnosen angegeben:

Leistenhernie rechts;

Chronisches Lymphödem am rechten Bein nach Riesenzelltumor;

Blockierung ISG/BW;

Fibuläre Bandruptur am linken oberen Sprunggelenk;

Epicondylitis humeri ulnaris (Tennisarm).

Durch die Schmerzen beim Gehen sowie die Schwellung im rechten Bein bestehe eine Einschränkung der Gehfähigkeit. Dipl.-Med. L. hat am 14. Juni 2013 angegeben: Diagnostisch sei von einer Adipositas, Hypertonie, einem allergischen Asthma, Allergien und einem Zustand nach Riesenzelltumor im linken Knie auszugehen. Die Beschwerden seien mehr oder weniger gleich geblieben. In einem beigefügten Arztbrief hatte Chefarzt K. unter dem 17. Juni 2011 über einen nicht malignen Riesenzelltumor der Synovialmembran (linkes Knie) berichtet. Eine Arthroskopie vom 13. Mai 2011 habe diesen Befund ergeben, nachdem die Klägerin seit Jahren über wechselnde heftige Schmerzen im linken Kniegelenk geklagt habe, was teilweise auf psychische Erkrankungen zurückgeführt worden sei. Die Beweglichkeit des linken Knies habe 0/0/110 Grad betragen. Der Chefarzt der Radiologie Dr. L. (... Klinikum) führte in einem beigefügten Befund unter 14. November 2011 aus: Nach einem MRT des linken Kniegelenks sei neben dem Zustand nach OP eine höhergradige Chondromalazie im medialen Gelenkspalt und vermutlich von einem intrameniskal gelegenen Riss in der Pars intermedia des Innenmeniskus auszugehen. Unter dem 8. Dezember 2011 berichtete Chefarzt K. über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 30. November bis 8. Dezember 2011. Am 30. November 2011 sei eine totale Synovialektomie am linken Kniegelenk vorgenommen worden. Nach intensiver Krankengymnastik sei die Klägerin in deutlich gebessertem Zustand entlassen worden. Die Klägerin habe nach einer hypertensiven Krise über Sehstörungen (rechts) sowie über Gesichtsfeldeinschränkungen geklagt. Dr. L. (... Klinikum) hat am 2. Mai 2012 über einen zunehmenden Gelenkerguss berichtet. Die Chirurgie des ...Klinikums berichtete unter dem 29. April 2013 über eine endoskopische total extraperitoneale Hernioplastik rechts am 26. April 2013 (stationäre Aufenthalt vom 26. bis 28. April 2013). Nach einem Kurzbericht der Kurklinik ... berichtete Dr. S. unter dem 6. November 2012 über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 19. September bis 10. Oktober 2012. Die Klägerin habe als Beschwerden eine Erschöpfung und Knieprobleme angegeben. Der BMI habe 31,5 kg/m² (80,6 kg Gewicht bei 160 cm Größe) betragen. Dr. B. hat einen freien Gelenkkörper im linken Knie diagnostiziert. Dr. B. hat am 22. August 2012 angegeben: Die Klägerin habe über starke Schmerzen im linken Knie berichtet. Das Gangbild sei nicht wesentlich eingeschränkt.

Der Beklagte hat diese Befunde durch die ärztliche Gutachterin Dr. W. am 26. August 2013 auswerten lassen. Diese hielt einen Gesamt-GdB von 20 für angemessen (Chronische Gelenkbeschwerden (Einzel-GdB 20); Kniegelenksoperation (Einzel-GdB 10)).

Die Klägerin hat am 14. August 2013 beim Beklagten einen Neufeststellungsantrag gestellt und weitere Befunde vorgelegt. Nach einem Arztbrief der Gefäßpraxis B. berichtete Dr. G. am 29. Mai 2013 über die Diagnose eines Lipödems beidseits vom Hüft- und Oberschenkeltyp Stadium II. Die Klägerin habe über eine Ödemneigung sowie ein Schwellgefühl in den Beinen berichtet. Seit Monaten trage sie

unregelmäßig Kompressionsstrümpfe und lasse eine manuelle Lymphdrainage durchführen. In einem weiteren Brief vom 2. Juli 2013 gab Dr. G. an: Die regelmäßigen Lymphdrainagen (1x pro Woche) sollten mit einer regelmäßigen Kompressionsstrümpftherapie fortgesetzt werden. Am 5. November 2013 berichtete er über eine ambulante Untersuchung vom selben Tage: Nach Angaben der Klägerin habe der Umfang besonders an den Oberschenkeln und dem Gesäß stark zugenommen. Sie fühle sich zunehmend immobil und aufgebläht und könne sich weniger bewegen. Die Füße seien dicker geworden und die Schuhe passten schlechter. Auch an den Oberarmen bestünden ebenfalls Veränderungen, ein Spannungsgefühl und eine Überwärmung.

Die Versorgungsärztin Dr. W. wertete diese Befunde am 10. Januar 2014 aus und hielt einen Gesamt-GdB von 20 für gerechtfertigt. Den Befunden fehlten klare Bewegungsmaße nach der Neutral-Null-Methode. Die Umfangmaße der Beine seien noch im Normalbereich und wiesen zwischen den beiden Beinen keine Differenz aus. Wegen der Kompressionstherapie und der wöchentlichen Lymphdrainagen sei ein Einzel-GdB von 10 für das Lymphödem zu bilden. Hinzu kämen chronische Gelenkbeschwerden (Einzel-GdB 20) und eine Belastungsminderung des rechten Kniegelenks nach Operation (Einzel-GdB 10).

Der Senat hat den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Facharzt für Allgemein- und Arbeits- und Sozialmedizin Dr. L. ein Sachverständigengutachten vom 22. August 2014 erstatten lassen (Untersuchung vom 21. März 2014). Zur Untersuchung hat die Klägerin einen Arztbrief vom 19. September 2013 (... Klinikum) vorgelegt. Danach habe sie sich in der Zeit vom 16. bis 20. September 2013 in stationärer Behandlung befunden und sei wegen der Diagnosen Ringbandstenose Mittel- und Ringfinger, Karpaltunnelsyndrom rechts und Epicondylitis ulnaris humeri rechts behandelt worden. Am 17. September 2013 sei eine offene Spaltung des Retinaculumflexorum sowie die Neurolyse Pronator und Supinator sowie Ringbandsplattung Mittel- und Ringfinger rechts vorgenommen worden. Der Facharzt für Orthopädie S. berichtete unter dem 14. Februar 2014: Die Klägerin sei vor vier Wochen auf das Gesicht gestürzt und sei seit dieser Zeit arbeitsunfähig. Diagnostisch bestehe u.a. der Verdacht auf eine Fibromyalgie sowie ein chronisches Schmerz sowie ein Lip- und Lymphödem. Nach der Untersuchung des Sachverständigen Dr. L. habe sich die Klägerin in einem adipösen sowie reduziertem Kräftezustand befunden. Dabei sei der voluminöse Oberschenkel- und Hüftbereich aufgefallen. Primär liege daher keine Adipositas, sondern ein Lipödem vor. Die aktive und passive Kniebeweglichkeit sei in beiden Kniegelenken schmerzhaft eingeschränkt. Dies gelte auch für die beiden Schultergelenke, das rechte Ellenbogengelenk sowie beide Handgelenke (rechts) links). Beide Oberschenkel seien teigig aufgeblasen. 16 cm oberhalb der Knie Scheibenmitte betrage der Oberschenkelumfang 48 cm (rechts) und 46 cm (links). Diese Schwellung zeige sich auch beim Umfang der Oberarme 10 cm oberhalb der Ellenbogenbeuge (30 cm (rechts); 32 cm (links)). Das unproportionierte Volumen der Oberschenkel sei mit der Bezeichnung "Elefantiasis" zu versehen. Das Gangbild ohne Hilfsmittel sei breitbeinig, langsam, schwerfällig und wirke insgesamt sehr unbeholfen. Diese Gangschwierigkeiten seien auch nach der Verabschiedung der Klägerin beim Weggehen von ihm beobachtet worden. Eine Venenpunktion sei ohne unzumutbare Venenfreilegung unmöglich gewesen. Der Klägerin bereite es große Schwierigkeiten, ihre Beschwerden strukturiert vorzutragen. Sie wirke ohne Krankheitswert traurig, niedergeschlagen und verzweifelt. Erst im Jahr 2013 sei zutreffend die relativ seltene Diagnose eine Lipödems gestellt worden. Psychologische Tests hätten keinen Hinweis auf eine psychische Erkrankung gezeigt.

Wesentlich für die Bewertung sei das Lipödem mit sekundärem Lymphödem. Hierbei handele es sich um eine chronische, meist progrediente Erkrankung bei Frauen, die mit einer Fettverteilungsstörung überwiegend in den unteren Extremitäten verbunden sei. Im fortgeschrittenen Stadium könne sich ein lymphostatisches Ödem ausbilden. Das Lipödem sei in den ICD 10 nicht genannt und werde fälschlicherweise häufig unter die R 60.9 "Ödem nicht näher bezeichnet" gefasst. Dies sei falsch, da es sich beim Lipödem nicht um ein Ödem (Flüssigkeitsansammlung) handele, sondern um eine Fettgewebsvermehrung. In den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG) in Teil B 15 werde die Erkrankung nicht genannt, obwohl sie an sich dort aufgeführt sein müsste. Für die GdB-Wertung sei eine Kombination von Teil B 15 sowie Teil B 9 der VMG herzustellen und die Wertungsskala für das Lymphödem heranzuziehen. Bei der Klägerin sei wegen dieses Erkrankungsbildes von einer stark eingeschränkten Lebensqualität auszugehen. Bei ihr lägen alle in der Leitlinie für das Lipödem genannten Symptome vor. Für das Erleben einer starken Einschränkung der Lebensqualität seien nach der Leitlinie das Aussehen, die Volumenzunahme, die Disproportion sowie die funktionalen Einschränkungen zu bewerten. Die Schmerzen würden überwiegend als dumpf, drückend und schwer beschrieben. Bei der Klägerin sei der Rahmen von 50 bis 70 heranzuziehen und der GdB-Mittelwert von 60 für das Lipödem mit sekundärem Lymphödem zu bilden.

Bei der Klägerin ergäben sich folgende Diagnosen und Einzel-GdB's:

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Einzel-GdB 20)

Gonarthrose links bei retropatellarer Chondropathie, rezidivierendem Kniegelenkserguss, Synovialis und Oligoarthrose der Kniegelenke, Schultergelenke und Handgelenke sowie des Ellenbogengelenks rechts (Einzel-GdB 20)

Hypertrophe Narbe (Einzel-GdB 0)

Lipödem vom Oberschenkel- und Hüfttyp Stadium II (beidseits) und sekundäres Lymphödem (Einzel-GdB 60)

Arterielle Hypertonie (Einzel-GdB 0)

Adipositas 1. Grades (Einzel-GdB 0)

Für das Funktionssystem Nervensystem und Psyche und für das Funktionssystem Haltungs- und Bewegungsapparat sei ein GdB von je 20 zu vergeben. Hinzu komme für das Funktionssystem Stoffwechsel und innere Sekretion ein GdB von 60, was einen Gesamt-GdB von 60 rechtfertige. Erst ab dem 29. Mai 2013 sei das führende Lipödem mit sekundärem Lymphödem diagnostiziert worden. Die Klägerin sei seit dem 17. Juni 2009 arbeitsunfähig erkrankt, was dafür spreche, dass das Erkrankungsbild seit dieser Zeit vorgelegen hat. Für die Zeit von Juli 2007 bis Mai 2009 sei der Gesamt-GdB auf 20 einzuschätzen. Die Gehfähigkeit der Klägerin sei erheblich eingeschränkt. Der Sachverständige habe die Klägerin im Freien auf einem Weg zu einem anderen Krankenhausgebäude begleitet, der eine Länge von ca. 100 Meter aufgewiesen habe. Hierfür habe die Klägerin ca. 84 Sekunden benötigt, wobei erkennbar gewesen sei, dass diese Wegstrecke für sie bereits sehr mühsam war. Nach eigener Anschauung erscheine die Einlassung der Klägerin, nicht mehr als 200 Meter laufen zu können, nachvollziehbar. Bereits die durchgeführte Wegstrecke von ca. 100 Metern habe der Klägerin erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Die

Klägerin, die persönlichkeitsbedingt nur ungern Schwächen eingestehe, habe auf Nachfrage hierzu angegeben, "zu Hause gehe ich nicht so weit." Das noch im Juli 2012 als nicht wesentlich eingeschränkt beschriebene Gangbild, sei möglicherweise darauf zurückzuführen, dass der Orthopäde das internistisch-angiologisch zu beurteilende Lipödem nicht erkannt hat. Die Voraussetzungen des Merkzeichens G seien gegeben. Der Anstrengungsgrad der Klägerin für eigenständige Bewegungen außerhalb des Kraftfahrzeuges sei als hoch einzuschätzen. Die Behinderung sei ähnlich einem rollstuhlabhängigen Oberschenkelamputierten einzuschätzen und auch das Merkzeichen aG zu vergeben.

Der Beklagte hat sich mit Schreiben vom 23. September 2014 bereit erklärt, ab dem 21. März 2014 einen GdB von 50 sowie das Merkzeichen G festzustellen. In einer beigelegten prüfärztlichen Stellungnahme vom 19. September 2014 hat seine Gutachterin Dr. W. das vorgelegte Sachverständigengutachten als wenig aussagefähig kritisiert. Es fehle an Bewegungsmaßen, um die funktionale Beeinträchtigung im Einzelnen nachvollziehen zu können. Die Schmerzstörung sei allenfalls eine Verdachtsdiagnose und aus den testpsychologischen Untersuchungen nicht ableitbar. Die Umfangsmesswerte der Oberschenkel sowie der Oberarme seien nicht übermäßig voluminös. Da die Klägerin ca. 100 Meter in 84 Sekunden bewältigen können, sei die Vergabe der Merkzeichen G sowie aG ausgeschlossen.

Hierzu hat der Sachverständige unter dem 13. Oktober 2014 ausgeführt: Die Angabe von Bewegungsmaßen bedeute bei dieser Erkrankung keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn und müsse von einem Chirurgen erfolgen. Dr. W. verkenne seine Darlegungen zum Lipödem. Die somatischen Folgen der Schmerzstörung seien hinreichend dargestellt und gewürdigt worden. Beim Ein- und Aussteigen sei die Klägerin auf das vollständige Öffnen der Türen und auf Parkmöglichkeiten besonderer Breite angewiesen.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte und gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auch statthafte Berufung der Klägerin ist teilweise begründet. Die angegriffenen Bescheide des Beklagten und der Gerichtsbescheid des SG Stendal vom 12. August 2009 sind abzuändern und bei der Klägerin ab dem 5. November 2013 ein GdB von 60 sowie das Merkzeichen G festzustellen. Ein weitergehender Anspruch steht der Klägerin jedoch nicht zu.

Die Klage gegen den Bescheid vom 8. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2008 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](#), juris).

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 von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Nach [§ 69 Abs. 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" (VMG) (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. VMG, Teil A: Allgemeine Grundsätze 2 a).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der VMG 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 der Klägerin kein höherer GdB als 60 ab dem 5. November 2013 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf das Sachverständigengutachten von Dr. L. vom 22. August 2014, soweit der Senat diesem folgt, den Befundberichte der behandelnden Ärzte nebst Anlagen und den Stellungnahmen der Versorgungsärzte des Beklagten.

a) Das Hauptleiden der Klägerin betrifft das Funktionssystem Stoffwechsel und innere Sekretion und wird durch das Lipödem vom Oberschenkel- und Hüfttyp Stadium II (beidseits) und sekundärem Lymphödem wesentlich geprägt. Hierfür hält der Senat ab dem 5. November 2013 einen Einzel-GdB von 60 für leistungsgerecht und folgt insoweit der Bewertung des Sachverständigen Dr. L. Dabei verlangt die Einordnung des Lipödems in den Katalog der VMG analoge Bewertungen, da für das Funktionssystem Stoffwechsel und innere Sekretion im Teil B 15 keine klaren Vorgaben für diese Erkrankung existieren. In den VMG für Fettstoffwechselerkrankungen findet sich lediglich die Formulierung:

Fettstoffwechselerkrankung

Der GdB/MdE-Grad ist grundsätzlich abhängig von dem Ausmaß der Folgekrankheiten.

Bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese ...30

Vor diesem Hintergrund hält es der Senat für nachvollziehbar, dass der Sachverständige Wertungskriterien für das in seinen Auswirkungen mit dem Lipödem vergleichbare Lymphödem aus dem Funktionssystem Herz und Kreislauf ergänzend heranzieht, um dem Leidensbild dieser Erkrankung überhaupt gerecht werden zu können.

Nach B 9.2.3 der VMG ist für das Lymphödem geregelt:

Lymphödem an einer Gliedmaße ohne wesentliche Funktionsbehinderung, Erfordernis einer Kompressionsbandage ... 0 - 10

mit stärkerer Umfangsvermehrung (mehr als 3 cm) je nach Funktionseinschränkung ... 20 - 40

mit erheblicher Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Gliedmaße, je nach Ausmaß ... 50 - 70

bei Gebrauchsunfähigkeit der ganzen Gliedmaße ... 80

Entstellungen bei sehr ausgeprägten Formen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach der überzeugenden Bewertung des Sachverständigen Dr. L. sind vom Lipödem insbesondere die Oberschenkel der Klägerin betroffen, was ihre Gehfähigkeit erheblich eingeschränkt. Hierfür hält der Senat den Bewertungsrahmen von 50 bis 70 für eröffnet. Der dabei vom Sachverständigen herangezogene Mittelwert von einem Einzel-GdB von 60 für das Lipödem ist sachgerecht, da bei der Klägerin das Vollbild der Erkrankung vorliegt und gerade im Bereich der Oberschenkel ein völlig unproportioniertes Volumen entstanden ist, der die Bezeichnung "Elefantiasis" rechtfertigt und zudem eine gravierende Gehstörung zur Folge hat. Die Klägerin kann nach der Einschätzung des Sachverständigen und den insoweit glaubhaften Behauptungen der Klägerin selbst unter Aufbietung aller Kräfte nur noch eine Höchstgeleistung von ca. 200 Metern bewältigen. Dies stellt eine erhebliche Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der Beine dar, die für sich genommen bereits die Zuerkennung der Schwerbehinderung mit einem Einzel-GdB von mindestens 50 rechtfertigen. Dieser Einzel-GdB von 60 kann jedoch nicht, wie der Sachverständige meint, zeitlich bis auf den Mai 2009 zurückbezogen werden, sondern beschränkt sich frühestens auf die Zeit ab dem 5. November 2013. Die vom Sachverständigen geäußerte Vermutung, das Lipödem hätte in der von ihm festgestellten Ausprägung bereits seit Mai 2009 vorgelegen, lässt sich anhand der in den Akten enthaltenen Befunde nicht rechtfertigen. Gegen diese Annahme spricht bereits die Tatsache, dass das Lipödem erst im Mai 2013 diagnostiziert worden ist. Für die vom Sachverständigen vertretene zeitliche Rückbeziehung bis ins Jahr 2009 fehlen darüber hinaus die erforderlichen medizinischen Feststellungen bzw. Anknüpfungstatsachen. Noch in einer Untersuchung im Jahr 2012 war die Gangprüfung der Klägerin als relativ unauffällig bewertet worden. Derartige Gangprüfungen sind rein funktionale Bewertungen, die ein Arzt unabhängig von einer ihm ggf. noch unbekannten Diagnose abgeben kann. Die Vermutung von Dr. L., die von einem Orthopäden vorgenommene Gangeinschätzung im Jahr 2012 sei irrelevant, da die zentrale Diagnose des Lipödems verkannt worden sei, vermag nicht zu überzeugen. Gerade Orthopäden sind mit den funktionalen Bewegungsmessungen nach der Neutral-Null-Methode bestens vertraut und können eventuelle Gangprüfungen vornehmen und dabei eventuelle Gangstörungen erkennen und auch sicher bewerten. Vor diesem Hintergrund bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die noch unbekannte Diagnose zu einer Falschbewertung des Gangvermögens der Klägerin geführt haben kann. Die Vermutung des Sachverständigen bleibt daher eine bloße Mutmaßung und genügt nicht, um die ärztliche Feststellung von unbeeinträchtigten Gangleistungen im Jahr 2012 wieder zu relativieren.

Gegen ein seit Juni 2009 fortbestehendes Lipödem mit erheblichen Gangstörungen sprechen im Übrigen auch die von der Klägerin im Zusammenhang mit dem Neufeststellungsantrag vorgelegten Befunde von Dr. G. Hiernach berichtete sie selbst erst am 5. November 2013 über eine starke Zunahme des Volumens an Oberschenkel und Gesäß, was bei ihr zu einer Bewegungseinschränkung geführt habe. Schwere Gangstörungen, die die tatsächlichen Laufleistungen auf höchstens 200 Meter beschränkt haben, finden sich in keinem der vom Senat eingeholten Befundberichte vor dem 5. November 2013 und auch in keiner anamnестischen Angabe der Klägerin vor diesem Zeitpunkt. Der Senat hält daher unter wohlwollender Betrachtung den 5. November 2013 für den frühestmöglichen Zeitpunkt, ab dem ein Einzel-GdB von 60 für das Lipödem vergeben werden kann. Selbst wenn das Lipödem zu einem früheren Zeitpunkt bereits vorgelegen haben sollte, kommt es für die Einschätzung des hohen Einzel-GdB von 60 - unabhängig von der jeweiligen Diagnose - entscheidend auf die funktionalen Auswirkungen der Erkrankung an. Die dafür wertungsrelevanten schweren Gangstörungen werden nach kritischer Durchsicht aller beigelegten Befunde von keinem der die Klägerin zuvor behandelnden Ärzte mitgeteilt. Dr. W. hat noch am 28. Januar 2010 angegeben, bei der Klägerin hätten seit 2008 nur zwei Mal Kniegelenksschwellungen vorgelegen. Ihren Bewegungsablauf schilderte sie als "zügig" und damit als völlig unbeeinträchtigt. Erkrankungsdominierend war zu dieser Zeit ein Schmerzerleben der Klägerin, deren klinische Ursache unklar blieb und ärztlicherseits auf eine Somatisierungsstörung zurückgeführt worden war. Hinweise auf starke Schwellungen im Bein mit gravierenden Bewegungseinschränkungen finden sich erst in den im Jahr 2013 eingeholten Befundberichten, die jedoch wiederum keinen Hinweis auf gravierende Gehstörungen enthalten. Noch in der Stellungnahme von Dr. B. vom 22. August 2013 (Untersuchung vom 12. Juli 2012) wird eine normale Kniegelenksbeweglichkeit links bei freien Gelenkkörpern geschildert (0/0/120 Grad). Hinweise für eine wesentliche Gangstörung finden sich nicht. Die von Dr. L. geschilderte "Elefantiasis" wird erstmals in seiner Untersuchung geschildert. Mangels objektivierbarer Befundgrundlagen fehlen damit belegbare Hinweise für ein stark bewegungseinschränkendes Bewegungsbild vor dem 5. November 2013. Dieser fehlende Nachweis wirkt sich zu Lasten der Klägerin aus, die mit der sog. objektiven Beweislast für die Feststellung

eines höheren GdB belastet ist. Entgegen der Ansicht des Sachverständigen kann auch aus der bloßen Arbeitsunfähigkeit der Klägerin seit 2009 kein sicherer Rückschluss für gravierende funktionale Einschränkungen aus dem Lipödem gezogen werden. Auch hierfür fehlt es an einer objektivierbaren ärztlichen Befundgrundlage. Diese Annahme des Sachverständigen bleibt eine schlichte Vermutung ohne Tatsachengrundlage, die für die Feststellung eines GdB nicht genügt.

b) Als weitere Erkrankung liegt bei der Klägerin eine Gonarthrose links bei retropatellarer Chondropathie mit rezidivierendem Kniegelenkserguss, Synovialis und Oligoarthrose der Kniegelenke vor. Hierfür hält der Senat, wie auch vom Sachverständigen Dr. L. vertreten, einen Einzel-GdB von 20 für angemessen. Dies entspricht den in Teil 18.18 VMG dokumentierten Einzel-GdS für Kniegelenksschäden. Erheblichere Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk mittleren Grades von 0/10/90 Grad sind den beigezogenen Befundunterlagen nicht zu entnehmen. Wiederholt wurden dagegen Reizzustände und Schwellungen sowie über einen Riesenzelltumor am linken Knie berichtet. Geht man dabei insbesondere auf der linken Seite von einem ausgeprägten Knorpelschaden (freie Gelenkkörper) ohne Bewegungseinschränkung aus, wäre der Bewertungsrahmen von 10 bis 30 eröffnet. Der vom Sachverständigen herangezogene Mittelwert von 20 wird dem Erkrankungsbild der Klägerin in diesem Funktionssystem gerecht und vom Senat als zutreffend angesehen. Die Kniegelenkerkrankung findet sich bereits in den ersten vom Beklagten eingeholten Befunden, so dass dieser Einzel-GdB von 20 auch für die Zeit seit Juni 2007 festzustellen ist. Dies entspricht auch den Bewertungen des Sachverständigen Dr. L. sowie der Versorgungsärzte des Beklagten, denen sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt.

c) Darüber hinaus leidet die Klägerin im Funktionssystem der Arme an einer Synovialis und Oligoarthrose der Schultergelenke und Handgelenke sowie des Ellenbogengelenks rechts. Hierfür hält der Senat einen Einzel-GdB von 10 für angemessen. Der Schwerpunkt des Leidensbildes konzentriert in seinen funktionellen Auswirkungen nicht auf den Arm, sondern zentral auf den Beinbereich. Konkret gemessene Bewegungseinschränkungen im Bereich der Arme sind nicht aktenkundig geworden. Auch die Klägerin hat ihre Haupteinschränkungen an keiner Stelle auf das Funktionssystem der Arme bezogen, so dass diese Erkrankungen als allenfalls geringgradig angesehen werden können. Ein höherer Einzel-GdB als 10 ist bei dieser Befundgrundlage nicht zu rechtfertigen.

d) Im Funktionssystem Nervensystem und Psyche liegt bei der Klägerin nach der zutreffenden Diagnose des Sachverständigen Dr. L. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Der Senat folgt der Einschätzung des Sachverständigen Dr. L., wonach hierfür ein Einzel-GdB von 20 anzunehmen. Weitergehende psychiatrische Befunde mit funktionalen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit lassen sich weder aus den vom Senat eingeholten Befunden noch aus den diversen Testverfahren des Sachverständigen erkennen. Dr. L. bezeichnet die psychologischen Testuntersuchungen selbst als weitestgehend unauffällig.

e) Die hypertrophe Narbe nach der operativen Behandlung von Ringbandstenosen, die arterielle Hypertonie ohne Leistungsbeeinträchtigung sowie die Adipositas 1. Grades haben nach der überzeugenden Auffassung des Sachverständigen keine funktionale Bedeutung und rechtfertigen nicht die Vergabe eines Einzel-GdB.

f) Weitere Funktionseinschränkungen, die mit einem GdB von mindestens 10 zu bewerten wären, sind nicht erkennbar. Prägend für die Höhe des Gesamt-GdB ist das Lipödem ab dem 5. November 2013 mit einem Einzel-GdB von 60. Vor diesem Zeitpunkt kann der Erkrankung demgegenüber keine Bedeutung zuerkannt werden. Die geringfügigen gesundheitlichen Einschränkungen, die lediglich mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet werden können, haben keinen Einfluss auf die Bildung des Gesamt-GdB. Schließlich ist zu beachten, dass nach den VMG (Teil A, Nr. 3 ee) von Ausnahmefällen abgesehen, zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzelgrad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen. Die Synovialis und Oligoarthrose der Schultergelenke und Handgelenke sowie des Ellenbogengelenks rechts sind daher nicht wertungserheblich. Auch bei den leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt (Teil A, Nr. 3 ee), die Erhöhung des Gesamt-GdB vorzunehmen. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren spielt für die Bildung eines höheren Gesamt-GdB keine Rolle, da sie ein anderes Funktionssystem betrifft. Die Gonarthrose links bei retropatellarer Chondropathie mit rezidivierendem Kniegelenkserguss, Synovialis und Oligoarthrose der Kniegelenke wirkt sich – wie das Lipödem – auf das Funktionssystem Bein aus. Eine Verstärkungswirkung beider Erkrankungen hat der Sachverständige dabei nicht angenommen. Hierbei darf auch nicht übersehen werden, dass für das Lipödem bereits der Mittelrahmen von 60 ausgeschöpft worden ist und der obere Bewertungsrahmen von 70 im Hinblick auf die der Klägerin verbliebenen funktionalen Fähigkeiten nicht angemessen ist.

g) Die Voraussetzungen des Merkmals aG sind nicht gegeben. Anspruchsgrundlage für die begehrte Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkmal aG ist [§ 69 Abs. 4 SGB IX](#). Danach stellen die zuständigen Behörden die gesundheitlichen Merkmale fest, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen für schwerbehinderte Menschen sind. Zu diesen Merkmalen gehört auch die außergewöhnliche Gehbehinderung im Sinne des [§ 6 Abs. 1 Nr. 14](#) des Straßenverkehrsgesetzes (StVG) oder entsprechender straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften, für die in den Schwerbehindertenausweis das Merkmal aG einzutragen ist (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 SchwBAwV). Diese Feststellung zieht straßenverkehrsrechtlich die Gewährung von Parkerleichterungen im Sinne von [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) nach sich, wobei Ausgangspunkt für die Feststellung der außergewöhnlichen Gehbehinderung die in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung (VwV-StVO) enthaltenen Regelungen sind. Nach Abschnitt II Nr. 1 VwV-StVO zu [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) sind als schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Dazu zählen Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikuliert und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind, sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehenden Personenkreis gleichzustellen sind. Ein Betroffener ist gleichzustellen, wenn seine Gehfähigkeit in ungewöhnlich hohem Maße eingeschränkt ist und er sich nur unter ebenso großen Anstrengungen wie die in Abschnitt II Nr. 1 Satz 2 erster Halbsatz VwV-StVO zu [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) aufgeführten schwerbehinderten Menschen oder nur noch mit fremder Hilfe fortbewegen kann (vgl. BSG, Urteil vom 29. März 2007, B 9 a SB 5/05 R, juris). Entscheidend ist dabei nicht, über welche Gehstrecken ein schwerbehinderter Mensch sich außerhalb seines Kraftfahrzeuges zumutbar noch bewegen kann, sondern, unter welchen Bedingungen ihm dies nur noch möglich ist: nämlich nur noch mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung. Wer diese Voraussetzungen - praktisch von den ersten Schritten außerhalb seines Kraftfahrzeuges an - erfüllt, qualifiziert sich für den entsprechenden Nachteilsausgleich auch dann, wenn er gezwungenermaßen auf diese Weise längere Wegstrecken zurücklegt (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2002, B 9 SB 7/01 R, juris sowie ständige Rechtsprechung des Senates, vgl. zuletzt Urteil vom 23. April 2014, L 7 SB 97/13, juris).

Ob bei der Prüfung des Vorliegens einer außergewöhnlichen Gehbehinderung ergänzend die im Wesentlichen inhaltsgleichen Bestimmungen in Teil D, Nr. 3 der Anlage zu § 2 der seit dem 1. Januar 2009 geltende Versorgungsmedizinverordnung vom 10. Dezember 2008 in ihrer jeweils geltenden Fassung heranzuziehen sind, kann dahinstehen. Denn ungeachtet der Frage, ob die Regelungen der VersMedV zum Merkzeichen aG rechtswirksam erlassen worden sind (verneinend: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Juli 2010, [L 8 SB 3119/08](#), juris), liegen die gesundheitlichen Voraussetzungen für den von der Klägerin begehrten Nachteilsausgleich unter Berücksichtigung aller in Betracht kommender Regelungen nicht vor.

Die Klägerin gehört nicht zum ausdrücklich genannten Personenkreis der außergewöhnlich Gehbehinderten. Auch eine Gleichstellung der Klägerin mit dem vorgenannten Personenkreis ist nicht möglich. Zwar hielt der Sachverständige Dr. L. die Voraussetzungen für das Merkzeichen aG für gegeben und einen Vergleich zu rollstuhlabhängig Doppeloberschenkelamputierter für sachgerecht. Diese Einschätzung steht jedoch im Widerspruch zu seinen eigenen Feststellungen zum Gangvermögen der Klägerin. Hiernach war das Gangbild der Klägerin ohne Hilfsmittel als breitbeinig, langsam, schwerfällig zu bewerten. Die Klägerin konnte in einem Test eine Gehstrecke von 100 Metern, wenn auch sehr mühsam, bewältigen. Ein in außergewöhnlichem Maße eingeschränktes Gehvermögen steht damit jedoch nicht fest. Dies würde eine außergewöhnliche Gehbelastung schon bei den ersten Schritten voraussetzen und damit ein fast quälend schmerzhaftes Gangbild erwarten lassen. Hierfür fehlen klare Feststellungen des Sachverständigen. So kann die Klägerin nach ihren eigenen Einlassungen vor dem Sachverständigen eine höchstmögliche Gehstrecke von 200 Metern bewältigen, was eher gegen eine außergewöhnliche Gehbehinderung spricht. Gegen eine außergewöhnliche Gehbehinderung spricht auch die relativ kurze Zeit, in der die Klägerin die ca. 100 Meter beim Sachverständigen zurücklegen konnte. Die vom Gutachter gemessenen 84 Sekunden wären bei einem quälend langsamen und schmerzhaften Gangbild schon bei den ersten Schritten kaum zu erwarten. Hierauf hat auch die Versorgungsärztin Dr. W. in ihrer Stellungnahme vom 19. September 2014 zutreffend hingewiesen und die Voraussetzungen des Merkzeichens aG verneint. Von einer Einschränkung der Gehfähigkeit praktisch von den ersten Schritten außerhalb eines Kraftfahrzeuges kann somit nicht ausgegangen werden. Insgesamt sind die vorliegenden Gehbehinderungen der Klägerin in ihren Auswirkungen nicht mit denen vergleichbar, für die nach Abschnitt II Nr. 1 VwV-StVO zu [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) eine außergewöhnliche Gehbehinderung anzunehmen ist.

h) Demgegenüber hat die Klägerin Anspruch auf die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen G seit dem 5. November 2013. Durch die Auswirkungen des Lipödems gerade im Bereich der unteren Gliedmaßen ist sie in ihrem Gangbild erheblich eingeschränkt. So hielt es der Sachverständige Dr. L. für nachvollziehbar, dass die Klägerin höchstmöglich noch 200 Meter laufen könne, was klar unterhalb einer örtlichen Gehstrecke von bis zu zwei Kilometern liegt. Dieser Einschätzung folgt auch der Beklagte in seinem von der Klägerin nicht angenommenen Vergleichsvorschlag vom 23. September 2014. Als Beginn für die Feststellung des Merkzeichens G kann frühestens der 5. November 2013 angenommen werden, da die Klägerin erst ab diesem Zeitpunkt einen Gesamt-GdB von 60 erreicht und damit die für das Merkzeichen notwendigen Voraussetzungen der Schwerbehinderung erfüllt.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 SGG](#) nicht gegeben sind.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2015-03-25