

## L 6 SB 2078/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 3 SB 2990/08

Datum

03.04.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 2078/09

Datum

04.11.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 03.04.2009 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Beklagte wendet sich gegen seine Verurteilung zur Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) des 1960 geborenen Klägers mit 40.

Das ehemalige Versorgungsamt K. hatte unter Zugrundelegung der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. C. vom 08.03.2004, in der als Behinderungen eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, ein Bandscheibenschaden und Nervenwurzelreizerscheinungen berücksichtigt und der Gesamt-GdB mit 30 eingeschätzt worden war/en, mit Bescheid vom 11.03.2004 den GdB des Klägers mit 30 ab 03.02.2004 festgestellt.

Nachdem das zuständig gewordene Landratsamt K. mit Bescheid vom 05.01.2006 einen ersten Neufeststellungsantrag des Klägers unter Berücksichtigung der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. A. vom 16.12.2005 abgelehnt hatte, beantragte der Kläger am 31.05.2007 erneut die Neufeststellung seines GdB. Das Landratsamt zog den Entlassungsbericht des Orthopäden R., Oberarzt an der Orthopädischen Abteilung der P.-Klinik K., vom 09.11.2007 (Chondromalazien und Hoffa-Hypertrophie des linken Kniegelenks, Lumboischialgie rechts und Zervikobrachialgie bei degenerativem Wirbelsäulensyndrom) bei. Dr. C. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.02.2008 als Behinderungen eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einen Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, eine Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks und Knorpelschäden am linken Kniegelenk (Teil-GdB 30) sowie einen Diabetes mellitus (Teil-GdB 10) und schätzte den Gesamt-GdB mit 30 ein. Mit Bescheid vom 18.02.2008 lehnte das Landratsamt den Antrag des Klägers ab.

Hiergegen erhob der Kläger am 12.06.2008 Widerspruch. Er legte den Bericht des Orthopäden Dr. H., Chefarzt an der Orthopädischen Abteilung der P.-Klinik K., vom 03.03.2008 (ausgeprägte Knorpelschäden des linken Kniegelenks, ausgeprägtes degeneratives Lumbalsyndrom mit Spinalkanalstenose betont L2/3 und L4 mit Bandscheibenvorfällen, Diabetes mellitus) vor. Dr. K. bewertete in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 20.05.2008 die Schäden des linken Kniegelenks mit einem Teil-GdB von 20 sowie die Wirbelsäulenbeschwerden mit einem Teil-GdB von 20 und führte aus, der Gesamt-GdB sei zutreffend mit 30 bewertet worden. Mit Widerspruchsbescheid vom 17.06.2008 wies das Regierungspräsidium S. den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob der Kläger ab 09.07.2008 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe.

Das Sozialgericht holte von Amts wegen das Gutachten des Dr. v. S., Leitender Arzt der Abteilung Orthopädie-Traumatologie II des Klinikums K.-L., vom 22.11.2008 ein. Der Sachverständige beschrieb als Funktionsstörungen ein degeneratives Lendenwirbelsäulen-Syndrom mit Bandscheibenprotrusionen und einer Nervenwurzelreizerscheinung L5 rechts, Funktionsbehinderungen der Lendenwirbelsäule durch spondylarthrotische Veränderungen und eine allgemeine Fehlstatik, ein degeneratives Halswirbelsäulen-Syndrom vor allem im Bereich der kleinen Wirbelgelenke mit Muskelverspannungen der paravertebralen Muskulatur und zum Teil ausstrahlenden Schmerzen bis zur linken Schulter, zur Zeit ohne signifikante Funktionseinbußen, eine Epicondylopathia humero radialis links mit endgradiger Bewegungseinschränkung des linken Ellenbogengelenks sowie Belastungseinbußen beider Kniegelenke bei degenerativen Meniscusschäden und chondralen Defekten ohne funktionelle Defizite. Er schätzte für die Knorpelschäden an beiden Kniegelenken ohne funktionelle Defizite

den Teil-GdB mit 10 sowie für das degenerative Halswirbelsäulen-Syndrom ohne Funktionseinbußen oder radikuläre Kompressionssymptomatik den Teil-GdB mit 10 und den Gesamt-GdB unverändert mit 30 ein.

Mit Gerichtsbescheid vom 03.04.2009 änderte das Sozialgericht den Bescheid vom 18.02.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.06.2008 ab, stellte den GdB des Klägers mit 40 ab 19.11.2007 fest und wies die Klage im Übrigen ab. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens stehe fest, dass gegenüber den dem Bescheid vom 11.03.2004 zugrundeliegenden Funktionsbeeinträchtigungen insofern eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten sei, als der GdB mit 40 festzustellen sei. Maßgebend hierfür sei, dass zwischenzeitlich zusätzlich ein Diabetes mellitus, eine Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks sowie insbesondere zusätzliche Beeinträchtigungen der Halswirbelsäule und des Kniegelenkes links zu berücksichtigen seien. Da mithin zusätzliche Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Teil-GdB von jeweils 10 zu berücksichtigen seien, wobei der Kniegelenksbefund versorgungsärztlich ursprünglich mit einem Teil-GdB von 20 bewertet worden sei, sei der bisherige Gesamt-GdB von 30 auf 40 zu erhöhen.

Gegen den ihm am 09.04.2009 zugestellten Gerichtsbescheid des Sozialgerichts hat der Beklagte am 05.05.2009 Berufung eingelegt. Das Sozialgericht habe nicht nachvollziehbar begründet, worin die wesentliche Verschlimmerung bestehen solle, die eine Erhöhung des Gesamt-GdB rechtfertigen könne. Der Beklagte hat die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 23.04.2009 vorgelegt. Danach könne der ursprünglich angenommene GdB von 30 für das Wirbelsäulenleiden unter Berücksichtigung des Gutachtens des Dr. v. S. nicht länger aufrecht erhalten werden. Bei nur geringgradigen Funktionsminderungen der Wirbelsäule bestehe allenfalls ein Teil-GdB von 10. Abgesehen davon lasse sich keine gegenüber dem Bescheid vom 11.03.2004 als wesentlich anzusehende Verschlimmerung feststellen, wenn man bedenke, dass die Funktionsminderungen der Kniegelenke sowie der Diabetes mellitus allenfalls jeweils einen Teil-GdB von 10 bedingten. Bei nicht erkennbaren besonders ungünstigen gegenseitigen Wechselwirkungen könnten sich diese Teil-GdB-Werte von jeweils 10 nicht auf den Gesamt-GdB auswirken. Das hinzugetretene Halswirbelsäulensyndrom bedinge für sich allein gesehen ohne separate Funktionseinschränkungen keinen GdB. Gehe man davon aus, dass zum jetzigen Zeitpunkt also allenfalls Funktionseinschränkungen mit einem Teil-GdB von jeweils 10 vorlägen, so müsse bereits der bisherige Gesamt-GdB von 30 als sehr weitreichend angesehen werden. Ein Gesamt-GdB von 40 sei völlig überhöht.

Der Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 03.04.2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Es sei nicht nachvollziehbar, wie Dr. W. zu der Auffassung gelange, dass das Wirbelsäulenleiden entgegen dem ursprünglich angenommenen Teil-GdB von 30 nunmehr allenfalls mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten sein solle. Denn der Sachverständige habe in seinem Gutachten eindeutig festgestellt, dass die bisherigen Behinderungen von ihrer Gesamteinschätzung her richtig bewertet worden seien. Im Übrigen habe sich die Spinalkanalstenose deutlich verschlechtert. Der Kläger hat die ärztlichen Berichte der Chirurgen Dr. K./T. vom 29.06.2009 (Osteochondrose der Lendenwirbelsäule, Prolaps), des Radiologen Dr. B. vom 15.06.2009 (Osteochondrosen der Lendenwirbeläule und geringe kaudale Spondylarthrosen, kein Nachweis eines Gleitwirbels) und vom 02.06.2009 (mittel- bis hochgradige spinale Stenose in Höhe LWK 3/4, geringer LWK 4/5, Bandscheibenprotrusionen und Spondylarthrosen, flacher medialer linksbetonter lumbosakraler Bandscheibenvorfall, Osteochondrosen der Lendenwirbelsäule und leichte kaudale Spondylarthrose, keine wesentliche Befundänderung seit Januar 2009) vorgelegt.

Der Senat hat den Neurologen und Psychiater Dr. S. unter dem 16.12.2009 und den Chirurgen T. unter dem 18.02.2010 schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Sie haben die Arztbriefe des Dr. F., Chefarzt der Allgemein- und Visceralchirurgie an der P.-Klinik K., vom 25.04.2008 (Obstipations- und Blähbauchbeschwerden bei bekanntem Dolichokolon, Zustand nach Abtragung eines hyperplastischen Sigmapolypen), des Dr. S. vom 20.02.2009 (Diabetes mellitus, Status nach Sulcus-nervus-ulnaris-Syndrom, Karpaltunnel-Syndrom rechts leicht- bis mittelgradig, Meralgia paraesthetica rechts) und 15.06.2009 (kein Hinweis auf Wurzelläsionen lumbosacral, nur relative Spinalkanalstenose LWK 3/4 ohne Hinweis auf Claudicatio der Cauda) sowie des Prof. Dr. S., Direktor der Neurochirurgischen Klinik am Städtischen Klinikum K., vom 25.06.2009 (lokales vertebrales lumbales Schmerzsyndrom) und den Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik H. in B.-B. vom 17.08.2009 (rezidivierendes pseudoradikuläres Lendenwirbelsäulen-Syndrom beidseits bei Bandscheiben-Protrusio L2 bis 5 und Bandscheibenvorfall L5/S1 sowie Spinalkanalstenose L3/4, Adipositas Grad II, Diabetes mellitus Typ 2, Hyperlipidämie, Hyperurikämie) vorgelegt. Dr. S. hat eine Meralgia paraesthetica rechts mit einer schmerzhaften Irritation/Kompression eines Oberschenkelhautnervens und ein Karpaltunnelsyndrom rechts leicht- bis mittelgradig beschrieben. Der Chirurg T. hat ausgeführt, er teile die Einschätzung des Sachverständigen hinsichtlich der Funktionseinschränkung beider Kniegelenke und des degenerativen Halswirbelsäulen-Syndroms. Die sich aus dem degenerativen Lendenwirbel-Syndrom mit ausgeprägten Spondylarthrosen, spinaler Enge und Bandscheibenprotrusionen-Prolaps mit daraus folgendem pseudoradikulärem Syndrom ergebenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen seien mit einem Teil-GdB von 30 einzuschätzen.

Dr. R. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 17.06.2010 als Behinderungen eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einen Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, eine Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks und Knorpelschäden am linken Kniegelenk (Teil-GdB 30), einen Diabetes mellitus (Teil-GdB 10) sowie eine Mittelnervendruckschädigung rechts und Sensibilitätsstörungen am rechten Oberschenkel (Teil-GdB 10) und bewertete den Gesamt-GdB mit 30.

Der Kläger hat das für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg erstellte Gutachten der Orthopädin und Sozialmedizinerin Dr. H. vom 20.11.2009 (chronische Lumbalgie mit proximaler pseudoradikulärer Symptomatik bei kleinem Bandscheibenvorfall L5/S1 und relativ engem Spinalkanal L3/4 und L4/5, Diabetes mellitus mit Polyneuropathie und Wundheilungsverzögerung, Claudicatio-Symptomatik an beiden unteren Extremitäten bei Durchblutungsstörung linksbetont, fortgesetzter Zigarettenkonsum) vorgelegt.

Dr. W. hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.09.2010 ausgeführt, der Teil-GdB auf orthopädischem Fachgebiet sei weiterhin mit 30 einzuschätzen. Der bisherige Teil-GdB von 10 für den Diabetes mellitus könne inzwischen entfallen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 SGG zulässige Berufung, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist begründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 30.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Beurteilung des GdB sind die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest (§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und den GdB aus (§ 69 Abs. 5 SGB IX).

Menschen sind 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 (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Aus dieser Definition folgt, dass für die Feststellung einer Behinderung sowie Einschätzung ihres Schweregrades nicht das Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes entscheidend ist, sondern es vielmehr auf die Funktionsstörungen ankommt, die durch einen regelwidrigen Zustand verursacht werden.

Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt (§ 69 Abs. 1 Sätze 3 und 6 SGB IX). Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei ist die seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91; BSG, Urteil vom 09.04.1997 - 9 RVs 4/95; BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 3/02 R; BSG, Urteil vom 29.08.1990 - 9a/9 RVs 7/89) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) 2008" (AHP) getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG vom 10.12.2008 - BGBl. I. S. 2412 (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) anzuwenden. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 17 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB. Eine inhaltliche Änderung der bisher angewandten Grundsätze und Kriterien ist hiermit - von wenigen hier nicht einschlägigen Ausnahmen abgesehen - nicht verbunden. Vielmehr wurde an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft. In den VG ist ebenso wie in den AHP (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - B 9 V 25/98 R) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt (§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX). Dabei dürfen die einzelnen Werte bei der Ermittlung des Gesamt-GdB nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet (VG Teil A Nr. 3 a). Vielmehr ist darauf abzustellen, ob und wie sich die Auswirkungen von einzelnen Beeinträchtigungen einander verstärken, überschneiden oder aber auch gänzlich voneinander unabhängig sein können (BSG, Urteil vom 15.03.1979 - 9 RVs 6/77; BSG, Urteil vom 09.04.1997 - 9 RVs 4/95). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (VG Teil A Nr. 3 c). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass, von Ausnahmefällen abgesehen, leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte. Dies auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (VG Teil A Nr. 3 d ee).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat das Sozialgericht den GdB des Klägers zu Unrecht höher als mit 30 eingeschätzt.

Die Behinderungen im Funktionssystem Rumpf sind nicht höher als mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 beträgt bei Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität der GdB 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) der GdB 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten der GdB 30 bis 40. Beim Kläger liegen ausweislich des Gutachtens des Dr. von S. ein degeneratives Halswirbelsäulen-Syndrom vor allem im Bereich der kleinen Wirbelgelenke mit Verspannungen der paravertebralen Muskulatur und zum Teil ausstrahlenden Schmerzen bis zur linken Schulter, zur Zeit ohne signifikante Funktionseinbußen, sowie ein degeneratives Lendenwirbelsäulen-Syndrom mit Bandscheibenprotrusionen und einer Nervenwurzelreizerscheinung L5 rechts, Funktionsbehinderungen der Lendenwirbelsäule durch spondylarthrotische Veränderungen und eine allgemeine Fehlstatik vor. Angesichts der leichten Funktionseinschränkungen der von den Schäden in der Halswirbelsäule ausgehenden Symptomatik handelt es sich noch nicht um einen

Wirbelsäulenschaden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, sondern um einen Wirbelsäulenschaden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, welcher nach den VG lediglich einen GdB von 30 bedingt. Nichts anderes ergibt sich aus den nach der gutachterlichen Untersuchung erstellten sachverständigen Arztauskünften des Dr. S. und des Chirurgen T. sowie den weiteren aktenkundig gewordenen ärztlichen Berichten. Dr. S. hat Wurzelläsionen lumbosacral verneint und nur eine relative Spinalkanalstenose LWK 3/4 ohne Hinweis auf eine Claudicatio der Cauda beschrieben. Auch Prof. Dr. S. hat lediglich ein lokales vertebrales lumbales Schmerzsyndrom benannt, ohne wesentliche Funktionseinschränkungen aufzuführen. Ähnliches gilt für die Rehabilitationsklinik H. in B.-B ... Der Chirurg T. hat die Lendenwirbelsäulen-Problematik ebenfalls mit einem Teil-GdB von 30 bewertet. Die in dem für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg erstellten Gutachten der Dr. H. dargestellten Funktionsmaße rechtfertigen keine höhere GdB-Bewertung. Da es für die GdB-Beurteilung maßgeblich auf die Funktionseinbußen ankommt, führen auch die von Dr. B. beschriebenen radiologischen Befunde zu keinem anderen Ergebnis.

Die Behinderung im Funktionssystem Arme - hier in Form einer Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks und eines Karpaltunnelsyndrom rechts - ist nicht mit einem höheren Teil-GdB als 10 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 beträgt bei einer Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk geringen Grades (Streckung/Beugung bis 0-30-120 Grad bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit) der GdB 0 bis 10 und stärkeren Grades (insbesondere der Beugung einschließlich Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit) der GdB 20 bis 30. Beim Kläger liegt ausweislich des Gutachtens des Dr. von S. eine Epicondylopathia humero radialis links mit endgradiger Bewegungseinschränkung des linken Ellenbogengelenks vor. Das vom Sachverständigen angegebene Bewegungsmaß von 0-10-140 Grad links gegenüber 0-0-150 Grad rechts für die Streckung/Beugung rechtfertigt unter Berücksichtigung der dargelegten VG keinen GdB für den Schaden im linken Ellenbogengelenk. Lediglich in Zusammenhang mit dem von Dr. S. beschriebenen leicht- bis mittelgradigen Karpaltunnel-Syndrom rechts kommt für das Funktionssystem Arme ein Teil-GdB von 10 in Betracht.

Die Behinderungen im Funktionssystem Beine - hier in Form von Funktionsbehinderungen der Kniegelenke und einer Schädigung eines Oberschenkelhautnervens - sind nicht höher als mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 beträgt bei einer einseitigen Bewegungseinschränkung im Kniegelenk geringen Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung bis 0-0-90 Grad) der GdB 0 bis 10, mittleren Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung 0-10-90 Grad) der GdB 20 und stärkeren Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung 0-30-90 Grad) der GdB 30 sowie beträgt bei einseitigen ausgeprägten Knorpelschäden der Kniegelenke (zum Beispiel Chondromalacia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen ohne Bewegungseinschränkung der GdB 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkung der GdB 20 bis 40. Der Kläger leidet ausweislich des Gutachtens des Dr. v. S. an Belastungseinbußen beider Kniegelenke bei degenerativen Meniscusschäden und chondralen Defekten ohne funktionelle Defizite. Das vom Sachverständigen angegebene Bewegungsmaß von 0-0-140 Grad beidseits für die Streckung/Beugung rechtfertigt unter Berücksichtigung der dargelegten VG keinen GdB. Dasselbe gilt für die vom Sachverständigen beschriebenen Knorpelschäden, da er keinen intraartikulären Erguss festgestellt hat und daher keine anhaltenden Reizerscheinungen vorliegen. Mithin ist für die Knorpelschäden an beiden Kniegelenken kein höherer Teil-GdB als 10 zu berücksichtigen. Nur unter zusätzlicher Berücksichtigung der von Dr. S. beschriebenen Meralgia paraesthetica rechts mit einer schmerzhaften Irritation/Kompression eines Oberschenkelhautnervens ist für das Funktionssystem Beine ein Teil-GdB von 10 anzunehmen.

Die Behinderungen im Funktionssystem innere Sekretion und Stoffwechsel - hier in Form des Diabetes mellitus - ist mit keinem GdB zu bewerten. Nach den VG, Teil A, Nr. 15.1 beträgt bei einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit Diät allein eingestellt (ohne blutzuckerregulierende Medikamente) der GdB 0 und mit Medikamenten eingestellt der GdB mindestens 10. Vorliegend hat der Senat keine Anhaltspunkte, von einer erforderlichen Einstellung der Zuckererkrankung des Klägers mit Medikamenten auszugehen.

Unter Berücksichtigung dieser Einzel-GdB-Werte (Teil-GdB 10 für das Funktionssystem Rumpf, Teil-GdB 10 für das Funktionssystem Arme, Teil-GdB 10 für das Funktionssystem Beine) kommt nach Überzeugung des Senats kein höherer Gesamt-GdB als 30 in Betracht.

Daher war auf die Berufung des Beklagten der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-11-12