L 7 SB 11/05

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

7

1. Instanz

SG Halle (Saale) (SAN)

Aktenzeichen

S 1 SB 122/04

Datum

04.01.2005

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 7 SB 11/05

Datum

27.11.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Gesamtgrad der Behinderung bei mehreren Einzelbehinderungen

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 4. Januar 2005 wird zurückgewiesen. Der Beklagte hat dem Kläger ein Viertel der außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Grad der beim Kläger festgestellten Behinderung umstritten.

Der 1952 geborene Kläger beantragte 2002 die Feststellung von Behinderungen wegen eines lumbalen Pseudoradikulärsyndroms (Schmerzen wie bei einer nervenwurzelbedingten Ursache), eines Taubheitsgefühls des linken Beins, Kniegelenksschmerzen in beiden Beinen sowie wegen einer arteriellen Hypertonie. Außerdem beantragte er die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr).

Der Beklagte holte einen Befundschein der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. L. 2002 ein. Diese berichtete über Behandlungen wegen Rückenbeschwerden und Hypertonie. Ein Knieschaden sei ihr unbekannt. In Anlage übersandte sie einen Arztbrief des Radiologen Dr. A. 2002. Danach habe eine Computertomografie (CT) Rotationsfehlstellungen in den Segmenten der Lendenwirbelkörper (L) 3/4, L4/5 und L5 gezeigt. Im Segment L4/5 bestünden eine Osteochondrose (Knochendegeneration) mit Spondylophyten (Randzackenbildungen an den Wirbelkörpern) sowie eine deutliche Bandscheibenprotrusion (Vorwölbung). Im Bereich L5/ Sakralwirbelkörper (S) S1 liege eine rechtsbetonte Protrusion vor, die die Wurzeltasche von S 1 rechts erreiche und dadurch einen geringen Reizzustand verursachen könne. Außerdem übersandte Dr. L. den Reha-Entlassungsbericht vom 2002, in dem ein chronisch-lumbales Pseudoradikulärsyndrom sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert worden waren. Als Bewegungsmaße der Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) sind dokumentiert worden: Finger-Boden-Abstand (FBA) 25 cm, Zeichen nach Schober 10/14 cm, Seitneige rechts/links 20/0/20° nach der Neutral-Null-Methode, Rotation rechts/links 20/0/20°. Die oberen Extremitäten seien frei und die Kniegelenke beidseits bis 150° beweglich gewesen. Der Kniebandapparat sei stabil gewesen, ein Erguss habe nicht vorgelegen. Eine medikamentöse Einstellung des Blutdrucks sei erfolgt. Aufgrund von festgestellten Senk-Spreizfüßen und eines Beckentiefstandes rechts von 1 cm habe der Kläger Korkeinlagen mit einem Verkürzungsausgleich erhalten. Die Sonografie der Schilddrüse habe eine Struma diffusa (Schilddrüsenvergrößerung) gezeigt.

Am 2002 ergänzte der Kläger seinen Feststellungsantrag, indem er auf ein Schilddrüsenleiden sowie einen Zustand nach einem Bandscheibenvorfall verwies. Er übersandte einen Arztbrief des Radiologen Dipl.-Med. H. vom 2003, in dem dieser über eine Magnetresonanztomografie (MRT) der LWS vom 2003 berichtet hatte. Danach sei das Segment L4/5 degenerativ verändert (hochgradige Osteochondrose, mäßiggradige Spondylarthrose). Außerdem bestünden ausgeprägte knöcherne Einengungen des linken Neuroforamens, die die linke Nervenwurzel L4 beeinträchtigten. Eine breitbasige Bandscheibenprotrusion bei L4/5 führe zu einer mäßigen Pelottierung des Duraschlauches (Einengung der äußeren Hülle des Rückenmarks) und einer mäßigen Einengung des rechten Foramens intervertebrale (Zwischenwirbelloch). Bei L5/S1 habe sich eine Bogenschlussanomalie mit Bogenwurzelasymmetrie und Dysplasie des rechten Facettengelenks mit einer Spaltbildung im medialen Abschnitt des rechten Wirbelbogens gezeigt. Der Rezessus (Hohlraum) werde durch eine kleine Ossifikation (Bildung von Knochengewebe) ausgehend vom rechten Facettengelenk eingeengt, die Nervenwurzel S1 rechts sei leicht bedrängt. Eine spinale Enge habe sich nicht gezeigt.

In Auswertung dieser medizinischen Unterlagen schlug der beteiligte ärztliche Dienst des Beklagten einen Grad der Behinderung von 20 für das Lumbalsyndrom und einen Grad der Behinderung von 10 für das Bluthochdruckleiden vor. Dem folgend stellte der Beklagte mit

Bescheid vom 2. September 2003 mit Wirkung vom 30. Oktober 2002 eine Behinderung mit einem Grad von 20 fest.

Dagegen erhob der Kläger am 8. September 2003 Widerspruch und trug vor, er leide an einem therapieresistenten lumbalen Radikulärsyndrom (von der Nervenwurzel ausgehend), das allein schon mit einem Grad der Behinderung von 40 zu bewerten sei. Außerdem lägen chronische Depressionen, ein Taubheitsgefühl im linken Bein, Kniegelenksbeschwerden, eine Schilddrüsenvergrößerung sowie ein Bandscheibenvorfall bei L4/5 vor. Zur Unterstützung seines Vortrags verwies er auf ein beigelegtes Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Sachen-Anhalt vom Juni 2002. In diesem hatte Dr. R. ausgeführt, nach einer Rücksprache mit dem behandelnden Orthopäden Dr. He. bestehe ein therapieresistentes lumbales Radikulärsyndrom. Dr. R. hatte ein positives Zeichen nach Laségue (Nervendehnungszeichen) links bei 50° und rechts bei 60°, eine Iliosakralgelenksblockierung links mit akuter Druckschmerzhaftigkeit, positive Ischiasdruckpunkte im linken Gesäßbereich sowie Myogelosen (Verhärtungen) beidseits im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) festgestellt. Die Extremitäten seien in allen Gelenken frei beweglich gewesen. Nach einer Rücksprache mit Dr. L. lägen in letzter Zeit stabile Blutdruckwerte vor, ein Belastungselektrokardiogramm habe keinen pathologischen Befund ergeben. Dr. R. hatte außerdem eine beginnende psychische Instabilität.

Nach erneuter Beteiligung des ärztlichen Dienstes wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14. April 2004 den Widerspruch des Klägers zurück. Er führte zur Begründung aus, auch nach der Auswertung der Unterlagen des MDK sei der Grad der Behinderung mit 20 festzustellen.

Am 23. April 2004 hat der Kläger beim Sozialgericht Halle Klage mit dem Ziel der Feststellung eines Grads der Behinderung von mindestens 50 ab dem 28. August 2002 erhoben. Zur Unterstützung seines Vortrags hat er das Gutachten des Arztes für Psychiatrie/Neurologie/Psychosomatische Medizin Dr. K. (damals Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universität H.) vom März 2004 vorgelegt, das dieser auf Veranlassung des Sozialgerichts Halle im Rentenverfahren S 3 RI 395/03 erstattet hatte. Dieser hatte ein seit Oktober 2002 bestehendes ängstlich-depressives Syndrom von leichter bis mäßiggradiger Intensität diagnostiziert und ausgeführt, die Symptomatik sei reaktiv auf den Verlust bisheriger sozialer Sicherheit und arbeitsrechtlicher Auseinandersetzungen sowie aufgrund des Verlustes der körperlichen Leistungsfähigkeit entstanden. Von einer mittelgradigen depressiven Episode sei aber nicht mehr auszugehen, die psychosoziale Kontaktfähigkeit und strukturelle Steuerungsfähigkeit seien im ausreichenden Maß vorhanden. Eine psychomentele Insuffizienz liege nicht vor. Das Antriebsverhalten habe sich normalisiert, autoaggressive Tendenzen seien nicht mehr festzustellen.

Daraufhin hat sich der Beklagte mit Schreiben vom August 2004 bereit erklärt, beim Kläger ab März 2004 einen Grad der Behinderung von 30 festzustellen. In der Öffentlichen Sitzung vom 29. Oktober 2004 hat der Kläger das Teilerkenntnis angenommen. Mit Ausführungsbescheid vom 30. November 2004 hat der Beklagte den Bescheid vom 2. September 2003 aufgehoben und ab März 2004 einen Grad der Behinderung von 30 wegen eines Lumbalsyndroms, Bluthochdrucks und einer seelischen Beeinträchtigung festgestellt.

Das Sozialgericht hat das im Rentenverfahren S 3 RI 395/03 nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) durch Prof. Dr. Sch. erstattete nervenfachärztliche Gutachten vom August 2004 beigezogen. Dieser hatte unter anderem aus einem Befundbericht der Fachärztin für Psychiatrie Dipl.-Med. B. vom November 2003 berichtet, wonach beim Kläger eine mittelgradige depressive Episode bestehe und eine medikamentöse Behandlung (Remergil, Trevilor) erfolge. Die depressiven Symptome im Sinne eines Antriebs- und Aktivitätsverlustes bzw. Schlafstörungen seien deutlich regredient; unverändert bestehe die Schmerzsymptomatik. Gegenüber Prof. Dr. Sch. hatte der Kläger geschildert, sein seelischer Zustand habe sich seit 1990 und in den folgenden Jahren wegen mehrfacher Arbeitsplatzwechsel verschlechtert. Er sei depressiv geworden und habe Schlafstörungen bekommen. Seit 2003 sei er bei Dipl.-Med. B. in Behandlung. Durch eine medikamentöse Behandlung (derzeit Trevilor einmal täglich) habe sich sein Zustand verbessert, sodass er wieder schlafen könne. In seiner Freizeit bastele er am Fahrrad, am Auto und am Moped und erledige handwerkliche Aufgaben am Haus. Zudem gehe er Spazieren, auch mit den Enkeln und dem Hund. Prof. Dr. Sch. hatte ein leicht- bis mäßiggradiges ängstlich-depressives Syndrom (gemischt), ein chronisch rezidivierendes lumbales Pseudoradikulärsyndrom bei Bandscheibenprotrusionen L4/5 links und L5/S1 rechts mit mäßiger den Durasack pelottierender Wirkung und leichter Beeinträchtigung der Neuroforamen, ein hochgradig degenerativ verändertes Segment L4/5 mit ausgeprägter Osteochondrose und Spondylarthrose sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Er hatte ausgeführt, Wurzelerscheinungen stellten sich grundsätzlich als Druckscheinungen auf die Nervenwurzel (Reizerscheinungen), vorübergehende Ausfallerscheinungen in den entsprechenden Segmenten (L4-Syndrom: Streckung im Kniegelenk, L5-Syndrom: Großzehenhebung, Fußhebung, S1-Syndrom: Patellarsehenreflexe, Achillessehenreflexe, Ausfall des Tibialis posterior Reflex) und dauerhafte Nervenwurzelschäden (kaum reversibel, messbare Muskelatrophien, nachweisbar durch eine Elektromyografie) dar. Entsprechende Ausfälle oder Atrophien seien bei der klinischen Untersuchung des Klägers nicht festzustellen gewesen. Lediglich leichte Parästhesien (Sensibilitätsstörungen) an der Außenseite des linken Unterschenkels ohne deutliche Abgrenzung sehe er als reversible Reizerscheinung im Zusammenhang mit der Bandscheibenprotrusion im Segment L 4/5. Auch das von ihm veranlasste und durch die Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Schl. am Juli 2004 erstellte Elektroenzephalogramm (EEG) habe keine Herdstörungen und keine epileptischen Entladungen gezeigt, das Hirnstrombild sei unauffällig gewesen. Außerdem hatte der Sachverständige das von ihm veranlasste Zusatzgutachten der Diplompsychologin Rü. (Klinik für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg) vom August 2004 dahingehend zusammengefasst, dass die Testleistungen insgesamt für eine unterdurchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit sprächen. Prof. Dr. Sch. hatte außerdem eingeschätzt, die von Dipl.-Med. B. und Dr. K. angegebene Besserung des Gesundheitszustands werde auch durch seine Untersuchungsergebnisse bestätigt. Zusammenfassend hatte er ausgeführt, die morphologischen Komponenten im Bereich der LWS und die leichten psychischen Veränderungen mit Angst und depressiven Störungen bildeten ein multifaktorielles Schmerzbild, sodass eine Differenzierung nur schwer möglich sei. Es bestehe ein chronifizierungsförderndes Schmerzverhalten mit verbundener Automatisierung.

Mit Urteil vom 4. Januar 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, für das chronische lumbale Pseudoradikulärsyndrom sei kein höherer Grad der Behinderung als 20 festzustellen, da keine wesentlichen Bewegungseinschränkungen der LWS bestünden. Die Hypertonie sei allenfalls mit einem Grad der Behinderung von 20 zu bewerten, weil keine Organbeteiligungen vorlägen. Die nur klinische Feststellung einer Struma diffusa bedinge noch keinen Behinderungsgrad. Die nur leichteren psychovegetativen bzw. psychischen Störungen habe der Beklagte unter Zugrundelegung der Gutachten von Dr. K. und Prof. Dr. Sch. mit einem Grad der Behinderung von 20 zutreffend bewertet. Unter Berücksichtigung der Ausführungen von Prof. Dr. Sch., wonach zwischen den morphologischen Komponenten im Bereich der LWS und den leichten psychischen Veränderungen mit Angst und depressiven Störungen ein

multifaktorielles Schmerzbild vorliege und eine Differenzierung nur schwer möglich sei, erscheine der vom Beklagten nunmehr festgestellte Grad der Behinderung von 30 nachvollziehbar. Der Gesamtgrad der Behinderung sei durch das Bluthochdruckleiden nicht weiter zu erhöhen, da die Schmerzsymptomatik im Bereich der LWS und das psychovegetative Geschehen in keiner ursächlichen Abhängigkeit zum Bluthochdruckleiden stünden.

Gegen das am 18. Februar 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. Februar 2005 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und in der öffentlichen Sitzung vom 27. November 2008 sein Begehren auf die Feststellung eines Grads der Behinderung von 40 beschränkt. Zur Begründung hat er auf seine zunehmenden Schmerzen verwiesen. Zudem habe das Sozialgericht die Beschwerden im Bereich der Hüftgelenke und der LWS zu niedrig bewertet und die Kniegelenksschmerzen gar nicht berücksichtigt. Auch habe es nicht geprüft, ob bei ihm ein Fibromyalgiesyndrom vorliege. Zur Unterstützung seines Vortrages hat er einen am März 2005 durch den Facharzt für Orthopädie Dr. He. im Rentenverfahren S 3 RI 395/03 erstellten Befundbericht vorgelegt, in dem dieser über zunehmende Schmerzen der LWS mit Taubheit beider Beine berichtet hatte. Seit dem 22. September 2003 sei der Gesundheitszustand unverändert.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 4. Januar 2005 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 2. September 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. April 2004 und den Ausführungsbescheid vom 30. November 2004 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, beim Kläger einen Grad der Behinderung von 40 mit Wirkung vom 2. September 2002 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Halle vom 4. Januar 2005 zurückzuweisen.

Der Senat hat zunächst Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers eingeholt. Dr. L. hat unter dem 15. September 2006 eine gut eingestellte Hypertonie ohne Augenhintergrundsveränderungen oder andere bluthochdruckbedingte Beeinträchtigungen von Organen, einen Zustand nach einer Bandscheibenoperation, rezidivierende Depressionen sowie eine Struma diffusa diagnostiziert und ausgeführt, der Gesundheitszustand habe sich nicht verschlechtert. In Anlage hat sich ein Arztbrief der Fachärztin für Nuklearmedizin Dr. D. vom 24. März 2006 befunden, die eine Euthyreose (normale Schilddrüsenfunktion) bei Struma nodosa (knotige Veränderungen der Schilddrüse) festgestellt hatte. Außerdem hat Dr. L. einen Arztbrief der Fachärzte für Radiologische Diagnostik Dres. G./H. vom 26. Mai 2006 übersandt, die aufgrund einer MRT der LWS vom selben Tag eine Befundverschlechterung im Vergleich zum Jahre 2004 mitgeteilt hatten. Ein kleiner subligamentärer Prolaps (Vorfall) sei bei L4/5 festzustellen. Im Bereich L5/S1 lägen eine Protrusion, eine Spondylarthrose und Spondylose, aber keine Spinalkanalstenose vor. Bei L5 seien eine Wurzelberührung links mehr als rechts sowie ein unvollständiger Bogenschluss festzustellen. Mit Befundbericht vom 27. September 2006 hat Dr. He. ein chronisches lumbales Radikulärsyndrom im Bereich L5 beidseits diagnostiziert und eine zunehmende Befundverschlechterung angegeben. Seit März 2005 bestünden unveränderte Beschwerden mit Ruhe- und Belastungsschmerzen im Bereich der LWS sowie Schwäche und Gefühlsstörungen des linken Beins. Über Hüft- und Kniegelenksbeschwerden könne er keine Angaben machen. Mit Befundbericht vom Januar 2007 hat Dipl.-Med. B. ein mittelgradiges depressives Syndrom sowie eine Somatisierungsstörung diagnostiziert und ausgeführt, in den letzten Jahren hätten sich keine Verbesserungen ergeben. Weiterhin erfolge eine medikamentöse Therapie. Wegen der zunehmenden sozialphobischen Symptome sei eine Verhaltenstherapie erwogen worden. Insgesamt gesehen sei der Kläger im Jahr über Monate ohne hinreichenden Antrieb und mit depressiver Stimmung. In diesen Phasen lebe er zurückgezogen und erledige nichts selbständig. Arbeitsunfähigkeit habe sie nicht festgestellt, allerdings sei der Kläger ca. zwei- bis dreimal im Jahr für zwei bis drei Monate arbeitsunfähig.

Auf Veranlassung des Senats hat der Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie/Sportmedizin und Sozialmedizin Dr. Sp. das Gutachten vom Januar 2008 nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers am November 2007 erstattet. Danach habe der Kläger über Rückenschmerzen, Kraftlosigkeit der Kniegelenke, immer wieder Schwierigkeiten mit dem rechten Arm und mit dem Nacken berichtet. Der Sachverständige hat eine Fehlstatik der Rumpfwirbelsäule mit Dreh-Seitabweichung der BWS und LWS ohne Nachweis von Nervenausfällen, eine Osteochondrose der Bandscheiben der LWS und des Lenden-Kreuzbeinübergangs, Spondylosen an der Rumpfwirbelsäule, insbesondere an der LWS, einen inkompletten Bogenschluss am 1. Kreuzbeinsegment, ein beginnendes Verschleißleiden beider Kniegelenke mit Verdacht auf degenerative Meniskusveränderungen und eine Dupuytren'sche Kontraktur des 3. bis 5. Beugesehnenstrahls der rechten Hand diagnostiziert. Außerdem lägen eine medikamentös eingestellte Bluthochdruckerkrankung bei Arteriosklerose, eine Angst- und depressive Störung sowie eine knotige Schilddrüsenvergrößerung bei ausgeglichener Stoffwechsellage vor. Hinweise auf ein Fibromyalgiesyndrom seien nicht erkennbar. Der Sachverständige hat für den Wirbelsäulenschaden einen Grad der Behinderung von 20 vorgeschlagen und ausgeführt, es lägen mittelgradige funktionelle Auswirkungen in Form einer Minderbelastbarkeit der Rumpfwirbelsäule und einer klinisch allerdings nur mäßiggradig ausgeprägten Minderung der Entfaltbarkeit der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte vor (BWS und LWS: Seitneigen rechts/links 40/0/40°, Drehen im Sitzen 40/0/40°, Finger-Bodenabstand 35 cm, Ottisches Maß 29/30/32 cm, Schobersches Maß 10/10/14 cm). Die Reflexe an den oberen und unteren Gliedmaßen und die Bauchdeckenreflexe seien seitengleich mit normaler Reflexantwort ausgelöst worden. Sensibilitätsstörungen habe der Kläger nicht angegeben. Für die medikamentös eingestellte Bluthochdruckerkrankung, die er aufgrund der Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule im Zusammenhang mit einer Gefäßverkalkung (Arteriosklerose) sehe, sei ein Einzelgrad der Behinderung von 20 anzunehmen, da sekundäre Veränderungen nicht dokumentiert seien. Die psychischen Störungen ordne er aus sozialmedizinischer Sicht anhand der Ausführungen von Prof. Dr. Sch. in die Gruppe der leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen ein und bewerte diese im Interesse des Klägers an der oberen Grenze dieser Kategorie mit 20. Auch bei der aktuellen gutachtlichen Befragung und Untersuchung des Klägers seien keine darüber hinausgehenden psychischen Auffälligkeiten festgestellt worden. Die Dupuytren'sche Kontraktur an der rechten Hohlhand bedinge keine Funktionseinbuße (Handgelenksbeweglichkeit: handrückenwärts/handhohlwärts rechts/links 60/0/50°, ellenwärts/speichenwärts rechts/links 20/0/20°). Die Kniegelenkerkrankung führe nach den klinischen Befunden (Beweglichkeit: Streckung/Beugung rechts/links 0/10/140°, keine Ergussbildung, stabiler Kapsel-Band-Apparat,) und fehlenden röntgenologischen Auffälligkeiten zu keinen objektiven Funktionsstörungen und sei mit einem Einzelgrad der Behinderung von unter 10 zu bewerten. Auch die Schilddrüsenvergrößerung rechtfertige wegen der fehlenden Funktionseinbuße keinen Behinderungsgrad. Insgesamt bewerte er den Grad der Behinderung ab der Antragstellung mit 30, da keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands seit dem Jahre 2002 erkennbar sei. Zwar seien zum Zeitpunkt der ersten Antragstellung im Jahre 2002 noch keine psychischen Störungen geltend gemacht worden, doch sei davon auszugehen, dass diese auch schon zu diesem Zeitpunkt vorgelegen hätten.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat Prof. Dr. Dr. Schy. das Gutachten vom April 2008 nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers am März 2008 erstattet. Prof. Dr. Dr. Schy. hat schwere degenerative Veränderungen der LWS mit Bandscheibenschäden, statischer Beeinträchtigung und neurologischer Symptomatik diagnostiziert. Zur Begründung der neurologischen Symptomatik hat auf das MRT vom April 2003 verwiesen und zitiert: "ausgeprägte knöcherne Einengung des linken Neuroforamens mit beeinträchtigender Wirkung auf die linke Nervenwurzel L4, Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Unterschenkels bei gleichzeitiger motorischer Abschwächung des linken Fußhebers", auf das CT vom April 2002: "die linke Nervenaustrittswurzel von L4 ist intraforaminal leicht verdickt, möglicherweise chronischer Reizzustand durch intermittierende intraforaminale Bandscheibenprotrusion", auf das MRT vom Juni 2006: "subligamentärer Prolaps bei L4/5 mit Wurzelberührung" sowie auf den Befund von Dr. He.: "Schwäche und Gefühlsstörung des linken Beins". Außerdem hat Prof. Dr. Dr. Schy. ausgeführt, die Pseudoradikulärsymptomatik führe zu einer anhaltenden Schmerzsymptomatik mit einer Funktionseinschränkung der Wirbelsäule (Befunderhebung auf Seite 8 des Gutachtens: BWS/LWS: Seitneigen rechts/links 25/0/25°, Drehen im Sitzen rechts/links 25/0/25°, Ottsche Messstrecke 30:32 cm, Schobersche Messstrecke 10:14 cm - Befunderhebung auf Seite 9: BWS/LWS Seitneigen rechts/links 30/0/30°, Drehen im Sitzen rechts/links 30/0/30°, Ottsche Messstrecke 30:34 cm, Schobersche Messstrecke 10/16 cm). Da sensomotorische Defizite (im Bereich des Nervus cutaneus dorsal medius und dorsal intermedius und des Peroneus profundus) vorlägen, sei ein Behinderungsgrad von 40 für das Wirbelsäulenleiden festzustellen. In der Befunderhebung hat Prof. Dr. Dr. Schy. diesbezüglich auf Seite 7 seines Gutachtens ausgeführt, es bestehe eine Peroneuseinschränkung mit sensibler Störung und Fußheberschwäche links. Auf Seite 8 des Gutachtens hat er mitgeteilt, die Sensibilität sei teilweise eingeschränkt. Es bestünden Parästhesien an der Außenseite des linken Unterschenkels von doppelter Handflächengröße. Der Zehen- und Hackenstand seien möglich, der Reflexstatus regelrecht und pathologische Reflexe nicht nachweisbar gewesen. Außerdem hat Prof. Dr. Dr. Schy. aufgrund seiner Untersuchung und der Röntgenaufnahmen vom Untersuchungstag eine beidseitig beginnende Gonarthrose beider Kniegelenke mit Meniskusschädigung diagnostiziert. Dadurch bestehe eine belastungsabhängige Schmerzsymptomatik und eine Funktionseinschränkung der Kniegelenke (rechts/links 0/10/125°, 0/10/135°). Dafür hat er einen Grad der Behinderung von 20 vorgeschlagen. Die Bluthochdruckerkrankung hat Prof. Dr. Dr. Schy. wegen ungenügender medikamentöser Einstellung ebenso wie das depressive Angstsyndrom mit einem Einzelgrad der Behinderung von 20 bewertet. Die Dupuytren'sche Kontraktur der rechten Hand sowie die Struma nodosa bedingten keinen Grad der Behinderung. Prof. Dr. Dr. Schy. hat außerdem ausgeführt, die wesentlichen Erkrankungen bestünden seit dem Jahre 2002. Der Gesamtgrad der Behinderung betrage 50. Er sei zu einer von Dr. Sp. abweichenden Einschätzung gelangt, da dieser die sensomotorischen Beeinträchtigungen der LWS und des linken Beins nicht gewürdigt habe.

Der Beklagte hat sich unter Vorlage einer prüfärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom Mai 2008 gegen das Gutachten gewandt. Diese hatte ausgeführt, es seien diffuse Funktionsminderungen der Wirbelsäule und der Gelenke beschrieben worden. Diese seien weder anhand der erhobenen Bewegungsmaße noch in anderer Weise nachzuvollziehen. Auch enthalte das Gutachten widersprechende Angaben (z.B. Zehen- und Hackenstand möglich, regelrechter Reflexstatus; Angabe einer motorische Abschwächung des Fußhebers links).

Daraufhin hat der Kläger unter dem Juni 2008 mitgeteilt, gegen Dr. W. sei bereits eine Eingabe bei der Ärztekammer des Landes Sachsen-Anhalt in einer anderen Sache erhoben und gerügt worden, dass diese medizinische Sachverhalte bei ihrer Beurteilung nicht zur Kenntnis nehme.

Der Senat hat nochmals Befundberichte von Dr. He. und Dipl.-Med. B. eingeholt. Dr. He. hat aufgrund einer letztmaligen Untersuchung des Klägers am April 2008 von einem chronischen lumbalen Radikulärsyndrom S1 links und unveränderter Beschwerdesymptomatik bei unverändertem Befund berichtet. Die LWS sei schmerzhaft teilfixiert gewesen, der Schober habe 10/12 cm, das Zeichen nach Laséque beidseits 35° betragen. Am linken lateralen Unterschenkel und Fuß hätten Hypästhesien vorgelegen. Dipl.-Med. B. hat nach der letztmaligen Untersuchung im Mai 2008 von einem seit dem Jahr 2007 unter Medikation stabilen Zustand berichtet. Es sei von einem phasenhaften Verlauf auszugehen, seit dem Jahr 2003 bestünden immer wieder depressive Episoden, in denen der Kläger total zurückgezogen und nicht mehr in der Lage sei, soziale Angelegenheiten, den Haushalt oder andere Dinge zu erledigen.

Mit Schreiben vom November 2008 hat der Beklagte sich bereit erklärt, ab 2. September 2002 einen Grad der Behinderung von 30 anzuerkennen. Mit Schreiben vom 21. November 2008 hat der Kläger das Teilerkenntnis angenommen.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des 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 fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Die Klage gegen den Bescheid vom 2. September 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. April 2004 und den Ausführungsbescheid vom 30. November 2004 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Der Bescheid vom 30. November 2004 ist nach [§ 153 Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens geworden, da er den Bescheid vom 2. September 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. April 2004 ab dem 1. März 2004 ersetzt. Ab diesem Zeitpunkt hat der Beklagte unter (Teil)aufhebung des Bescheids vom 2. September 2003 beim Kläger einen Grad der Behinderung von 30 festgestellt.

Gegenstand des Verfahrens ist die Feststellung eines Grads der Behinderung von 40. Die mit Antrag vom 2. September 2002 zunächst noch verfolgte Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen des Merkzeichens G hat der Kläger schon im Widerspruchsverfahren nicht mehr aufrechterhalten, an dem Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft hat der Kläger in der öffentlichen Sitzung von 27. November 2008 nicht mehr festgehalten.

Die Klage ist unbegründet, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines Grades der Behinderung von 40. Insoweit ist bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage 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](#) = SozR3-3870 § 3 Nr. 9 Seite 22). Danach liegt bei

dem Kläger seit der Antragstellung am 2. September 2002 bis zum heutigen Zeitpunkt ein Grad der Behinderung von 30 vor. Das hat der Beklagte mit Teilanerkennnis vom 20. November 2008, das der Kläger mit Schreiben vom 21. November 2008 angenommen hat, nunmehr auch anerkannt.

Für das Begehren des Klägers sind die Bestimmungen des am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)) anzuwenden. Die nachfolgenden Änderungen des SGB IX, insbesondere die des § 69 durch das Gesetz vom 23. April 2004 ([BGBl. I S. 606](#)) sowie das Gesetz vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) wirken sich auf den vorliegenden Rechtsstreit nicht aus.

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 Grad der Behinderung fest. Diese Vorschriften knüpfen 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](#) in der Satzählung der am 28. April 2004 in Kraft getretenen Neufassung durch das Gesetz vom 23. April 2004 ([BGBl. I S. 606](#)) sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) n.F. gelten für den Grad der Behinderung die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Danach ist der Grad der Behinderung nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen sind. Wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen - bzw. Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft - vorliegen, wird nach Absatz 3 Satz 1 des [§ 69 SGB IX](#) der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehung festgestellt.

Als Grundlage für die Beurteilung der nach diesen Bestimmungen erheblichen medizinischen Sachverhalte dienen der Praxis die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz", deren Ausgabe von 1996 vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben wurde. Unter dem Titel "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" wurden 2004 und 2008 eine nur in Einzelheiten geänderte neue Ausgabe herausgegeben. Die Änderungen wirken sich auf den vorliegenden Fall nicht aus. Die in § 30 Abs. 17 BVG vorgesehene Rechtsverordnung tritt erst zum 1. Januar 2009 in Kraft. Bis dahin sind die Anhaltspunkte anzuwenden. Diese haben zwar keine Normqualität, sind aber nach ständiger Rechtsprechung des für das Versorgungs- und Schwerbehindertenrecht zuständigen Senats des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, deshalb normähnliche Auswirkungen haben und im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung in ihrer jeweiligen Fassung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden sind (vgl. Ur. v. 18. 9. 2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [SozR 4-3250 § 69 Nr.2](#), S.10 ff.; v. 9. 4. 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr.19](#), S.77, jeweils m.w.N.).

Der hier streitigen Bemessung des Grads der Behinderung (GdB) ist die GdB/MdE-Tabelle der Anhaltspunkte (Nr. 26) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle in Nr. 26.1 (Seite 37) sind die dort genannten GdB/MdE-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 18 Abs. 4 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 (Nr. 26 Abschnitt 1).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen des Klägers kein Grad der Behinderung von 40 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat vor allem auf das Gutachten von Dr. Sp.

a) Das Hauptleiden des Klägers ist dem Funktionssystem Rumpf zuzuordnen. Bei dem Kläger liegt eine Funktionseinschränkung der Wirbelsäule vor, die einen Grad der Behinderung von 20 rechtfertigt.

Für Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen sind die maßgeblichen Bewertungskriterien durch Nr. 26.18 (Seite 116) der Anhaltspunkte vorgegeben. Danach folgt der Grad der Behinderung bei Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung der Wirbelsäulenverformung, der Wirbelsäuleninstabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Abschnitte der Wirbelsäule. Nach den Anhaltspunkten Nr. 26.18 (Seite 116) rechtfertigen erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grads, einen Einzelgrad der Behinderung von 20. Funktionsstörungen geringeren Grads 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 Grad der Behinderung von 30 bis 40. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch intermittierenden Störungen bei einer Spinalkanalstenose - sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach diesem Maßstab ist die Bewertung der Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen mit einem Grad der Behinderung von 20 durch Dr. Sp. nachvollziehbar. Bei dem Kläger liegen mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der Lendenwirbelsäule vor. Dr. Sp. hat eine Fehlstatik der Rumpfwirbelsäule mit Dreh-Seitenausweichung, eine Osteochondrose der Bandscheiben der LWS und des Lenden-Kreuzbeinübergangs, Spondylosen an der LWS und einen inkompletten Bogenschluss am 1. Kreuzbeinsegment diagnostiziert. Die bildtechnisch nachgewiesenen Veränderungen führen aber kaum zu einer Einschränkung der Beweglichkeit. So hat Dr. Sp. nahezu normgerechte Bewegungsmaße erhoben: Seitneigung rechts/links 40/0/40° (Norm 30 bis 40°), Drehen im Sitzen 40/0/40° (Norm 30 bis 40°), FBA 35 cm, Ottisches Maß 29/30/32 cm (Norm 30/32 cm), Schobersches Maß 10/10/14 cm (Norm 10/14 bis 15 cm). Auch Dr. He. hat bis auf eine Einschränkung des Maßes nach Schober (10:12 cm) keine wesentlichen Bewegungseinbußen mitgeteilt. Im Reha-Entlassungsbericht vom 4. September 2002 waren zwar die Seitneige (rechts/links 20/0/20°) und die Rotation (rechts/links 20/0/20°) im Vergleich zur Befunderhebung von Dr. Sp. nicht normgemäß gewesen, doch ist bei dem dort festgestellten FBA von 25 cm und dem Zeichen nach Schober von 10/14 cm insgesamt auch nur von geringen Einschränkungen der Beweglichkeit der LWS auszugehen. Mehr als geringe

Einschränkungen sind auch dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. Schy. nicht zu entnehmen. Bedenken gegen die Verwertbarkeit des Gutachtens bestehen allerdings schon deshalb, weil dieser die Bewegungsmaße der BWS/LWS zweimal unterschiedlich angegeben hat. Die Befunde auf Seite 9 (Seitneigen rechts/links 30/0/30°, Drehen im Sitzen rechts/links 30/0/30°, Ottische Messstrecke 30:34 cm, Schobersche Messstrecke 10/16 cm) sind völlig normgemäß und selbst bei Unterstellung, dass die schlechteren Bewegungsmaße von Seite 8 (Seitneigen rechts/links 25/0/25°, Drehen im Sitzen rechts/links 25/0/25°, Ottische Messstrecke 30:32 cm, Schobersche Messstrecke 10/14 cm) bei dem Kläger erhoben worden sind, ist auch allenfalls nur eine geringe Einschränkung der Beweglichkeit festzustellen.

Da Dr. Sp. allerdings nachvollziehbar darauf hingewiesen hat, dass eine Minderbelastbarkeit der Rumpfwirbelsäule aufgrund der starken degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS besteht, ist trotz der nur geringen Einschränkungen der Beweglichkeit insgesamt von mittelgradigen Einschränkungen in diesem Wirbelsäulenabschnitt und damit von einem Grad der Behinderung von 20 auszugehen.

Eine weitere Erhöhung des Behinderungsgrads für das Wirbelsäulenleiden wegen anhaltender Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen oder intermittierenden Störungen bei einer Spinalkanalstenose kommt nicht in Betracht. Zwar sind bildtechnisch Veränderungen nachgewiesen worden, die Hinweise auf Wurzelkompressionen geben. So hat Dr. A. aufgrund der CT vom 19. April 2002 im Bereich L5/S1 eine rechtsbetonte Protrusion der Bandscheibe festgestellt, die die Wurzeltasche von S1 rechts erreiche und dadurch einen geringen Reizzustand verursachen könne. Auch Dipl.-Med. H. hat in Auswertung der MRT vom 14. April 2003 über ausgeprägte knöcherne Einengungen des linken Neuroforamens mit einer Beeinträchtigung der linken Nervenwurzel L4 berichtet und ausgeführt, die breitbasige Bandscheibenprotrusion bei L4/5 führe zu einer mäßigen Pelottierung des Duraschlauches und einer mäßigen Einengung des rechten Foramens intervertebrale. Des Weiteren hat er mitgeteilt, bei L5/S1 habe sich eine Bogenschlussanomalie mit Bogenwurzelasymmetrie und Dysplasie des rechten Facettengelenks mit einer Spaltbildung im medialen Abschnitt des rechten Wirbelbogens gezeigt. Der Rezessus werde durch eine kleine Ossifikation ausgehend vom rechten Facettengelenk eingeengt, die Nervenwurzel S1 rechts sei leicht bedrängt. Doch rechtfertigen allein röntgenologisch festgestellte Veränderungen nach Nr. 26.18 (Seite 111) der Anhaltspunkte noch nicht die Annahme bzw. hier die Erhöhung des Behinderungsgrads. Erst wenn durch die Wurzelkompressionen auch motorische Ausfallerscheinungen vorliegen, kommt nach dem soeben dargelegten Maßstab eine Erhöhung in Betracht. Dies ist hier aber nicht der Fall. Dr. Sp. hat ausdrücklich Nervenausfälle ausgeschlossen. Auch im Reha-Entlassungsbericht sind lediglich ein Pseudoradikulärsyndrom, aber keine sensomotorischen Defizite festgestellt worden. Damit übereinstimmend haben auch Dr. R. und Prof. Dr. Sch. keine Radikulärzeichen feststellen können. Prof. Dr. Sch. hat lediglich leichte Sensibilitätsstörungen ohne deutliche Abgrenzung an der Außenseite des Unterschenkels festgestellt, die er im Zusammenhang mit der Bandscheibenprotrusion im Segment L4/5 gesehen hat. Zwar hat auch Prof. Dr. Dr. Schy. eine eingeschränkte Sensibilität festgestellt, über die auch Dr. He. berichtet hat. Doch kann dadurch nicht der Behinderungsgrad erhöht werden. Der Kläger hat gegenüber Dr. Sp. keine Sensibilitätsstörungen angegeben und dieser hat auch solche nicht festgestellt, sodass schon Zweifel bestehen, ob Sensibilitätsstörungen dauerhaft vorliegen. Doch selbst bei einer unterstellten Dauerhaftigkeit können sie nicht erhöhend berücksichtigt werden, denn Prof. Dr. Sch. hat diese Störungen als leicht beschriebenen. Daraus folgende motorische Beeinträchtigungen z. B. bei Feinbewegungen (zu diesem Kriterium Nr. 26.3 der Anhaltspunkte, Seite 50) liegen nicht vor, sodass die Sensibilitätsstörungen insgesamt nicht das Ausmaß erreichen, um den Behinderungsgrad zu erhöhen.

Von Radikulärsymptomen hat zwar Dr. He. in seinen Befundberichten und gegenüber Dr. R. schon im Jahre 2004 telefonisch berichtet. Auch hat er diese Diagnose in seinem folgenden Befundberichten weiterhin mitgeteilt. Doch kann dies nach den vorliegenden Gutachten nicht nachvollzogen werden. Prof. Dr. Sch. hat aufgrund seiner Untersuchung, die zeitlich nach der Diagnosestellung durch Dr. He. stattgefunden hat, eine Radikulärsymptomatik ausschließen können. Im Übrigen hat Dr. He. keinen Bezug auf eine neurologische Untersuchung, sondern allein auf die anamnestischen Angaben des Klägers genommen. Soweit schließlich Prof. Dr. Dr. Schy. eine neurologische Symptomatik festgestellt hat und diese als maßgebliches Kriterium für einen höheren Grad der Behinderung ansieht, ist ihm zunächst seine eigene Befunderhebung entgegenzuhalten. Denn die von ihm angegebenen sensomotorischen Defizite (im Bereich des Nervus cutaneus dorsal medius und dorsal intermedius und des Peroneus profundus) finden sich nicht in seiner Befunderhebung wieder. Zwar hat er auf Seite 7 seines Gutachtens ausgeführt, es bestehe eine Peroneuseinschränkung mit sensibler Störung und Fußheberschwäche links. Doch hat er anschließend auf derselben Seite des Gutachtens mitgeteilt, der Zehen- und Hackenstand seien möglich gewesen und hat auf Seite 8 des Gutachtens auf einen regelrechten Reflexstatus verwiesen. Gegen die Verwertbarkeit dieser widersprüchlichen Angaben hat der Senat tiefgreifende Bedenken. Im Übrigen finden sich im Hinblick auf die Fußheberschwäche weder in anderen medizinischen Unterlagen Hinweise, noch ist eine solche vom Kläger jemals erwähnt worden. Soweit Prof. Dr. Dr. Schy. den MRT-Befund vom 25. April 2003 dahingehend zitiert hat, dass eine "Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Unterschenkels bei gleichzeitiger motorischer Abschwächung des linken Fußhebers" festgestellt worden ist, ist dazu anzumerken, dass diese zitierte Passage gerade nicht im MRT-Befund niedergeschrieben worden ist. Damit kann der MRT-Befund auch nicht als beweisend für motorische Ausfallerscheinungen angesehen werden, sodass es insgesamt bei einem Grad der Behinderung von 20 für das Wirbelsäulenleiden verbleibt.

b) Durch die Kniegelenksschäden, die Senk-Spreizfüße, den Beckentiefstand und die vom Kläger angegebenen Taubheitsgefühle im Oberschenkel ist das Funktionssystem der Beine betroffen. Für dieses kann aber kein Einzelbehinderungsgrad festgestellt werden.

Bei einer Funktionsminderung der Kniegelenke ist nach den Anhaltspunkten Nr. 26.18 (Seite 126) von einer geringen Bewegungseinschränkung erst auszugehen, wenn die Extension und Flexion auf 0/0/90° begrenzt ist (Normalmaß 0/0/120° bis 150°). Eine solche Einschränkung eröffnet einen Bewertungsrahmen von 10 bis 20. Bei einer beidseitigen Bewegungseinschränkung auf 0/10/90° beträgt der Behinderungsgrad 20. Für ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke ohne Bewegungseinschränkungen (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen ist nach Nr. 26.18 (Seite 126) ein Behinderungsgrad von 10 bis 30 festzustellen.

Nach diesem Maßstab hat Dr. Sp. zu Recht keinen Einzelbehinderungsgrad für Kniegelenksfunktionseinschränkungen angenommen. Zwar hat er ein beginnendes Verschleißleiden beider Kniegelenke mit einem Verdacht auf degenerative Meniskusveränderungen diagnostiziert, doch konnte er noch keine Funktionseinschränkungen feststellen. Die Beweglichkeit der Kniegelenke war normgemäß (Streckung/Beugung rechts/links 0/10/140°), er konnte keine Ergussbildung als Zeichen für einen Knorpelschaden mit anhaltenden Reizerscheinungen feststellen; auch der Kapsel-Band-Apparat war stabil. Diese Befunderhebung stimmt mit den Angaben im Reha-Entlassungsbericht (Streckung/Beugung rechts/links 0/00/150°, keine Ergussbildung, stabiler Kapsel-Band-Apparat) und der Befunderhebung durch Dr. R. (freie Beweglichkeit der Kniegelenke) überein. Der Hausärztin Dr. L. war ein Kniegelenksleiden unbekannt und der Orthopäde Dr. He. konnte dazu keine Angaben machen.

Schließlich führen auch die von Prof. Dr. Dr. Schy. erhobenen Befunde im Bereich der Kniegelenke zu keiner anderen Bewertung. Dieser hat ebenso wie Dr. Sp. eine beidseitig beginnende Verschleißerkrankung (Gonarthrose) diagnostiziert, aber Funktionseinschränkungen in einer verminderten Beweglichkeit gesehen und dafür einen Einzelgrad der Behinderung von 20 für das Kniegelenksleiden vorgeschlagen. Dies ist nicht nachvollziehbar, denn dem steht wiederum seine eigene Befunderhebung entgegen. So entsprechen die erhobenen Bewegungsmaße von Beugung/Streckung rechts/links 0/10/125° und 0/10/135° dem Normalmaß. Soweit Prof. Dr. Dr. Schy. schließlich eine belastungsabhängige Schmerzsymptomatik für die Begründung des Behinderungsgrads heranzieht, entspricht dies nicht dem Bewertungsmaßstab der Anhaltspunkte. Denn nach Nr. 18 Abs. 8 (Seite 24) schließen die in der GdB/MdE-Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Nur soweit eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können höhere Werte angesetzt werden. Da weder eine hausärztliche noch eine orthopädische und erst recht keine schmerztherapeutische Behandlung der Kniegelenksbeschwerden erfolgt, liegen die Voraussetzungen der Anhaltspunkte für eine zusätzliche Berücksichtigung von Schmerzen nicht vor.

Dem Funktionssystem der Beine sind auch die im Reha-Entlassungsbericht diagnostizierten Senk-Spreizfüße und die Beinverkürzung aufgrund des Beckentiefstands zuzuordnen. Doch liegen keine Funktionseinschränkungen aufgrund der Fußveränderungen vor, sodass dafür kein Einzelgrad der Behinderung angenommen werden kann. Denn nach Nr. 28.18 der Anhaltspunkte (Seite 127) bedingen Fußdeformitäten wie Senk-Spreizfüße keinen Behinderungsgrad, wenn sie nicht zu wesentlichen statischen Auswirkungen führen. Auch die Beinverkürzung von ca. 1 cm rechtfertigt nach den Anhaltspunkten Nr. 26.18 (Seite 125) noch keinen Einzelgrad der Behinderung, da erst Beinverkürzungen von über 2,5 cm als funktionsbeeinträchtigend angesehen werden.

Die vom Kläger mehrfach beklagten Taubheitsgefühle im Oberschenkelbereich bedingen auch keinen gesondert zu berücksichtigenden Einzelbehinderungsgrad im Funktionssystem Beine. Lediglich Dr. He. hat in seinen Befundberichten diese Gesundheitsstörung mitgeteilt. Bei den gutachtlichen Untersuchungen sind solche Einschränkungen aber nicht dokumentiert worden.

Nach alledem kann für das Funktionssystem Beine insgesamt kein Einzelbehinderungsgrad festgestellt werden.

c) Die psychische Behinderung des Klägers ist dem Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche zuzuordnen und mit einem Grad der Behinderung von 20 zu bewerten.

Nach Nr. 26.3 der Anhaltspunkte (Seite 48) ist für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ein Bewertungsrahmen von 0 bis 20 vorgesehen. Stärkere behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, so-matoforme Störungen) sind mit einem Einzelgrad von 30 bis 40 zu bewerten.

Der Kläger leidet, wie Dr. Sp. unter Zugrundelegung der neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. K. und Prof. Dr. Sch. sowie der Befundberichte von Dipl.-Med. B. mit seiner Kompetenz als Sozialmediziner ausgeführt hat, an einer Angst- und depressiven Störung. Diese hat er übereinstimmend mit den Ausführungen von Dr. K. und Prof. Dr. Sch. als leichte psychische Störung in den Bewertungsrahmen der Anhaltspunkte eingeordnet. Hinweise auf stärkere psychische Auffälligkeiten hat er bei seiner Untersuchung des Klägers nicht feststellen können. Nach dem Gutachten von Dr. K. sind die psychosoziale Kontaktfähigkeit und die strukturelle Steuerungsfähigkeit vorhanden. Eine psychomente Insuffizienz liegt danach nicht vor. Das Antriebsverhalten habe sich durch die medikamentöse Behandlung normalisiert. Auch Prof. Dr. Sch. hat in seinem Gutachten eine Stabilisierung des Gesundheitszustands feststellen können, die der Annahme einer stärker behindernden Störung mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit entgegensteht. Auch lässt das dort geschilderte Freizeitverhalten des Klägers keine solchen stärkeren Einschränkungen erkennen. Zwar hat Dipl.-Med. B. in ihrem Befundbericht vom 14. Juli 2008 von seit dem Jahr 2003 immer wieder bestehenden depressiven Episoden berichtet, in denen der Kläger total zurückgezogen und nicht mehr in der Lage sei, soziale Angelegenheiten, den Haushalt oder andere Dinge zu erledigen. Doch hat auch sie von einem seit dem Jahr 2007 unter Medikation stabilen Zustand berichtet, sodass auch aus ihrem Befundbericht keine dauerhaften, über ein halbes Jahr durchgängig bestehenden stärkeren psychischen Gesundheitsstörungen abgeleitet werden können. Sie hat mit Befundbericht vom 26. Januar 2007 zwei- bis dreimonatige Phasen beschrieben, in den sie den Kläger für arbeitsunfähig halte. Allerdings rechtfertigt dieser von ihr beschriebene phasenhafte Verlauf mit der Notwendigkeit einer ständigen medikamentösen Behandlung - so wie von Dr. Sp. vorgeschlagen - den Bewertungsrahmen für leichte psychische Störungen mit einem Grad der Behinderung von 20 auszuschöpfen. Dies entspricht letztlich auch der Einschätzung von Prof. Dr. Dr. Schy.

Weitere Funktionsstörungen im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche bestehen nicht. Prof. Dr. Sch. hat aufgrund der von ihm veranlassten und durch die Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Schl. am 22. Juli 2004 durchgeführten EEG-Untersuchung keine Herdstörungen und keine epileptischen Entladungen feststellen können. Das Hirnstrombild war unauffällig gewesen.

d) Das Bluthochdruckleiden des Klägers ist dem Funktionssystem Herz-Kreislauf zuzuordnen und rechtfertigt ebenfalls einen Grad der Behinderung von 20.

Nach Nr. 26.9 (Seite 75) der Anhaltspunkte ist die leichte Form der Hypertonie, bei der keine oder eine geringe Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundsveränderungen vorliegen, mit einem Grad der Behinderung von bis zu 10 zu bewerten. Die mittelschwere Form eröffnet je nach Leistungsbeeinträchtigung einen Bewertungsrahmen von 20 bis 40. Kriterien dafür sind Organbeteiligungen leichten bis mittleren Grads (Augenhintergrundsveränderungen - Fundus hypertonicus I bis II- und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) sowie diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung.

Nach diesem Maßstab hat Dr. Sp. das Bluthochdruckleiden mit einem Einzelgrad der Behinderung von 20 nachvollziehbar bewertet. Auch Prof. Dr. Dr. Schy. hat eine solche Bewertung vorgeschlagen. Dr. L. hat mit Befundbericht vom 15. September 2006 eine gute medikamentöse Einstellung des Bluthochdrucks mitgeteilt. Bluthochdruckbedingte Augenhintergrundsveränderungen oder andere Beeinträchtigungen von Organen aufgrund des Bluthochdruckleidens hat sie ausdrücklich verneint. Da Dr. Sp. aufgrund der Röntgenaufnahme der Wirbelsäule die Bluthochdruckerkrankung im Zusammenhang mit einer Gefäßverkalkung (Arteriosklerose) gesehen hat, erscheint trotz der guten Einstellung und keiner weiteren Organbeteiligung die Annahme einer schon mittelschweren Form mit einem

Grad der Behinderung von 20 nach dem oben dargestellten Maßstab angemessen. Die gute Einstellung und die fehlende Organbeteiligung stehen aber zugleich auch einer weiteren Ausschöpfung des Bewertungsrahmens für eine mittelschwere Form des Bluthochdrucks entgegen.

Weitere Funktionsstörungen im Funktionssystem Herz-Kreislauf sind nicht erkennbar. Im MDK-Gutachten hat Dr. R. auf ein Gespräch mit Dr. L. verwiesen, wonach ein Belastungselektrokardiogramm keinen pathologischen Befund gezeigt habe, sodass auch keine Hinweise auf eine Herzerkrankung vorliegen.

e) Weitere Gesundheitsstörungen, die einem anderen Funktionssystem zuzuordnen und zumindest mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 zu bewerten wären, sind nicht erkennbar. Zwar hat Dr. Sp. beim Kläger eine Dupuytren'sche Kontraktur der rechten Hand (Finger 3 bis 5) festgestellt. Doch wird nach Nr. 26.18 (Seite 120) der Anhaltspunkte erst eine geringe Bewegungseinschränkung des Handgelenks (z.B. Streckung/Beugung bis 30/0/40 Grad) mit einem Grad der Behinderung von 0 bis 10 bewertet. Die von Dr. Sp. erhobenen Bewegungsmaße (handrückenwärts/handhohlwärts rechts/links 60/0/50°) befinden sich aber im Normbereich (Norm 35 bis 60/0/50 bis 60°), sodass sein Vorschlag und mit dem übereinstimmend der von Prof. Dr. Dr. Schy. sachgerecht erscheint, für die Dupuytren'sche Kontraktur keinen Einzelbehinderungsgrad festzustellen. Auch für die knotige Schilddrüsenvergrößerung haben weder Dr. Sp. noch Prof. Dr. Dr. Schy. einen Einzelbehinderungsgrad vorgeschlagen, weil die Stoffwechsellage nach dem Befundbericht von Dr. L. und dem Arztbrief von Dr. D. ausgeglichen ist.

Des Weiteren liegt bei dem Kläger kein zu berücksichtigendes Fibromyalgiesyndrom vor. Dr. Sp. hat ausdrücklich Hinweise auf eine solche Erkrankung ausgeschlossen. Auch die übrigen ärztlichen Unterlagen lassen keinen Rückschluss auf diese Erkrankung zu. Schließlich konnten die vom Kläger außerdem geschilderten Gesundheitsstörungen im Bereich der Schulter- und Hüftgelenke nicht durch die vorliegenden medizinischen Unterlagen bestätigt werden.

f) Da bei dem Kläger Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren Grad der Behinderung vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Gesamtbehinderung zu ermitteln. Dafür sind wiederum die Grundsätze nach Nr. 19 der Anhaltspunkte (Seite 26) anzuwenden. Nach Abschnitt 3 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 kann kein höherer Grad der Behinderung als 30 festgestellt werden. Für das Funktionssystem Rumpf ist seit Antragstellung von einem Behinderungsgrad von 20 auszugehen, denn die für die Bewertung der Behinderung maßgeblichen Befunde sind nach den Ausführungen von Dr. Sp. seit diesem Zeitpunkt gleichbleibend. Dieser Behinderungsgrad von 20 ist aufgrund der mit einem Einzelgrad von 20 bewerteten Funktionsstörungen im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche auf 30 zu erhöhen. Wie aus den Gutachten von Dr. Sp., Dr. K. und Prof. Dr. Sch. folgt, haben diese Gesundheitsstörungen auch schon im Jahre 2002 vorgelegen, sodass ab Antragstellung von einem Gesamtgrad der Behinderung von 30 auszugehen ist. Prof. Dr. Sch. hat insoweit nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass die morphologischen Komponenten im Bereich der LWS und die leichten psychischen Veränderungen mit Angst und depressiven Störungen ein multifaktorielles Schmerzbild bildeten, sodass eine Differenzierung nur schwer möglich sei. Durch die Überschneidung der Funktionsstörungen hat er ein chronifizierungsförderndes Schmerzverhalten mit verbundener Automatisierung festgestellt. Daher ist nach Ansicht des Senats eine Erhöhung aufgrund dieses Zusammenhangs zwischen den verschiedenen Gesundheitsstörungen angezeigt.

Eine weitere Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrads kann nicht aufgrund der festgestellten Funktionseinschränkungen im Funktionssystem Herz-Kreislauf erfolgen, obwohl der Bluthochdruck ebenfalls mit einem Einzelgrad der Behinderung von 20 zu bewerten ist. Insoweit ist zu beachten, dass eine Einzelbehinderung von 20 nach den Anhaltspunkten Nr. 19 Abs. 4 (Seite 26) noch als leichte Funktionsstörungen angesehen wird, bei der es vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Da hier keine Funktionsstörung festzustellen ist, die sich verstärkend auf die Funktionsstörungen der LWS oder der Psyche auswirken könnte, verbleibt es insgesamt ab Antragstellung bei einem Grad der Behinderung von 30.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Zwar war auch die vom Kläger nunmehr beschränkte Berufung auch nicht erfolgreich. Doch hat der Senat bei der Kostenentscheidung den Teilerfolg des Klägers berücksichtigt. Der Beklagte hat mit seinen Teilerkenntnissen einen Grad der Behinderung von 30 ab Antragstellung anerkannt, da schon ab diesem Zeitpunkt die psychische Beeinträchtigung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 20 zu berücksichtigen war. Auch wenn der Kläger mit seinem Antrag noch keine psychische Beeinträchtigung geltend gemacht hat, hat er doch im Widerspruch auf diese hingewiesen. Diesem Vortrag ist der Beklagte jedoch nicht nachgegangen, sodass die Auferlegung von einem Viertel der Kosten in beiden Rechtszügen trotz der nunmehr abgegebenen Teilerkenntnisse angemessen erscheint. Die Übernahme von Kosten des Vorverfahrens kommt nicht in Betracht, da der Kläger erstmals im Widerspruchsverfahren überhaupt eine psychische Gesundheitsstörung geltend gemacht hat.

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nach [§ 160 SGG](#) nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02