

## L 7 SB 106/07

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
7  
1. Instanz  
SG Dessau-Roßlau (SAN)  
Aktenzeichen  
S 5 SB 140/06  
Datum  
17.10.2007  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 7 SB 106/07  
Datum  
18.08.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) sowie über die Feststellung der Merkzeichen "G" (erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr), "aG" (außergewöhnlich gehbehindert), "B" (Notwendigkeit ständiger Begleitung) und "H" (hilflos).

Bereits am 21. November 2000 beantragte der am ... 1966 geborene Kläger die Feststellung nach dem Schwerbehindertengesetz und begründete dies mit einem Bandscheibenvorfall sowie einer Rückenmarksverletzung nach einem schweren Unfallereignis auf einer Sommerrodelbahn. Der Beklagte holte einen Befundschein des Rehabilitationszentrums O. in P. vom 6. Dezember 2000 ein. Darin berichtete Dr. A. über einen stationären Aufenthalt des Klägers vom 1. bis 25. November 2000. Er diagnostizierte chronische Rückenschmerzen nach einer Wirbelsäulenkontusion und eine Sensibilitätsstörung. Der Versorgungsarzt Obermedizinalrat Dr. B. wertete diesen Befund aus und hielt zunächst einen GdB von 20 für eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit Nervenreizungen nach Trauma für angemessen. Der Beklagte holte weitere medizinische Unterlagen ein. Der Facharzt für Anästhesiologie Dr. G. diagnostizierte unter dem 8. Februar 2001 eine chronische Schmerzkrankheit nach einem Polytrauma und eine Wirbelsäulenkontusion. In einem beigefügten Arztbrief vom 11. Januar 2001 hielt der Chefarzt der Klinik für Neurologie Dr. C. (Klinikum E., P.) eine unfallbedingte Invalidität von 30 % wegen einer inkompletten Brustmarkschädigung mit einer ausgeprägten dissoziierten Sensibilitätsstörung unterhalb TH 10 rechts sowie einer Dranginkontinenz für gegeben. Der Orthopäde MR Dr. M. stellte mit Gutachten vom 16. Januar 2001 chronische Lumbalgien fest und gab an, eine Fraktur im Wirbelsäulenbereich sei ebenso wie eine Veränderung in der Wirbelsäulenstatik nicht nachzuweisen. Nach dem Ergebnis einer MRT-Untersuchung bestehe eine Bandscheibenprotusion L4/5 ohne wesentliche Kompressionseffekte. Aus orthopädischer Sicht sei der Schaden mit 10 % zu bewerten, was zusammenfassend zu einem Unfallschaden von 40 % führe. In Auswertung dieser Befunde hielt der Versorgungsarzt Dr. B. unter dem 22. März 2001 einen Gesamt-GdB von 40 wegen einer Funktionseinschränkung der Wirbelsäule mit Sensibilitätsstörung im rechten Bein, einem Dauerschmerzsyndrom und einer Drangharninkontinenz in Folge eines Unfalls für angemessen. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 18. April 2001 einen GdB von 40 fest. Dagegen richtete sich der Widerspruch des Klägers vom 25. April 2001, den er mit einer wesentlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes und der Notwendigkeit der Benutzung eines Rollstuhls begründete. Der Beklagte holte weitere Befundunterlagen bei. In einem Arztbrief vom 30. März 2001 berichtete Oberarzt Dr. L. (Hellmuth-Ulrici-Kliniken, Sommerfeld) über einen stationären Aufenthalt des Klägers vom 26. März bis 2. April 2001. Hiernach habe ein psychologisches Konzil vom 29. März 2001 keinerlei psychopathologischen Auffälligkeiten ergeben. Beim Kläger bestehe angesichts der laufenden Gerichtsverfahren ein Bestätigungsanliegen. Wegen der Schmerzhaftigkeit liege ein sehr hoher Leidensdruck vor und es seien psychologische Gespräche zu empfehlen. Der Beklagte ließ diese Befunde durch seinen Ärztlichen Dienst auswerten. Nach Einschätzung von Dr. G. vom 14. Juli 2001 sei die bisherige Bewertung zutreffend. Offenbar habe es zwischenzeitlich eine erhebliche psychiatrische Überlagerung der somatischen Befunde gegeben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27. November 2001 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Hiergegen hat der Kläger am 20. Dezember 2001 beim Sozialgericht (SG) Dessau (S [5 SB 116/01](#) bzw. S 5 SB 164/04) Klage erhoben. Das SG hat einen Befundbericht vom Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Z. eingeholt, der ein chronifiziertes posttraumatisches Pseudoradikulärsyndrom rechts, eine Spondylarthrose L 3/4,

eine Bandscheibenprotusion L 4/5 sowie eine linkskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule (BWS) diagnostiziert hat. In einem beigefügten Arztbrief berichtete die Fachärztin für Diagnostische Radiologie Dr. L. unter dem 22. November 2001 über eine MRT der BWS/Lendenwirbelsäule (LWS) vom 19. November 2001. Danach bestehe kein Nachweis für eine Spinalnervenkompression. Posttraumatische Wirbelkörpererschäden oder ein posttraumatisches Knochenmarksödem seien nicht festzustellen. In einem weiteren Arztbrief des Krankenhauses R., Abteilung für Neurologie, Schmerztherapie, berichtete Chefarzt Dr. B. über einen stationären Aufenthalt des Klägers vom 2. bis 11. April 2001. Er diagnostizierte eine chronifizierte Schmerzkrankheit, einen Zustand nach Wirbelsäulentrauma mit extravertebralem Hämatom und den Verdacht auf eine Rückenmarkskontusion, eine funktionelle Lähmung des rechten Beins sowie eine mediale Bandscheibenprotusion L4/5 ohne Zeichen einer Wurzelkompression. Der Kläger habe über dauernde Schmerzen mit affektivem Bedeutungsgehalt geklagt. Die Bildbefunde würden mit diesem Beschwerdebild nicht korrespondieren. Die derzeitige Bewegungsstörung des rechten Beins sei in erster Linie auf funktionale Faktoren zurückzuführen. Dafür spreche der seitengleiche Reflexstatus, das Fehlen von Pyramidenbahnzeichen sowie das normale EMG/NLG und MEP. Der Kläger habe derzeit eine ungünstige und zu hohe Schmerzmitteldosierung. Seinem Wunsch auf eine Höherdosierung des Opiates sei nicht entsprochen worden.

Wegen eines Verfahrens auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung, das der Kläger unter dem Aktenzeichen S 4 U 48/02 (SG Dessau) bzw. L 6 U 167/02 Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt geführt hatte, wurde das Verfahren mit Zustimmung der Beteiligten zunächst ruhend gestellt und am 26. November 2004 auf Antrag des Klägers unter dem Aktenzeichen S 5 SB 164/04 wieder aufgenommen. Das SG hat neuere Befundberichte von Dr. G. vom 13. Mai 2005 und von Dr. Z. vom 12. Mai 2005 eingeholt. In einem beigefügten fachorthopädischem Gutachten vom 22. März 2004 für den Rentenversicherungsträger hat der Privatdozent (PD) Dr. W. beim Kläger ein Wirbelsäulenschmerzsyndrom mit Muskelinsuffizienz, eine krankhafte Veränderung der Psyche sowie einen Morbus Dupuytren beider Hände diagnostiziert. Zur Untersuchung hat er angegeben: Das Ent- und Bekleiden sei mit Hilfe der sehr besorgten Lebensgefährtin erfolgt, die ihn auch während der Untersuchung festgehalten und darauf geachtet habe, dass bei der Bewegungsprüfung keine zusätzlichen Schmerzen aufgetreten seien. Die Schmerzen seien jeweils "theatralisch" geäußert worden. Nach Einschätzung von PD Dr. W. lasse sich kein organisches Substrat für die Beschwerden finden. Es handele sich am ehesten um ein chronisches somatoformes Schmerzsyndrom. In den prüfärztlichen Stellungnahmen vom 21. Juni 2005 und 20. Oktober 2005 hat die Versorgungsärztin Dr. W. die bisherige Einschätzung eines GdB von 40 verteidigt. Es sei für die Einschätzung nicht bedeutsam, ob eine Aggravation oder eine Somatisierungsstörung vorliege. Bei einer Aggravation dürfte gar keine Bewertung erfolgen, während im Falle einer Somatisierungsstörung jedenfalls kein höherer GdB als 40 vertretbar sei. Hierbei seien die nicht objektivierbaren Schmerzen bereits berücksichtigt.

Im laufenden Gerichtsverfahren stellte der Kläger am 5. und 17. Februar 2004 beim Beklagten einen Neufeststellungsantrag und begehrte neben einem höheren GdB die Merkzeichen "G", "aG", Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht ("RF") und "B", da sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe. Hinzutreten seien Magenbeschwerden durch Medikamenteneinnahme, Verschleißschäden der Kniegelenke sowie Stoffwechselstörungen. Der Beklagte zog ein MDK-Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 3. März 2004 bei, in dem die Voraussetzungen der Pflegestufe I ab dem Januar 2004 bejaht worden sind. In einem diesem Gutachten beigefügten Befundbericht gab Dr. Z. einen deutlich überhöhten Schmerzmittelverbrauch an. Der Beklagte lehnte daraufhin eine Neufeststellung mit Bescheid vom 27. Juli 2004 ab. Hiergegen richtete sich der Widerspruch vom 2. August 2004. Mit Widerspruchsbescheid vom 19. August 2004 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Am 25. Oktober 2004 stellte der Kläger erneut einen Neufeststellungsantrag beim Beklagten und verwies auf die ihm gewährte Pflegestufe I nach der sozialen Pflegeversicherung. Der Beklagte zog erneut ein MDK-Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 25. Oktober 2004 bei. Die Versorgungsärztin Dr. K. wertete unter dem 31. Januar 2005 diese Befunde aus. Sie gab an, die Pflegegutachten seien wegen der fehlenden ärztlichen Befunde nicht als Grundlage für eine GdB-Feststellung geeignet. In Auswertung der Befunde falle erneut die Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben des Klägers und den objektivierbaren Untersuchungsergebnissen auf. Die schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule ohne motorische Ausfallerscheinungen seien mit einem GdB von 40 bereits wohlwollend bewertet. Mit Ablehnungsbescheid vom 9. Februar 2005 lehnte der Beklagte eine Neufeststellung ab. Die Rechtsmittelbelehrung des Bescheides enthielt einen Hinweis auf das laufende Klageverfahren gemäß § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Mit rechtskräftigem Urteil vom 13. Dezember 2005 wies das Sozialgericht Dessau (S 5 SB 164/04) die Klage ab.

Bereits am 6. Mai 2005 hatte der Kläger erneut die Feststellung eines höheren GdB sowie die Feststellung der Merkzeichen "G", "aG", "RF" und "B" beantragt. Neben den bereits bekannten Erkrankungen verwies er auf eine Zyste in der Nasennebenhöhle und auf damit verbundene starke Kopfschmerzen. Der Beklagte zog einen Arztbrief des Radiologen über ein MRT beider Kniegelenke vom 6. Mai 2005 sowie einen Befundschein von der HNO-Ärztin Dr. H. vom Juni 2005 bei. Hiernach sei wegen einer Kieferhöhlenzyste rechts eine Operation im Klinikum R. geplant. Der Beklagte lehnte abermals eine Neufeststellung mit Bescheid vom 2. Februar 2006 ab.

Am 8. Februar 2006 beantragte der Kläger erneut einen Schwerbehindertenausweis sowie die Merkzeichen "G", "B", "aG", "H", "RF" und erklärte, er könne den Ablehnungsbescheid mit Datum vom 2. Februar 2006 nicht nachvollziehen. Dies wertete der Beklagte mit Schreiben vom 15. Februar 2006 als Widerspruch. In einem weiteren Schreiben vom 20. Februar 2006 erklärte der Kläger: "dass mein Schreiben vom 8. Februar 2006 als Neufeststellungsantrag eingereicht wurde und nicht als Widerspruch wie Sie dieses Schreiben bezeichnen." Der Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert. Aus beigefügten ärztlichen Unterlagen für den Rentenversicherungsträger ergebe sich seine überwiegende Rollstuhlbedürftigkeit. Er benötige zum Aufsuchen der Ärzte zumindest vorläufig einen höheren Grad an Behinderung und sei auf einen Behindertenparkplatz angewiesen. Der Beklagte zog einen Befundschein von Dr. Z. von April 2006 bei. Hiernach seien eine weitere Therapie wegen Schmerzmittelmissbrauch, eine Entzugsbehandlung sowie eine psychologische Betreuung vorgesehen. In einem beigefügten Arztbrief der Universitätsklinikum C., Klinik und Poliklinik für Neurologie in D., berichtete der Leitende Oberarzt Prof. Dr. S. unter dem 30. Januar 2006 über eine ambulante Vorstellung des Klägers vom 9. Januar 2006: Dieser habe sich in einem gutem Allgemeinzustand vorgestellt. Das Geruchsvermögen sei nach einer Nasenoperation subjektiv beeinträchtigt. Die Zeichen nach Trömner seien beidseits positiv und die Zeichen nach Babinski beidseits negativ. Während der Kraftgradprüfung des rechten Beins sei es mehrfach zum Nachlassen der Anspannung gekommen. Kurzzeitig sei jedoch eine volle Kraftentfaltung erfolgt. Zusammenfassend ergebe sich keine manifeste Traumafolge. Insbesondere die elektrophysiologische Zusatzdiagnostik des Krankenhauses R. habe keinen Hinweis auf neurogene Läsionen ergeben. Der aktuelle klinische Befund spreche eher für eine funktionelle Parese. Therapeutisch sei in erster Linie eine psychosomatische Behandlung wichtig. Die geschilderten Kreislaufbeschwerden sowie Stuhl- und Harnentleerungsstörungen seien Folgen der Schmerzmedikation. Möglicherweise bestehe bereits ein Abhängigkeitssyndrom mit intermittierenden Entzugserscheinungen. In einem weiteren Arztbrief vom 29. Juli 2005 berichtete die HNO-Ärztin Winter (Klinikum R.) von einer implantierten Septumplastik am 18. Juli 2005. Am 26. Juli 2006 übersandte die Pflegekasse des Klägers dem Beklagten ein Pflegegutachten vom 14. Juli 2006. Hiernach bestünden als

pfliegerrelevante Diagnosen u.a. ein Zustand nach Fraktur der Rippen, des Brustbeins, der BWS sowie der LWS und des Beckens. Bei der Demonstration des Toilettengangs sowie des Ein- und Ausstiegs aus der Dusche seien die Bewegungen ungeübt und unbeholfen durchgeführt worden. So habe der Kläger das Bad mit dem Rollstuhl falsch angefahren. Beim Toilettengang habe er nach einem gescheiterten Erstversuch dann die rechte Armllehne entfernt. Zusammenfassend seien die Voraussetzungen der Pflegestufe I gegeben. Mit weiterem Bescheid vom 2. Oktober 2006 lehnte der Beklagte eine Neufeststellung für beide Anträge ab. Hiergegen richtete sich der erfolglose Widerspruch vom 11. Oktober 2006 (Widerspruchsbescheid vom 17. Oktober 2006).

Dagegen hat der Kläger am 13. November 2006 Klage beim SG Dessau-Roßlau erhoben und zur Begründung ausgeführt: Er sei nur noch an einigen Tagen in der Lage, mit Hilfe von zwei Krücken und unter größten Schmerzen vorübergehend einige Schritte zu bewältigen. Aus einem radiologischen Befund von Dr. K. vom 27. November 2006 ergebe sich eine Einengung des Spinalkanals. Sein Gesundheitszustand entspreche dem eines Querschnittsgelähmten. Aufgrund des Erkrankungsbildes könne er wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig bewältigen. Dem Arztbrief von Dr. K. ist zu entnehmen, dass ein MRT der Halswirbelsäule (HWS) vom 27. November 2006 im Bereich des Halswirbelkörpers (HWK) HWK 5/6 und HWK 7/ BWK1 geringe Protusionen mit beginnender sekundärer Einengung des Spinalkanals zeige. Im Segment HWK 7 / BWK 1 befinde sich zusätzlich ein kleiner Prolapsanteil. Der Kläger hat ferner ein Pflegegutachten vom 27. April 2006 vorgelegt. Danach betrage der gestiegene Zeitaufwand der Grundpflege 110 Minuten und für die Hauswirtschaft 60 Minuten.

Das SG hat ein Sachverständigen Gutachten des Facharztes für Orthopädie, Sportmedizin, Rheumatologie und Physikalische Therapie L. vom 11. April 2007 (Untersuchung vom 4. April 2007) eingeholt. Gegenüber dem Sachverständigen habe der Kläger angegeben, er sei von 1996 bis Dezember 2002 als Handelsvertreter nach einer Ausbildung zum Wirtschaftskaufmann für Finanzdienstleistung tätig gewesen. Seit Januar 2003 erhalte er eine Erwerbsunfähigkeitsrente, die bisher drei Mal verlängert worden sei. Die derzeitige Medikation setze sich zusammen aus:

Temgesic forte sublingual (alle 4 Stunden eine Tablette)

Transtec pro 70 (alle 3 Tage 1 Pflaster)

Transtec 52,5 (alle 3 Tage 1 Pflaster)

Deltaran 200 (1-1-1 bei Bedarf auch mehr)

Aerius 5 (1-0-1)

Minocyclin (1-0-0)

Nexium (1-0-1)

Amitriptylin (1-0-1)

Der Kläger habe ständig heftigste Rückenschmerzen sowie Schmerzen im gesamten rechten Bein angegeben. Darüber hinaus klage er über ein deutlich abgeschwächtes Gefühl in der gesamten rechten Körperseite von der rechten Brustwarze abwärts und auch am gesamten rechten Arm. Außerdem bestehe eine ständige Schwäche beider Beine, weshalb er auf fremde Hilfe sowie den Rollstuhl angewiesen sei. Das An- und Auskleiden werde äußerst zögerlich demonstriert. Die Untersuchung habe sich sehr schwierig gestaltet, da er sich immer wieder gegenläufig angespannt habe. Erst nach mehrmaligen Wiederholungen und teilweisen Ablenkungen sei es gelungen, einen objektiven Untersuchungsbefund zu erlangen. Der Transfer vom Rollstuhl sei mit großer Mühe demonstriert worden. Dagegen sei im Röntgenzimmer der Transfer vom Rollstuhl auf den Röntgentisch problemlos gelungen. Auch habe er das Stehen zum Röntgen der LWS mühelos bewältigt. Das Gangbild könne nicht beurteilt werden, da der Kläger angegeben habe, ohne Unterarmstützen nicht gehen zu können. Die Bewegungsprüfung hätte folgende Ergebnisse erbracht:

Hüftgelenke

Streckung/Beugung 0/0/110 Grad

Ab-/Anspreizen 40/0/30 Grad

Drehung (auswärts/einwärts) 40/0/30 Grad

Kniegelenke

Streckung/Beugung 0/0/130 Grad

Rötungen, Schwellungen oder Ergussbildungen seien nicht feststellbar, wobei ein deutliches retropatellares Reiben zu hören sei. Chondropathiezeichen sowie Meniskuszeichen beständen nicht.

Die Umfangmaße der Beine betragen:

rechts links

20 cm oberhalb Knie-Gelenkspalt 57 57

10 cm oberhalb Knie-Gelenkspalt 47 47

Kniescheibemitte 41 41

15 cm unterhalb Gelenkspalt 38 38

Unterschenkel kleinster Umfang 23 23

Knöchel 26 26

Aus den aktuellen Röntgenbefunden vom 4. April 2007 seien im Bereich HWS/LWS/LWS keine nennenswerten degenerativen Veränderungen feststellbar. Auffallend sei die nach wie vor bestehende erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektiv erhobenen Befunden. Die angegebenen Schmerzen, das Schwächegefühl in den Beinen sowie die Missempfindungen an der gesamten rechten Körperseite sowie die Rollstuhlbedürftigkeit seien bei voller Kraftentfaltung mit regelrechten Eigenreflexen und negativen Pyramidenzeichen orthopädisch und nach der Aktenlage auch neurologisch nicht zu erklären. Es sei daher dringend eine psychosomatische Behandlung anzuraten.

Der Sachverständige hat folgende Diagnosen gestellt:

Ständiges Wirbelsäulensyndrom bei schwerer Unterfunktion der Rumpfmuskulatur,

funktionelle Parese und Missempfindungen der gesamten rechten Seite bei voller Kraftentfaltung, regelrechten Eigenreflexen, negativen Pyramidenbahnzeichen und ohne neurogene Läsionen,

Palmarfascienteilresektion beider Hände bei vorbestehendem Morbus Dupuytren ohne Funktionseinschränkung der Hände,

anhaltende somatoforme Schmerzstörung,

Schmerzsyndrom beider Kniegelenke bei Chondropathie Grad II ohne nennenswerte Funktionseinschränkungen.

Zusammenfassend sei der GdB auf 40 einzuschätzen. Merkzeichen seien nicht zu vergeben.

Der Kläger hat dem Gutachten widersprochen und gerügt, der Sachverständige sei nach seinen Erkenntnissen Mitglied des Ärzteausschusses des Amtes für Versorgung, weshalb seine Objektivität nicht gegeben sei. Auch habe sich der Sachverständige nur auf Röntgenunterlagen gestützt, obwohl molekularbiologische Abläufe mit Schmerzfehlschaltungen sowie die Bildung von zusätzlichen Schmerzrezeptoren abgelaufen seien, die allein von einem Schmerztherapeuten angemessen geprüft werden könnten. Aus einer beigefügten Stellungnahme von Dr. G. vom 3. Juli 2007 ergebe sich eine deutliche Verschlimmerung der schmerz- und wirbelsäulenbedingten Bewegungseinschränkung innerhalb der letzten zwei Jahre. Als Dauerdiagnosen bestünden nach Dr. G.:

Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz,

Lumbales vertebrales lokales Schmerzsyndrom,

Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radiokulopathie,

Mittelgradige depressive Episode,

Angst und depressive Störung gemischt,

Reaktion auf schwere Belastungen nicht näher bezeichnet.

Ergänzend hat der Kläger vorgetragen, die an der HWS beginnende Spinalkanalverengung führe zu zusätzlichen Schmerzen. Dies könne jedoch nur mittels eines MRT-Bildbefundes festgestellt werden. In einer beigefügten Stellungnahme hat Dr. Z. am 5. Juli 2007 erklärt: Für den Krankheitsverlauf spiele sicherlich der schlechte psychische Zustand des Klägers eine entscheidende Rolle. Eine somatoforme Schmerzstörung sei eindeutig erkennbar. Der Kläger sei bei einem Schmerztherapeuten und einem Psychotherapeuten in ständiger Behandlung.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 17. Oktober 2007 abgewiesen und sich im Wesentlichen auf das Sachverständigengutachten von Herrn L. gestützt. Der Kläger hat gegen das ihm am 6. November 2007 zugestellte Urteil am 6. Dezember 2007 Berufung beim LSG Sachsen-Anhalt eingelegt und sein Begehren weiter verfolgt. Unter Rücknahme der Klage bezüglich des Merkzeichens "RF" hat er ergänzend vorgetragen: Das Sachverständigengutachten der Vorinstanz beruhe fehlerhaft auf einer nur orthopädischen Untersuchung. Wegen der Vermutung auf ein psychosomatisches Geschehen hätte eine darauf gerichtete psychiatrische Begutachtung stattfinden müssen. Nach einem aktuellen MDK-Gutachten vom 30. November 2007 sei ihm die Pflegestufe II zugebilligt worden. Dies habe mit Bescheid der Pflegekasse vom 12. März 2008 dann auch ab dem 1. Oktober 2007 zur Gewährung von Pflegegeld der Pflegestufe II geführt. Auch dieser Umstand rechtfertige es, ihm die beantragten Merkzeichen zu gewähren. In dem Pflegegutachten der Pflegefachkraft K. vom 30. November 2007 seien als pflegerelevante Diagnosen Frakturen im Wirbelsäulenbereich genannt. Zusammenfassend seien die Voraussetzungen der Pflegestufe II gegeben (Grundpflege 121 Minuten; Hauswirtschaftliche Versorgung 45 Minuten).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 17. Oktober 2007 sowie den Bescheid vom 2. Oktober 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Oktober 2006 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihm ab dem 8. Februar 2006 einen Grad der Behinderung von mindestens 50 sowie die Merkzeichen "G", "aG", "B" "H" festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Am 18. März 2008 hat der Kläger beim Beklagten einen Neufeststellungsantrag gestellt und auf einen verschlechterten Gesundheitszustand verwiesen, der sich aus dem Pflegegutachten vom 30. November 2007 ergebe. Der Beklagte hat vergleichsweise angeboten, zu Gunsten des Klägers ab dem 20. November 2007 einen GdB von 50 sowie das Merkzeichen "G" festzustellen. Dies hat der Kläger am 15. Dezember 2008 abgelehnt. Der Beklagte hat dann eine Prüfärztliche Stellungnahme vom 8. Juli 2009 vorgelegt, in der die Versorgungsärztin Dr. W. ausgeführt hat: Aus dem Sachverständigengutachten des Herrn L. und den weiteren medizinischen Unterlagen ergebe sich immer wieder die Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden des Klägers und den tatsächlichen objektiven Befunden. Eine psychogene Gangstörung könne bei normal entwickelter Beinmuskulatur nicht angenommen werden. Auch fehle es an einer darauf gerichteten Diagnose. Das nun vorgelegte Pflegegutachten sei kaum verwertbar, da es sich im Wesentlichen allein auf die subjektiven Angaben des Klägers stütze.

Der Senat hat Befundberichte von Dr. Z. vom 10. März 2010 und von Dr. G. vom 23. April 2010 eingeholt. Weiter hat er ein orthopädisches Fachgutachten vom 21. Januar 2011 vom Chefarzt der Orthopädie Dr. M., Bad S., erstatten lassen. Dieser hat ausgeführt: Der Kläger befinde sich nicht in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung. Anamnestisch habe er angegeben, ihm sei nach dem schweren Unfall im Jahr 1999 ein schmerzfreies Gehen nicht mehr möglich. Das Beschwerdebild habe sich weiter verschlechtert und die noch mögliche Gehstrecke verkürzt. Im Jahr 2003 sei Restharn in der Blase festgestellt worden. Dies führe dazu, dass er an einem Tag 20-mal Wasser lassen müsse, davon ca. 5-mal nachts. Im Jahr 2005 sei eine Spinalkanalverengung festgestellt worden. Selbstständiges Hinstellen und Setzen seien ihm nicht mehr möglich. Auch könne er nicht mehr längere Zeit stehen. An Unterarmstützen könne er noch Wegstrecken von 7 bis 8 Metern zurücklegen. Durch die Gangunsicherheiten sei es zu Stürzen und in deren Folge auch zu Rippenfrakturen und einem Speichenbruch am rechten Arm gekommen. Auch bestünden seit dem Jahr 2004 starke Kopfschmerzen. Nach einer Operation der Nasenscheidewand habe sich der Geruchs- und Geschmackssinn stark eingeschränkt. Derzeit nehme er folgende Medikamente ein:

Aerius (Tbl. 2 x)

Mydocalm (Tbl. 3 x)

Pariet (Tbl. 2 x)

Temgesic (0,4) (alle 4 h und bei Bedarf)

Targin 10/5 mg (Tbl. 2 x 1)

Seit dem 1. Juni 2003 erhalte er eine befristete Erwerbsunfähigkeitsrente, die mehrfach verlängert worden sei. Besonders das Merkzeichen "aG" sei ihm wichtig, um am sozialen Leben wieder teilnehmen zu können. Zum Untersuchungsbefund hat der Sachverständige angegeben: Der Kläger sei adipös (175 cm Körperlänge; 95 kg Körpergewicht) und in mäßigem Allgemeinzustand. Das Umsetzen vom Rollstuhl auf die Untersuchungsliege erfolge mit Hilfe der Ehefrau. Auch die Entkleidung der unteren Extremitäten erfolge mit Hilfestellung. In Rückenlage habe er starke Schmerzen angegeben. Die Untersuchung hat folgende Ergebnisse erbracht:

HWS: Rotation links 50 Grad; rechts 30 Grad; Seitneigung beidseits 20 Grad bei jeweils endgradiger Schmerzangabe. Deutlicher Druckschmerz im BWS- und LWS Bereich, ausgeprägter Klopfeschmerz sowie Kribbelgefühle über den gesamten rechtseitigen Rumpf. Laseque: rechts 20 Grad; links 30 Grad.

Die Beweglichkeit in den Hüftgelenken betrage im Liegen 0/0/90 Grad (rechts) bzw. 0/0/80 Grad (links); Abduktion: 30 Grad beidseits; Adduktion: 20 Grad beidseits. Innenrotation: beidseits 20 Grad; Außenrotation: 35 Grad (rechts) und 40 Grad (links). Beim Sitzen im Rollstuhl sei eine Beugung der Hüftgelenke bis 90 Grad gut möglich. Die Beweglichkeit der Kniegelenke betrage 0/0/120 Grad (rechts) und 0/0/90 Grad (links) bei einer leichten Kapselschwellung beidseits. Die Sprunggelenksbeweglichkeit betrage 20/0/40 Grad (rechts) und 10/0/40 Grad (links). Die Unterschenkel- und ischiokrurale Muskulatur sei beidseits verkürzt.

Die Umfangmaße der Beine betragen:

rechts links

20 cm oberhalb Knie-Gelenkspalt 52 56

10 cm oberhalb Knie-Gelenkspalt 47 46

Kniescheibenmitte 43 42

15 cm unterhalb Gelenkspalt 38 38

Unterschenkel kleinster Umfang 22 22

Das Aufstehen gelinge dem Kläger selbstständig, wobei das Stehen sehr unsicher vorgeführt werde. Ein Gehversuch mit Unterarmstützen werde unter starkem Abstützen der Arme vorgenommen. Die Beine würden dabei beidseits im Prinzip im Fußbereich über den Boden gezogen. Insbesondere beim Auftreten mit dem linken Bein beklage er starke Schmerzen. Die Prüfung der Kraftgrade der unteren Extremitäten sei schwer zu bewerten und zudem subjektiv beeinflussbar. Es bestünden keine wertigen Muskelatrophien im Bereich der unteren Extremitäten im Sinne einer kompletten Inaktivität oder Hinweise für eine fehlende Reizweiterleitung in der Muskulatur. Auch seien keine trophischen Störungen, Hyperpigmentierungen oder eine erhöhte Schweißneigung in diesem Bereich festzustellen. Bei den

durchgeführten Bewegungen sei ein Kraftgrad von III bis IV notwendig, um gegen die Schwerkraft arbeiten zu können. Diagnostisch seien die Röntgenaufnahmen vom 16. September 2010 und eine MRT-Aufnahme der BWS/LWS vom 17. November 2010 ausgewertet worden. Die vom Kläger angegebenen Beschwerden seien nach dem MRT-Befund nicht begründbar. Der Sachverständige hat folgende Diagnosen gestellt:

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Wirbelsäulenschmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance der Rumpfmuskulatur,

funktionelle Beinparese (rechts stärker als links), Missempfindungen der gesamten rechten Körperseite ab Brustwarzenhöhe bei mäßiger Kraftentfaltung und regelrechten Eigenreflexen mit negativen Pyramidenbahnzeichen ohne nachweisbare neurogene Läsion,

Zustand nach Palmarfaszienresektion beider Hände bei vorher bestehendem M. Dupuytren ohne Funktionseinschränkungen der Hände,

leichtes Schmerzsyndrom beider Kniegelenke bei Chondropathie II. Grades ohne wertige Funktionseinschränkungen,

Cervicalsyndrom bei initialen degenerativen Veränderungen mit beginnender sekundärer Einengung des Spinalkanals ohne neurologische Defizite (laut MRT).

Der Kläger habe ausgeprägte Schmerzen im gesamten BWS- und LWS-Bereich angegeben, die sich bereits bei leichter Berührung und Druck verstärkten. Die klinische Untersuchung habe (subjektiv beeinflussbare) Abschwächungen der Muskelgrade besonders im rechten Bein erkennen lassen, die aus dem MRT-Befund nicht erklärbar seien. Es bestünden deutliche Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven Beschwerden. Dies zeige sich beispielsweise auch bei der schlechten Beweglichkeit der Hüftgelenke und dem darauf bezogenen Röntgenbild, das keine wertigen degenerativen Veränderungen in dieser Region aufzeige. Die Untersuchung habe keine neuronale Schädigung bestätigt. So hätten regelrechte Eigenreflexe bestanden, auch die Pyramidenbahnzeichen seien negativ. Als Funktionssysteme seien die Haltungs- und Bewegungsorgane sowie das Nervensystem und die Psyche betroffen. Die durchgeführte Untersuchung habe keine bzw. nur geringe primär pathologische Defekte ergeben. Ob eine Aggravation oder eine Somatisierungsstörung vorliege, könne nur durch ein psychiatrisches Gutachten abgeklärt werden. Im Falle einer Aggravation dürfe überhaupt keine Bewertung erfolgen. Die Annahme einer Somatisierungsstörung würde keinen höheren GdB als bisher rechtfertigen, da die nicht objektivierbaren Schmerzen in dem hohen GdB von 40 bereits berücksichtigt seien. Zusammenfassend ergebe sich aus den gestellten Diagnosen wegen des ständigen Wirbelsäulenschmerzsyndroms ein GdB von 40. Dieses bleibe aber ohne objektiv-neurologische Defizite. Die festgestellten Veränderungen im HWS-, Knie- und Handbereich seien nicht als verstärkend zu berücksichtigen. Die Restharnbildung sei bei der Bildung des Gesamt-GdB bereits berücksichtigt. Objektiv sei bis auf ein Hämatom im Wirbelsäulenbereich, welches operativ ausgeräumt worden sei, kein Hinweis für einen Knochenbruch oder eine Nervenschädigung erkennbar. Der klinische Befund sei zusammenfassend ähnlich wie bei PD Dr. W. oder Herrn L. einzuschätzen.

Der Beklagte hat nach Zugang des Sachverständigengutachtens seinen Vergleichsvorschlag vom 13. Mai 2008 zurückgenommen. Der Kläger hat dagegen eingewandt: Selbst ein leichtes Wirbelsäulentrauma könne bei einer fehlerhaften Schmerzbehandlung das Schmerzgeschehen "entkoppeln". Dies führe zur Bildung zusätzlicher Schmerzrezeptoren im Rückenmark, die das Schmerzempfinden verstärkten. Dies sei durch Bildbefunde nicht nachweisbar. Die Begutachtung hätte daher von einem Neurologen vorgenommen werden müssen. Auch habe der Radiologe relevante pathologische Veränderungen in der LWS 4/5 festgestellt, die nach dessen Ansicht die Schmerz- und Bewegungsstörungen erklären könnten. Auch dies habe der Sachverständige nicht berücksichtigt.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 30. März 2011 hat der Sachverständige Dr. M. hierzu ausgeführt: Er sei als Orthopäde auch im neurologischen Bereich ausreichend ausgebildet, um neurologische Störungen der Wirbelsäule einschätzen zu können. Aus den im Gutachten ausführlich zitierten Vorgutachten auf orthopädischem und neurologischem Gebiet werde deutlich, dass die Gangstörung des Klägers bisher nicht durch entsprechende objektivierbare Befunde erklärbar sei. Im neurologischen Bereich seien bei der EMG/ENG Untersuchung keine Defizite festgestellt worden. Dies gelte auch für die Befunde auf radiologischem Gebiet, die keine Hinweise für eine posttraumatische Fraktur ergeben hätten. Die vom Klägervorteiler dargestellte Entkoppelung des Schmerzgeschehens durch eine falsche Behandlung sei theoretisch möglich. Nach den vorliegenden Unterlagen auf neurologischem, radiologischem und orthopädischem Gebiet habe sich dafür aber kein entsprechender Nachweis ergeben. Die Beiziehung eines Neurologen sei daher nicht notwendig. Die im MRT-Befund beschriebene Tangierung der Nervenwurzel L5 links könne die vorzugsweise auf der rechten Seite bestehenden Beschwerden nicht erklären. An der bisherigen Einschätzung sei daher festzuhalten.

Der Kläger hat - auf eine Frage des Berichterstatters - am 2. Mai 2011 erklärt, keinen Antrag nach [§ 109 SGG](#) zu stellen. Aus der Gewährung der Pflegestufe II ergäben sich nach seiner Einschätzung automatisch die Voraussetzungen für einen GdB von 50 sowie für das Merkzeichen "G".

In der mündlichen Verhandlung vom 18. August 2011 hat der Kläger ein Schreiben vom 17. August 2011 sowie ein ärztliches Attest von Dr. Z. vom 10. August 2011 vorgelegt.

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. Oktober 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Oktober 2006 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Aufgrund des Schreibens vom 20. Februar 2006 ist nach objektivem Empfängerhorizont davon auszugehen, dass der Kläger gegen den Bescheid vom 2. Februar 2006 keinen Widerspruch einlegen wollte und

ausdrücklich einen Neufeststellungsantrag gestellt hat, der neben den bereits beantragten Merkzeichen auch das Merkzeichen "H" mit umfassen sollte. Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mehr als 40 sowie auf die von ihm begehrten Merkzeichen. Bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000 - [B 9 SB 3/99 R](#) = [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9](#) Seite 22). Danach liegt bei dem Kläger ab dem 6. Mai 2005 kein GdB von mehr als 40 vor. Die Voraussetzungen der Merkzeichen "G", "aG", "H" und "B" sind ebenfalls nicht gegeben.

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 18. April 2001 einen GdB von 40 festgestellt und damit über den Grad der Behinderung des Klägers entschieden hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach [§ 48](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - SGB X). Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung des Behinderungszustands eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrads um wenigstens 10 ergibt. Die Änderung der Behinderungsbezeichnung oder das Hinzutreten weiterer Teil-Behinderungen ohne Auswirkung auf den Gesamtbehinderungsgrad allein stellen aber noch keine wesentliche Änderung dar (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 18/97 R](#), zitiert nach juris). Für die wesentliche Änderung kommt es weder auf den Inhalt des Vergleichsbescheids noch auf die von der Behörde bei der Bewilligung oder später angenommenen Verhältnisse, sondern auf die tatsächlichen Verhältnisse und deren objektive Änderung an (KassKomm-Steinwedel, SGB X, § 48 Rdnr. 14 m.w.N.).

Im Vergleich zu den Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheids vom 18. April 2001 vorgelegen haben, ist keine Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten, die eine Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrads auf 50 rechtfertigen bzw. die Vergabe der begehrten Merkzeichen rechtfertigen können.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). Der hier anzuwendende [§ 69 SGB IX](#) ist durch die Gesetze vom 23. April 2004 ([BGBl. I S. 606](#)) und vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) geändert worden. Rechtsgrundlage für den von dem Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mindestens 50 ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Infolge der verfahrensrechtlichen Änderungen des [§ 69 SGB IX](#) durch das Gesetz vom 23. April 2004 (a.a.O.) hat sich im Übrigen nur die Satzählung geändert. Im Folgenden werden die Vorschriften des [§ 69 SGB IX](#) nach der neuen Satzählung zitiert.

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 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 Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

[§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) ist durch das insoweit am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 (a.a.O.) geändert worden. Nach der früheren Fassung der Vorschrift galten für den GdB die im Rahmen des § 30 Abs. 1 des BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Nach dem Wortlaut der früheren Fassung des ebenfalls durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 geänderten § 30 Abs. 1 BVG war für die Beurteilung die körperliche und geistige Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben maßgeblich, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren. Nach der Neufassung des [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 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 den dem § 30 BVG durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten Absatz 17 ermächtigt worden ist.

Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt und sind damit nunmehr der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. Zuvor dienten der Praxis als Beurteilungsgrundlage die jeweils vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht", die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten eine normähnliche Wirkung hatten (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [SozR 4-3800 § 1 Nr. 3](#) Rdnr. 12, m.w.N.). Die in den Anhaltspunkten (letzte Ausgabe von 2008) enthaltenen Texte und Tabellen, nach denen sich die Bewertung des Grades der Behinderung bzw. der Schädigungsfolge bisher richtete, sind - im Wesentlichen inhaltlich unverändert - in diese Anlage übernommen worden (vgl. die Begründung [BR-Drucks. 767/08, S. 3](#) f.). Die im vorliegenden Fall heranzuziehenden Abschnitte aus den Anhaltspunkten in den Fassungen von 2004 und 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind nicht geändert worden. Im Folgenden werden die Vorschriften der Versorgungsmedizinische Grundsätze zitiert. Die Begriffe GdS und GdB werden dabei nach gleichen Grundsätzen bemessen. Sie unterscheiden sich lediglich dadurch, dass sich der GdS kausal auf Schädigungsfolgen und sich der GdB final auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von deren Ursachen auswirkt (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil A: Allgemeine Grundsätze 2 a (S. 19)).

Durch die Neuregelung ist den Einwänden gegen die bisherigen "Anhaltspunkte" jedenfalls für den vorliegenden Fall der Boden entzogen worden. Zum einen ist durch die Neuregelung die auch von der Rechtsprechung geforderte Rechtsgrundlage für die bisherigen "Anhaltspunkte" geschaffen worden (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung v. 28. September 2007, [BT-Drucks. 16/6541, S. 1](#), 31). Zum

anderen ist durch die Verweisung des neu gefassten [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) auf die Neufassung des § 30 Abs. 1 BVG klargestellt worden, dass auch für die Feststellung des GdB "die allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen" maßgeblich sind. Zudem hatte sich auch schon zu der früheren Fassung des [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) eine ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gebildet, nach der trotz der Ersetzung des Schwerbehindertengesetzes durch das SGB IX inhaltlich das Beurteilungsgefüge der Anhaltspunkte maßgeblich geblieben war (vgl. BSG, Urt. v. 24. April 2008 – B 9/9a SB 6/06 R – in juris Rn. 15 m.w.N.).

Der hier streitigen Bemessung des Grads der Behinderung ist die GdS (Grad der Schädigung)-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, S. 19 ff.) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, S. 19 ff.) 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 Nr. 2 e (Teil A, S. 20) 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, S. 33).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen des Klägers kein höherer GdB als 40 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf die versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Beklagten, die eingeholten Befundberichte und Arztbriefe sowie weiteren Gutachten und auf das von der Vorinstanz eingeholte orthopädische Gutachten von Herrn L. sowie insbesondere auf das überzeugende orthopädische Gutachten von Dr. M. vom 21. Januar 2011.

1. Das eigentliche Hauptleiden des Klägers ist dem Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" zuzuordnen. Er leidet an einer ausgeprägten somatoformen Schmerzkrankheit. Der Senat stützt sich bei dieser Diagnose insbesondere auf die beiden gerichtlichen Sachverständigengutachten (L. und Dr. M.). Der Senat lässt hierbei ausdrücklich offen, ob und in welchem Grade in der Person des Klägers Aggravationstendenzen bestehen, was zu einer eingeschränkten Verwertbarkeit seiner behaupteten Beschwerden hätte führen können. Stattdessen unterstellt der Senat zu Gunsten des Klägers – entsprechend der zahlreichen und gleich lautenden ärztlichen Diagnosen – das Vorliegen einer ausgeprägten somatoformen Schmerzstörung. Hierfür ist die Feststellung eines Einzel-GdB von 40 angemessen und bewegt sich damit im oberen Bewertungsrahmen.

Nach 3.7 (S. 42) der Anlage zu den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen ist eine Depression/somatoforme Schmerzstörung wie folgt zu bewerten.

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata

Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ... 0 – 20

Stärker behindernde Störungen

mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit

(z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische,

asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit

Krankheitswert, somatoforme Störungen) ... 30 – 40

Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit)

mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ... 50 – 70

mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten ... 80 – 100

Der Senat hält unter Berücksichtigung der Auswirkungen dieser psychiatrischen Erkrankung bei dem Kläger einen Einzel-GdB von 40 für gegeben und hat dabei die Restharnbildung als Folge der Schmerzmedikation bereits mit einbezogen. Dabei ist maßgebend, ob eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliegt. Angesichts der ausgeprägten somatoformen Schmerzkrankung mit erheblichen Bewegungseinschränkungen und einer erheblichen Schmerzmittelmedikation ist die Ausschöpfung des Bewertungsrahmens von 40 gerechtfertigt.

Demgegenüber erreicht der Kläger auf psychiatrischem Gebiet nicht den Grad einer schweren Störung mit zumindest mittelgradigen Anpassungsschwierigkeiten, der den nächst höheren Bewertungsrahmen von 50 bis 70 eröffnet hätte. Hinweise für eine schwere psychische Störung haben sich an keiner Stelle ergeben. Eine kontinuierliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung hat nie stattgefunden. Obwohl sich die medizinischen Bewertungen spätestens seit dem Jahr 2004 immer stärker auf eine somatoforme Schmerzstörung verdichten haben und es mehrfach ärztliche Empfehlungen an den Kläger gegeben hat, eine längere psychologische oder psychiatrische Behandlung aufzunehmen, hat er bislang dazu keine Veranlassung gesehen (vgl. Sachverständiger Dr. M. sowie Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung). Auch ist es bei ihm in letzter Zeit zu keinen stationären Aufenthalten mehr gekommen. Dies spricht gegen ein sich laufend verschlimmerndes Krankheitsbild und einen ständig steigenden Leidensdruck. Das Behandlungsspektrum des Klägers beschränkt sich seit Jahren im Wesentlichen auf seinen Hausarzt Dr. Z. und den Schmerztherapeuten Dr. G ... Die Weigerung des Klägers, entgegen klarer ärztlicher Empfehlungen eine intensive psychiatrische Behandlung aufzunehmen, lässt den Rückschluss zu, dass ihn die ständig angegebenen Beschwerden nicht so stark belasten, wie er behauptet. Hinweise für eine psychogene Gangstörung hat Dr. M. nicht gefunden. So fehlen ausgeprägte Muskelatrophien, wie sie nach einer kompletten Inaktivität zu erwarten wären. Auch haben sich keine Anhaltspunkte für eine gestörte muskuläre Reizweiterleitung ergeben, die bei einem intensiven Schonungsverhalten auftreten würde. Auch sind nach Dr. M. keine trophischen Störungen, Hyperpigmentierungen oder eine erhöhte Schweißneigung in diesem Bereich festzustellen. Die vom Kläger angegebenen schwersten Bewegungseinschränkungen sind damit nicht als sekundäre Begleitfolgen eines

schmerzbedingten Schonungsverhaltens als bestätigt anzusehen. Zudem konnten beide gerichtlichen Sachverständigen trotz eingehender Untersuchungen keine Hinweise für eine schwere psychiatrische Erkrankung ermitteln. Damit fehlt es an Ausgangsindizien, die beispielhaft die Qualität einer Zwangskrankheit erreichen würden und einen Einzel-GdB von 50 und mehr hätten rechtfertigen können. Gegen eine derart gravierende psychische Erkrankung spricht insbesondere die Einschätzung von Dr. M., der als Facharzt für Sozialmedizin hinreichend kompetent, um ein derart schweres psychiatrisches Erkrankungsbild erkennen zu können. Neben einer schweren psychischen Störung bedarf es hierfür im Übrigen auch einer mittelgradigen Anpassungsstörung. Auch diese ist beim Kläger trotz zahlreicher ärztlicher Untersuchungen zu keinem Zeitpunkt berichtet worden. Hinweise für eine schwerwiegendere Einschränkung in der Alltagsbewältigung finden sich nach Aktenlage nicht. Diese würde neben Auswirkungen im Berufsleben auch erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und eine affektive Nivellierung voraussetzen (vgl. Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats BMA am 18./19.03.1998 - zitiert nach Rohr/Sträßer, A 180, Nr. 26.3, 65. Lfg. - Stand Juni 2001). Trotz seiner Erwerbsunfähigkeit kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Kläger keinen geregelten Tagesablauf mehr bewältigen kann. So bestehen bei ihm noch familiäre Bindungen und soziale Kontakte, die von ihm auch wahrgenommen werden. Weder aus den persönlichen Schreiben des Klägers noch aus seinen Angaben in der mündlichen Verhandlung hat sich Gegenteiliges ermitteln lassen. Der Kläger berichtete in der Sitzung über bestehende und von ihm auch gepflegte Sozialkontakte. Auch wirkte er bemerkenswert präsent, konnte lang zurückliegende Termine mit Hilfe seines Smartphones selbst ermitteln und vermochte die fehlende psychiatrische Behandlung mit der Formulierung einer Ärztin "In der Birne sind Sie fit" anschaulich zu begründen. Auch sein äußeres Erscheinungsbild und seine jederzeit aktive Beteiligung an der mündlichen Verhandlung ließen keinen Rückschluss auf ein quälendes Leidensgeschehen bzw. das Bestehen von schwersten Bewegungseinschränkungen zu.

Die Einordnung der Haupterkrankung des Klägers im Sinne einer ausgeprägten somatoformen Schmerzstörung weicht deutlich von der Selbsteinschätzung des Klägers ab, der als Hauptleiden stärkste Rückenschmerzen sowie Schmerzen im gesamten rechten Bein und eine Taubheit in der gesamten rechten Körperseite sowie eine ständige Beinschwäche ansieht, die ihn sogar zur Benutzung eines Rollstuhls zwingen würden. Für dieses ausgeprägte Beschwerdebild, das den Funktionssystemen "Beinen" und "Rumpf" zuzuordnen wäre, gibt es jedoch nach Auswertung der zahlreichen Befunde keine organische Grundlage, was das Wesen einer somatoformen Schmerzstörung gerade ausmacht (vgl. Dr. M. in seine Stellungnahme vom 30. März 2011). Während nach dem Unfallereignis im Jahr 1999 die Diagnosen noch anfänglich auf der Grundlage der unfallversicherungsrechtlichen Gutachten (Dr. C.; MR Dr. M.) auf eine Brustmarkschädigung und eine unfallbedingte Sensibilitätsstörung hindeuteten, verschoben sich diese nach dem MRT von Dr. L. im Jahr 2001 und insbesondere durch die intensiven neurologischen Untersuchungen im Krankenhaus R. (Dr. B.) in Richtung eines funktionalen Beschwerdebildes ohne objektivierbare organische Ursache. Dies bestätigte bereits das Gutachten von PD Dr. W. im März 2004, der ein Muskelschmerzsyndrom mit einer psychischen Erkrankung diagnostizierte. Auf der gleichen Linie lag auch der Neurologe Prof. Dr. S. (D.) im Jahr 2006, der Traumafolgen für nicht nachgewiesen erachtete, jedoch eine psychosomatische Erkrankung diagnostizierte und eine entsprechende Behandlung anregte. Diese Einschätzung wird durch beide gerichtlichen Sachverständigengutachten nochmals widerspruchsfrei bestätigt. Hiernach liegt beim Kläger eine ganz deutliche Diskrepanz zwischen seinen Beschwerden und den tatsächlich feststellbaren Erkrankungen vor, die sich mit der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung widerspruchsfrei erklären lässt. Selbst die behandelnden Ärzte des Klägers Dr. G. und insbesondere Dr. Z. haben im weiteren Verlauf ihrer langjährigen Behandlungen immer stärker eine psychiatrische Erklärung für das intensive Beschwerdebild des Klägers vermutet. Zur weiteren Absicherung dieser psychiatrischen Diagnose bedurfte es keines gesonderten psychiatrischen Sachverständigengutachtens mehr, da zu Gunsten des Klägers der Senat aus den oben genannten Gründen den Bewertungsrahmen für eine somatoforme Schmerzstörung voll ausgeschöpft hat. Hinweise für eine weitergehende schwere psychische Erkrankung, die einen noch höheren Einzel-GdB für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" hätte rechtfertigen können, bestehen aus den oben dargelegten Gründen dagegen nicht.

2. Der Senat hält für den Bereich des Funktionssystems "Rumpf" wegen eines Cervikalsyndroms und beginnenden degenerativen Veränderungen mit beginnender sekundärer Einengung des Spinalkanals ohne neurologische Defizite sowie eines schmerzhaften Wirbelsäulensyndroms einen Einzel-GdB von 10 für angemessen. Aus den beiden gerichtlichen Sachverständigengutachten, denen der Senat folgt, weichen die Beschwerdeangaben des Klägers deutlich von den tatsächlich nachweisbaren objektivierten Befunden im Bereich der Wirbelsäule ab. Nach dem aktuellen MRT-Befund sind allenfalls beginnende degenerative Veränderungen ohne neuronale Schädigungen in dieser Region objektivierbar, die das geklagte Beschwerdebild auf der rechten Körperseite aber nicht erklären können.

Für Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen sind die maßgeblichen Bewertungskriterien in Teil B Nr. 18.9 (S. 107 ff.) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze 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. Erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grads, rechtfertigen 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 den übereinstimmenden Bewertungen beider gerichtlicher Sachverständiger sind anhand der Befunde keine mittelgradigen Wirbelsäulenschäden nachweisbar, die für das Funktionssystem "Rumpf" einen höheren Einzel-GdB rechtfertigen. Hierbei darf der Senat die ausgeprägte Schmerzsymptomatik, die bereits im Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" verwertet worden ist, nicht nochmals berücksichtigen, um eine unzulässige Doppelbewertung zu vermeiden. Dies rechtfertigt es, wegen der allenfalls geringgradigen objektivierbaren Befunde im Bereich der Wirbelsäule nur einen Einzel-GdB von 10 zu vergeben. Mangels entsprechender Befunde können auch die vom Kläger geforderten Bewertungen von Rückenmarkschäden nicht vorgenommen werden.

Entgegen der Ansicht des Klägers ist für dieses Funktionssystem keine zusätzliche neurologische Begutachtung erforderlich. Zum einen hat der Sachverständige Dr. M. in seiner Stellungnahme vom 30. März 2011 darauf hingewiesen, er verfüge als Orthopäde über eine ausreichende neurologische Fachkompetenz, um den medizinischen Sachverhalt auch für dieses Fachgebiet abschließend beurteilen zu können. Dass er diese Kompetenz tatsächlich hat, belegt sein Hinweis auf die umfassende neurologische Diagnostik (EMG/ENG/MRT/CT) des Klägers in der zurückliegenden Zeit. Auch in Auswertung dieser Befunde und Einschätzungen auf neurologischem Gebiet (z.B. Dr. B. und Dr.

S.), hat der Sachverständige ein neurologisch erklärbares Schmerzgeschehen eindeutig verneint.

Das vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 18. August 2011 vorgelegte Attest von Dr. Z. vom 10. August 2011 hält der Senat demgegenüber für nicht überzeugend. Im Gegensatz zu den gerichtlichen Sachverständigengutachten findet sich darin keine ausführliche Auseinandersetzung mit den zahlreichen aktenkundigen Befunde sowie den eingehenden Untersuchungen und Gutachten. Die Annahme von Dr. Z., Bandscheibenvorfälle seien allgemein geeignet, Spinalkanalstenosen, Duralsackimpressionen und neurologische Ausfällen zu verursachen und hätten "deswegen" die gravierenden Einschränkungen beim Kläger hervorgerufen (Rollstuhlbedürftigkeit; Bewegungseinschränkungen) ist eine bloße Behauptung, mit der der Arzt die mehrfach gesicherte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung verkennt. Auch seine Annahme, als unfallbedingte Traumafolge bestehe eine Fraktur der BWS in Fehlstellung, ist nach den umfassenden Befunden und aktuellen MRT- Aufnahmen sowie aus dem Sachverständigengutachten von Dr. M. widerlegt. Im Übrigen steht diese Wertung in einem bemerkenswerten Widerspruch zu seiner eigenen Stellungnahme vom 5. Juli 2007. Dort hat er noch ausdrücklich auf den schlechten psychischen Zustand des Klägers und eine eindeutige somatoforme Schmerzstörung verwiesen, was von ihm im aktuellen Attest mit keinem Wort mehr erwähnt wird.

Auch aus den vorliegenden Pflegegutachten kann zu Gunsten des Klägers nicht auf einen höheren GdB geschlossen werden. In den zahlreichen Pflegegutachten finden sich als pflegerelevante Diagnosen jeweils Frakturen der Wirbelsäule, die nach den Ermittlungen im gerichtlichen Verfahren und den eingehenden Untersuchungen des Klägers nicht vorhanden sind. Die Pflegegutachten wurden von Pflegefachkräften verfasst, denen das notwendige ärztliche Fachwissen fehlt, um medizinische Sachverhalte und erkrankungsbedingte Funktionseinschränkungen zutreffend bewerten zu können. Außerdem beschränken sich diese Pflegebewertungen im Wesentlichen auf die Angaben des Klägers von angeblichen Frakturen der Wirbelsäule, die nicht kritisch hinterfragt wurden. Auf eine Beziehung von aktuellen Befundgrundlagen aus anderen Verfahren hat die Pflegekasse offenbar verzichtet.

3. Als weiteres Leiden liegt eine Chondropathie Grad II der Knie ohne nennenswerte Funktionseinschränkungen vor (so Dr. M.). Diese ist dem Funktionssystem "Bein" zuzuordnen. Hierbei kann die vom Kläger angegebene ständige Beinschwäche sowie das Taubheitsgefühl in der gesamten rechten Körperseite einschließlich der seit dem Jahr von ihm praktizierten Rollstuhlbedürftigkeit keine Berücksichtigung finden, da es, wie bereits beim Funktionssystem "Rumpf" nach übereinstimmender Bewertung beider gerichtlicher Sachverständiger auch hierfür kein objektivierbares Korrelat gibt. Dies gilt insbesondere für die vom Kläger beschriebene Beinparese auf der rechten Seite. Der Senat bewertet daher die Erkrankung im Funktionsbereich "Bein" mit einem Einzel-GdB von 10.

Bei Knieerkrankungen sieht die GdS-Tabelle unter 18.14 (S. 116 f.) Folgendes vor:

Lockerung des Kniebandapparates

muskulär kompensierbar ... 10

unvollständig kompensierbar, Gangunsicherheit ... 20

Bewegungseinschränkung im Kniegelenk

geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90)

einseitig ... 0 - 10

beidseitig ... 10 - 20

mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90)

einseitig ... 20

beidseitig ... 40

stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-30-90)

einseitig ...30

beidseitig ...50

Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia

patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen

einseitig

ohne Bewegungseinschränkung ... 10 - 30

mit Bewegungseinschränkung ... 20 - 40

Mangels einer substantiellen Funktionseinschränkung der Kniegelenke kann kein höherer Einzel-GdB als 10 angenommen werden.

4. Der Zustand nach Palmarfaszienresektion beider Hände bei einem vorher bestehenden M. Dupuytren betrifft das Funktionssystem "Arm". Da der Sachverständige M. keinerlei Funktionseinschränkungen der Hände feststellen konnte, kann hierfür kein Einzel-GdB vergeben

werden. Auch für die Zeit ab Antragstellung bis zu dieser Untersuchung sind für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten keine Befunde erkennbar, die einen Einzel-GdB von 10 rechtfertigen könnten. Die vom Kläger angegebenen Kopfschmerzen und Geruchsstörungen vermochten beide gerichtlichen Sachverständigen nicht als bedeutsam ansehen. Insoweit fehlt es auch an einem entsprechenden Vortrag des Klägers und an einer darauf gerichteten intensiven fachärztlichen Behandlung.

5. Da bei dem Kläger Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Gesamtbehinderung zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (S. 22) anzuwenden. Nach Nr. 3c ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt, und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.

Danach kann kein höherer Gesamtgrad der Behinderung als 40 angenommen werden. Für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist zunächst wegen der somatoformen Schmerzstörung von einem Einzel-GdB von 40 auszugehen. Die daneben bestehenden Erkrankungen im Funktionsbereich "Rumpf" sowie "Bein", die einen Einzel-GdB von jeweils höchstens 10 rechtfertigen können, führen nicht zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB. In der Gesamtbewertung dieser Behinderungen darf keine Addition der Einzel-GdB-Werte erfolgen. Vielmehr ist nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen von Folgendem auszugehen: Regelmäßig kann der Gesamt-GdB aufgrund weiterer Erkrankungen, die allenfalls mit einem GdB von 10 rechtfertigen können, nicht erhöht werden. Denn nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil A, Nr. 3 ee, S. 23) führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Behinderungsgrad von 10 bedingen grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Selbst bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, daraus auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Letztlich widerspricht hier die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft auch dem nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil A Nr. 3b, S. 22) zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Im Vergleich mit Gesundheitsschäden, zu denen in der GdB-Tabelle feste Werte angegeben sind, ist bei dem Kläger ein höherer Gesamtgrad als 40 nicht gerechtfertigt. Die Gesamtauswirkungen der verschiedenen Funktionsstörungen beeinträchtigen seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft insbesondere nicht so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung.

6. Der Kläger hat schließlich auch keinen Anspruch auf die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen "G", "aG", "B" und "H". Die genannten Merkzeichen setzen beim Kläger voraus, dass dieser schwerbehindert ist, was einen Gesamt-GdB von 50 voraussetzt (vgl. [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#)). Die Grundvoraussetzung für die Eintragung der begehrten Merkzeichen liegt daher nicht vor.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-01