

L 7 SB 17/10

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7

1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 2 SB 184/07

Datum
03.03.2010

2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 17/10

Datum
10.07.2013

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit des Entzugs des Merkzeichens aG (außergewöhnliche Gehbehinderung).

Der am ... 1949 geborene Kläger beantragte am 22. August 2002 beim Beklagten aufgrund einer Herzerkrankung die Feststellung von Behinderungen und das Merkzeichen aG. Der Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie Dr. H. diagnostizierte mit Befundschein vom 4. September 2002 ein Low-Output-Syndrom (eingeschränkte Pumpfunktion des Herzens) mit myokardialer Insuffizienz. Die Farbdoppler-Echokardiographie habe vergrößerte Vorhöfe, einen linken Ventrikel mit deutlicher Dilatation und erheblich eingeschränkter Kontraktilität und eine geschätzte Ejektionsfraktion (EF) von 20% gezeigt. Aufgrund der fortbestehenden Ruheinsuffizienz sei von einem NYHA-Stadium III, eher IV auszugehen. Nach Beteiligung seines Ärztlichen Dienstes stellte der Beklagte mit Bescheid vom 23. Oktober 2002 für die Herzleistungsminderung einen GdB von 70 sowie das Merkzeichen G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) fest. Aufgrund des Widerspruchs des Klägers vom 25. November 2002 holte der Beklagte einen weiteren Befundschein des Dr. H. vom 13. März 2003 ein. Danach bestehe keine körperliche Belastbarkeit, die EF-Funktion betrage 20 bis 24%. Insgesamt sei seit September 2002 keine Veränderung eingetreten. Der Ärztliche Gutachter des Beklagten OMR Dr. J. schlug daraufhin für die Herzleistungsminderung einen GdB von 80 sowie die Merkzeichen G, B (Notwendigkeit ständiger Begleitung) und aG vor und führte dazu aus: Das Herzleistungsstadium III bis IV mit kardialer Dekompensation und ohne körperliche Belastbarkeit entspreche einem GdB von 70 bis 80, wobei die EF-Leistung der einzige objektive Befund sei. Dem folgend half der Beklagte mit Bescheid vom 19. Mai 2003 dem Widerspruch ab und stellte ab 22. August 2002 einen GdB von 80 sowie die Merkzeichen G, B und aG fest.

Im Jahr 2004 veranlasste der Beklagte eine erste Nachuntersuchung von Amts wegen. Dr. H. teilte am 7. Juni 2004 mit, es sei keine Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Im Jahr 2006 veranlasste der Beklagte eine weitere Nachuntersuchung von Amts wegen. Dr. H. berichtete am 26. Juni 2006 über eine Stabilisierung des Allgemeinbefindens nach der Umstellung der medikamentösen Therapie. Es liege aber noch immer eine Herzinsuffizienz NYHA-Stadium III und nach der Farbdoppler-Echokardiographie eine EF-Funktion von 30% vor. Am 25. September 2006 diagnostizierte Dr. H. eine hochgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (EF 30%) mit Herzinsuffizienz NYHA-Stadium II bis III.

Nach Beteiligung seines ärztlichen Dienstes hörte der Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 19. Oktober 2006 zur beabsichtigten Herabsetzung des GdB auf 60 und dem Entzug der Merkzeichen aG und B für die Zukunft an, weil sich die Herzleistung gebessert habe. Für die Herzleistungsminderung sei ein GdB von 60 festzustellen. Nunmehr liege eine NYHA-Klasse II. bis III. Grades (vorher III. bis IV. Grades) vor und auch die EF-Funktion habe sich mit 30% (vorher 20 bis 24%) verbessert. Damit lägen auch die Voraussetzungen für die Merkzeichen aG und B nicht mehr vor.

Mit Bescheid vom 21. November 2006 hob der Beklagte den Bescheid vom 19. Mai 2003 auf, stellte ab 1. Dezember 2006 einen GdB von 60 sowie das Merkzeichen G fest und entzog ab 1. Dezember 2006 die Merkzeichen aG und B. Dagegen erhob der Kläger am 27. November 2006 Widerspruch und machte geltend: Er leide an einer chronischen Erkrankung des Herzens, wobei jederzeit eine Verschlechterung des

Gesundheitszustandes eintreten könne. Bei geringer körperlicher Belastung leide er an Atemnot. Die angenommene Besserungsvermutung sei durch keine Tatsachen belegt. Ergänzend teilte er mit Schreiben vom 28. August 2007 mit, bei zwei Klinikaufenthalten im Juni und Juli 2007 seien bei ihm Diabetes mellitus sowie Hepatitis festgestellt worden. Die nächste ambulante Vorstellung sei für den 24. September 2007 geplant, die Diagnostik laufe noch. Eine Abforderung von Befundberichten solle zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht erfolgen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 7. September 2007 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und teilte ihm mit Schreiben vom 12. September 2007 mit, das Schreiben vom 28. August 2007 werde als Neufeststellungsantrag bearbeitet.

Am 24. September 2007 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Magdeburg Klage erhoben, weil seine Herzschwäche nicht habe geheilt werden können und er an Hepatitis und Diabetes mellitus leide. Der GdB von 80 sowie die Merkzeichen B und aG seien gerechtfertigt, da er Beeinträchtigungen bei alltäglicher leichter Belastung habe.

In der Folgezeit veranlasste der Beklagte zunächst eine weitere Sachaufklärung im Neufeststellungsverfahren. Mit Arztbrief vom 18. Juli 2007 berichtete das Klinikum B. über stationäre Aufenthalte des Klägers im Juni 2007. Dort waren folgende Diagnosen gestellt worden: Alkoholtoxische Leberzirrhose mit florider alkoholischer Hepatitis, chronischer Alkoholabusus, hepatitische Enzephalopathie, Ösophagusvarizen I. Grades, Magnesium- und Zinkmangel, hypertone und ischämische HK mit normofrequenter absoluter Arrhythmie bei VH-flimmern, Diabetes mellitus Typ 2. Außerdem lag der Arztbrief des Klinikums B. vom 8. Oktober 2007 aufgrund des stationären Aufenthaltes im Juli 2007 wegen eines dekompensierten Diabetes mellitus vor. Während des stationären Aufenthaltes sei der Kläger bei hypertoner und ischämischer Herzkrankheit jederzeit kreislaufstabil und beschwerdefrei gewesen. Die am 16. Juli 2007 durchgeführte Röntgenuntersuchung des Thorax habe ein noch normal großes Herz gezeigt. Nach dem Befundschein der Fachärztin für Innere Medizin Dr. K. vom 17. Oktober 2007 aufgrund der Behandlungen seit dem 14. August 2007 lägen bei hypertoner und ischämischer Herzkrankheit mit absoluter Arrhythmie keine manifesten cardiopulmonalen Insuffizienzzeichen vor. Der Diabetes mellitus sei insulinpflichtig. Die Ärztliche Gutachterin des Beklagten S. verwies sodann auf eine weitere Verbesserung des Herzleidens. Es lägen keine klinischen Zeichen der kardialen Insuffizienz vor und die Röntgenaufnahme vom Juli 2007 habe ein normal großes Herz gezeigt, sodass die 2002/2003 bestehende Dilatation des Herzens sich also zurückgebildet habe. Das Klinikum B. berichtete am 18. Januar 2008, die Leberzirrhose sei rekompensiert und der Kläger sei stabil und beschwerdefrei, ein dauerhafter Hirnschaden bestehe nicht. Weiterhin liege ein diskretes Polyneuropathiesyndrom vor. Mit Befundschein vom 24. Januar 2008 teilte Dr. H. eine myokardiale Insuffizienz NYHA-Stadium II bis III und eine EF-Funktion von 33% bei einer vom Kläger am 22. Oktober 2007 angegebenen beschwerdefreien Gehstrecke von weniger als 300 Metern mit. Daraufhin schlug die Ärztliche Gutachterin S. für die Herzleistungsminderung weiterhin einen GdB von 60, das Leberleiden (rekompensierte Leberzirrhose) einen GdB von 30, für den Diabetes mellitus einen GdB von 10, einen Gesamt-GdB von 70 sowie das Merkzeichen G vor. Dem folgend hob der Beklagte mit Bescheid vom 25. Februar 2008 den Bescheid vom 21. November 2006 auf und stellte beim Kläger ab 1. Januar 2008 einen GdB von 70 und das Merkzeichen G fest. Dagegen erhob der Kläger am 26. März 2008 Widerspruch. Die Neurologin R. berichtete mit Befundschein vom 13. Mai 2008 über Behandlungen im März/April 2008 mit deutlichen Hinweisen auf Polyneuropathie (Missempfindungen im Bereich beider Füße, herabgesetztes Vibrationsempfinden) bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus und chronischer Hepatitis. Es bestünden keine Paresen, der Zehen- und Hackengang sei ausführbar. Mit prüfärztlicher Stellungnahme schlug die Ärztliche Gutachterin S. ab Juli 2007 (Beginn der Insulininjektionen) für den Diabetes mellitus einen GdB von 30, ab April 2008 für die Nervenschädigung der Beine mit beeinträchtigtem Vibrationsempfinden und Missempfindungen an den Füßen einen GdB von 20 und ab Januar 2008 einen Gesamt-GdB von 80 vor. Die Merkzeichen B und aG lägen wegen der Besserung des Herzleidens nicht vor. Mit Widerspruchsbescheid vom 25. August 2008 stellte der Beklagte ab 1. Juli 2007 einen GdB von 70 und ab 1. Januar 2008 einen GdB von 80 fest und wies den weitergehenden Widerspruch des Klägers zurück.

Nach dem Abschluss der Ermittlungen im Neufeststellungsverfahren durch den Beklagten hat das SG im Klageverfahren weitere Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers eingeholt. Der Chefarzt der Inneren Klinik des Klinikums B. Dr. O. hat am 16. Januar 2009 eine ausgeprägte Leberparenchymschädigung bei körperlich deutlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit und körperlich nur geringer Belastbarkeit diagnostiziert. Dr. H. hat am 9. Juli 2009 eine myokardiale Insuffizienz NYHA-Stadium II bis III, eine mittelgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (EF 45%), eine dekompensierte Leberzirrhose, eine Kardiomyopathie, eine absolute Arrhythmie infolge Vorhofflimmerns, einen Diabetes mellitus (sekundär insulinpflichtig), eine periphere Polyneuropathie und eine Mikrohämaturie diagnostiziert. Insgesamt habe unter Medikation ein stabiler Status bezüglich des Herz-Kreislauf-Systems erreicht werden können. Außerdem hat Dr. H. weitere Arztbriefe beigelegt. Am 18. April 2006, 26. Juni 2006 und 25. September 2006 hatte er jeweils von einer Herzinsuffizienz NYHA-Stadium II bis III mit einer EF-Funktion von 30% berichtet und am 18. April 2006 zusammenfassend eine stabile, derzeit als kompensiert zu bezeichnende kardiale Befundsituation beschrieben. Mit Bericht vom 17. April 2007 hatte er eine hochgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (EF 32%) mit Herzinsuffizienz NYHA-Stadium II festgestellt. Nach den Berichten vom 22. Oktober 2007 und 24. Januar 2008 sei von einer myokardialen Insuffizienz NYHA-Stadium II bis III mit einer beschwerdefreien Gehstrecke von unter 300 Metern und einer EF-Funktion von 33% sowie nach dem Bericht vom 22. Februar 2008 von einem NYHA-Stadium III auszugehen. Nach den Berichten vom 3. Juni 2008 und 15. Dezember 2008 liege eine Kardiomyopathie im Stadium NYHA II bei deutlich gebesselter linksventrikulärer Funktion (EF 44%) vor. Am 21. August 2009 hat Dr. K. den vorläufigen Entlassungsbericht über die stationäre Behandlung des Klägers in der Klinik T. im Juli 2008 mit folgenden Diagnosen übersandt: Myocardinsuffizienz NYHA II, absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, Leberzirrhose bei Verdacht auf Zustand nach Hepatitis, Diabetes mellitus Typ 2 (insulinpflichtig ED 3/08), periphere Polyneuropathie (ED 3/08), Mikrohämaturie. Außerdem hat sie den Bericht des Klinikums B. gGmbH vom 23. Juni 2009 aufgrund der stationären Behandlung des Klägers im April 2009 wegen Unterschenkelödemen übersandt. Danach habe die Herzultraschalluntersuchung einen mittelgradig dilatierten linken Ventrikel und einen leicht dilatierten linken Vorhof bei noch normaler Pumpfunktion (EF 54%) gezeigt.

In Auswertung der Befunde hat der Beklagte auf die Stellungnahme seiner ärztlichen Gutachterin S. verwiesen. Danach sei die Herzleistungsminderung (dilatative Kardiomyopathie bei koronarer Herzerkrankung und Herzrhythmusstörungen) mit einem GdB von 50 zu bewerten und das Merkzeichen G vorzuschlagen. Die Befunde vom Dezember 2008 und Mai 2009 dokumentierten ein Leistungsstadium NYHA II und im Juli 2009 NYHA II bis III. Die linksventrikuläre Auswurfraction, die 2002 nur 20% betragen habe, habe im April 2009 bei 54% und im Juli 2009 bei 45% gelegen. Im Langzeitverlauf habe sich insgesamt eine Besserung abgezeichnet. Die Voraussetzungen für die Merkzeichen B und aG lägen danach nicht vor.

Mit Urteil vom 3. März 2010 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Aufgrund einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen habe der Beklagte zu Recht die Merkzeichen aG und B entzogen. In den Jahren 2002 und 2003 sei beim

Kläger eine Herzleistungsminderung der NYHA-Klasse III bis IV mit Ruheinsuffizienz festgestellt worden. Dafür habe auch die erheblich geminderte Ejektionsfraktion gesprochen, die zum damaligen Zeitpunkt bei nur ca. 20% gelegen habe. In den im Überprüfungsverfahren und im Gerichtsverfahren eingeholten Befundberichten sei über eine stabilisierte Herz-Kreislauf-Leistung berichtet worden. Nach den übereinstimmenden Berichten sei eine Besserung eingetreten. Dies zeige sich auch in der neuen Klassifizierung, denn die Herzerkrankung des Klägers sei als NYHA-Klasse II bis III eingeschätzt worden. Auch die Pumpfunktion (EF zuletzt 30 bis 40%) habe sich verbessert. Damit rechtfertige der Schweregrad der Erkrankung der inneren Organe nicht mehr die Annahme einer außergewöhnlichen Gehbehinderung.

Gegen das ihm am 11. März 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, den 12. April 2010, Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und vorgetragen: Das SG habe seiner Entscheidung eine momentane Feststellung des Kardiologen zugrunde gelegt. Seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge der chronischen Erkrankung seien aber stetigen Schwankungen unterworfen, die eine weitere Gewährung der Merkzeichen rechtfertigten. Auch seien die Beeinträchtigungen des Laufvermögens durch den diabetischen Nervenschaden an den Füßen unberücksichtigt geblieben. Er hat einen Arztbrief des Dr. H. vom 17. Februar 2011 vorgelegt, wonach eine myokardiale Insuffizienz mit aktueller Verschlechterungstendenz (NYHA-Stadium III, EF-Funktion 30%) vorliege. Daraufhin hat der Beklagte unter Hinweis auf die prüfärztliche Stellungnahme seiner Gutachterin S. für die Herzleistungsminderung aufgrund der Verschlechterung ab Februar 2011 einen GdB von 60, für den Diabetes mellitus nach den ab Juli 2010 geltenden Begutachtungsvorgaben einen GdB von 40 sowie weiterhin einen Gesamt-GdB von 80 und das Merkzeichen G festgestellt.

Der Senat hat die Akten des Rentenversicherungsträgers (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland) mit dem ausführlichen Reha-Entlassungsbericht der Klinik T. vom 6. August 2008 beigezogen. Der dortige Untersuchungsbefund habe einen altersentsprechenden Allgemein- und schlanken Ernährungszustand ohne Dyspnoe, ohne Ödeme und ohne Stauungszeichen gezeigt. Die Rumpfbeuge sei bis zum Fingerbodenabstand von 10 cm ohne Druck- und ohne Klopfschmerz möglich gewesen. Die Extremitäten und Gelenke seien unauffällig gewesen. Das Vibrationsempfinden im Bereich der Großzehengrundgelenke sei herabgesetzt gewesen (5 bis 6 von 8). Die Ergometriebelastung vom 10. Juli 2008 sei mindestens zwei Minuten bis 50 Watt durchgeführt worden und habe ein deutlich eingeschränktes Leistungsniveau mit Hinweisen auf eine Herzinsuffizienz gezeigt (EF 44%). Nach den Angaben des Klägers werde nach 200 Metern die Luft knapp, er mache dann eine Pause. Außerdem hat der Senat das Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin Dipl.-Med. W. vom 12. Dezember 2008 beigezogen. Danach habe der Kläger Luftnot beim Treppensteigen und geringsten Belastungen angegeben. Nach einer Wegstrecke von 300 Metern müsse er vor Schwäche stehenbleiben. Bei der Untersuchung hätten keine Zyanose und keine Ruhedyspnoe festgestellt werden können, doch seien das Bewegungsmuster und das Gangbild insgesamt verlangsamt gewesen. Insgesamt könne der Kläger nicht mehr den Anforderungen an seine bislang ausgeübte Tätigkeit (Rechtsanwalt) gerecht werden.

Der Kläger hat weitere Arztbriefe des Kardiologen Dr. H. vorgelegt. Dieser hat am 8. März 2012 über eine myokardiale Insuffizienz (NYHA-Stadium II bis III, EF 25 bis 30%), eine dekompensierte Leberzirrhose, eine absolute Arrhythmie infolge Vorhofflimmerns, einen Diabetes mellitus (sekundär insulinpflichtig), eine periphere Polyneuropathie und eine Mikrohämaturie berichtet. Eine Dyspnoe bestehe in leichten Belastungssituationen, gelegentlich auch in Ruhe, sodass insgesamt klinisch eine Verschlechterungstendenz abzuleiten sei. Am 13. August 2012 hat Dr. H. über eine myokardiale Insuffizienz (NYHA-Stadium II, intermittierend NYHA-Stadium III, EF 25 bis 30%) und eine EKG-Fahrradbelastung bis 50 Watt berichtet.

Der Beklagte hat sich mit Schreiben vom 13. Dezember 2012 bereit erklärt, ab Februar 2011 das Merkzeichen B festzustellen. Der Kläger hat mit Schreiben vom 8. Februar 2013 das Teilanerkennnis angenommen und mit Schreiben vom 18. Juni 2013 erklärt, allein der Entzug des Merkzeichens aG sei noch Gegenstand des Berufungsverfahrens.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 3. März 2010 und den Bescheid des Beklagten vom 21. November 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 7. September 2007 insoweit aufzuheben, als mit diesem das Merkzeichen aG entzogen wurde.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Am 3. Februar 2012 hat eine nichtöffentliche Sitzung vor dem LSG stattgefunden. In dieser hat der Kläger erklärt: Nach einer Wegstrecke von 100 bis 200 Metern müsse er erst einmal eine Pause machen und sich hinsetzen.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten und die Gerichtsakte verwiesen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte und gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung ist unbegründet. Zu Recht hat der Beklagte das Merkzeichen aG entzogen. Die angefochtenen Bescheide und das Urteil des SG Magdeburg sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

Streitgegenstand des Verfahrens ist nach der Beschränkung der Berufung durch das Schreiben des Klägers vom 18. Juni 2013 nur noch der Entzug des Merkmals aG. Dagegen hat er eine zulässige Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) erhoben. Dabei ist maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der angegriffenen Bescheide der Erlass des Widerspruchsbescheids am 7. September 2007 und damit die Sach- und Rechtslage zu diesem Zeitpunkt (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2003, [B 9 SB 6/02 R](#), juris).

Die angefochtenen Bescheide sind formell rechtmäßig. Insbesondere ist die nach [§ 24](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) erforderliche Anhörung zu einem beabsichtigten Entzug des Merkmals aG für die Zukunft mit Schreiben vom 19. Oktober 2006 erfolgt.

Seine materielle Ermächtigungsgrundlage finden die von dem Kläger angefochtenen Bescheide in [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach 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. Auf dieser Grundlage hat der Beklagte wirksam den Bescheid vom 19. Mai 2003 aufgehoben und das Merkzeichen aG entzogen. In der Zeit zwischen Erlass dieses Bescheids und des Widerspruchbescheids am 7. September 2007 ist eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen und damit tatsächlichen Verhältnissen eingetreten, die nicht mehr das mit Bescheid vom 19. Mai 2003 festgestellte Merkzeichen aG rechtfertigt.

Dem Bescheid vom 19. Mai 2003 haben die Befunde des Dr. H. vom 4. September 2002 und 13. März 2003 zugrunde gelegen. Damals bestand beim Kläger ein Low-Output-Syndrom mit myokardialer Ruheinsuffizienz (NYHA-Stadium III, eher IV). Die Farbdoppler-Echokardiographie hatte vergrößerte Vorhöfe, einen linken Ventrikel mit deutlicher Dilatation und erheblich eingeschränkter Kontraktilität und eine geschätzte Ejektionsfraktion (EF) von 20% bzw. 20 bis 24% gezeigt. Dr. H. hatte außerdem eine körperliche Belastbarkeit ausgeschlossen. Im Vergleich dazu ist eine Besserung der Herzleistungsfunktion beim Kläger eingetreten, die den Entzug des Merkzeichens aG zum 1. Dezember 2006 rechtfertigt und bei Erlass des Widerspruchbescheids vom 7. September 2007 sowie darüber hinaus noch fortbestanden hat. So hat Dr. H. mit Befundschein vom 26. Juni 2006 über eine Stabilisierung des Allgemeinbefindens nach der Umstellung der medikamentösen Therapie und eine EF-Funktion von 30% berichtet. Auch die Arztbriefe vom 18. April 2006, 26. Juni 2006 und 25. September 2006 haben diese Einschätzung bestätigt, da Dr. H. dort jeweils von einer Herzinsuffizienz NYHA-Stadium II bis III mit einer EF-Funktion von 30% berichtet hat. Am 18. April 2006 hat er zusammenfassend eine stabile, derzeit als kompensiert zu bezeichnende kardiale Befundsituation beschrieben. Mit Bericht vom 17. April 2007 hatte er eine Herzinsuffizienz NYHA-Stadium II mit einer linksventrikulären Funktion von 32% diagnostiziert. Diese gegenüber den Jahren 2002 und 2003 verbesserte Pumpfunktion (von 20 bis 24% Steigerung auf 30 bis 32%) wird auch durch den Ausschluss der Ruheinsuffizienz und die Einordnung von NYHA III bis IV auf NYHA II bis III deutlich. Dass die Verbesserung auch über Jahre bestanden hat und keine Momentaufnahme war, zeigen auch die Berichte der folgenden Jahre: Nach dem Bericht des Dr. H. vom 24. Januar 2008 war von einer myokardialen Insuffizienz NYHA-Stadium II bis III und einer EF-Funktion von 33% auszugehen. In den Berichten vom 3. Juni 2008 und 15. Dezember 2008 ist sogar eine weiteren Verbesserung (Stadium NYHA II, EF 44%) mitgeteilt worden. Auch während der Reha-Maßnahme im T. (Bericht vom 6. August 2008) wurde über eine Pumpfunktion von 44% berichtet und am 22. April 2009 während des stationären Aufenthaltes in Klinikum B. sogar eine normale Pumpfunktion von 54% festgestellt. Auch Dr. K. hat keine kardiopulmonalen Insuffizienzzeichen und erst recht keine Ruheinsuffizienz festgestellt.

Da der Zeitpunkt des Widerspruchbescheids (7. September 2007) bei der hier erhobenen Anfechtungsklage maßgeblich ist, sind die nunmehr wieder eingetretenen Veränderungen im Gesundheitszustand, die erst wieder durch die Arztbriefe des Dr. H. 8. März 2012 (klinisch Verschlechtertendenz mit myokardialer Insuffizienz, NYHA-Stadium II bis III, Dyspnoe in leichten Belastungssituationen, gelegentlich auch in Ruhe, EF von 25 bis 30%) und 13. August 2012 (myokardiale Insuffizienz, NYHA-Stadium II, intermittierend NYHA-Stadium III, EF-Funktion von 25 bis 30%) nachgewiesen sind, nicht zu berücksichtigen.

Aufgrund der Verbesserung der Herzleistungsfunktion können die Voraussetzungen für das Merkzeichen aG nicht mehr festgestellt werden. Anspruchsgrundlage für die begehrte Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen aG ist [§ 69 Abs. 4](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX). Danach stellen die zuständigen Behörden die gesundheitlichen Merkmale fest, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen für schwerbehinderte Menschen sind. Zu diesen Merkmalen gehört auch die außergewöhnliche Gehbehinderung im Sinne des [§ 6 Abs. 1 Nr. 14](#) des Straßenverkehrsgesetzes (StVG) oder entsprechender straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften, für die in den Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen aG einzutragen ist (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 SchwbAwV). Diese Feststellung zieht straßenverkehrsrechtlich die Gewährung von Parkerleichterungen im Sinne von [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) nach sich, wobei Ausgangspunkt für die Feststellung der außergewöhnlichen Gehbehinderung die in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung (VwV-StVO) enthaltenen Regelungen sind. Nach Abschnitt II Nr. 1 VwV-StVO zu [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) sind als schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Dazu zählen Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armpamputiert sind, sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehenden Personenkreis gleichzustellen sind. Ein Betroffener ist gleichzustellen, wenn seine Gehfähigkeit in ungewöhnlich hohem Maße eingeschränkt ist und er sich nur unter ebenso großen Anstrengungen wie die in Abschnitt II Nr. 1 Satz 2 erster Halbsatz VwV-StVO zu [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) aufgeführten schwerbehinderten Menschen oder nur noch mit fremder Hilfe fortbewegen kann (vgl. BSG, Urteil vom 29. März 2007, B 9 a SB 5/05 R, juris). Entscheidend ist dabei nicht, über welche Gehstrecken ein schwerbehinderter Mensch sich außerhalb seines Kraftfahrzeuges zumutbar noch bewegen kann, sondern, unter welchen Bedingungen ihm dies nur noch möglich ist: nämlich nur noch mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung. Wer diese Voraussetzungen - praktisch von den ersten Schritten außerhalb seines Kraftfahrzeuges an - erfüllt, qualifiziert sich für den entsprechenden Nachteilsausgleich auch dann, wenn er gezwungenermaßen auf diese Weise längere Wegstrecken zurücklegt (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2002, B 9 SB 7/01 R, juris sowie ständige Rechtsprechung des Senates, vgl. nur Urteil vom 25. September 2012, L 7 SB 29/10, juris).

Der Kläger gehört nicht zum ausdrücklich genannten Personenkreis der außergewöhnlich Gehbehinderten. Auch eine Gleichstellung des Klägers mit dem vorgenannten Personenkreis ist nach Besserung seiner Herzleistung nicht mehr möglich. Sein Gehvermögen ist nicht in ungewöhnlich hohem Maße eingeschränkt bzw. er kann sich nicht nur unter ebenso großen Anstrengungen wie die in der straßenverkehrsrechtlichen Verwaltungsvorschrift und in der Anlage zu § 2 VersMedV genannten Personen oder nur noch mit fremder Hilfe fortbewegen. Das ergibt sich aus den Befundberichten der behandelnden Ärzte nebst Anlagen, dem Reha-Entlassungsbericht T. und dem Gutachten der Dipl.-Med. W., das im Urkundsbeweis verwertet wurde. Insoweit folgt der Senat den versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Beklagten.

Zwar kann auch eine Herzleistungsminderung nach den zum Erlass des Widerspruchbescheides anwendbaren "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP, Ausgabe 2005) als innere Erkrankung die Feststellung des Merkzeichens aG rechtfertigen. Doch setzt dies einen Herzschaden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz (Einzel-GdB von 80 bis 100) voraus. Die mit Befundschein vom 4. September 2002 durch Dr. H. festgestellte Ruheinsuffizienz mit einer EF-Funktion von 20%, die ursprünglich die Feststellung des Merkzeichens aG gerechtfertigt hat, lag bei Erlass des Widerspruchbescheids nicht mehr vor. Obwohl der Kläger durch die Herzleistungsminderung auch nach

Verbesserung seines gesundheitlichen Zustandes weiterhin in seiner Gehfähigkeit eingeschränkt war, haben diese Einschränkungen nicht einem Einzel-GdB von 80 bis 100 nach Nr. 26.9 der AHP entsprochen. Dr. H. hat am 18. April 2006 trotz der noch stark herabgesetzten Pumpfunktion (nunmehr EF 30%) über eine stabile und kompensierte kardiale Befundsituation berichtet und eine Ruheinsuffizienz ausgeschlossen. Eine Ruheinsuffizienz lag auch nach dem Reha-Bericht vom 6. August 2008 und dem Gutachten von Dipl.-Med. W. nicht vor. Schließlich zeigt auch die Belastbarkeit bis 50 Watt (Reha-Entlassungsbericht vom 6. August 2008, Bericht Dr. H. vom 13. August 2012), dass der Einzel-GdB für die Herzleistungsminderung mit 50 bis 70, aber nicht mit 80 bis 100 festzustellen war.

Gegen eine auf das schwerste eingeschränkte Gehfähigkeit sprechen auch die vom Kläger selbst angegebenen Wegstrecken. Auf diese ist zwar nicht vordergründig abzustellen. Doch ist davon auszugehen, dass die mehrfache Wegstreckenangabe von 200 bis 300 Metern ohne wesentliche Dekompensationserscheinungen das Maß dessen überschreitet, was dem in der VwV genannten Personenkreis möglich ist (so auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15. März 2001, [L 11 SB 4527/00](#); LSG Berlin, Urteil vom 20. April 2004, [L 13 SB 30/03](#), juris). Die vom Kläger am 3. Februar 2012 angegebene Wegstrecke von 100 bis 200 Metern mit der Notwendigkeit einer sich anschließenden Pause ist im Zusammenhang mit der durch Dr. H. am 8. März 2012 festgestellten klinischen Verschlechterungstendenz (EF 25 bis 30%, Dyspnoe in leichten Belastungssituationen, gelegentlich auch in Ruhe) zu sehen, sodass diese Wegstreckenangabe nicht die Situation bei Erlass des Aufhebungsbescheids widerspiegelt.

Auch unter Berücksichtigung der weiteren Erkrankungen des Klägers kann nicht von einer auf das Schwerste eingeschränkten Gehfähigkeit ausgegangen werden. Zwar haben bei Erlass des Widerspruchsbescheids am 7. September 2007 bereits weitere Erkrankungen des Klägers vorgelegen. So hat das Klinikum B. gGmbH über stationäre Aufenthalte des Klägers im Juni 2007 mit den Diagnosen "Alkoholtoxische Leberzirrhose mit florider alkoholischer Hepatitis, chronischer Alkoholabusus, Hepatitische Enzephalopathie, Ösophagusvarizen 1. Grades, Magnesium- und Zinkmangel, hypertone und ischämische HK mit absoluter Arrhythmie bei VH-flimmern, Diabetes mellitus Typ 2" berichtet. Eine Beeinträchtigung der Gehfähigkeit des Klägers durch diese Erkrankungen, insbesondere durch die vom Kläger geltend gemachte Einschränkung des Gehvermögens aufgrund der Polyneuropathie, ist diesen Berichten aber nicht zu entnehmen. Im Januar 2008 war lediglich ein diskretes Polyneuropathiesyndrom, aber keine Beeinträchtigung der Gehfähigkeit festgestellt worden (Bericht Klinikum B. vom 18. Januar 2008). Die Neurologin R. hat erst mit Befundschein vom 13. Mai 2008 über Behandlungen im März/April 2008 berichtet. Dass die von ihr festgestellten Missempfindungen und das herabgesetzte Vibrationsempfinden einen wesentlichen Einfluss auf die Gehfähigkeit haben könnten, ist auch ihrem Bericht nicht zu entnehmen. Im Übrigen hat sie keine Paresen und einen durchführbaren Zehen- und Hackengang angegeben. Zudem fanden diese Behandlungen erst nach Erlass des Widerspruchsbescheides statt und können nicht für einen davor liegenden Zeitraum die Feststellung des Merkmals aG rechtfertigen. Auch die Leberzirrhose mit Hepatitis hat nach den Angaben des Klinikums B. gGmbH (Bericht vom 18. Januar 2008) keinen Einfluss auf die Gehfähigkeit, da sie als re kompensiert beschrieben wurde und der Kläger stabil und beschwerdefrei war. Schließlich sind nach dem Reha-Entlassungsbericht vom 6. August 2008 keine weiteren orthopädischen Beschwerden festzustellen, die sich auf die Gehfähigkeit auswirken könnten. Danach seien die Extremitäten und Gelenke unauffällig und die Rumpfbeuge bis zum Fingerbodenabstand von 10 cm ohne Druck- und ohne Klopfschmerz möglich gewesen.

Letztlich spricht auch gegen eine auf das Schwerste eingeschränkte Gehfähigkeit, dass Hilfsmittel vom Kläger weder eingesetzt noch nach den ärztlichen Befunden benötigt werden. Von einer Einschränkung der Gehfähigkeit praktisch von den ersten Schritten außerhalb eines Kraftfahrzeuges kann somit nicht ausgegangen werden. Insgesamt sind die vorliegenden Gehbehinderungen des Klägers in ihren Auswirkungen nicht mit denen vergleichbar, für die nach Abschnitt II Nr. 1 VwV-StVO zu [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) eine außergewöhnliche Gehbehinderung anzunehmen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Zwar hat der Kläger durch die erneute Feststellung des GdB von 80 und des Merkmals aG einen Teilerfolg im Laufe der Berufungsverfahren errungen, sodass er die Berufung nur hinsichtlich des Merkmals aG fortgeführt hat. Da dieser Teilerfolg auf einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustands beruht und der Beklagte diesem Umstand durch ein sachgerechtes Teilerkenntnis hinreichend Rechnung getragen hat, waren dem Beklagten keine teilweisen Kosten des Klägers aufzuerlegen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2013-12-11