

L 7 SB 21/15

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 34 SB 433/11
Datum
21.08.2014
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 21/15
Datum
03.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 9 SB 31/17 B
Datum
30.08.2017
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

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

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 ab dem 26. Oktober 2010.

Der am ... 1950 geborene Kläger beantragte am 26. Oktober 2010 die Feststellung von Behinderungen wegen Beeinträchtigungen der Hüft- und Fußgelenke, der Wirbelsäule und machte außerdem Bluthochdruck sowie Tinnitus geltend. Der Beklagte holte Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers ein. Der Facharzt für Orthopädie Privatdozent (PD) Dr. G. diagnostizierte am 25. November 2010 einen Zustand nach einer Hüft-Totalendoprothese (TEP) rechts, eine Coxarthrose links, multiple Bandscheibenvorfälle lumbal, eine Spinalkanalstenose, eine Sprunggelenksarthrose rechts sowie einen Zustand nach Ermüdungsfraktur des rechten Oberschenkelhalses. Die Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-(HNO)-Heilkunde Dr. S. diagnostizierte mit Befundschein vom 6. Januar 2011 eine linksseitige geringe Schallempfindungsschwerhörigkeit und einen kompensierten Tinnitus. Der beteiligte ärztliche Dienst des Beklagten schlug in Auswertung der Befunde für die Ohrgeräusche, die Hüft-TEP rechts und die Hüftgelenksarthrose links jeweils einen Einzel-GdB von 10 sowie einen Gesamt-GdB von 10 vor. Dem folgend lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 21. Februar 2011 die Feststellung eines GdB ab, weil die bestehenden Gesundheitsstörungen keinen GdB von wenigstens 20 bedingten.

Dagegen legte der Kläger am 15. März 2011 Widerspruch ein und verwies auf eine beigelegte ärztliche Bescheinigung des PD Dr. G. vom 20. Juni 2011. Danach sei die hochgradige Sprunggelenksarthrose des Klägers zu berücksichtigen und verwies dazu auf den Bericht des Radiologen F. vom November 2007. Der nochmals beteiligte ärztliche Dienst des Beklagten stellte daraufhin für die Funktionsstörung des rechten Sprunggelenks sowie die Funktionsstörung der Wirbelsäule wegen Bandscheibenvorfalles und Spinalkanalenge jeweils einen Einzel-GdB von 10 und weiterhin einen Gesamt-GdB von 10 fest. Dem folgend wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 3. November 2011 den Widerspruch des Klägers zurück.

Dagegen hat der Kläger am 1. Dezember 2011 Klage beim Sozialgericht (SG) Halle erhoben und vorgetragen: Ein Gesamt-GdB von mindestens 50 ab Antragstellung sei wegen der TEP des rechten Hüftgelenks, der Hüftgelenksarthrose links und der Wirbelsäulenbeeinträchtigungen anzunehmen.

Das SG hat den Bericht der Saale-Reha-Kliniken B. über die stationäre Behandlung des Klägers im April 2012 beigezogen. Danach sei im März 2012 eine Hüft-TEP links bei Coxarthrose erfolgt. Während der Reha-Maßnahme wurden eine altersentsprechende Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte ohne neurologische Defizite und eine Beweglichkeit beider Hüftgelenke von 0/0/90 Grad nach der Neutral-Null-Methode festgestellt. Der Kraftgrad der Hüftgelenke sei beidseits uneingeschränkt und die Durchblutung und Sensorik unauffällig gewesen.

Das Zentrum für Orthopädie und Neurochirurgie hat am 5. September 2012 und 16. September 2013 über die Behandlung des Klägers seit November 2010 wegen eines degenerativen Lendenwirbelsäulen-(LWS)-Syndroms bei Osteochondrose im Bereich L4 bis S1 mit deutlicher Stenosierung im Bereich L3/4 und L5/S1 berichtet. Die Reklination war bei Untersuchungen im Zeitraum von November 2010 bis August

2012 jeweils mit 10 Grad und die Seitneigung mit 10/0/10 Grad dokumentiert worden. Der Finger-Boden-Abstand (FBA) habe sich von 0 cm im November 2010 über 10 cm im August 2011 auf 30 cm im August 2012 verschlechtert. Die Muskeleigenreflexe seien jeweils seitengleich unauffällig gewesen. Am 20. September 2012 seien eine mikroskopische Dekompression und dynamische Stabilisierung im Bereich L2/3 erfolgt. Im November 2012 und Juni 2013 sei ein guter Sitz der Implantate festgestellt worden. Bei der im Juni 2013 durchgeführten Kontrolluntersuchung seien der FBA mit 40 cm, das Zeichen nach Schober mit 10/12 cm, das Zeichen nach Ott mit 20/22 cm, die Reklination mit 10 Grad und die Seitneigung mit 0/0/10 Grad festgestellt worden. Unter Belastung bestünden Dysästhesien im L5-Versorgungsgebiet beidseits. Die Beweglichkeit der rechten Hüfte habe im November 2010 mit 0/0/100 Grad und im Februar 2012 mit 0/0/120 Grad festgestellt werden können. Die Beweglichkeit der linken Hüfte habe 0/5/85 Grad im November 2011 und 0/0/90 Grad im Mai 2012 betragen. Nach dem beigelegten Arztbrief der Praxis vom 13. September 2011 an Dr. B. sei im September 2011 wegen zunehmender Beschwerden des Klägers im Bereich der LWS eine Facetteninfiltration vorgenommen worden. Diese habe zu einer weitgehenden Besserung der Beschwerden geführt. PD Dr. G. hat mit Befundbericht vom 15. Oktober 2013 über eine Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks von 10/0/30 Grad berichtet. Das untere Sprunggelenk sei wackelsteif gewesen. Bei der letzten Vorstellung im Mai 2013 habe eine Schulterverletzung mit erheblicher Einschränkung der Beweglichkeit im Vordergrund gestanden.

Der Kläger hat einen Arztbrief vom stationären Aufenthalt im Klinikum A. vom 19. September 2013 mit folgenden Diagnosen übersandt: exazerbiertes lumbales Schmerzsyndrom mit Claudicatio-Symptomatik und Taubheit in den Dermatomen L2/L3 sowie Paraparese der Beine nach einer Gehstrecke von ca. 100 m, Zustand nach transpedikulärer Stabilisierung im Segment LWK 2/3 bei Bandscheibenprolaps mit relevanter Spinalkanalstenose 2012, Karpaltunnelsyndrom, arterielle Hypertonie. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei massiv eingeschränkt gewesen. Die Claudicatio-Symptomatik sei am ehesten auf die ausgedehnten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule in verschiedenen Segmenten zurückzuführen, die durchaus zu einer lageabhängigen Reizung der Nervenwurzeln führen könnten. Es habe sich aber kein direkter Hinweis auf eine Spinalkanalstenose oder eine lageabhängige Kompression ergeben. Zusätzlich hätten sich ein Karpaltunnelsyndrom rechts und eine Polyneuropathie gezeigt. Unter Therapie habe sich die Schmerzsymptomatik deutlich gebessert. Schließlich hat PD Dr. S. (Klinik für Urologie und Kinderurologie) im Juli 2014 über die Entfernung eines gutartigen Nierentumors links berichtet.

Am 21. August 2014 hat der Beklagte in der mündlichen Verhandlung vor dem SG ein Teilanerkennnis hinsichtlich eines GdB von 20 ab März 2012, 30 ab September 2012 und 40 ab September 2013 abgegeben. Mit Urteil vom selben Tag hat das SG die Klage über das Teilanerkennnis hinaus abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Die Beschwerden der LWS seien durch eine gestufte Bewertung abzubilden. Bis September 2012 hätten nur geringe Funktionsbeeinträchtigungen vorgelegen, die mit einem GdB von nicht mehr als 10 zu bewerten seien, ab September 2012 seien mittelgradige Beeinträchtigungen mit einem GdB von 20 festzustellen. Die ab September 2013 beschriebenen Verschlechterungen, insbesondere die Claudicatio-Symptomatik, rechtfertigten ab September 2013 einen GdB von 30. Da keine Anhaltspunkte für Beeinträchtigungen durch die Hüft-TEP bestünden, könne bis März 2012 ein GdB von 10 und ab März 2012 (Versorgung durch die zweite TEP) ein GdB von 20 angenommen werden. Die Beeinträchtigung des Fußgelenks sei nur mit einem GdB von 10 zu bewerten. Ohne wesentliche psychische Begleiterscheinungen rechtfertigten die Ohrgeräusche einen GdB von 10. Bei der Bildung des Gesamt-GdB sei zu berücksichtigen, dass die Leiden sich nicht in einem Ausmaß wechselseitig verstärkten, die eine Bewertung mit einem Gesamt-GdB von 50 rechtfertigen könne.

Gegen das ihm am 21. Januar 2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 18. Februar 2015 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und zur Begründung vorgetragen: Das SG habe nicht berücksichtigt, dass schon im November 2010 im linken Hüftgelenk eine Coxarthrose Grad IV mit einer eingeschränkten Hüftgelenksbeweglichkeit von 0/5/85 Grad vorgelegen habe. Auch seien die nach 2010 durchgeführte Schmerztherapien und andere Maßnahmen bis zur Operation im März 2012 nicht die Folge von Verschlechterungen gewesen. Zudem sei zum Zeitpunkt der Antragstellung bei einer Endoprothese einseitig ein GdB von 20 und beidseitig ein GdB von 40 anzunehmen gewesen. Allein aufgrund des Hüftleidens sei daher zum Zeitpunkt der Antragstellung ein GdB von 40 und unter Beachtung der weiteren Beeinträchtigungen ein GdB von 50 festzustellen gewesen. Zudem seien während des Verfahrens weitere Beeinträchtigungen hinzugetreten, die einen GdB von 50 rechtfertigten. Derzeit finde keine orthopädische Behandlung mehr statt.

Der Senat hat Befundberichte der behandelnden Ärzte eingeholt. PD Dr. S. hat über eine ambulante Vorstellung am 16. Juni 2014 berichtet, mit der eine Narbenhernie nach Nierenteilresektion links ausgeschlossen werden konnte. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B. hat am 9. September 2015 eine Zunahme der Wirbelsäulenerkrankung mit operativer Versorgung mitgeteilt.

Schließlich hat auf Veranlassung des Senats die Fachärztin für Orthopädie Dr. S. (Chefärztin des Krankenhauses M. H.) das Gutachten vom 24. April 2016 nach ambulanter Untersuchung erstattet. Die Sachverständige hat folgende Diagnosen gestellt:

Zustand nach dynamischer Stabilisierung der Lendenwirbelkörper 2/3 mit noch ausgeprägter Osteochondrose L2-5, Spondylarthrose und Spinalkanalstenose,

chronisches LWS-Syndrom,

Zustand nach Hüftprothesen beidseits (rechts 2008, links 2012),

Heberden-Arthrose der Fingerendgelenke,

beginnende Gonarthrose beidseits,

Impingement-Syndrom linke Schulter (seit ca. 6 Monaten).

Sie hat vorgeschlagen, ab September 2012 (Stabilisierungsoperation) die Wirbelsäule mit einem GdB von 30 zu bewerten. Es lägen degenerative Veränderungen der LWS vor, die die Geh- und Stehfähigkeit deutlich einschränkten. Die Bewegungsfähigkeit sei deutlich reduziert (FBA 45 cm; Ott 30/31,5 cm; Schober 10/12,5 cm; Seitneigung rechts/links 15/0/15 Grad; Drehen 40/0/30 Grad; Reklination 5 Grad). Das Bücken und Hocken sei nur sehr eingeschränkt bis gar nicht möglich. Auch das Heben und Tragen von Lasten sei deshalb nur eingeschränkt möglich. Die damit einher gehenden Schmerzen seien aufgrund der radiologischen Befunde objektivierbar und glaubhaft und

begründeten auch vordergründig die Minderung der Leistungsfähigkeit. Bei der Untersuchung im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) habe kein Anhalt für eine segmentale Funktionsstörung vorgelegen (Vor-/Rückneigung 40/0/50 Grad, Seitneigung 40/0/30 Grad, Drehen 0/0/50 Grad). Die Funktionseinschränkungen der Hüftgelenke hat die Sachverständige ab Oktober 2010 mit 30 (eine Prothese und schwere Coxarthrose) und ab September 2012 mit 20 (beidseits Prothesen) bewertet. Durch die endoprothetische Versorgung seien die Beschwerden und die Beweglichkeit der Hüftgelenke verbessert worden (Beugung 90 Grad). Endgradig habe der Kläger Schmerzen angegeben. Ein Trochanter- und Leistendruckschmerz werde links, nicht aber rechts geklagt. Außerdem hat die Sachverständige für die Bewegungseinschränkungen des rechten Fußes (oberes Sprunggelenk Heben/Senken 10/0/25 Grad; unteres Sprunggelenk: Beweglichkeit nahezu aufgehoben) einen GdB von 10 vorgeschlagen. Die Abrollfunktion des Fußes sei gestört und das Tragen von orthopädischem Schuhwerk sei erforderlich. Die Funktionseinschränkungen im Bereich beider Hände und der linken Schulter rechtfertigten nach ihrer Ansicht keinen GdB von 10. An den Fingerendgliedern beider Hände bestünde aufgrund der beginnenden polyarthrotischen Veränderungen lediglich eine Streckhemmung von ca. 5 bis 10 Grad, wobei das Endglied des rechten Zeigefingers zusätzlich eine leichte Radialdeviation aufweise. Die Beweglichkeit des linken Schultergelenks sei endgradig eingeschränkt gewesen (Vorheben 150 Grad).

Die Sachverständige hat einen Gesamt-GdB von 40 für den gesamten Zeitraum seit Oktober 2010 vorgeschlagen. Zum damaligen Zeitpunkt sei die Wirbelsäule bereits erheblich degenerativ verändert und noch nicht stabilisiert gewesen. Zum anderen habe eine deutliche Coxarthrose links bestanden. Die Einschränkungen dieser beiden Funktionssysteme beeinflussten sich gegenseitig negativ. Durch die endoprothetische Versorgung links im Jahr 2012 habe zwar eine Verbesserung (Funktion und Beschwerden) erreicht werden können, die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule würden jedoch trotz operativer Stabilisierung naturgemäß weiter fortschreiten.

Aufgrund der Ausführungen der Sachverständigen hat der Beklagte mit Teilanerkennnis einen GdB von 40 ab 1. Oktober 2010 festgestellt und am 8. August 2016 einen entsprechenden Ausführungsbescheid erlassen.

Der Kläger hat gegen das Gutachten eingewendet: Es bestehe ein Verschlechterungsverbot, so dass der Einzel-GdB von 20 für die rechte Hüft-TEP nicht habe verändert werden dürfen. Zudem habe er sich wegen der Schmerzen in den Fingerendgelenken einer Spritzkur unterziehen müssen. Schließlich müsse der Beklagte die Hälfte der Kosten tragen, da er ursprünglich einen GdB von unter 30 angenommen habe. Erst im Laufe des erstinstanzlichen Verfahrens habe er eingeräumt, dass ein GdB von 40 zu gewähren sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 21. August 2014 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 8. August 2016 abzuändern und bei ihm ab 1. Oktober 2010 einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Über das Teilanerkennnis hinaus seien keine weiteren Behinderungen festzustellen.

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

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung des Klägers ist unbegründet.

Die Klage gegen den Ausführungsbescheid des Beklagten vom 8. August 2016 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Mit diesem Bescheid hat der Beklagte beim Kläger ab 1. Oktober 2010 einen GdB von 40 festgestellt und damit gemäß [§ 96 SGG](#) den Bescheid des Beklagten vom 21. Februar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. November 2011 ersetzt. Für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist der Gesundheitszustand des Klägers im Zeitraum von der Antragstellung (26. Oktober 2010) bis zur mündlichen Verhandlung des Senats maßgeblich. In diesem Zeitraum hat der Kläger keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40.

Rechtsgrundlage für den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 sind [§§ 69 Abs. 1, 3, und 4](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX). Nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Diese Regelung knüpft materiell-rechtlich 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 5 SGB IX](#) gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen 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. Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VMG, Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt.

Soweit der streitigen Bemessung des GdB die GdS-Tabelle der VMG (Teil A) zugrunde zu legen ist, gilt Folgendes: Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B, Nr. 1a) 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) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a).

Nach diesem Maßstab ist bei dem Kläger kein höherer GdB als 40 seit dem 26. Oktober 2010 (Antragstellung) bis zum jetzigen Zeitpunkt festzustellen. Dabei stützt sich der Senat auf das gerichtliche Sachverständigengutachten von Dr. S., den Reha-Bericht B., die eingeholten Befundberichte, Arztbriefe und Epikrisen sowie die versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Beklagten.

a)

Die Funktionseinschränkungen im Hüftbereich sind dem Funktionssystem Beine zuzuordnen. Für den Zeitraum vom 26. Oktober 2010 bis März 2012 ist dafür ein GdB von 30 und von April 2012 bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung ein GdB von 20 festzustellen.

Bei Antragstellung hatte der Kläger bereits rechts eine Versorgung mit einer Hüft-TEP, die mit einem GdB von 20 nach der damals geltenden Fassung der VMG (Teil B, Nr. 18.12) zu bewerten war. Außerdem war nach den VMG, Teil B, Nr. 18.14 aufgrund der linkseitigen Coxarthrose mit Bewegungseinschränkungen auf 0/5/85 Grad ebenfalls ein Einzel-GdB von 20 zu begründen. Insgesamt ist somit – entsprechend dem Vorschlag der Sachverständigen Dr. S. – ein GdB von 30 für die Hüftgelenksfunktionsbeeinträchtigungen von der Antragstellung bis zum Einsatz der linken Hüft-TEP im März 2012 festzustellen.

Ab April 2012 ist aufgrund der im März 2012 erfolgten zweiten Hüft-TEP und der damit eingetretenen Veränderung im Gesundheitszustand eine neue Bewertung vorzunehmen: Nach der im April 2012 anwendbaren Fassung der VMG, Teil B, Nr. 18.12 ist ein GdB von 20 für zwei Hüft-TEP festzustellen. Die in K. festgestellte Hüftgelenksbeweglichkeit von 0/0/90 Grad in beiden Hüftgelenken bei einer uneingeschränkten Kraftentfaltung rechtfertigt keine Erhöhung des Mindest-GdB bei beidseitigen Hüft-TEP. Da auch keine anderweitige Beeinträchtigung der Versorgungsqualität der Hüft-TEP dokumentiert ist, verbleibt es ab April 2012 aufgrund der zweiten Hüft-TEP bei einem GdB von 20 für beide Hüftgelenke.

Es kann dahingestellt bleiben, ob für die rechte Hüft-TEP auch weiterhin ein Einzel-GdB von 20 festzustellen ist. Denn dies ist nicht entscheidungserheblich. Selbst wenn für die rechte Hüft-TEP, die bei Antragstellung nach der damals geltenden Fassung der VMG noch mit einem GdB von 20 zu bewerten war, weiterhin ein GdB von 20 angenommen werden würde, ist keine höhere Bewertung gerechtfertigt. Denn für die linke Hüft-TEP kann nach der zum Zeitpunkt der Implantation (März 2012) anwendbaren Fassung der VMG nur ein Einzel-GdB von 10 angenommen werden. Dieser Einzel-GdB von 10 für die linke Hüfte kann auch den Einzel-GdB von 20 für die rechte Hüfte nicht weiter erhöhen. Denn auch insoweit ist der Grundsatz nach Teil A, Nr. 3 ee VMG anzuwenden, wonach leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen. Da kein Anhaltspunkt dafür vorliegt, dass der Kläger mit seiner TEP aus dem Jahre 2008 eine funktionell größere Beeinträchtigung als mit der aus dem Jahre 2012 erleidet, widerspräche auch die Erhöhung bei dem Kläger auf 30 dem zu berücksichtigenden Vergleichsmaßstab. Denn ein GdB von 30 kann nach Teil B, Nr. 18.14 VMG erst bei beidseitigen Hüft-TEP mit Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität angenommen werden. Insoweit ist schließlich auf das Gutachten von Dr. S. zu verweisen, die auch acht Jahre nach der Implantation der rechten Hüft-TEP keine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität im Vergleich zur linken Hüft-TEP festgestellt hat.

Die ebenfalls im Funktionssystem Bein zu berücksichtigende Funktionseinschränkung im Bereich des rechten Fußes ist nach dem zutreffenden Vorschlag der Sachverständigen Dr. S. mit einem GdB von 10 zu bewerten. Die von Dr. S. festgestellten Bewegungsmaße (oberes Sprunggelenk: Heben/Senken 10/0/25 Grad; unteres Sprunggelenk: nahezu aufgehobene Beweglichkeit) sind nach Teil B, Nr. 18.14 als Einschränkungen mittleren Grades einzuordnen, die eine Bewertung mit einem GdB von 10 rechtfertigen. Eine annähernd gleiche Beweglichkeit hatte PD Dr. G. in seinem Befundbericht vom 15. Oktober 2013 mitgeteilt (oberes Sprunggelenk: 10/0/30 Grad, unteres Sprunggelenk wackelsteif). Aber auch diese Funktionseinschränkung kann nach Teil A, Nr. 3 ee VMG nicht zu einer Erhöhung des GdB für das Funktionssystem führen. Denn auch mehrere leichte Gesundheitsstörungen, die mit einem GdB von 10 bewertet werden, führen - von einem hier nicht erkennbaren Ausnahmefall abgesehen - nicht zu einer Zunahme des Gesamtausmaßes der Beeinträchtigung. Insoweit ist schließlich zur berücksichtigen, dass der Ausgleich der Funktionsstörung durch orthopädische Schuhe erfolgen kann.

b)

Außerdem ist für das Funktionssystem Rumpf aufgrund der Funktionseinschränkung der LWS ein Einzelbehinderungsgrad von 20 für den Zeitraum vom 26. Oktober 2010 bis August 2012 und von 30 ab September 2012 bis zum jetzigen Zeitpunkt festzustellen.

Für Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen sind die maßgeblichen Bewertungskriterien in Teil B, Nr. 18.9 VMG vorgegeben. Primär folgt der GdB bei Wirbelsäulenschäden aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung, der Wirbelsäuleninstabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Abschnitte der Wirbelsäule. Mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grades, rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 20. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (z.B. häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome), sind mit einem GdB von 30 zu bewerten.

Nach diesem Maßstab ist seit Antragstellung (26. Oktober 2010) bis August 2012 von einem GdB von 20 für das Wirbelsäulenleiden auszugehen, weil bei dem Kläger mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der der LWS vorliegen. Unter Zugrundelegung der Berichte des Zentrums für Orthopädie und Neurochirurgie über die Behandlung des Klägers seit November 2010 wegen eines degenerativen LWS-Syndroms bei Osteochondrose im Bereich L4 bis S1 mit deutlicher Stenosierung im Bereich L3/4 und L5/S1 ist für diesen Zeitraum ein Einzel-GdB von maximal 20 wegen der damit verbundenen Funktionseinschränkungen festzustellen. Diesen Einzel-GdB hat auch die Sachverständige vorgeschlagen. Da nach dem Bericht der S.-Reha-Kliniken B. über die Behandlung des Klägers im April 2012 eine altersentsprechende Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte festgestellt werden konnte, kann für diesen Zeitraum noch nicht von einer dauerhaften schweren Funktionseinschränkung der LWS mit einem Einzel-GdB von 30 ausgegangen werden. Insoweit

kann auch der Bericht des Zentrums für Orthopädie und Neurochirurgie mit zum Teil deutlichen Bewegungseinschränkungen (Einschränkung von Reklination, Seitneigung und im zeitlichen Verlauf auch des Finger-Boden-Abstandes), nicht davon unabhängig bewertet werden. Auch lagen zu Zeitpunkt der Reha-Maßnahme keine dauerhaften neurologischen Funktionseinschränkungen vor. Diese Einschätzung im Reha-Bericht entspricht auch den Feststellungen im Bericht des Zentrums für Orthopädie und Neurochirurgie, wonach sensible oder motorische Auffälligkeiten zu keinem Zeitpunkt bestanden hätten.

Ab September 2012 bis zur Entscheidung des Senates sind die funktionellen Auswirkungen in der LWS als schwer und damit mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten. Durch die im September 2012 erfolgte mikroskopische Dekompression und dynamische Stabilisierung im Bereich L2/3 ist eine dauerhafte Verschlechterung nachgewiesen. Trotz des in der nachfolgenden Zeit festgestellten guten Sitzes der Implantate verblieben nach der Operation deutliche Bewegungsdefizite, wie die im Juni 2013 durchgeführte Kontrolluntersuchung gezeigt hat. Damals waren der FBA mit 40 cm, das Zeichen nach Schober mit 10/12 cm, das Zeichen nach Ott mit 20/22 cm, die Reklination mit 10 Grad und die Seitneigung mit 0/0/10 Grad festgestellt worden. Unter Belastung seien Dysästhesien im L5-Versorgungsgebiet aufgetreten. Auch der Arztbrief vom stationären Aufenthalt im Klinikum A. vom 19. September 2013 zeigt eine Zunahme der Funktionseinschränkungen im LWS-Bereich, die eine Bewertung mit einem Einzel-GdB von 30 rechtfertigt. Dort wurde ein exazerbiertes lumbales Schmerzsyndrom mit Claudicatio-Symptomatik und Taubheit in den Dermatomen L2/L3 sowie eine Paraparese der Beine nach einer Gehstrecke von ca. 100 m festgestellt. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei massiv eingeschränkt gewesen. Zwar konnte unter Therapie eine deutliche Besserung der Schmerzsymptomatik erreicht werden, dennoch ist weiterhin von schweren funktionellen Einschränkungen im Bereich der LWS auszugehen. Dies entspricht auch dem Vorschlag der Sachverständigen Dr. S. Nach ihrer Einschätzung lägen degenerative Veränderungen der LWS vor, die die Geh- und Stehfähigkeit auch weiterhin deutlich einschränkten. Die Bewegungsfähigkeit war auch bei ihrer Befunderhebung deutlich reduziert (FBA 45 cm; Ott 30/31,5 cm; Schober 10/12,5 cm; Seitneigung rechts/links 15/0/15 Grad; Drehen 40/0/30 Grad; Reklination 5 Grad). Das Bücken und Hocken sowie das Heben und Tragen von Lasten sei nur sehr eingeschränkt bis gar nicht möglich gewesen. Die damit verbundenen Schmerzen seien nach ihrer Auffassung aufgrund der radiologischen Befunde objektivierbar und glaubhaft und begründeten auch vordergründig die Minderung der Leistungsfähigkeit. Da auch Dr. S. keine anhaltenden Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen, intermittierende Störungen bei Spinalkanalstenose oder Auswirkungen auf innere Organe festgestellt hat, kann aber keine noch höhere Bewertung erfolgen (dazu Teil B, Nr. 18.9 VMG). Da nach den vorliegenden Befunden auch keine wesentliche Einschränkung im Bereich der HWS festzustellen ist, kann keine GdB-relevante Bewertung der HWS erfolgen. Schließlich findet derzeit keine orthopädische Behandlung des Klägers statt, sodass auch keine weiteren Verschlechterungen dokumentiert werden konnten.

c)

Die weiteren Funktionseinschränkungen des Klägers rechtfertigen keinen Einzel-GdB. Auch insofern folgt der Senat der Einschätzung der Sachverständigen Dr. S. Die Funktionseinschränkungen im Bereich beider Hände und der linken Schulter sind noch mit keinem GdB zu bewerten. An den Fingerendgliedern beider Hände besteht aufgrund der beginnenden polyarthrotischen Veränderungen lediglich eine Streckhemmung von ca. 5 bis 10 Grad, wobei das Endglied des rechten Zeigefingers zusätzlich eine leichte Radialdeviation aufweist. Dies rechtfertigt auch unter Berücksichtigung der erfolgten Injektionsbehandlungen in diesem Bereich noch keinen GdB. Auch die von Dr. S. festgestellte endgradige Einschränkung der Beweglichkeit des linken Schultergelenks (Vorheben 150 Grad) ist nach Teil B, Nr. 18.13 VMG noch nicht GdB-relevant. Die von PD Dr. G. mit Befundbericht vom 15. Oktober 2013 berichtete erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit aufgrund einer Schulterverletzung konnte von der Sachverständigen nicht mehr festgestellt werden und ist nicht als dauerhafte GdB-relevante Einschränkung zu bewerten. Auch der Bluthochdruck sowie die linksseitige geringe Schallempfindungsschwerhörigkeit mit kompensierten Tinnitus rechtfertigen nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen keinen Einzel-GdB. GdB-relevante Auswirkungen aufgrund dieser Erkrankungen wurden nicht beschrieben. Schließlich hat PD Dr. S. urologische Funktionseinschränkungen ausschließen können.

d)

Da bei dem Kläger Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Gesamtbehinderungsgrad zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der VMG 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 ist für das Funktionssystem "Beine" ab Antragstellung bis zum März 2012 (Implantation der zweiten Hüft-TEP) ein Einzel-GdB von 30 und für das Funktionssystem "Rumpf" von 20 festzustellen und daraus ein Gesamt-GdB von 40 zu bilden, da sich nach den Ausführungen von Dr. S. die Einschränkungen beiden Funktionssysteme gegenseitig negativ beeinflussen. Dieser überzeugenden Einschätzung schließt sich der Senat nach eigener Prüfung an. Ab April 2012 kann nur noch ein Einzel-GdB von 20 für das Funktionssystem "Beine" angenommen werden. Unter Einbeziehung des GdB von 30 für das Funktionssystem "Rumpf" kann jedenfalls kein höherer GdB als der bereits anerkannte von 40 für den Zeitraum ab April 2012 bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung festgestellt werden. Durch das Teilanerkennen des Beklagten kann auch dahingestellt bleiben, ob für den Zeitraum von April 2012 bis August 2012 (GdB 20 für das Funktionssystem "Beine" und 20 für das Funktionssystem "Rumpf") tatsächlich der bereits mit Ausführungsbescheid festgestellte GdB von 40 gerechtfertigt ist.

Letztlich widerspricht die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft bei dem Kläger dem nach Teil A Nr. 3 VMG zu berücksichtigenden Vergleichsmaßstab. So spricht gegen die Annahme einer Schwerbehinderung ein wertungsmäßiger Vergleich mit anderen Erkrankungsgruppen, für die ein Einzel-GdB von 50 festgestellt werden kann. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung beeinträchtigen. Eine derartig schwere Funktionsstörung liegt bei dem Kläger nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt die angenommenen Teilanerkennnisse. Eine höhere Kostenquote kam nicht in Betracht, da die vom Kläger begehrte Schwerbehinderteneigenschaft rechtlich und wirtschaftlich weitaus gewichtiger als die

Erhöhung des GdB auf 40 zu bewerten ist.

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2017-12-01