

L 6 SB 880/04

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 9 SB 379/03

Datum

10.02.2004

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 880/04

Datum

08.01.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Februar 2004 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht der Grad der Behinderung (GdB) des Klägers.

Der 1944 geborene Kläger beantragte beim Versorgungsamt Karlsruhe (VA) am 3. Mai 2002 die Feststellung seines GdB. Als Gesundheitsstörungen gab er ein chronisch rezidivierendes Lendenwirbelsäulen-Syndrom, einen Diskusprolaps C6/7, eine Protrusion C4/5 und C7/Th1, eine Varusgonarthrose beidseits, eine Coxarthrose links, ein bis in den Arm reichendes Fingerkribbeln, tägliche Spannungskopfschmerzen, die Folgen eines Thorax-Traumas und einer Milzruptur aus dem Jahr 1975 und eine posttraumatische Sprunggelenks-Arthrose rechts wegen eines Unfalls aus dem Jahr 1968 an. Das VA zog den ärztlichen Entlassungsbericht des Internisten und Rheumatologen Dr. H.-S., Chefarzt an der S.-Klinik in B. Sch., vom 8. April 2002 über die vom Kläger durchlaufene stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 6. März bis zum 6. April 2002 bei. OMR S. brachte in seiner versorgungsärztlichen (vā) Stellungnahme vom 26. Juni 2002 eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Teil-GdB 30), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und einen Bandscheibenschaden (Teil-GdB 20), ein Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 10) und eine Mittelnervendruckschädigung beidseitig / Carpal tunnel syndrome (Teil-GdB 10) als Funktionsbeeinträchtigungen in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 40. Hierauf gestützt stellte das VA mit Bescheid vom 3. Juli 2002 den GdB des Klägers mit 40 seit 1. November 2000 fest.

Den hiergegen erhobenen Widerspruch des Klägers wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29. Januar 2003 zurück.

Dagegen erhob der Kläger am 10. Februar 2003 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG). Die Krankheitsbilder seien weder vollständig erfasst noch in der Schwere ihrer Ausprägung entsprechend gewürdigt worden.

Das SG holte die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. F. vom 28. April 2003 und Dr. H.-S. vom 12. Mai 2003 ein. Dr. F. berichtete unter Beifügung des Arztbriefs des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. K. vom 17. April 2003 im Wesentlichen über rezidivierend auftretende Kopfschmerzen und Kribbelparästhesien im rechten Arm, progredient auftretende Hüftschmerzen und eine posttraumatische Splenektomie. Dr. H.-S. schätzte den Teil-GdB wegen der Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke auf 40, der degenerativen Veränderungen in der Wirbelsäule und des Bandscheibenschadens auf 20, des Kopfschmerzsyndroms auf 10 und der Mittelnervendruckschädigung beidseits auf 10 sowie den Gesamt-GdB auf 50. Hierzu legte der Beklagte die vā Stellungnahme von MedDir. D. vom 18. September 2003 vor. Zusätzlich sei der von Dr. F. angegebene Verlust der Milz mit einem Teil-GdB von 10 zu berücksichtigen. Der von Dr. H.-S. befürwortete Teil-GdB von 40 für beide Hüftgelenke sei mit den dokumentierten Funktionsdaten nicht vereinbar.

Sodann holte das SG das Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. C. vom 26. November 2003 ein. Der Sachverständige schätzte den Schweregrad der Funktionsstörungen der Wirbelsäule mit leicht, der linken unteren Extremität mit mittelschwer und wegen des Verlustes der Milz mit leicht ein, bewertete den Teil-GdB für die Wirbelsäule mit 20, für die Hüftgelenke und die linke untere Extremität mit 30 und nahm unter Berücksichtigung eines Teil-GdB von jeweils 10 für das Kopfschmerzsyndrom und den Verlust der Milz einen Gesamt-GdB von 40 an. Dem Gutachten beigelegt waren die Arztbriefe des Arztes für Radiologie Dr. Z. über eine Kernspintomographie der Halswirbelsäule vom 9. Januar 2002, von Prof. Dr. R., Chefarzt der Orthopädischen Klinik und Orthopädischen Rheumatologie am Klinikum O., vom 5. August 2003, und von Dr. K. vom 16. Oktober 2003 sowie der ärztliche Entlassungsbericht von Dr.

M.-W., Chefarzt an der Rehabilitationsklinik Höhenblick in B.-B., vom 17. September 2003 über die vom Kläger durchlaufene stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 6. August bis zum 3. September 2003.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 10. Februar 2004 zurück. Es stützte sich dabei auf das Gutachten von Dr. C ...

Hiergegen hat der Kläger am 1. März 2004 Berufung eingelegt. Zutreffend habe Dr. H.-S. den Teil-GdB für die Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke mit 40 bewertet. Die mit den orthopädischen Leiden einhergehende Schmerzsymptomatik und die Verschlechterungen im Bereich der Wirbelsäule müssten berücksichtigt werden.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Februar 2004 aufzuheben, den Bescheid vom 3. Juli 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2003 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, seinen GdB mit 50 ab 1. November 2000 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die vorliegenden objektiven Befunde rechtfertigten eine über die bisherige Entscheidung hinausgehende Bewertung nicht.

Der Senat hat die sachverständigen Zeugenauskünfte des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. vom 12. Juli 2004, von Dr. H.-S. vom 12. Juli 2004 und des Facharztes für Orthopädie Dr. G. vom 21. Juli 2004 eingeholt. Dr. H. hat unter Beifügung seines Arztbriefs vom 17. Februar 2004 Schmerzen im rechten Bereich des Halses und im rechten Oberarm bei Seitwärtsneigung des Kopfes und eine Hypalgesie im rechten Arm bis zu den Fingerkuppen sowie eine relative Steifigkeit im Lendenwirbelbereich beschrieben. Dr. H.-S. hat über die Entlassungsuntersuchung vom 2. April 2002 berichtet und u. a. die Arztbriefe von Dr. H. vom 29. November 2001 und von Dr. K. vom 28. November 2001 vorgelegt. Dr. G. hat die Diagnosen Zustand nach Hüft-TEP links, Periarthropathia coxae links, initiale OSG-Arthrose beidseits und degeneratives Halswirbelsäulen-Syndrom bei bekanntem Bandscheibenvorfall C5/6 aufgeführt. Hierzu hat der Beklagte die vā Stellungnahme von Dr. F. vom 30. September 2004 vorgelegt. Zusätzlich sei die im Juli 2003 erfolgte Totalendoprothese des linken Hüftgelenks ohne GdB-Erhöhung zu berücksichtigen. Es lägen insgesamt keine Funktionswerte vor, die zu einem Abweichen von der bisherigen Bewertung führen könnten. Der Senat hat den Arztbrief des Arztes für Radiologie Dr. M. über die am 30. Juli 2004 durchgeführte Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule beigezogen und die Stellungnahme von Dr. C. vom 31. März 2005 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, die vom Senat eingeholten ärztlichen Unterlagen ließen die Annahme einer wesentlichen Verschlimmerung nicht zu. Er halte daher an seiner Einschätzung des Gesamt-GdB mit 40 fest.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Rheumatologie Prof. Dr. L. vom 4. September 2006 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, bei den degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule handele es sich um mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten und damit um einen Teil-GdB von 30 bis 40. Wegen des mit einem Teil-GdB von 20 zu bewertenden zwischenzeitlich erfolgten endoprotetischen Ersatzes des Hüftgelenks erreiche der GdB ein Ausmaß von 50 bis 60. Im Gegensatz zu den Vorbeurteilungen müsse deutlich hervorgehoben werden, dass der GdB vor der Operation des Hüftgelenks die Funktionalität des Klägers erheblich stärker eingeschränkt habe als nach der Operation. Seit dem Jahr 2000 betrage der GdB mindestens 50. Der GdB sei für das Jahr 2003 bis zur Operation mit 60 anzusetzen. Das Carpal tunnel-Syndrom beidseits sei derzeit nicht relevant und der Verlust der Milz sei ohne sozialmedizinische Bedeutung. Das Kopfschmerz-Syndrom sei durch die ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und deren Fehlhaltung zu erklären. Hierzu hat der Beklagte die vā Stellungnahme von Dr. G. vom 28. November 2006 vorgelegt. Aus dem Gutachten von Prof. Dr. L. ergebe sich bezüglich der objektivierbaren Funktionsbefunde der Hüftgelenke keine wesentliche Befundverschlechterung. Bezüglich der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen seien mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, welche eine höhere Bewertung begründen könnten, nicht nachgewiesen. Detaillierte Funktionsparameter der Wirbelsäule seien nur vereinzelt und unzureichend angegeben und motorische Ausfälle weiterhin nicht dokumentiert.

Der Senat hat den Beteiligten am 11. Dezember 2006 mitgeteilt, es komme die Möglichkeit in Betracht, die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung zurückzuweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Die Beteiligten haben Gelegenheit erhalten, zu dieser Verfahrensweise Stellung zu nehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung des Klägers gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden, weil er eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, die Beteiligten Gelegenheit erhalten haben, sich hierzu zu äußern und die Entscheidung einstimmig ergeht.

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf einen höheren GdB als 40.

Die Feststellung des GdB richtet sich nach den Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), die seit dem 1. Juli 2001 an die Stelle der durch dieses Gesetz aufgehobenen Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) getreten sind ([Artikel 63](#) und [68 SGB IX](#) vom 19. Juni 2001, [BGBl. I S. 1046](#)).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden ebenfalls die erforderlichen Feststellungen ([§ 69 Abs. 4 SGB IX](#)). Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den GdB sowie weitere gesundheitliche Merkmale aus ([§ 69 Abs. 5 SGB IX](#)).

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 SGB IX](#)). Aus dieser Definition folgt, dass für die Feststellung einer Behinderung sowie Einschätzung ihres Schweregrades nicht das Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes entscheidend ist, sondern es vielmehr auf die Funktionsstörungen ankommt, die durch einen regelwidrigen Zustand verursacht werden.

Die Feststellung des GdB und von Nachteilsausgleichen ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei orientiert sich der Senat im Interesse der Gleichbehandlung aller Behinderten an den Bewertungsmaßstäben, wie sie in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)", Ausgabe 2004 (AP) niedergelegt sind (BSG, Urteil vom 15. März 1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 7. November 2001 - [B 9 SB 1/01 R](#) - [VersorgVerw 2002, 26](#)). Die AP haben zwar keine Normqualität, weil sie weder auf einem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften beruhen. Sie sind vielmehr als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, und haben deshalb normähnliche Auswirkungen. Sie sind daher im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden (BSG, Urteil vom 23. Juni 1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#), 286; BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18. September 2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 91, 205](#); BSG, Urteil vom 29. August 1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)). In den AP ist der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Sie ermöglichen somit eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB. Die AP stellen dabei ein einleuchtendes, abgewogenes und geschlossenes Beurteilungsgefüge dar (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)).

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Dabei dürfen die einzelnen Werte bei der Ermittlung des Gesamt-GdB nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet (AP, 19 Abs. 1, S. 24). Vielmehr ist darauf abzustellen, ob und wie sich die Auswirkungen von einzelnen Beeinträchtigungen einander verstärken, überschneiden oder aber auch gänzlich voneinander unabhängig sein können (BSG, Urteil vom 15. März 1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#)). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (AP, 19 Abs. 3, S. 25). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass, von Ausnahmefällen abgesehen, leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte. Dies auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (AP, 19 Abs. 4, S. 26).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Ausweislich des Gutachtens von Dr. C. vom 26. November 2003 liegen beim Kläger im Bereich der Halswirbelsäule eine Cervicobrachialgie rechts bei degenerativen Veränderungen, ein Bandscheibenvorfall C6/7 mit Wurzelirritation C7 rechts und eine endgradige Bewegungseinschränkung sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule eine Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen, Hinweisen auf eine Irritation der Wurzel S1 links und eine endgradige Dreh- und Reklinationseinschränkung vor. Nach den AP beträgt der GdB bei Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität 0, mit geringen Funktionsauswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) 30, mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten 30 bis 40, mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70 ° nach Cobb]) 50 bis 70 sowie bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit 80 bis 100 (AP, 26.18, S. 116). Zutreffend haben Dr. C. in seinem Gutachten vom 26. November 2003 und in seiner Stellungnahme vom 31. März 2005 sowie OMR S. in der vā Stellungnahme vom 26. Juni 2002 und Dr. F. in der vā Stellungnahme vom 30. September 2004 für die Wirbelsäulenveränderungen einen Teil-GdB von 20 für angemessen erachtet. Diese Einschätzung hält der Senat im Hinblick auf die aktenkundigen Bewegungsmaße für schlüssig und gut nachvollziehbar. Denn bei der Untersuchung durch Dr. C. hat sich im Bereich der Halswirbelsäule bei Drehung und Neigung nach rechts nur eine endgradige Einschränkung und nach links keine Einschränkung, eine freie In- und Reklination und nur bei endgradig forcierter Drehung und Neigung nach rechts sowie durch Druck auf die rechten Querfortsätze von C4/C5 ein Schmerz in der rechten oberen Extremität gezeigt, wobei die überprüfende neurologische Untersuchung einen unauffälligen Befund ergeben hat. Eine höhergradige Einschränkung ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten von Prof. Dr. L. vom 4. September 2006. Mithin liegen im Bereich der Halswirbelsäule nur geringe funktionelle Auswirkungen vor. Im Bereich der Brustwirbelsäule hat Dr. C. nur eine gering verstärkte Kyphosierung der kranialen Hälfte und eine verminderte inklinatorische Entfaltung bei einem Ott-Index von 30/31 cm ohne Bewegungsschmerz beschrieben. Demgegenüber hat Prof. Dr. L. zwar im Bereich der Brustwirbelsäule eine Klopff- und Druckschmerzhaftigkeit angegeben, ohne jedoch insoweit Bewegungseinschränkungen dargelegt zu haben. Mithin geht der Senat im Bereich der Brustwirbelsäule allenfalls von einer geringen

funktionellen Auswirkung aus. Im Bereich der Lendenwirbelsäule hat Dr. C. bei einem Schober'schen Maß von 10/15 cm eine freie Entfaltbarkeit, am Thorakolumbalübergang bei einem Index von 10/13 cm keine relevante Einschränkung der Mobilität und eine Schmerzauslösung bei Seitneigung und Torsion des Rumpfes nach rechts in der unteren Lendenwirbelsäule endgradig und bei der Rechtsrotation auch in der linken Leiste endgradig beschrieben. Dies hat Dr. C. zutreffend als eine gute Funktion der Lendenwirbelsäule gewertet. Auch Prof. Dr. L. hat lediglich eine eingeschränkte Funktionalität im Bereich der Lendenwirbelsäule bei einem Schober'schen Maß von 10/12 cm und einem Finger-Fußboden-Abstand von 20 cm beschrieben. Somit liegen nach Einschätzung des Senats auch im Bereich der Lendenwirbelsäule nur geringe funktionelle Auswirkungen vor. Nach alledem handelt es sich beim Kläger im Bereich der Wirbelsäule nicht um schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder um mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, welche erforderlich wären, um einen Teil-GdB von mindestens 30 in Ansatz bringen zu können. Der Teil-GdB für die Wirbelsäulenschäden beträgt daher allenfalls 20.

Im Bereich der Hüften liegen beim Kläger eine am 23. Juni 2003 implantierte Hüfttotalendoprothese links mit Beugeeinschränkung sowie eine Innendreh einschränkung im rechten Hüftgelenk vor. Dies ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. C. vom 26. November 2003. Nach den AP beträgt der GdB bei Endoprothesen im Hüftgelenk einseitig 20 (AP, 26.18, S. 118) und bei einer Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0/10/90 ° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig 10 bis 20 und beidseitig 20 bis 30, mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0/30/90 ° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig 30 und beidseitig 50 und stärkeren Grades einseitig 40 und beidseitig 60 bis 100 (AP, 26.18, S. 124 bis 125). Dr. C. hat für die linke Hüfte eine auf 90 ° verminderte Beugefähigkeit beschrieben, sodass der für die Hüftgelenksendoprothese links zu vergebende GdB von 20 wegen dieser Bewegungseinschränkung auf 30 zu erhöhen ist. Eine weitere Erhöhung wegen der Bewegungseinschränkung im rechten Hüftgelenk ist nicht vorzunehmen, da Dr. C. dort nur eine endgradige Einschränkung der Innendrehfähigkeit bei ansonsten freier Funktion beschrieben hat. Mithin beträgt der Teil-GdB für den Bereich der Hüften 30. Auch vor der am 23. Juni 2003 implantierten Hüftgelenksendoprothese war kein höherer GdB zu vergeben, da auch vor dieser Maßnahme eine Beugefähigkeit bis 90 ° vorgelegen hat. Eine höhere Bewertung ergibt sich auch nicht aus den von Prof. Dr. L. erhobenen Bewegungsmaßen. Prof. Dr. L. hat im Bereich des linken Hüftgelenks eine völlig freie und unauffällige passive Beugung sowie im rechten Hüftgelenk eine unauffällige Beugung, eine unauffällige Innenrotation und eine aufgehobene Außenrotation beschrieben.

Des Weiteren liegt beim Kläger nach dem Gutachten von Dr. C. eine leichte antero-mediale Bandblockierung im linken Knie nach Innenmeniskusentfernung und eine Beinlängendifferenz von ca. 2 cm vor. Da die Kniegelenke reizlos und frei beweglich sind und auch von der Beinlängendifferenz keine funktionellen Auswirkungen ausgehen, wirken sich diese Diagnosen nicht GdB-erhöhend aus. Dasselbe gilt für die in der vā Stellungnahme von Dr. F. vom 30. September 2004 in Ansatz gebrachten Behinderungen Kopfschmerzsyndrom, Carpal tunnel syndrome und Milzverlust. Der Senat hat keine Anhaltspunkte für hiervon ausgehende jeweils einen GdB von mehr als 10 bedingende Funktionseinschränkungen.

Unter Berücksichtigung dieser Teil-GdB-Werte (Teil-GdB 30 für die Hüftgelenksprothese links und die Funktionsbehinderung im Hüftgelenk rechts, Teil-GdB 20 für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und den Bandscheibenschaden, Teil-GdB 10 für das Kopfschmerzsyndrom, Teil-GdB 10 für das Carpal tunnel syndrome und Teil-GdB 10 für den Verlust der Milz) beträgt der Gesamt-GdB des Klägers 40.

Nach alledem hat der Beklagte zu Recht mit Bescheid vom 3. Juli 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2003 den GdB des Klägers mit 40 seit 1. November 2000 festgestellt. Das SG hat die hiergegen gerichtete Klage daher zu Recht mit Urteil vom 10. Februar 2004 abgewiesen.

Die Berufung war somit zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-07-18