

## L 3 SB 1944/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung

3  
1. Instanz  
SG Ulm (BWB)  
Aktenzeichen  
S 8 SB 3335/03

Datum  
21.12.2005  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 3 SB 1944/06

Datum  
18.05.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss  
Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Feststellung der Eigenschaft als Schwerbehinderter.

Auf den Antrag des 1947 geborenen Klägers stellte das Versorgungsamt Ulm bei diesem mit Bescheid vom 11.07.2001/Widerspruchsbescheid vom 14.09.2001 einen Grad der Behinderung (GdB) von 30 aufgrund der Funktionsbeeinträchtigungen "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom, Funktionsbehinderung beider Handgelenke, Fingerpolyarthrose, Teilverlust des Dickdarms" fest.

Am 11.08.2003 beantragte der Kläger die Erhöhung des GdB. Der Beklagte zog hierauf Befundkopien des den Kläger behandelnden praktischen Arzt W. bei und lehnte anschließend nach Auswertung dieser Unterlagen durch Dr. Z. vom versorgungsärztlichen Dienst mit Bescheid vom 03.09.2003 eine Neufeststellung ab.

Auf den vom Kläger hiergegen eingelegten Widerspruch, den er mit einer noch nicht abgeschlossenen Behandlung am Ellenbogen und Lähmungserscheinungen an der linken Schulter begründete, holte der Beklagte Befundberichte der Gemeinschaftspraxis Dr. F./W. (Schmerzen und Bewegungseinschränkungen von Ellbogen und Schultergelenk) und der Orthopäden Dr. K. und Dr. H. (am 17.07.2003 Operation des linken Ellenbogens mit Resektion einer kleinen Plica am Radiusköpfchen, Beweglichkeit in der Schulter und am Ellenbogengelenk immer frei, an der Halswirbelsäule keine Einschränkung) ein und wies anschließend mit Widerspruchsbescheid vom 19.11.2003 nach Einholung einer Stellungnahme der Beratungsärztin Dr. Schröder den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 19.12.2003 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben.

Das SG hat die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen gehört.

Dr. K. hat einen Arztbrief von Prof. Dr. L. und Kollegen, Chirurgische Universitätsklinik Ulm vom 02.02.2004 (Diagnose: Impingementsyndrom linke Schulter, Lipom linke Axilla) vorgelegt und unter dem 20.02.2004 ausgeführt, die bestehende Behinderung sei vom Versorgungsamt vollständig und zutreffend festgestellt und bewertet.

Der praktische Arzt W. hat in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 09.07.2004 unter Beifügung eines Sozialmedizinischen Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg vom 11.02.2004 (Diagnosen: Verdacht auf Rotatorenmanschettenruptur Schultergelenk links, Hypertonie), des Entlassungsberichts der Rehaklinik St. G. in Höchenschwand über den stationären Aufenthalt vom 19.05. bis 14.06.2004 (Diagnosen: Schulter-Arm-Syndrom beidseits bei Impingementsyndrom linkes Schultergelenk, Zervikalsyndrom bei Osteochondrose HWK 5/7 und Bandscheibenprotrusionen HWK 2/3/4, Adipositas, labile Hypertonie) sowie Arztbriefen des Universitätsklinikums Ulm, in denen über die stationäre Behandlung vom 01.04. bis 06.04.2004 (Arthroskopisch subakromiales Detrapment, Lipomexzision) und der Medizinischen Klinik Riedlingen (ausgeprägte Colondivertikulose) mitgeteilt, die

Beschwerden und Einschränkungen insbesondere der Halswirbelsäule und das Schulter-Arm-Syndrom zeigten sich seit 2001 deutlich verschlechtert.

Desweiteren hat das SG die Unterlagen des Universitätsklinikums Ulm über die dort im April 2004 durchgeführte Arthroskopie beigezogen.

Sodann hat das SG Beweis erhoben durch Einholung des orthopädischen Sachverständigengutachtens von Dr. B. vom 06.12.2004. Dieser hat als Diagnosen ein Impingementsyndrom beider Schultergelenke mit mittelgradiger Einschränkung der Seitwärtshebung und der Drehbewegungen bei Zustandsbild nach operativer Behandlung links im April 2004, eine leichte Arthrose des linken Ellbogengelenkes ohne Funktions- oder Bewegungseinschränkung und Verschleißerscheinungen der Bandscheiben und der Wirbelgelenke von Hals- und Lendenwirbelsäule mit zeitweiliger Schmerzsymptomatik der kleinen Wirbelgelenke mit zusätzlicher Fehlstatik eines Hohlrundrückens ohne Nervenwurzelreizungen oder Nervenwurzelstörungen und ohne konstante Einschränkungen der Beweglichkeit und der Funktionen genannt. Die Funktionsbehinderungen des linken und des rechten Schultergelenkes seien jeweils mit einem GdB von 20 zu bewerten, für die Wirbelsäule sei ein GdB von 10 anzusetzen, für das linke Ellenbogengelenk, das rechte Handgelenk und die Fingergelenke lasse sich ein eigener GdB nicht festlegen. Der Teilverlust des Dickdarms sei mit 10 zu bewerten. Der Gesamt-GdB betrage 30.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist im Anschluss daran PD Dr. A., Universitätsklinik Ulm, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt worden. Im Gutachten vom 15.06.2005 hat dieser ein erhebliches Impingementsyndrom links mit signifikanter Reduktion der Schulterbeweglichkeit und deutlich eingeschränkter Gebrauchsfähigkeit des linken Armes und mittelgradiger Einschränkung der Beweglichkeit mit erheblicher Schmerzsymptomatik, einen Zustand nach Burssektomie im Bereich der linken Ellbogenregion mit Reduktion der Streck- und Beugefähigkeit mit lokal glaubhaftem und subjektivem Beschwerdebild, ein Impingementsyndrom der rechten Schulter mit deutlicher Reduktion der Beweglichkeit in der Region der rechten Schulter mit funktionellen Einschränkungen, ein chronisches Zervikalsyndrom mit Zervikobrachialgie beidseits und erheblicher Verspannung der Muskulatur sowie nachgewiesenen Bandscheibenprotrusionen C 3 bis C 5 und Unkovertebralarthrose sowie Osteochondrose C5 bis C7, eine rezidivierende bandscheibenbedingte Lumboischialgie und auf nicht unfallchirurgischem Fachgebiet einen Diabetes mellitus Typ II, einen Zustand nach Kompressionsneuropathie des Ramus superficialis des N. radialis rechts und Zustand nach Resektion sowie Neurolyse und eine Colondivertikulose diagnostiziert. Das Krankheitsbild im Bereich der linken Schulter sei mit einem Teil-GdB von 30, dasjenige im Bereich der rechten Schulter mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Im Bereich der Halswirbelsäule betrage die Minderung der Gebrauchsfähigkeit 25. Im Bereich der Lendenwirbelsäule belaufe sich der Teil-GdB auf 10 und im Bereich des Ellbogens auf 5. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet sei ein Gesamt-GdB von 50 anzusetzen.

Mit versorgungsärztlicher Stellungnahme vom 15.09.2005 hat sich Dr. N. dahingehend geäußert, dass für die Funktionsbehinderung beider Schultergelenke ein GdB von 30, für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule ein GdB von 10 und für den Teilverlust des Dickdarms, Divertikulose ebenfalls ein GdB von 10 anzusetzen sei. Der Gesamt-GdB betrage wie bisher 30.

Mit Urteil vom 21.12.2005 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, gestützt auf die im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren eingeholten Arztauskünfte und insbesondere das Sachverständigengutachten des Dr. B. habe sich der Gesamtbehinderungsgrades nicht verschlechtert. Es liege weiterhin ein Gesamt-GdB von 30 vor.

Gegen das am 17.03.2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 13.04.2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er sich insbesondere auf das von Dr. A. erstattete Gutachten gestützt. Ergänzend hat er Arztbriefe des Orthopäden Dr. G. vom 25.07.2006 (Diagnosen: Coxarthrose beidseits, links stärker als rechts. Lumbalsyndrom bei Discopathie L 5/S 1 und ISG-Arthrose beidseits), der Urologischen Klinik B. vom 07.08.2006 (Diagnose: Urosepsis bei akuter Prostatitis, Harnverhalt, arterielle Hypertonie) und ein Attest der Ärztin für Allgemeinmedizin Schneider vom 26.10.2008 (hypertensive Herzkrankheit bei schon länger bestehender arterieller Hypertonie Grad III) vorgelegt.

Die Versorgungsärztin Dr. N. hat hierauf unter dem 15.12.2006 erwidert, durch die Behandlung des Klägers in der Kreisklinik B. habe eine deutliche Besserung erreicht werden können. Die Prostata sei noch vergrößert, die Miktion jedoch restharnfrei, so dass eine dauerhafte, GdB-wirksame Beeinträchtigung nicht abgeleitet werden könne. Die von Dr. G. dokumentierten Funktionswerte für die Beeinträchtigung der Wirbelsäule seien nunmehr zwar ungünstiger, es sei jedoch eine Therapie eingeleitet worden.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. F., Bundeswehrkrankenhaus Ulm. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 24.05.2007 ausgeführt, beim Kläger liege ein chronisch rezidivierendes HWS-Syndrom, stellenweise verbunden mit links betonten Kopfschmerzen und pseudoradikulärer Ausstrahlung links, eine Arthrose des Schulterreckgelenks links mit funktionellen Einschränkungen, ein chronisch rezidivierendes LWS-Syndrom mit sensiblem Wurzelreizsyndrom S 1 links, eine Hüftgelenksarthrose zweiten Grades beidseits mit funktionellen Einschränkungen links mehr als rechts und eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken Handgelenkes ohne funktionelle Beeinträchtigungen vor. Für das HWS-Syndrom sei ein GdB von 20, für die Arthrose des Schulterreckgelenkes ein GdB von 10 und für die Hüftgelenksarthrose beidseits ein GdB von 30 anzusetzen. Der Gesamt-GdB betrage 40.

Desweiteren hat der Senat Dr. G. als sachverständigen Zeugen gehört. Dr. G. hat unter dem 25.11.2007 unter Beifügung eigener Arztbriefe, Arztbriefen der Orthopädischen Klinik B. und des Entlassungsberichts über die Anschlussheilbehandlung des Klägers in der Klinik St. G. in Höchenschwand, die in der Zeit vom 23.08. bis 19.09.2007 stattfand (Diagnosen: Implantation einer zementfreien Hüft-TEP links am 10.08.2007, essentielle arterielle Hypertonie, BPH mit Zustand nach TUR 02/07) über eine eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule und beider Hüftgelenke sowie eine paravertebrale Muskelverspannung der Wirbelsäule berichtet. Er hat den Teil-GdB für die Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke auf 40, denjenigen für die Wirbelsäule auf 20 und den Gesamt-GdB auf 50 eingeschätzt.

Mit versorgungsärztlicher Stellungnahme vom 06.02.2008 hat Dr. O. ausgeführt, dass lediglich eine Änderung der Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigungen (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule Teil-GdB 20, Hüftgelenksendoprothese links, Funktionsbehinderung des rechten Hüftgelenks Teil-GdB 20, Funktionsbehinderung beider Schultergelenke Teil-GdB 10, Teilverlust des Dickdarms, Divertikulose Teil-GdB 10) in Betracht komme, der bisherige Gesamt-GdB mit 30 jedoch weiterhin zutreffend bewertet sei.

Ergänzend hat der Senat sodann den Urologen Prof. Dr. R., Kreisklinik B., als sachverständigen Zeugen befragt. Prof. Dr. R. hat unter dem

21.04.2008 über Behandlungen des Klägers seit 20.10.1995 berichtet. Im Wesentlichen hat er sich wieder normalisierende Miktionsbeschwerden im November 2004, eine Prostatabiopsie im August 2006, eine transurethrale Resektion der Prostata im März 2007 und eine Kontrolluntersuchung im März 2008, bei der der Kläger beschwerdefrei war, beschrieben. Funktionsbehinderungen auf urologischem Fachgebiet lägen nicht vor.

Schließlich hat der Senat die den Kläger mittlerweile behandelnde Ärztin für Allgemeinmedizin Schneider gehört. Die Ärztin hat in ihren sachverständigen Zeugenauskünften vom 26.11.2008 und 25.03.2009 mitgeteilt, beim Kläger sei ein Diabetes mellitus Typ II und eine arterielle Hypertonie festgestellt worden. Bei weiteren Untersuchungen habe sich eine hypertensive Herzkrankheit gezeigt. Der Diabetes mellitus werde mit Tabletten behandelt. Die HbA1c-Werte seien sehr gut, bisher sei es zu keinen Hypoglykämien gekommen. Am 11.03.2009 sei ein RR-Wert von 120/70 mmHg gemessen worden. Beigefügt hat die Ärztin Arztbriefe des Dr. G. vom 29.09.2008, des Dr. Isbary, Chefarzt der Kliniken B. vom 01.08.2008 und des Internisten Dr. Merz vom 16.07.2008 sowie den Herzkatheterbericht vom 01.08.2008 (ausgeprägte arterielle Hypertonie mit diastolischer Relaxationsstörung; somit dürfte eine hypertensive Herzerkrankung vorliegen).

Für die Beklagte hat sich hierzu unter dem 16.12.2008 und 08.04.2009 noch einmal Dr. O. geäußert und ausgeführt, für den Bluthochdruck und den Diabetes mellitus könne jeweils ein Teil-GdB von 10 berücksichtigt werden. Eine hypertensive Herzerkrankung sei nicht eindeutig nachgewiesen. Der Gesamt-GdB betrage weiterhin 30.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21. Dezember 2005 aufzuheben, den Bescheid vom 03. September 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. November 2003 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss, da er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält ([§ 153 Abs. 4 SGG](#)). Die Beteiligten sind hierzu gehört worden.

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid des Beklagten vom 03.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.11.2003 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, da er keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 30 hat.

Wegen der für die GdB-Feststellung erforderlichen Voraussetzungen und der hierfür maßgebenden Rechtsvorschriften nimmt der Senat auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung und die Begründung der streitgegenständlichen Bescheide Bezug und sieht deshalb insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§§ 136 Abs. 3, 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist festzustellen, dass zwischenzeitlich die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) 2008 in Kraft getreten sind, die ihrerseits seit 01.01.2009 durch die im Wesentlichen unveränderten Teile A und B der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 ersetzt worden sind. Eine andere Beurteilung der hier in Frage stehenden Funktionsbeeinträchtigungen im Vergleich zu den vom SG berücksichtigten AHP 2004 ergibt sich daraus nicht. Lediglich bezüglich der Bewertung einer Diabeteserkrankung, die vom SG jedoch noch nicht zu berücksichtigen war, weichen die VG von den AHP 2008 ab.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze und der in den AHP und den VG niedergelegten Kriterien ist weiterhin ein GdB von 30 festzustellen.

Der GdB im Bereich der Wirbelsäule ist in Übereinstimmung mit Dr. F. unter Berücksichtigung der in den Gutachten, in den eingeholten sachverständigen Zeugenauskünften von Dr. K. und Dr. G., in dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und in den Entlassungsberichten über die stationären Heilbehandlungen des Klägers beschriebenen Befunden mit 20 angemessen bewertet. Was die Halswirbelsäule anbelangt, berichten lediglich Dr. A. und die Ärzte der Klinik St. G. über eine Einschränkung in der Rotation (60/0/60 Grad bzw. HWS-Rotationseinschränkung nach beiden Seiten), im Übrigen wurde jedoch weder eine Rotationseinschränkung noch eine sonstige Bewegungseinschränkung befundet. Auch in seinem letzten Arztbrief vom 29.09.2008 erwähnt Dr. G. die Halswirbelsäule nicht. Hinweise auf Nervenwurzelreizerscheinung der oberen Extremitäten konnten weder sensibel noch motorisch erhoben werden. Im Bereich der Lendenwirbelsäule wird über gemessene Finger-Bodenabstände zwischen 5 cm (MdK-Gutachten, Gutachten Dr. B.) und 30 cm (sachverständige Zeugenauskunft des Dr. G. vom 25.11.2007) berichtet. Im Jahr 2007 wurde in der Rehaklinik St. G. ein Fingerbodenabstand von 10 cm gemessen. Zuletzt maß Dr. G. im Juli 2008 einen Abstand von 25 cm. Das Lasèque Zeichen war nur bei der Untersuchung durch Dr. A. positiv (ab 70 Grad), sonst stets negativ. Eine Parese, Einschränkung der Muskeleigenreflexe oder Schwäche der Fußheber-, Fußsenker- oder Großzehheber wurde nicht befundet. Lediglich am Fußaußenrand des linken Beines konnte Dr. F. Sensibilitätsstörungen im Sinne einer Hyposensibilität eruieren; Dr. G. berichtete insoweit in der Vergangenheit über ein zeitweiliges Kribbeln der Ferse. Den Ballen- und Hackengang beidseits konnte der Kläger wegen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und im linken Hüftgelenk bei der Untersuchung durch Dr. F. nur bedingt durchführen. In der Rehaklinik in St. G. war der Zehen-, Fersen- und Einbeinstand

jedoch wieder beidseits durchführbar und auch Dr. G. beschreibt den Fersen- und Zehengang bei der Untersuchung im Juli 2008 als sicher. Unter Berücksichtigung dieser Befunde bestehen im Bereich der Wirbelsäule des Klägers somit keine schweren funktionellen Auswirkungen, sondern angesichts der im Wesentlichen auf die Lendenwirbelsäule beschränkten nur mäßigen Bewegungseinschränkungen, fehlender anhaltender sensomotorischer Ausfälle und Refexdefizite Wirbelsäulenschäden mit allenfalls mittelgradigen funktionellen Auswirkungen, die Dr. F. folgend nach Überzeugung des Senats mit einem Teil-GdB von 20 gestützt auf Ziffer 26.18 der AHP 2008 (Seite 116) bzw. Teil B Nr. 18.9 (Seite 90) der VG zu bewerten sind. Etwas anderes ergibt sich auch nicht auf Grund der Einschätzung durch PD Dr. A., der die Halswirbelsäule mit 25 und die Lendenwirbelsäule mit 10 bewertet hat. Zum einen rechtfertigen - wie ausgeführt - die von PD Dr. A. erhobenen Befunde diese Einschätzung nicht. Außerdem hat er im Bereich der Halswirbelsäule nach seinem Gutachten nicht den Grad der Behinderung, sondern die Minderung der Gebrauchsfähigkeit, die sich nach anderen Kriterien richtet, bewertet und nur diese auf 25 v.H. eingeschätzt.

Daneben liegt beim Kläger eine mit Bewegungseinschränkungen verbundene Hüftgelenkerkrankung beidseits vor. Diesbezüglich maß Dr. G. im Juli 2006 eine eingeschränkte Beweglichkeit der Hüftgelenke für die Beugung/Streckung beidseits mit 100/0/0 Grad. Dr. F. fand im Mai 2007 eine Bewegungseinschränkung links zwischen 0/0/80 Grad und rechts zwischen 0/0/110 Grad. Auf den Röntgenaufnahmen der linken Hüfte stellte sich bei seiner Begutachtung eine Coxarthrose zweiten Grades dar. Am 10.08.2007 wurde eine TEP-Implantation der linken Hüfte durchgeführt. 13 Tage nach der Operation konnte der Kläger bei reizlosen Wundverhältnissen und in gutem Allgemeinzustand mit einer Beweglichkeit der linken Hüfte zwischen 0/0/90 Grad aus der Klinik B. entlassen werden. Am Ende der Anschlussheilbehandlung in der Klinik St. G. wurde die Beweglichkeit ebenfalls mit 0/0/90 Grad gemessen. Der Kläger konnte im September 2007 bereits wieder ohne Unterarmstützen gehen. Zuletzt maß Dr. G. die Beugung/Streckung rechts mit 110/0/0 und links mit 90/0/0 und die Ab- und Adduktion beidseits mit 40/0/30 Grad. Nach den AHP 2008 Ziffer 26.18 (Seite 116, 124f) bzw. Teil B Nr. 18.12 (Seite 92) und Nr. 18.14 (Seite 98f.) der VG ist eine Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0/10/90 Grad mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig mit einem GdB zwischen 10 und 20 und beidseitig mit einem GdB zwischen 20 und 30 zu bewerten; eine Hüftgelenksendoprothese einseitig bedingt einen GdB von 20. Unter Zugrundelegung dieser Werte ist die Funktionsbehinderung des Klägers von Seiten der Hüfte der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. O. folgend mit einem GdB von 20 zu bewerten. Die mitgeteilten Bewegungsmaße rechtfertigen auch unter Berücksichtigung zeitweise auftretender Schmerzen nicht die von Dr. F. vorgenommene Einschätzung mit einem GdB von 30. Auch die Bewertung von Dr. G. (GdB 40) ist nicht nachvollziehbar.

Die Bewertung einer Funktionsbehinderung von Seiten der Schultergelenke richtet sich nach den AHP 2008 Ziffer 26.18 (Seite 119) bzw. VG Teil B Nr. 18.13 (Seite 93) im Wesentlichen nach den Bewegungseinschränkungen. Für den Fall, dass der Arm mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit nur um 120 Grad erhoben werden kann, ist danach ein GdB von 10 und, falls der Arm nur um 90 Grad erhoben werden kann, ein GdB von 20 vorgesehen. In den vorliegenden Arztauskünften wird bis zum Rehabilitationsentlassungsbericht über die Heilbehandlung im Mai 2004 im Wesentlichen über eine freie Beweglichkeit der linken Schulter mit schmerzhaftem Bogen und Schmerzen im Bereich der Schulter berichtet. Am 02.04.2004 wurde arthroskopisch ein subacromiales Detrapment und eine Lipomexzision durchgeführt. Am Ende der Rehabilitationsbehandlung im Juni 2004 war die Anteversion in beiden Schultergelenken bei 180 Grad durchführbar, seitlich demonstrierte der Kläger eine Bewegungsfreiheit bis 120 Grad, Schürzen- und Nackengriff waren vollständig durchführbar. Der Kläger klagte über ausgeprägte Schmerzen in den Schultergelenken. Bei der Begutachtung durch Dr. B. gelang das aktive Vorwärtshen im rechten Schultergelenk bis 150 Grad und links bis 130/140 Grad, seitwärts rechts bis 90 Grad und links bis 80 Grad. Der Schürzengriff war ebenso wie der Nackengriff links eingeschränkt, der linke Tuberculum majus war deutlich druckempfindlich. PD Dr. A. maß im Bereich der linken Schulter eine aktive Abführbarkeit von 120 Grad, rechts von 130 Grad, eine weitgehend regelhafte Retroversion und die Anteversion links bis zu 110 Grad und rechts bis zu 140 Grad. Die Rotationsbeweglichkeit insbesondere im Bereich der linken Schulter war eingeschränkt. Bei Dr. F. konnte zuletzt nur noch im linken Schultergelenk eine aktivierte Arthrose nachgewiesen werden. Die Beweglichkeit war bis auf die Abduktion frei. Das armseitwärts-körperwärts Heben wurde bei Normalwerten von 180/0/30 Grad jeweils zwischen 160/0/30 Grad gemessen. Aus dem Rehaentlassungsbericht St. G. aus dem Jahr 2007 geht hervor, dass eine endphasige Abduktionseinschränkung beider Schultergelenke, links dolent, gemessen wurde und der Schürzengriff links unvollständig durchführbar war, außerdem bestanden linksseitige Bewegungsschmerzen im Schultergelenk. Diese Bewegungseinschränkungen rechtfertigen nach den AHP und den VG auch unter Berücksichtigung von zeitweiligen Schmerzen Dr. F. folgend nur einen GdB von 10. Soweit höhere Teil-GdB-Werte in den Gutachten und auch im Urteil des SG angesetzt wurden, sind diese angesichts der festgestellten Bewegungseinschränkungen mit den in den AHP bzw. den VG angegebenen Werten nicht in Einklang zu bringen.

Für den Ellenbogen und auch die Fingerpolyarthrose ist kein GdB anzusetzen, nachdem die Beweglichkeit sowohl des Ellenbogens als auch der Finger in den vorliegenden ärztlichen Unterlagen stets als frei beschrieben wurde und auch die Kernspinaufnahme des Ellenbogens nur geringe degenerative Veränderungen zeigte. Schmerzen im Bereich des Ellenbogens, die von Ausstrahlungen des Schultergelenkes herrühren, sind durch den für die Schulter vergebenen GdB-Wert abgegolten.

Der Teilverlust des Dickdarms, Divertikulose ist nach Ziffer 26.10 AHP 2008 (Seite 78 f.) bzw. VG Teil B Nr. 10.2.2 (Seite 54) mit einem GdB von 10 zu bewerten. Hiermit werden die vom Kläger beklagten Durchfälle berücksichtigt. Ein höherer GdB kommt jedoch nicht in Betracht, nachdem sich der Kläger insoweit weder in ärztlicher Behandlung befindet noch stärkere Durchfälle oder Spasmen beschrieben werden.

Die Episoden der akuten Prostatitis konnten nach der sachverständigen Ausführung von Prof. Dr. R. medikamentös behandelt werden und bedingen deshalb ebenso wie die operativ vollständig behobene Prostatavergrößerung mit Miktionsbeschwerden und Restharnbildung keinen GdB.

Der Diabetes mellitus des Klägers ist der Stellungnahme von Dr. O. folgend sowohl gestützt auf die AHP 2008 Ziffer 26.15 (Seite 99) als auch auf die VG Teil B Nr. 15.1 (Seite 74), die auf der Grundlage der neueren BSG-Rechtsprechung zur Diabetes-Erkrankung (BSG, Urteil vom 11.12.2008 - B 9/9a SB 4/07 R - in juris.de) von den AHP 2008 abweichen, mit einem GdB von 10 angemessen und ausreichend bewertet. Hiermit wird berücksichtigt, dass der Kläger oral mit Metformin, einem Biguanidpräparat behandelt werden muss. Unter dieser Behandlung ist die Zuckerkrankheit jedoch gut eingestellt.

Auch für den Bluthochdruck ist ein GdB von 10 in Ansatz zu bringen, wie Dr. O. zu Recht ausgeführt hat. Dies entspricht nach den AHP 2008 Ziffer 26.19 (Seite 75) bzw. Teil B Nr. 9.3 (Seite 51) der VG einem Bluthochdruck der leichten Form mit keinen oder geringen

Leistungsbeeinträchtigungen. Ein höherer GdB käme nur in Betracht, wenn der diastolische Blutdruck trotz Behandlung mehrfach über 100 mmHg liegen würde oder eine Organbeteiligung feststellbar wäre. Beides ist hier nicht der Fall. Der Blutdruck wurde von der Ärztin Schneider zwischen 180/90 mmHg und 120/70 mmHg gemessen. Eine hypertensive Herzerkrankung ist nicht nachgewiesen. Dr. Isbary hat in seinem Arztbrief vom 01.08.2008 zwar ausgeführt, dass eine hypertensive Herzerkrankung vorliegen "dürfte", bewiesen ist dies jedoch nicht. Der Kläger konnte bei der Untersuchung durch Dr. Merz im Juli 2008 bis 100 Watt belastet werden, das Herz war nicht vergrößert, das Echokardiogramm unauffällig. Bei der Untersuchung durch Dr. Isbary war der linke Ventrikel nicht vergrößert und die Auswurfraction des Herzens mit 65 % normal. Auch Augenhintergrundveränderungen bestehen nach den Angaben des Klägers am 10.03.2009 nicht.

Aus den Einzel-GdB-Werten von jeweils 20 für die "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule" und die "Hüftgelenkendoprothese links, Funktionsbehinderung des rechten Hüftgelenks" und jeweils 10 für die "Funktionsbehinderung beider Schultergelenke", "Teilverlust des Dickdarms, Divertikulose", "Bluthochdruck" und "Diabetes mellitus" resultiert ein Gesamt-GdB von 30. Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so sind zwar Einzel-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte aber nicht addiert werden und auch andere Rechenmethoden sind ungeeignet (AHP 2008 Ziffer 19.1 (Seite 24) bzw. Teil A Nr. 3 (Seite 10) der VG). In der Regel wird nach den Vorgaben in den AHP und den VG von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB ausgegangen und dann geprüft, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird. Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, führen dabei in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, und zwar auch dann 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 (vgl. AHP 2008 Ziffer 19.3 und 4 (Seite 25 f.) bzw. Teil A Nr. 3 (Seite 10) der VG). Die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers, die Einzel-GdB-Werte von 20 zur Folge haben, wirken sich aufeinander aus, der Kläger wird in seiner Belastbarkeit sowohl durch die Beschwerden von Seiten der Wirbelsäule als auch der Hüftgelenke beeinträchtigt. In der Gesamtschau sind deshalb die beiden Einzel-GdB-Werte von 20 auf insgesamt 30 zu erhöhen. Die übrigen Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers, die jeweils nur Einzel-GdB-Werte von 10 zur Folge haben, sind hiervon unabhängig. Durch sie wird das Ausmaß der Behinderung nicht größer. Sie wirken sich nicht zusätzlich aus und führen zu keiner weiteren Erhöhung des GdB.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-05-19