

L 6 SB 6214/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6

1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 SB 141/04
Datum
09.11.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 6214/06

Datum
11.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 09.11.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1960 geborene Kläger begehrt die Feststellung der Voraussetzungen des Merkzeichens "Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr" (G).

Das ehemalige Versorgungsamt R. (VA) hatte mit Bescheid vom 28.11.1997 den Grad der Behinderung (GdB) des Klägers mit 50 seit 23.09.1997 festgestellt sowie mit Bescheid vom 20.04.2001 den Antrag auf Erteilung eines Rücknahmebescheides und mit Bescheid vom 23.04.2001 den Antrag auf Neufeststellung des GdB und auf Feststellung der Voraussetzungen für Merkzeichen, insbesondere des Merkzeichens G, abgelehnt.

Am 28.05.2002 beantragte der Kläger erneut die Erhöhung des GdB und die Feststellung der Voraussetzungen für Merkzeichen. Das VA zog über den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. H. den Entlassbrief der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie R. vom Dezember 1997 (sensible und motorische Hemisymptomatik rechts ohne nachweisbare Läsion, Verdacht auf psychogene Störung), die Arztbriefe des Radiologen Dr. H. vom 19.04.1999 (rechtsbetonte, vermutlich residuale Bandscheibenprotrusion bei "D 8/9" ohne wesentlichen Kompressionseffekt, thorakales Myelom unauffällig), des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. W. vom 29.06.1999 (Zustand nach Apoplex, Zustand nach Hörsturz links, Tinnitus aurium beidseits) und des Orthopäden Dr. G. vom 20.04.2000 (links Zustand nach Schlaganfall, links Lumboischialgie, beiderseits Gelenkschmerzen), den Entlassungsbericht der Klinik für Rehabilitation Am Kurpark Bad K. vom 20.11.2000 (myofasciales Dorsolumbalsyndrom, Zustand nach Operation NPP BWK 8/9, kompensierter Tinnitus, Zustand nach apoplektischem Insult / Gyrus praecentralis links, Nikotinkonsum) sowie die Arztbriefe des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. vom 19.10.1999, 05.06.2000 und 12.04.2001 (Zustand nach Operation eines thorakalen Bandscheibenvorfalles BWK 8/9, Insult im Gyrus praecentralis links mit Parese des rechten Arms, Verdacht auf histrionische Persönlichkeitsstörung, Nikotinabusus, grenzwertige arterielle Hypertonie) und des Radiologen M. vom 19.07.2001 (Osteochondrose mit Bandscheibendegeneration und Vakuumphänomen, die Vorderkontur des kaliberstarken Duralsacks tangierende breitbasig flache Bandscheibenprotrusion, kein umschriebener Prolaps) bei. Dr. K. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.07.2002 als Behinderungen Schlaganfallfolgen, eine Halbseitenteillähmung rechts und ein Schulter-Arm-Syndrom (Teil-GdB 30), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einen Bandscheibenschaden und Nervenwurzelreizerscheinungen (Teil-GdB 30) sowie eine Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20), schätzte den Gesamt-GdB mit 50 ein und führte aus, die Voraussetzungen für Merkzeichen seien nicht erkennbar. Hierauf gestützt lehnte das VA mit Bescheid vom 24.07.2002 den Antrag auf Neufeststellung des GdB und auf Feststellung der Voraussetzungen von Merkzeichen, insbesondere des Merkzeichens G, ab.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Das VA zog den Arztbrief des Zentrums für Psychiatrie C. vom 03.01.2003 (Lumbalgie rechtsbetont, Hirninsult 1997 mit Hemisymptomatik rechts, distal betonte symmetrische Polyneuropathie) bei. Dr. Z.-C. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.04.2003 aus, angesichts der weitgehend fehlenden objektivierbaren motorisch-sensiblen Ausfälle sei der GdB mit 50 maximal bewertet und, da der Teil-GdB für Beine und Wirbelsäule 50 nicht erreiche, kämen die Voraussetzungen für das Merkzeichen G nicht in Betracht. Mit Widerspruchsbescheid vom 20.05.2003 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Hiergegen erhob der Kläger am 05.06.2003 Klage. Wegen eines erneuten Antrages auf Neufeststellung des GdB und auf Feststellung der Voraussetzungen des Merkzeichens "außergewöhnliche Gehbehinderung" (aG) zog das zuständig gewordene Landratsamt C. (LRA) die

Arztbriefe des Radiologen Dr. Sch. vom 28.05.2002 und 28.06.2002, des Dr. B. vom 19.07.2004 (Periarthrosis coxae links bei initialer Coxarthrose links und Coxa valga beidseits, Beckenschiefstand, Arthralgie rechtes Handgelenk bei initialer Arthrose im Trapeziocapitulumgelenk), der Chirurgischen Abteilung der Klinik A. vom 03.08.2004 (offene Reposition und Osteosynthese und interfragmentäre Zugschraube am Außenknöchel und Zuggurtungsosteosynthese am Innenknöchel am 02.07.2004), des Hautarztes Dr. K. vom 11.08.2004 (Typ-I-Allergien gegen Gräser/Getreide, kein Nachweis von Tierhaarallergien), des Chirurgen Dr. M. vom 15.10.2004 (bimalleoläre Sprunggelenksfraktur rechts), der Klinik Dr. B. GmbH/Chirurgie vom 21.02.2005 (Distorsion rechtes Kniegelenk, Prellung rechter Mittelfinger), des Orthopäden Dr. Sp. vom 05.10.2004 und 28.02.2005 (Zustand nach OSG-Fraktur rechts) sowie der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses C. vom 02.03.2005 (abgeheilte Sprunggelenksfraktur rechts mit Beschwerden durch das Metall) und 14.04.2005 (konsolidierte bimalleoläre OSG-Fraktur rechts) und den Entlassungsbericht der Rheintal-Astoria-Privatklinik Bad K., vom 02.03.2005 (persistierende Lumboschialgie rechts mehr als links, persistierende Arthralgien des rechten oberen Sprunggelenks bei Zustand nach trimalleolärer Sprunggelenksfraktur rechts am 25.06.2004, Zustand nach osteosynthetischer Versorgung am 02.07.2004, persistierende inkomplette motorische und sensible Hemiparese rechts bei Zustand nach apoplektischem Insult 1997) bei und holte den Befundbericht des Orthopäden Dr. B. vom 19.07.2005 ein. Die Ärztin O. berücksichtigte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.09.2005 als Funktionsbeeinträchtigungen Schlaganfallfolgen, einen Zustand nach Hemiparese rechts und ein Schulter-Arm-Syndrom (Teil-GdB 40), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einen operierten Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen und ein chronisches Schmerzsyndrom (Teil-GdB 30) sowie eine Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20), schätzte den Gesamt-GdB mit 60 ein und führte aus, die Voraussetzungen für das Merkzeichen G seien nicht erfüllt. Hierauf gestützt stellte das LRA mit Bescheid vom 07.11.2005 den GdB des Klägers mit 60 ab 15.07.2004 fest. Daraufhin führte der Kläger das Klageverfahren mit dem Ziel, die Voraussetzungen für das Merkzeichen G festzustellen, fort. Sodann hörte das Sozialgericht Reutlingen (SG) den Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. unter dem 08.06.2006 schriftlich als sachverständigen Zeugen.

Mit Gerichtsbescheid vom 09.11.2006 wies das SG die Klage ab. Der Kläger sei trotz der bei ihm auf orthopädischem Fachgebiet bestehenden Funktionseinschränkungen noch in der Lage, eine Gehstrecke von zwei Kilometern in etwa einer halben Stunde zu bewältigen.

Gegen den seinen Prozessbevollmächtigten am 16.11.2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 13.12.2006 Berufung eingelegt. Er hat vorgetragen, durch den Schlaganfall mit inkompletter Halbseitenlähmung rechts sei eine Gehbehinderung gegeben, welche durch die Sprunggelenksfraktur vom Juni 2004 verstärkt worden sei. Auch seien die mittlerweile aufgetretenen Arthrosen in der linken Hüfte und im rechten Knie bislang unberücksichtigt.

Im Rahmen eines erneuten Antrages auf Feststellung der Voraussetzungen des Merkzeichens G wurden unter anderem der Arztbrief der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses A. vom 26.03.1997 (Gallenblasenhydrops und akute Cholecystitis bei Cholecystolithiasis), der Entlassbericht der Neurologischen Klinik der Eberhard-Karls-Universität T. vom 04.07.1997 (Operation eines thorakalen Bandscheibenvorfalles BWK 8/9, Insult im Gyrus praecentralis links, Parese des rechten Arms, grenzwertige arterielle Hypertonie, Nikotinabusus, rheumatisches Fieber 1972, Allergie gegen Gräser, Roggenpollen und Hausstaubmilben, Verdacht auf Protein-S-Mangel) mit Anlagen, der Entlassungsbericht der Kliniken Sch. / Neurologisches Fach- und Rehabilitationskrankenhaus in G. vom 09.09.1997 (ischämischer Insult des linken Gyrus praecentralis 6/97, Restparese des rechten Arms, operierter thorakaler Bandscheibenvorfall 6/97, Lumboschialgie, Nikotinabusus), das MDK-Gutachten vom 12.03.1998 (leichtgradiges rechtsseitiges Hemisyndrom armbetont, Zustand nach ischämischem Insult des linken Gyrus praecentralis 6/97, Zustand nach Operation eines thorakalen Bandscheibenvorfalles Th 8/9 in 6/97, Nikotinabusus), die Arztbriefe des Urologen Dr. L. vom August 1998 (Oligo-Asthenospermie, unerfüllter Kinderwunsch) und der Entlassbrief der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T. vom 27.10.2006 (Querschnitt-Symptomatik seit 25.10.2006) aktenkundig. Dr. W. ist in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 10.09.2007 zu der Einschätzung gelangt, es habe in den Jahren 1997 bis 2005 eine relevante Störung des Gehvermögens allenfalls vorübergehend in den Wochen nach der Sprunggelenksfraktur bestanden, was die Anerkennung des Merkzeichens G nicht rechtfertige. Sodann hat das LRA mit Bescheid vom 13.09.2007 den Antrag auf Feststellung der Voraussetzungen des Merkzeichens G abgelehnt.

Im Zuge eines erneuten Antrages auf Erteilung eines Rücknahmebescheides hat Dr. D. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.10.2007 an der bisherigen versorgungsärztlichen Beurteilung festgehalten. Mit Bescheid vom 09.11.2007 hat das LRA den Bescheid vom 13.09.2007 mit der Begründung aufgehoben, dieser Bescheid sei insoweit rechtswidrig, als das damit abgelehnte Anliegen bereits Gegenstand des Berufungsverfahrens gewesen sei. Mit Bescheid vom 05.12.2007 hat das LRA den Antrag auf Erteilung eines Rücknahmebescheides abgelehnt.

Sodann hat der Senat die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Der Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin Dr. B. hat unter dem 20.03.2008 ausgeführt, der Kläger werde eine Wegstrecke von zwei Kilometern innerhalb einer halben Stunde kaum, vor allem nicht schmerzfrei, bewältigen können. Er hat ferner neben den bereits aktenkundigen ärztlichen Unterlagen die Arztbriefe des Dr. Sp. vom 21.08.2006 (Supraspinatussehnen Syndrom rechts, leichte Coxarthrose), 20.01.2007, 02.02.2007 (Verdacht auf Innenmeniskusriss rechts) und 03.04.2007 (retropatellare Chondromalazie rechts, Trochanter Insertionstendinose links), den Entlassbrief der Neurologie des Klinikums N. vom 12.12.2006 (funktionelle Querschnitt-Symptomatik, Zustand nach Nukleotomie BWK 8/9, anamnestic Zustand nach cerebraler Ischämie 1997 mit Hemiparese rechts), des Radiologen Dr. N. vom 25.01.2007 (mucoide Degeneration II im Innenmeniskushinterhorn, leichtgradige, mediale Gonarthrose, sonst unauffällige Darstellung des Kniegelenks), die Entlassbriefe der Klinik für Chirurgie des Kreiskrankenhauses C. vom 15.02.2007, 06.03.2007 (Gonarthrose rechts, Zustand nach Apoplex 1997, Extrasystolie) und 25.02.2008 (multiple Prellung des Gesichts, Kniegelenks und Oberschenkels links, Nasenbeinfraktur) sowie die Arztbriefe des Hautarztes und Allergologen Dr. Sp. vom 29.03.2007 (Verdacht auf seborrhoische Dermatitis) und des Neurologen Dr. J. vom 26.06.2007 (Verstärkung der rechtsseitigen Hemihypästhesie) und 03.03.2008 (Kopfschmerzen) vorgelegt. Prof. Dr. Sch., Stellvertretender Direktor der Abteilung Neurologie des Universitätsklinikums T., hat unter dem 14.04.2008 die Auffassung vertreten, die Beinschwäche des Klägers habe Auswirkungen auf dessen Gehfähigkeit. Eine organische Schädigung als Ursache dieser Beschwerden habe nicht nachgewiesen werden können. Dr. H., Chefarzt der Neurologie des Klinikums N., hat unter dem 15.04.2008 ausgeführt, zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Klinik vom 27.10.2006 bis zum 10.11.2006 sei der Kläger nicht in der Lage gewesen, eine Wegstrecke von zwei Kilometern in einer Zeit von einer halben Stunde zurückzulegen. Wie sich das Gehvermögen des Klägers seitdem entwickelt habe, sei ihm nicht bekannt. Dr. Sp. hat unter dem 21.04.2008 ausgeführt, er könne die dem Kläger zumutbare Wegstrecke nicht einschätzen. Prof. Dr. G., Direktor der Abteilung Neurologie des Universitätsklinikums T., hat unter dem 27.06.2008 ausgeführt, zum Zeitpunkt der Untersuchung sei der Kläger nicht gehfähig gewesen. Wie sich der Befund seither entwickelt habe, könne nicht beurteilt werden. Aufgrund der von ihm erhobenen Befunde

habe jedoch kein Anhalt dafür bestanden, dass eine wesentliche bleibende Schädigung vorliege, die zu einer anhaltenden Beeinträchtigung der Gehfähigkeit Anlass gebe. Dr. B., Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie und Wirbelsäulenchirurgie des Klinikums M., hat unter dem 22.01.2010 unter Vorlage seiner Arztbriefe vom 18.09.2009 (bisegmentale Degeneration LW4/5 und LW5/SW1) und 19.10.2009 (monosegmentale Degeneration LW5/SW1) ausgeführt, im Hinblick auf die langjährige Wirbelsäulenanamnese, die sich danach entwickelt habende Schmerzkrankheit, die erhobenen Befunde und die im Rahmen der stationären Behandlung vom 05.10.2009 bis zum 15.10.2009 durchgeführte Bandscheiben-Operation sei der GdB auf Dauer mit 20 einzuschätzen und es sei davon auszugehen, dass der Kläger nach abgeschlossener Rehabilitationsmaßnahme ohne erhebliche Schwierigkeiten und ohne Gefahr für sich und andere eine übliche Wegstrecke im Ortsverkehr von zwei Kilometern in einer halben Stunde zu Fuß zurücklegen könne.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 09.11.2006 und den Bescheid vom 24.07.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.05.2003 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, die Voraussetzungen für das Merkzeichen G ab 28.05.2002 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach der aktuellen Befundlage sei der Gesamt-GdB von 60 nicht mehr zu begründen. Laut des aktuellen Befundberichts des Prof. Dr. Sch. vom 14.04.2008 sei die Schwäche in den Beinen nicht mehr nachweisbar. Eine kurzzeitige Verschlechterung sei zwar im Oktober/November 2006 eingetreten, ohne dass sich dafür ein organisches Korrelat habe finden lassen. Aktuell bedinge die Funktionsminderung der Wirbelsäule einen Teil-GdB von 10. Die geringfügige Schwäche im rechten Arm, die nach einem Schlaganfall verblieben sei, werde mit einem Teil-GdB von 30 großzügig bewertet. Aus der Arztauskunft des Dr. Sp. vom 21.04.2008 werde ersichtlich, dass an den unteren Extremitäten keine neurologischen Defizite infolge des Wirbelsäulensyndroms und des Schlaganfalls mehr bestünden und die Gonarthrose sowie die Hüftgelenksbeschwerden mit freier Beweglichkeit keinen zusätzlichen Teil-GdB bedingten. Die mäßigen Bewegungseinschränkungen des rechten oberen Sprunggelenks könnten mit einem Teil-GdB von 10 bewertet werden.

Der Senat hat die beim SG in Angelegenheiten der Arbeitsförderung und der Rentenversicherung angefallenen Klageakten beigezogen. Die Akte S 2 RJ 1522/00 enthält die Gutachten des Prof. Dr. H., Chefarzt der Orthopädischen Abteilung der Fachkliniken H., vom 03.11.2000 (geringfügiges lokales unteres HWS-Syndrom ohne wesentliche Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Symptomatik, mäßiges Thorakolumbalsyndrom mit reaktiven muskulären Dysfunktionen und mäßiger konzentrischer Bewegungseinschränkung ohne radikuläre Störung, intermittierende linksseitige Coxalgie ohne Funktionsbeeinträchtigung) und des Dr. I., Chefarzt der Neurologischen Abteilung der Fachkliniken H., vom 11.12.2000 (Zustand nach Operation eines Bandscheibenvorfalles in Höhe Th 8/9 mit allenfalls ganz diskreter L5-Restsymptomatik rechts, Zustand nach Hemisymptomatik rechts ohne sicher nachweisbare Restsymptomatik, Verdacht auf Somatisierungsstörung).

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:

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

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung der Voraussetzungen für das Merkzeichen G.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Beurteilung des GdB und die Voraussetzungen von Merkzeichen sind die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) 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 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](#)).

Nach [§ 145 Abs. 1 SGB IX](#) werden schwerbehinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos oder gehörlos sind, von Unternehmern, die öffentlichen Personenverkehr betreiben, gegen Vorzeigen eines entsprechend gekennzeichneten Ausweises nach [§ 69 Abs. 5 SGB IX](#) im Nahverkehr im Sinne des [§ 147 Abs. 1 SGB IX](#) unentgeltlich befördert.

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](#)). Menschen sind schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt ([§ 2 Abs. 2 SGB IX](#)).

Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 Sätze 3 und 6 SGB IX](#)).

Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei ist die seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte

Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) 2008" (AHP) getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG vom 10.12.2008 - [BGBl. I S. 2412](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) anzuwenden. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 17 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind. Eine inhaltliche Änderung der bisher angewandten Grundsätze und Kriterien ist hiermit - von wenigen hier nicht einschlägigen Ausnahmen abgesehen - nicht verbunden. Vielmehr wurde an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft. In den VG ist ebenso wie in den AHP (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

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 (VG Teil A Nr. 3 a). 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 15.03.1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [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 (VG Teil A Nr. 3 c). 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 (VG Teil A Nr. 3 d ee).

In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist gemäß [§ 146 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#), wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit) nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

Auch bei der Frage, ob eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr vorliegt, orientiert sich der Senat an den Bewertungsmaßstäben der VG.

Als Wegstrecken, welche im Ortsverkehr - ohne Berücksichtigung von geographischen Besonderheiten im Einzelfall - üblicherweise noch zurückgelegt werden, gelten solche von maximal zwei Kilometern bei einer Gehdauer von etwa 30 Minuten (VG Teil D Nr. 1 b Satz 2 und 3, Seite 114). Eine derartige Einschränkung des Gehvermögens kann angenommen werden, wenn auf die Gehfähigkeit sich auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB um wenigstens 50 bedingen (VG Teil D Nr. 1 d Satz 1, Seite 114). Darüber hinaus können die Voraussetzungen bei einem GdB von unter 50 auch gegeben sein, wenn sich diese Behinderungen an den unteren Gliedmaßen auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, zum Beispiel bei einer Versteifung des Hüft-, Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung oder arteriellen Verschlusskrankheiten mit einem GdB von 40 (VG Teil D Nr. 1 d Satz 2, Seite 114).

Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an (VG Teil D Nr. 1 d Satz 3, Seite 114). Dementsprechend ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3 (VG Teil D Nr. 1 d Satz 4, Seite 114 i. V. m. VG Teil B Nr. 9.1.1, Seite 46) und bei Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades (VG Teil D Nr. 1 d Satz 4, Seite 114 i. V. m. VG Teil B Nr. 8.3, Seite 44) anzunehmen. Auch bei anderen inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, zum Beispiel chronische Niereninsuffizienz mit ausgeprägter Anämie, sind die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen (VG Teil D Nr. 1 d Satz 5, Seite 114 i. V. m. VG Teil B Nr. 12.1.3, Seite 64).

Bei himorganischen Anfällen ist die Beurteilung von der Art und Häufigkeit der Anfälle sowie von der Tageszeit des Auftretens abhängig. Im Allgemeinen ist auf eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit erst ab einer mittleren Anfallshäufigkeit zu schließen, wenn die Anfälle überwiegend am Tage auftreten (VG Teil D Nr. 1 e Satz 1 und 2, Seite 114 i. V. m. VG Teil B Nr. 3.1.2, Seite 22). Analoges gilt beim Diabetes mellitus mit häufigen hypoglykämischen Schocks (VG Teil D Nr. 1 e Satz 3, Seite 114 i. V. m. VG Teil B Nr. 15, S. 73).

Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderungen mit einem GdB von wenigstens 70, bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60 bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (zum Beispiel hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung) anzunehmen. Bei Hörbehinderungen ist die Annahme solcher Störungen nur bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Kindesalter (in der Regel bis zum 16. Lebensjahr - Beendigung der Gehörlosenschule) oder im Erwachsenenalter bei diesen Hörstörungen in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (zum Beispiel Sehbehinderung, geistige Behinderung) gerechtfertigt (VG Teil D Nr. 1 f Satz 1 und 2, Seite 114).

Bei geistig Behinderten sind entsprechende Störungen der Orientierungsfähigkeit vorauszusetzen, wenn sich die Behinderten im Straßenverkehr auf Wegen, die sie nicht täglich benutzen, nur schwer zurechtfinden können. Unter diesen Umständen ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit bei geistigen Behinderungen mit einem GdB von 100 immer und mit einem GdB von 80 oder 90 in

den meisten Fällen zu bejahen. Bei einem GdB unter 80 kommt eine solche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit nur in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht (VG Teil D Nr. 1 f Satz 3 bis 5, Seite 115).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze steht nicht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger nicht in der Lage war und ist, eine Wegstrecke von zwei Kilometern bei einer Gehdauer von etwa einer halben Stunde zurückzulegen. Zwar hat der Kläger im Juni 1997 ausweislich der Entlassberichte der Neurologischen Klinik der Eberhard-Karls-Universität T. vom 04.07.1997 und der Kliniken Sch. / Neurologisches Fach- und Rehabilitationskrankenhaus in G. vom 09.09.1997 einen Bandscheibenvorfall BWK 8/9 und einen Insult im Gyrus praecentralis links erlitten. Dies hat aber nicht zu einer wesentlichen dauerhaften Beeinträchtigung der Gehfähigkeit des Klägers geführt. Dabei stützt sich der Senat vor allem auf die vom SG im Rechtsstreit S 2 RJ 1522/00 erhobenen Gutachten von Prof. Dr. H. vom 03.11.2000 und Dr. I. vom 11.12.2000. Die Gutachter haben im Wesentlichen auf orthopädischem Fachgebiet ein geringfügiges lokales unteres HWS-Syndrom ohne wesentliche Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Symptomatik, ein mäßiges Thorakolumbalsyndrom mit reaktiven muskulären Dysfunktionen und mäßiger konzentrischer Bewegungseinschränkung ohne radikuläre Störung und eine intermittierende linksseitige Coxalgie ohne Funktionsbeeinträchtigung sowie auf neurologischem Fachgebiet einen Zustand nach Operation eines Bandscheibenvorfalls in Höhe Th 8/9, eine allenfalls ganz diskrete L5-Restsymptomatik rechts und einen Zustand nach Hemisymptomatik rechts ohne sicher nachweisbare Restsymptomatik beschrieben. Sie haben den Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für vollschichtig einsatzfähig erachtet und hinsichtlich der Gehfähigkeit des Klägers keine Einschränkungen gesehen. Insbesondere zeigte sich das Gangbild sicher und flott und ein Hinken war nicht zu beobachten. Auch hat keine muskuläre Schwäche vorgelegen und der Abrollvorgang war regelrecht. Ferner war der Lokalbefund der unteren Extremitäten im Wesentlichen ohne Befund. Mithin lagen zum damaligen Zeitpunkt keine die Feststellung der Voraussetzungen für das Merkzeichen G berechtigenden Gehstörungen vor.

Eine dauerhafte Verschlechterung der Gehfähigkeit des Klägers in dem Maße, dass er nicht mehr in der Lage wäre, zwei Kilometer innerhalb einer halben Stunde zurückzulegen, ist seither nicht eingetreten. So ergeben sich aus dem Entlassbrief des Zentrums für Psychiatrie C. vom 03.01.2003 im Bereich der unteren Extremitäten keine Paresen und ein "sicher möglicher" Seiltänzergang und Einbeinstand. Eine dauerhafte Gehbeeinträchtigung ergibt sich auch nicht aus der im Juni 2004 stattgehabten Fraktur des rechten Sprunggelenks. Denn nach dem Entlassbrief der Chirurgischen Abteilung der Klinik A. vom 03.08.2004 gestaltete sich der postoperative Verlauf komplikationslos und nach dem Entlassungsbericht der Rheintal-Astoria-Privatklinik Bad K. vom 02.03.2005 ist der Kläger für fähig erachtet worden, mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig und vor allem bewegungsvariabel - sogar bei einer Arbeitshaltung überwiegend im Gehen - zu verrichten. Die Kurärzte haben zwar eine diskrete motorische Abschwächung und Hypästhesie im Bereich der rechten Körperhälfte gesehen, aber die Hüft-, Knie- und Fußgelenke allseits als frei beweglich und lediglich eine endgradige Bewegungseinschränkung des rechten oberen Sprunggelenks beschrieben. Auch ist im Entlassbrief der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses C. vom 14.04.2005 eine beschwerdefreie Mobilisation unter Vollbelastung mitgeteilt worden. Ferner ist Dr. H. in seiner Zeugenaukunft vom 08.06.2006 von einem belastungsstabilen Zustand ausgegangen. Im Übrigen geht der Senat davon aus, dass es sich bei der in den Entlassbriefen der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T. vom 27.10.2006 und der Neurologie des Klinikums N. vom 12.12.2006 beschriebenen Querschnitt-Symptomatik ebenfalls nicht um einen die Gehfähigkeit beeinträchtigenden Dauerzustand handelte. Da ausweislich der Arztauskunft des Prof. Dr. Sch. vom 14.04.2008 eine eindeutige Ursache nicht hat objektiviert werden können, ist eine psychogene Überlagerung beziehungsweise dissoziative Störung vermutet worden. Dies korreliert mit dem bereits von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie R. geäußerten Verdacht auf eine psychogene Störung, dem von Dr. E. geäußerten Verdacht auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung und dem von Dr. I. geäußerten Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Dabei wird auch darauf hingewiesen, dass Prof. Dr. G. in seiner Arztauskunft vom 27.06.2008 keinen Anhaltspunkt für eine wesentliche bleibende Schädigung gesehen hat, die zu einer Beeinträchtigung der Gehfähigkeit führt. Ferner ergeben sich aus den Arztbriefen des Dr. Sp. keine Befunde, die eine wesentliche Gehbeeinträchtigung des Klägers rechtfertigen. So hat er unter dem 21.08.2006 eine frei bewegliche Hüfte und nur eine leichte Coxarthrose, unter dem 20.01.2007 nur eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Kniegelenks und unter dem 03.04.2007 frei bewegliche Hüftgelenke beschrieben. Auch ergeben sich aus den Entlassbriefen der Klinik für Chirurgie des Kreiskrankenhauses C. vom 15.02.2007 und 06.03.2007 keine Komplikationen im Zusammenhang mit der durchgeführten Arthroskopie des rechten Kniegelenks. Die vom Kläger ausweislich der Arztbriefe des Dr. J. vom 26.06.2007 und 03.03.2008 geklagte/n Verschlimmerung der Hemihypästhesie sowie Kopfschmerzen sind nach Ansicht des Senats nicht ausreichend objektiv belegt. Ferner haben die im Entlassbericht der Klinik für Chirurgie des Kreiskrankenhauses C. vom 25.02.2008 beschriebenen Prellungen und Frakturen keine dauerhaften Einschränkungen hinterlassen. Schließlich ergibt sich auch aus den überzeugenden Ausführungen des Dr. B. in seiner Arztauskunft vom 22.01.2010, dass der Kläger nach abgeschlossener Rehabilitationsmaßnahme ohne erhebliche Schwierigkeiten und ohne Gefahr für sich und andere eine übliche Wegstrecke im Ortsverkehr von zwei Kilometern in einer halben Stunde zu Fuß zurücklegen kann. Von einer dauerhaften, die Voraussetzungen des Merkzeichens G erfüllenden Gehbeeinträchtigung ist mithin nicht auszugehen.

Nach Überzeugung des Senats bestanden und bestehen auch keine auf die Gehfähigkeit sich auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen. So hat die Ärztin O. in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.09.2005 zutreffend in Bezug auf die unteren Gliedmaßen und die Lendenwirbelsäule als Funktionsbeeinträchtigungen lediglich eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einen operierten Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen und ein chronisches Schmerzsyndrom mit einem Teil-GdB 30 berücksichtigt. Der Senat hat keine Anhaltspunkte, von einer seither eingetretenen Erhöhung des Teil-GdB für die unteren Gliedmaßen und die Lendenwirbelsäule auszugehen. Es liegt ausweislich des Arztbriefs des Dr. Sp. vom 21.08.2006 keine GdB-relevante Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke vor. Allenfalls könnte nach den VG Teil B Nr. 18.14, Seite 100 zusätzlich die Chondromalazie im rechten Kniegelenk, da keine dauerhafte Bewegungseinschränkung vorliegt und die Arthroskopie komplikationslos verlaufen ist, mit einem Teil-GdB von 10 berücksichtigt werden. Die zwischenzeitlich erlittene Fraktur des rechten Sprunggelenks ist folgenlos verheilt und daher ebenfalls nicht GdB-relevant.

Auch wirken sich nach Überzeugung des Senats die Behinderungen an den unteren Gliedmaßen nicht besonders auf die Gehfähigkeit aus und liegen keine die Gehfähigkeit beeinträchtigende innere Leiden, himorganische Anfälle oder Störungen der Orientierungsfähigkeit wegen erheblicher Seh-, Hör- oder geistigen Behinderungen vor.

Nach alledem hat der Kläger keinen Anspruch auf die Feststellung der Voraussetzungen des Merkzeichens G.

Die Berufung war daher 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

2010-06-02