

L 3 SB 4375/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3

1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 9 SB 3234/07
Datum
21.07.2009

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 4375/09
Datum
14.12.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21. Juli 2009 wird zurückgewiesen.

Die Klage gegen den Bescheid vom 10. September 2009 wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht in Streit, ob die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem höheren Grad der Behinderung (GdB) festzustellen sind, als sie es zuletzt waren, wobei der Kläger die Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch begehrt.

Bei dem am 25.03.1948 geborenen Kläger hat das Landratsamt O.kreis - Integration und Versorgung - (VA) mit Bescheid vom 29.03.2005 einen GdB von 20 seit dem 25.11.2004 festgestellt. Es hat hierbei, entsprechend einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Z. vom 19.03.2005, eine "Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks, Knorpelschäden am rechten Kniegelenk" mit einem Einzel-GdB von 20 und "degenerative Veränderungen der Wirbelsäule" mit einem Einzel-GdB von 10 berücksichtigt. Dr. Z. hat in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme zuvor einen vom VA bei Dr. B. beigezogenen Befundbericht ausgewertet, in dem diese mitgeteilt hatte, beim Kläger bestehe eine Spondylosis deformans der BWS, eine fortgeschrittene medial betonte Pangonarthrose rechts mit Streckdefizit und Innenbandinsuffizienz mit einer deutlichen Gehbeeinträchtigung sowie eine unter antihypertensiver Therapie weitgehend kompensierte Bluthochdruckerkrankung.

Am 04.12.2006 beantragte der Kläger die Erhöhung des GdB wegen einer Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen und neu aufgetretener Gesundheitsstörungen. Er gab hierzu an, an Rückenbeschwerden, einem Verschleiß der Wirbelsäule, beidseitigen Hüftgelenksbeschwerden mit Pelzigkeitsgefühlen in den Oberschenkeln, erhöhten Blut-fettwerten, Diabetes mit Übelkeitsattacken, Arthrose beider Kniegelenke, einer Meniskus-erkrankung, einem chronischen Tennisarm des linken Ellenbogens, Prostatabeschwerden und einer koronaren Herzkrankheit mit zweimaliger Stentversorgung zu leiden. Der Kläger legte hierzu an Dr. B. gerichtete Arztbriefe vor. Das VA führte diese einer versorgungsärztlichen Überprüfung durch Dr. Z. zu, der unter dem 17.12.2006 als weitere Funktionsbeeinträchtigung eine "koronare Herzkrankheit, Stentimplantation, Bluthochdruck" mit einem Einzel-GdB von 20 bewertete und einen GdB von 30 vorschlug.

Mit Bescheid vom 17.01.2007 stellte das VA sodann den GdB des Klägers seit dem 04.12.2006 mit 30 fest. Zur Begründung führte es aus, der Bescheid vom 29.03.2005 werde gemäß § 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) aufgehoben. Die beim Kläger bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen seien mit einem GdB von 30 angemessen und ausreichend bewertet. Es berücksichtigte hierbei eine "Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks, Knorpelschäden am rechten Kniegelenk", "degenerative Veränderungen der Wirbelsäule" und "koronare Herzkrankheit, Stentimplantation, Bluthochdruck" als Funktionsbeeinträchtigungen. Die vom Kläger ferner geltend gemachte Fettstoffwechselstörung bedinge keine Funktions-beeinträchtigung, die einen Einzel-GdB von wenigstens 10 begründe. Die darüber hinaus geltend gemachten Gesundheitsstörungen (Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks, Erkrankung der Prostata, Diabetes mellitus, Funktionsbehinderung des Hüftgelenks) hätten nicht nachgewiesen werden können.

Hiergegen erhob der Kläger am 12.02.2007 Widerspruch, zu dessen Begründung er vorbrachte, das VA habe vor seiner Entscheidung die ihn behandelnden Ärzte nicht befragt. Der ihn behandelnde Facharzt für Orthopädie habe anlässlich der letzten Konsultation dazu angeraten,

ein künstliches Kniegelenk implantieren zu lassen. Allein hieraus werde ersichtlich, dass bei ihm schwere Erkrankungen vorlägen.

Das VA forderte daraufhin bei Dr. B. einen Befundbericht an, in dem diese angab, beim Kläger ein chronisches LWS-Syndrom bei Chondrose L4/5, eine kräftige Facettengelenksarthrose im Bereich L4/5 und L5/S1, rezidivierende L5- und ISG-Blockierungen, beidseitige Gonarthrose, rechts mediabetont mit medial weit aufgehobenem Gelenkspalt, Epicondylitis links mit erheblicher Therapieresistenz, eine Dreifäßerkrankung bei Zustand nach zweimaliger Stentimplantation, arterielle Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, Diabetes mellitus, ein metabolisches Syndrom, Miktionsstörungen bei Prostatahypertrophie diagnostiziert zu haben. Vor allem bestehe beim Kläger, so Dr. B., seit der Herzerkrankung eine signifikant eingeschränkte psychische und physische Belastbarkeit mit der Neigung zu psychovegetativen Erschöpfungszuständen mit depressiver Stimmung. Das VA führte den Befundbericht einer versorgungsärztlichen Überprüfung durch die Versorgungsärztin P. zu, die unter dem 16.07.2007 als weitere Funktionsbeeinträchtigungen eine "Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks", "Diabetes mellitus" und eine "Prostatavergrößerung" annahm, die sie jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 bewertete. Insgesamt schätzte Fr. P. den GdB unverändert auf 30 ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.08.2007 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Zur Begründung seiner Entscheidung führte er an, die vorgenommene Erhöhung des GdB auf 30 gebe das Ausmaß der gegenüber den mit Bescheid vom 29.03.2005 festgestellten Verschlechterungen im Gesundheitszustand zutreffend wieder. Eine weitere Erhöhung des GdB lasse sich nicht begründen. Bei den zusätzlich berücksichtigten Funktionsbehinderungen handele es sich um leichte Störungen, die eine weitergehende Erhöhung des GdB nicht rechtfertigten. Ein GdB von 70, wie vom behandelnden Arzt vorgeschlagen, sei nicht nachvollziehbar. Auch die Schwerbehinderteneigenschaft sei nicht festzustellen, da ein GdB von 50 beispielsweise dann angenommen werden könne, wenn die Auswirkungen der Behinderungen so erheblich seien, wie sie etwa beim Verlust einer Hand, eines Beines im Unterschenkel oder bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule vorlägen. Ein derartiges Ausmaß erreichten die beim Kläger vorliegenden Behinderungen nicht.

Hiergegen hat der Kläger am 24.08.2007 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Zu deren Begründung hat er vorgetragen, er sei durch die bestehenden Herzbeschwerden stark beeinträchtigt. Er leide unter Kurzatmigkeit, Schwindelanfällen und sei gezwungen, blutverdünnende Medikamente einzunehmen. Trotz Einsetzung von Stents sei es bei einer Verengung der Zwischenwand im Herzen mit einer 85-prozentigen proximalen RCA-Stenose verblieben. Darüber hinaus sei es neben den Kniebeschwerden zu weiteren gesundheitlichen Problemen wie Diabetes mellitus und einem Wirbelsäulenleiden gekommen, die ihn erheblich einschränkten. Zur weiteren Begründung hat der Kläger einen Arztbrief von Dr. M., Stationsärztin des O.-Klinikums A. vom 25.07.2006 an Frau Dr. B. vorgelegt. Zuletzt hat der Kläger mitgeteilt, am 31.03.2009 wegen eines Bandscheibenvorfalles operiert worden zu sein. Hierzu hat er einen Arztbrief von Dr. S. an Dr. E. vom 27.01.2009 vorgelegt.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten.

Zur Aufklärung des Sachverhalts hat das SG die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen einvernommen. Dr. G., Arzt für Orthopädie, hat in seiner Stellungnahme vom 13.02.2008 u.a. mitgeteilt, beim Kläger lumbo-schialgieforme Beschwerden bei degenerativen LWS-Veränderungen, beidseitige Gonarthrose sowie den Verdacht auf AVK bei ausgeprägter Arteriosklerose diagnostiziert zu haben. Ein GdB von 40 sei, je nach Ausmaß der geklagten Beschwerden, vertretbar. Dr. B. hat in ihrer Stellungnahme vom 04.03.2008 mitgeteilt, der Kläger befinde sich seit April 1993 bei ihr in Behandlung. Anlässlich eines Belastungs-EKG habe sie signifikante ST-Streckenveränderungen im Hinterwandbereich festgestellt. Im Vordergrund der gesundheitlichen Beschwerden des Klägers stehe momentan eine erhebliche körperliche Behinderung durch die beidseitige Varusgonarthrose (rechts ausgeprägter als links). Ferner bestünden beim Kläger eine Herzkrankheit, arterielle Hypertonie, eine diätetisch eingestellte Diabetes mellitus-Erkrankung, Hyperlipidämie, chronisch rezidivierende Lumbago, eine computertomographisch nachgewiesene Chondrose L4/5 mit kräftigen Facettengelenksarthrosen im Bereich L4/5 und L5/S1, rezidivierenden L5- und ISG-Blockierungen sowie eine schwere Gonarthrose. Hierzu hat Dr. B. ergänzend mitgeteilt, dass anlässlich eines Belastungs-EKG am 26.11.2007 eine Leistung von 125 Watt habe erzielt werden können, wobei der Abbruch nach Ausbelastung erfolgt sei.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG sodann Dr. H., Orthopäde, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Chirotherapie, Naturheilverfahren -Leitender Arzt des Orthopädischen Forschungsinstituts S. - zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. In seinem fachorthopädischen Gutachten vom 24.08.2008 hat Dr. H. beim Kläger eine schmerzhafte Funktionsstörung beider Kniegelenke (rechts mehr als links) bei hochgradiger Kniearthrose rechts und mäßiger Kniearthrose links, eine schmerzhafte Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule bei mäßigen diffusen Verschleißerscheinungen in sämtlichen Segmenten ohne neurologische Begleiterscheinungen und eine deutliche Verschmächigung der Wadenmuskulatur rechts nach Achillessehnteilerreißung rechts diagnostiziert. Der Kniegelenkerkrankung hat Dr. H. einen Einzel-GdB von 40, der Lendenwirbelsäulenerkrankung einen solchen von 20, der Prostatavergrößerung einen Einzel-GdB von 10 und der Gefäß- und koronaren Herzerkrankung einen Einzel-GdB von 30 beigemessen. Unter Berücksichtigung ausschließlich des orthopädischen Krankheitsbildes hat Dr. H. einen GdB von 50, unter Berücksichtigung der zusätzlichen internistischen Leiden einen solchen von 60 angenommen.

Nach Vorlage der ärztlichen Stellungnahmen beim Beklagten hat dieser unter dem 15.12.2008 ein Vergleichsangebot unterbreitet, den GdB des Klägers ab dem 04.12.2006 mit 40 festzustellen. Zur Begründung hat er eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. M. vom 05.12.2008 vorgelegt, in der dieser die Funktionsbehinderung beider Kniegelenke mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet und die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen im bereits festgestellten Umfang berücksichtigt hat. Der Kläger ist dem Vergleichsangebot des Beklagten nicht beigetreten.

Mit Urteil vom 21.07.2009 hat das SG den Bescheid des VA vom 17.01.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2007 abgeändert und den Beklagten verurteilt, den GdB des Klägers ab dem 04.12.2006 mit 40 festzustellen, im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung seiner Entscheidung hat das SG ausgeführt, dass die beim Kläger bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 40 angemessen und ausreichend bewertet seien. Es hat hierbei der Funktionsstörung der Kniegelenke einen Einzel-GdB von 30 beigemessen und hierzu ausgeführt, dass die Bewertung der Gesundheitsstörung nicht anhand einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung erfolgen könne, vielmehr ausgehend von den ermittelten Bewegungsmaßen, die lediglich eine geringgradige Einschränkung widerspiegeln und den bestehenden Belastungsproblemen ein GdB von 20 anzusetzen sei, der, da der Kläger infolge seiner Arthrose auch

an Schlafstörungen leide, auf 30 zu erhöhen sei. Die Funktionsbeeinträchtigung der Lendenwirbelsäule sei lediglich geringgradig ausgeprägt, sodass nicht, wie von Dr. H. angenommen, ein Einzel-GdB von 20, sondern nur ein solcher von 10 zu berücksichtigen sei. Die koronare Herzerkrankung und die arterielle Hypertonie seien mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Eine höhergradige Berücksichtigung sei lediglich in Fällen möglich, in denen eine Leistungsbeeinträchtigung bereits bei mittelschwerer Belastung aufträte. Sei eine Ergometerbelastung mit 75 Watt über wenigstens zwei Minuten möglich, sei ein GdB von 20 bis 40 gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung der letzten Ergometeruntersuchung, nach der der Kläger bis zu 125 Watt über zwei Minuten ohne wesentliche Beschwerden belastbar gewesen sei, sei unter Berücksichtigung der (leichten) Hypertonie ein Einzel-GdB von 20 gerechtfertigt. Auch insoweit könne dem gerichtlichen Sachverständigen Dr. H. nicht gefolgt werden. Die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers, eine Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, eine Fettstoffwechselkrankheit sowie die Prostatahypertrophie seien lediglich geringgradig ausgeprägt und jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten.

Mit Bescheid vom 10.09.2009 hat das VA in Ausführung des Urteils des SG den GdB des Klägers seit 04.12.2006 mit 40 festgestellt.

Gegen das am 02.09.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 24.09.2009 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung bringt der Kläger vor, die bei ihm bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen der Kniegelenke seien als mittelgradig zu bewerten. Ihm sei am 25.06.2009 im Klinikum R. eine TEP-Prothese implantiert worden. Anschließend habe er eine Rehabilitation im Rheumazentrum R. durchlaufen. Er sei unverändert in seiner Beweglichkeit und seiner Belastbarkeit stark eingeschränkt. Längeres Gehen, Treppensteigen, schweres Heben, sowie Tragen sei ihm nicht mehr möglich. Im Besonderen nachts leide er unter Druckempfindlichkeiten und starken Schmerzen, die in die Wade ausstrahlten. Die bei ihm bestehende Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule sei als mittelgradig einzustufen und mit einem Einzel-GdB von 20 anzusetzen. Überdies habe er einen weiteren Bandscheibenvorfall erlitten, weswegen er in stationärer klinischer Behandlung gewesen sei. Dort sei eine Spinalkanalstenose sowie ein Bandscheibenvorfall am Wirbelsäulensegment L4/L5 diagnostiziert worden. Weiterhin bestünden eine koronare Herzerkrankung, die so schwer sei, dass ihm zwei Stents hätten implantiert werden müssen, sowie eine arterielle Hypertonie. Schließlich sei er infolge einer Blasenentleerungsstörung gezwungen, nachts zwischen vier- und fünf Mal Wasser lassen zu müssen. Dies führe zu erheblichen Schlafstörungen. Zur weiteren Begründung hat der Kläger den Abschlussbericht der in der Zeit vom 08. - 29.07.2009 im Rheumazentrum R. durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme vom 10.08.2009 vorgelegt. Zuletzt hat der Kläger vorgetragen, bei ihm bestünden zwischenzeitlich auch massive Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks. Hierzu hat er einen Arztbrief der W. Kliniken an die behandelnde Ärztin Dr. B. vom 11.11.2010 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21. Juli 2009 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 17. Januar 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. August 2007 sowie unter Abänderung des Bescheids vom 10. September 2009 zu verurteilen, die bei ihm bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 seit dem 04. Dezember 2006 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 10. September 2009 abzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrages bringt der Beklagte vor, dass eine Änderung der Bewertung des GdB durch die vorgelegten Unterlagen nicht bedingt sei. Ergänzend hat der Beklagte versorgungsärztliche Stellungnahmen von Dr. U. vom 04.02.2010, Dr. F. vom 19.07.2010, sowie Dr. L. vom 17.01.2011 und vom 17.10.2011 vorgelegt.

Zur Aufklärung des Sachverhalts hat der Senat den ärztlichen Entlassungsbericht vom 18.05.2010 über die vom 26.03. bis 16.04.2010 in der K.-Klinik, Bad I., durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme beigezogen. Anlässlich des dortigen Aufenthalts wurde beim Kläger eine chronische Seitenbandinstabilität bei liegender Knie-TEP rechts (Implantation 25.06.2009), ein Z.n. Knie-TEP-Wechsel mit Gelenkrevison am 10.03.2010, ein Z.n. Operation Spinalstenose und Bandscheibenvorfall L4/5 rechts am 31.03.2009 sowie eine chronische ischämische Herzkrankheit, Z.n. zweimaliger Stent-Operation 2006 diagnostiziert. Der Senat hat ferner die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen einvernommen. Dr. T. -Chefarzt der Klinik für Rheumaorthopädie und Handchirurgie am Rheumazentrum R., W. Kliniken- hat in seiner Stellungnahme vom 03.09.2010 mitgeteilt, Bewegungsmaße der Kniegelenke in der Dimension Extension/Flexion jeweils im Umfang 0-10-120 ° befundet zu haben. Anlässlich der letzten Untersuchung am 23.06.2010 habe der Kläger noch über mäßig bestehende belastungsabhängige Beschwerden bei einer deutlichen Besserung der Beschwerdesymptomatik berichtet. Es habe ein weitgehend flüssiges Gangbild ohne Stockstützen bestanden. Der Facharzt für Urologie Ü. hat in seiner Stellungnahme vom 13.04.2011 mitgeteilt, beim Kläger eine Prostatahyperplasie II sowie den Verdacht auf ein Prostatakarzinom diagnostiziert zu haben. Es bestehe eine mittelgradige Blasenentleerungsstörung mit einer Restharnbildung von ca. 100 ml, die unter medikamentöser Behandlung auf ca. 10 ml zurückgegangen sei. Dr. X. hat in seiner Stellungnahme vom 15.03.2011 mitgeteilt, er habe anlässlich der Untersuchung des Klägers am 10.07.2006 eine Vergrößerung der Prostata mit einem Volumen von 40 cm³ festgestellt. Beim Kläger bestehe eine Prostatahypertrophie mittleren Grades mit einer ausgeprägten Blasenentleerungsstörung bei mäßiggradiger Symptomatik und einer Restharnbildung von 50 bis 100 ml. Dr. B. hat in ihrer Stellungnahme vom 26.07.2011 mitgeteilt, beim Kläger einen Z.n. Knie-TEP rechts sowie nach Knie-TEP rechts-Wechsel mit einer trotz konsequenter Physiotherapie und Eigenübungen weiterhin mittelgradigen Ausprägung der Erkrankung diagnostiziert zu haben. Ferner bestehe beim Kläger ein Z.n. Spinalstenose-Operation und Bandscheibenvorfall L4/5 bei noch mäßiggradigen Einschränkungen sowie eine fortgeschrittene Varusgonarthrose links. Schließlich bestehe eine signifikante therapieresistente stärkergradige Pollakisurie und Nykturie bei Prostatahypertrophie mit Blasenentleerungsstörung.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die Schwerbehindertenakte des Klägers, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 14.12.2011 wurden, sowie die Niederschrift der mündlichen Verhandlung vom 14.12.2011 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#)) Berufung ist zulässig; sie ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden.

Der Senat entscheidet hierbei über den Bescheid vom 10.09.2009, der gemäß [§§ 153 Abs. 1, 96 Abs.1 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens geworden ist, auf Klage hin (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 30.01.1963 - [2 RU 35/60](#) -, Urteil vom 25.02.2010 - [B 13 R 61/09 R](#) - jew. veröffentlicht in juris; Urteil des erkennenden Senats vom 19.01.2011 - [L 3 SB 3158/09](#) -, Urteil vom 23.03.2011 - [L 3 SB 5622/09](#) - jew. n.v.; Leitherer in M.-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl., § 96, Rn. 7).

Die Berufung und die Klage sind jedoch unbegründet. Die Entscheidung des SG, den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 17.01.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2007 dazu zu verpflichten, den GdB des Klägers ab dem 04.12.2006 mit 40 festzustellen und die darüber hinaus gehende Klage abzuweisen, ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid vom 10.09.2009, der in Ausführung des angefochtenen Urteils ergangen ist, ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Der wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers ist durch die Feststellung eines GdB von 40 ausreichend und angemessen Rechnung getragen. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass die bei ihm vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von mindestens 50 festzustellen sind.

Anspruchsgrundlage für die geltend gemachte Neufeststellung des GdB des Klägers ist [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 69](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX). Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist im gegebenen Zusammenhang im Hinblick auf die Feststellung des GdB anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung des Behinderungszustandes eine Herabsetzung oder Erhöhung des festgestellten (Gesamt-) GdB um wenigstens 10 ergibt bzw. die gesundheitlichen Voraussetzungen eines Nachteilsausgleichs nicht mehr vorliegen (u.a. BSG, Urteil vom 22.10.1986 - [9a RVs 55/85](#) - veröffentlicht in juris). Die Änderung der Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigungen oder das Hinzutreten weiterer Funktionsbeeinträchtigungen ohne Auswirkung auf den GdB stellen hingegen keine wesentliche Änderung in diesem Sinne dar (BSG, Urteil vom 24.06.1998 - [B 9 SB 18/97 R](#) - veröffentlicht in juris). Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, ist durch einen Vergleich der gegenwärtigen - d.h. den Verhältnissen zum Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung - mit dem verbindlich festgestellten objektiven Behinderungszustand zum Zeitpunkt des Erlasses des zuletzt bindend gewordenen Bescheides zu ermitteln. Bei einer derartigen Neufeststellung handelt es sich nicht um eine reine Hochrechnung des im letzten maßgeblichen Bescheid festgestellten GdB, sondern um dessen Neuermittlung unter Berücksichtigung der gegenseitigen Beeinflussung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19.09.2000 - [B 9 SB 3/00 R](#) - veröffentlicht in juris).

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die zur Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest, für den die im Rahmen des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz festgelegten Maßstäbe entsprechend gelten ([§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)). Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) 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. 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. Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) werden die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist hierbei nur dann zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 Satz 6 SGB IX](#)).

Bei der konkreten Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen sind die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (AHP; die Seitenangabe ist jeweils nach der Publikation des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen Printexemplars zitiert) herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in der jeweils gültigen Fassung (zuletzt 2008) heranzuziehen. In den AHP ist der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderung wiedergegeben. Die AHP ermöglichen somit eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB. Auch das BSG betont die Bedeutung der AHP und beschreibt sie als "einleuchtendes, abgewogenes und geschlossenes Beurteilungsgefüge" (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - veröffentlicht in juris). Sie sind für die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit zwar nicht rechtsverbindlich, sie tragen als "antizipierte Sachverständigengutachten" jedoch der Notwendigkeit Rechnung, Gesundheitsstörungen gleichmäßig zu bewerten. Angesichts dieser Bedeutung, wie aus Gründen der Gleichbehandlung aller behinderten Menschen folgt der Senat den Bewertungsvorgaben der AHP. Dies gilt insb. auch, als über die jeweiligen Neuauflagen der AHP die jeweils neuesten Erkenntnisse und Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft über die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen in die AHP eingeflossen sind (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 16.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - veröffentlicht in juris). Ab dem 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP der Teil B der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG; die Seitenangabe ist jeweils nach der Publikation des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen Printexemplars zitiert) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung [VersMedV]) getreten. 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. Eine inhaltliche Änderung der bisher angewandten Grundsätze und Kriterien erfolgte hierdurch nicht. Die VG haben vielmehr die AHP - jedenfalls soweit vorliegend relevant - übernommen und damit gewährleistet, dass gegenüber dem bisherigen Feststellungsverfahren keine Schlechterstellung möglich ist.

In Anwendung dieser Maßstäbe ist der Senat der Überzeugung, dass eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand des Klägers im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nur insoweit eingetreten ist, als die bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 40 zu bewerten sind, eine weitergehende Veränderung jedoch nicht eingetreten ist.

Gegenüber der ursprünglichen Feststellung der beim Kläger vorliegenden Funktions-beeinträchtigungen im Bescheid vom 29.03.2005 ist eine Verschlimmerung der Kniege-lenkserkrankung eingetreten. Beim Kläger besteht nach dem Ärztlichen Entlassungsbericht der K.-Klinik vom 18.05.2001 ein Zustand nach Knie-TEP-Wechsel rechts (3/2010) mit chronischer Seitenbandinstabilität. Die GdB-Bewertung dieser Gesundheitsstörung erfolgt nach Ziff. 18.12 (S. 108 f) der VG bzw. Ziff. 26.18 (S.118) der AHP. Danach war bei einer endoprothetischen Versorgung der Gelenke der GdB-Grad abhängig von der verbleibenden Bewegungs-einschränkung und Belastbarkeit zu bestimmen. Bei

einer einseitigen Versorgung des Kniegelenks ist jedenfalls mindestens ein Einzel-GdB von 30 angemessen. Auch im Übrigen bestimmte sich die GdB-Bewertung für Funktionsbeeinträchtigungen der Kniegelenke nach Ziff. 18.14 (S. 117) der VG bzw. Ziff. 26.18 (S. 126) der AHP primär nach dem Ausmaß der bestehenden Bewegungseinschränkungen. Bewegungseinschränkungen geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-0-90 °) sind bei einseitigem Vorliegen mit einem Einzel-GdB von 0 - 10, bei beidseitigem Vorliegen mit einem solchen von 10 - 20 zu berücksichtigen. Solche mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-10-90 °) sind bei einseitigem Vorliegen mit einem Einzel-GdB von 20, bei beidseitigem Vorliegen mit einem Einzel-GdB von 40 und solche stärkeren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-30-90 °) bei einseitigem Vorliegen mit einem Einzel-GdB von 30, bei beidseitigem Vorliegen mit einem solchen von 50 zu bewerten. Lockerungen des Kniebandapparates sind, wenn sie muskulär kompensierbar sind mit einem Einzel-GdB von 10, soweit sie nur unvollständig kompensierbar sind und eine Gangunsicherheit besteht mit einem solchen von 20 und bei der Notwendigkeit der Versorgung mit einem Stützapparat abhängig von der Achsenfehlstellung mit einem Einzel-GdB von 30-50 zu bewerten. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalazia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen sind ohne begleitende Bewegungseinschränkungen mit einem Einzel-GdB von 10 - 30 und bei einhergehenden Bewegungseinschränkungen mit einem solchen von 20 - 40 zu bewerten. Die Vorgaben der VG haben sich jedoch ab dem 17.12.2010 durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung (3.VMG-ÄndVO) vom 17.12.2010 ([BGBl. I S.2124](#)) verändert. Ab dem In-Kraft-treten der Änderung am 18.12.2010 (vgl. Art. 2 der 3.VMG-ÄndVO) ist bei einer einseitigen Totalendoprothese des Kniegelenks im Falle eines bestmöglichen Versorgungsergebnisses nur noch ein Mindest-GdB von 20 anzusetzen. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität, die insb. durch Beweglichkeits- und Belastungseinschränkungen, Nervenschädigungen, deutliche Muskelminderungen und ausgeprägte Narbenbildung beeinträchtigt sein kann, ist ein höherer Wert angemessen. Zwar ist die Bewegungsfähigkeit des endoprothetisch versorgten Kniegelenks ausweislich des Rehabilitationsentlassungsberichtes der K.-Klinik und der dort bei der Entlassung des Klägers erhobenen Bewegungsmaße von 0-0-90 ° (Dimension Extension/ Flexion) nicht maßgeblich beeinträchtigt - die Bewegungsmaße rechtfertigen bei einer auf die Beweglichkeit begrenzten Betrachtung lediglich einen Einzel-GdB von 0 - 10 -, jedoch besteht beim Kläger auch eine chronische Seitenbandinstabilität, die die Stabilität des Kniegelenks und damit seine Funktionsfähigkeit negativ beeinträchtigt. Unter Berücksichtigung der Seitenbandinstabilität ist daher zur Überzeugung des Senats eine Erhöhung des Mindest-GdB von 20 auf 30 gerechtfertigt. Eine weitergehende Berücksichtigung ist hingegen nicht möglich, da der Kläger bereits im unmittelbaren zeitlich Nachgang zur Revisionsoperation wieder mobilisiert war und das Treppensteigen geübt hat. Mithin kann die Funktionsbeeinträchtigung des rechten Kniegelenks mit einem Einzel-GdB von 30 berücksichtigt werden. Anders als der Kläger zuletzt vorgetragen hat, ist nicht ersichtlich, dass eine nach den oben aufgeführten Kriterien zu berücksichtigende funktionelle Einschränkung des linken Kniegelenks besteht. Die im Rehabilitationsentlassungsbericht dokumentierten Bewegungsmaße des linken Kniegelenks (0-0-135 °) geben keine maßgebliche Einschränkung wieder. Der Vortrag, der Beklagte habe die Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks "völlig außer Acht" gelassen, ist schlechterdings falsch.

Gegenüber den Feststellungen im Bescheid vom 17.03.2005 ist beim Kläger eine Herzerkrankung hinzugetreten. Bei ihm besteht eine chronisch ischämische Herzkrankheit bei z.n. zweimaliger Stentimplantation im Jahr 2006. Gemäß Ziff. 9 (S. 63) der VG bzw. Ziff. 26.09 (S. 71) der AHP ist für die Bemessung des GdB-Wertes für Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem "Herz und Kreislauf" weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die je nach dem vorliegenden Stadium des Leidens bestehende Leistungseinbuße. Auch nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen ist der GdB von der verbleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig (Ziff. 9.1.2 [S.64] der VG bzw. Ziff. 26.9 [S.72] der AHP). Bestehen keine wesentlichen Leistungsbeeinträchtigungen (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z.B. sehr schnelles Gehen [7 - 8 km/h], schwere körperliche Arbeiten), keine Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung, ist ein Einzel-GdB von 0 - 10 anzusetzen. Bei Leistungsbeeinträchtigungen bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5 -6- km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens zwei Minuten) ist ein Einzel-GdB von 20 - 40 anzusetzen. Wie aus dem Arztbrief des Facharztes für Innere Medizin und Nuklearmedizin Dr. D. vom 17.12.2007 an Dr. B. ersichtlich ist, konnte der Kläger anlässlich einer Myokardszintigraphieuntersuchung und der hierbei durchgeführten Ergometrie in zwei Stufen bis zu 125 Watt belastet werden. Erst bei dieser Belastungsstufe sind signifikante ST-Streckenveränderungen im Hinterwandbereich sowie links präkordial aufgetreten. Mithin sind pathologische Messdaten jedenfalls bei einer Belastungsstufe von 75 Watt, wie sie für eine Berücksichtigung mit einem Einzel-GdB von 20 erforderlich sind, nicht ersichtlich. Nachdem aus dem Entlassungsbericht der K.-Klinik ersichtlich ist, dass zuletzt im Jahr 2007 ein Myokardszintigramm durchgeführt wurde, bestehen für den Senat auch keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die kardiale Gesundheitssituation des Klägers seither maßgeblich verschlechtert hat. Mithin ist die Herzerkrankung des Klägers jedenfalls nicht mit einem höheren Einzel-GdB als 20 zu berücksichtigen.

Gegenüber den Feststellungen im Bescheid vom 29.03.2005 ist ferner eine Prostatahypertrophie hinzugetreten. Diese kann indes lediglich mit einem Einzel-GdB von 10 berücksichtigt werden. Bei Entleerungsstörungen der Blase ist gemäß Ziff. 12.2.2 (S. 82) der VG bzw. Ziff. 26.12 (S. 90) der AHP der GdB-Grad abhängig vom Ausmaß der Entleerungsstörung zu bemessen. Leichtere Entleerungsstörungen (z.B. geringe Restharnbildung, längeres Nachträufeln) sind mit einem Einzel-GdB von 10, solche stärkeren Grades (z.B. bei der Notwendigkeit manueller Entleerung, der Anwendung eines Blasenschrittmachers bei erheblicher Restharnbildung und schmerzhaftem Harnlassen) mit einem solchen von 20 bis 40 zu bewerten. Besteht die Notwendigkeit einer regelmäßigen Katheterisierung, eines Dauerkatheters, eines suprapubischen Blasenfistelkatheters oder eines Urinals ist ein Einzel-GdB von 50 zu berücksichtigen. Nachdem indes die im Berufungsverfahren angehörten Ärzte des Klägers, Dr. X. und Dr. Ü., die diesen wegen der Hypertrophie behandelt haben, korrespondierend lediglich von geringgradigen Restharnmengen berichtet haben (10 ml. bzw. 50-100 ml.) und eine drei- bis viermalige Nykturie angegeben haben, ist jedenfalls eine Entleerungsstörung stärkeren Grades nicht belegt. Mithin kann die Funktionsbeeinträchtigung lediglich mit einem Einzel-GdB von 10 berücksichtigt werden.

Eine Verschlimmerung der bereits im Bescheid vom 29.03.2005 berücksichtigten Wirbelsäulenerkrankung ist zur Überzeugung des Senats nicht eingetreten. Die Bewertung der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bestimmt sich nach Ziff. 18.9 (S. 107) der VG bzw. nach Ziff. 26.18 (S.116) der AHP in erster Linie aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und Instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, selten und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) bedingen danach einen Einzel-GdB von 10. Bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) wird ein Einzel-GdB von 20 erreicht. Bei Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung

oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidi-vierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Einzel-GdB von 30 gerechtfertigt. Liegen Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vor, kann ein Einzel-GdB von 30 - 40 festgestellt werden. Bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst; schwere Skoliose - ab ca. 70 Grad nach Cobb -) wird ein Einzel-GdB von 50-70 festgestellt. Bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehufähigkeit kann ein Einzel-GdB von 80-100 gerechtfertigt sein. In Anlegung dieser Maßstäbe vermag der Senat lediglich funktionelle Einschränkungen im Lenden-wirbelsäulenbereich des Klägers zu erkennen. Ausweislich der im Entlassungsbericht der K.-Klinik beschriebenen Untersuchungsbefunde bestehen indes diesbezüglich jedenfalls keine mehr als mittelgradigen funktionellen Einschränkungen. So wird der Finger-Boden-Abstand mit 35 cm und die weitere Beweglichkeit jeweils mit 20-0-20° betreffend der Seitneigung re./ li. und der Torsion beschrieben. Befunde, die eine weitergehende Einschränkung belegen, sind nicht aktenkundig. Insb. bestehen keine Anhaltspunkte für eine eingeschränkte Entfaltbarkeit oder eine Instabilität des Achsenorgans. Da auch keine radikuläre Beteiligung ersichtlich ist, sind Befunde, die eine mehr als mittelgradige Einschränkung bestätigen, nicht ersichtlich, weswegen die Wirbelsäulenerkrankung des Klägers trotz der zwischenzeitlichen Operation unverändert lediglich mit einem Einzel-GdB von 10 berücksichtigt werden kann.

Die weiteren Erkrankungen des Klägers (Hypertonie, Diabetes mellitus) bedingen jeweils gleichfalls keinen Einzel-GdB von mehr als 10. Befunde, die eine höhere Bewertung rechtfertigen könnten, wurden durch die gerichtliche Beweisaufnahme nicht zutage gefördert.

Nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) ist bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Grade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Die bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen sind weder schwerwiegend ausgeprägt noch haben sie gänzlich isolierte und voneinander unabhängige Auswirkungen. Ausgehend von der mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewertenden Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks ist hiernach lediglich eine Erhöhung um 10 angemessen. Dies wird durch einen Vergleich mit Gesundheitsschäden, für die in der GdB-Tabelle feste GdB-Werte angegeben sind, gestützt. Unter Berücksichtigung sozialmedizinischen Erfahrungen sind die beim Kläger bestehenden funktionellen Einschränkungen sind mit denen, die mit dem Verlust eines Armes im Unterarm oder dem Verlust eines Beines im Unterarm auftreten, die jeweils einen GdB von 50 begründen, nicht vergleichbar.

Die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen sind daher zur Überzeugung des Senats mit einem GdB von 40 angemessen, aber auch ausreichend bewertet. Die Entscheidung des SG im angefochtenen Urteil vom 21.07.2009, den Beklagten zu verpflichten, den GdB des Klägers ab dem 17.12.2006 mit 40 festzustellen und im Übrigen die Klage abzuweisen, ist mithin nicht zu beanstanden. Der Bescheid vom 10.09.2009, der in Ausführung des Urteils ergangen ist, ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Die Berufung ist zurück-, die Klage abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-01-16