

L 3 SB 3968/11

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

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 18 SB 5812/09
Datum
09.08.2011

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 3968/11
Datum
07.03.2012

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 09. August 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch.

Bei der 1956 geborenen Klägerin, die im Besitz einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis ist, war seit Oktober 1996 ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 aufgrund von Fehlhaltung und degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule mit Reizerscheinung, Bandscheibenoperation sowie einer Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenks nach Beckenring- und Acetabulumfraktur festgestellt (Bescheid vom 07.01.1997, Widerspruchsbescheid vom 09.07.1997).

Bei einem Sturz am 29.07.2007 zog sich die Klägerin eine bimalleoläre Sprunggelenksfraktur des oberen Sprunggelenks (OSG) links zu, die mittels Plattenosteosynthese an der Fibula und Zuggurtungsosteosynthese am Außenknöchel versorgt wurde. Vom 10.10.2007 bis 16.11.2007 befand sich die Klägerin im Gesundheitszentrum Bad A. zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme. Ein am 17.12.2007 unter Vorlage des dortigen Entlassungsberichts gestellter Erhöhungsantrag blieb erfolglos (Bescheid vom 11.03.2008).

Am 03.11.2008 stellte die Klägerin erneut den Antrag auf Erhöhung des GdB wegen einer Fraktur des linken OSG und einer zwischenzeitlich aufgetretenen tiefen Beinvenenthrombose. Nach Auswertung der vorgelegten medizinischen Unterlagen, auf die Bezug genommen wird, stellte das Landratsamt Rems-Murr-Kreis mit Bescheid vom 30.12.2008 einen GdB von 40 seit 03.11.2008 fest. Hierbei legte es entsprechend einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Felenda vom 14.01.2008 folgende Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde:

1. Gebrauchseinschränkung beider Beine, Unfallfolgen, postthrombotisches Syndrom (Einzel-GdB 30), 2. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzel-reizerscheinungen, operierter Bandscheibenschaden (Einzel-GdB 20).

Hiergegen erhob die Klägerin am 29.01.2009 Widerspruch. Nach Beiziehung des ärztlichen Entlassungsberichts über eine am 20.05.2009 abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme im SRH Gesundheitszentrum Bad A. wies der Beklagte, gestützt auf die gutachtliche Stellungnahme von Dr. Simo vom 27.06.2009, mit Widerspruchsbescheid vom 18.08.2009 den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 27.08.2009 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben mit dem Antrag, einen GdB von wenigstens 50 festzustellen.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen gehört. Die Ärztin für Chirurgie und Sportmedizin Dr. B. hat unter dem 20.10.2009 mitgeteilt, bei der Klägerin bestehe eine posttraumatische Arthrose des oberen Sprunggelenks links bei Zustand nach bimalleolärer Fraktur des OSG, ein Impingementsyndrom am Innenknöchel links und Verdacht auf (V.a.) freien Gelenkkörper im ventralen OSG, ein Zustand nach (Z.n.) 4-Etagenthrombose links, ausgeprägte postthrombotische Veränderungen mit unverändert persistierendem Beckenvenenverschluss sowie eine deutliche postthrombotische venöse Abflussstörung sowie ein Z.n. NPP-LWK5/S1. Eine Osteosynthese-Metallentfernung sei am 30.04.2008 erfolgt. Beigefügt war ein Arztbrief des Radiologen Dr. C. vom 27.07.2009 über ein MRT des OSG links vom 24.07.2009, von Prof. Dr. D., Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Katharinenhospital Stuttgart, vom

09.10.2009 mit den Diagnosen OSG-Arthrose posttraumatisch bei Zustand nach bimalleolärer OSG-Fraktur 2007 links, Impingementsyndrom am Innenknöchel links sowie Verdacht auf freien Gelenkskörper im ventralen OSG. Im weiter vorgelegten Entlassungsbericht über eine Rehabilitationsmaßnahme im SRH Gesundheitszentrum Bad A. vom 19.05.2009 wird ausgeführt, bei der Aufnahme habe eine deutliche Schwellung im Sinne einer Ödembildung am linken Unterschenkel bestanden. Die Beweglichkeit des linken Sprunggelenks sei eingeschränkt mit Dorsalextension/Plantarflexion 0/0/50°, Pronation/Supination 10/0/20°. Zehen- und Fersenstand seien demonstrierbar, es bestünden reizlose Haut- und Narbenverhältnisse. Die Wirbelsäule sei in allen Ebenen regelrecht und schmerzfrei, der Finger-Boden-Abstand (FBA) betrage 10 cm, das Maß nach Schober 10/14, das Ott'sche Zeichen 30/32. Bei Abschluss der Rehabilitation betrug die Beweglichkeit des linken Sprunggelenks bei Extension/Flexion 0/0/55 Grad, die Pronation/Supination war unverändert. Bei deutlicher Besserung der Beweglichkeit sei eine Analgetikaeinnahme nicht mehr erforderlich.

Der Arzt für Chirurgie Dr. Märklin hat unter dem 07.12.2009 mitgeteilt, bei der Untersuchung am 11.09.2009 habe die Beweglichkeit im linken OSG Dorsal-/Plantarflexion 0/0/20° betragen. Im Bereich des unteren Sprunggelenks (USG) sei die Beweglichkeit um 1/3 eingeschränkt gegenüber dem Normalbefund. Er teile die Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes der Beklagten. Der GdB im Bereich des linken und rechten Unterschenkels sei mit 30 zu bewerten. Dr. Merten, Facharzt für Innere Medizin, hat in der am 16.02.2010 vorgelegten sachverständigen Zeugenaussage mitgeteilt, die Klägerin habe vom 12.01.2008 bis 22.09.2008 wegen eines Beckenvenenverschlusses mit venöser Abflussstörung des linken Beines in seiner ärztlichen Behandlung gestanden. Diese sei als leicht bis mittel zu bewerten. Er teile die Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes auf seinem Fachgebiet. Im beigegeführten Arztbrief von 22.09.2008 hatte er ausgeführt, es sei eine dauerhafte Kompressionstherapie mit Kompressionsstrumpfhosen indiziert, Es bestehe keine Befundänderung zu den Vorbefunden, insbesondere kein Nachweis frischer thrombotischer Veränderung. Eine Behandlung mit Marcumar sei nicht mehr erforderlich.

Wegen eines medialen Narben-Impingement erfolgte am 02.11.2009 eine diagnostische Arthroskopie und arthroskopische Resektion von Narbengewebe mit Abtragung eines Tibiavorderkanten- und Thalushalsosteophyt im Katharinenhospital Stuttgart. Ausweislich des Operationsberichtes vom 02.11.2009 und des Entlassungsberichtes vom 06.11.2009 verlief die Operation komplikationslos, eine frühfunktionelle Nachbehandlung unter schmerzadapierter Vollbelastung wurde empfohlen.

Die Klägerin hat weiter einen Arztbrief von Dr. D., Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungschirurgie und Orthopädie am Krankenhaus Bietigheim, über eine ambulante Vorstellung der Klägerin am 12.07.2010 vorgelegt. Darin wird die Beweglichkeit im OSG links mit 10/0/30° als noch recht gut bewertet. Die Achillessehne sei allenfalls endgradig verkürzt. Es finde sich ein postthrombotisches Syndrom innen und außen, ansonsten unauffällige Verhältnisse. Insgesamt seien die anatomischen Voraussetzungen günstig, auch die noch recht gute Restbeweglichkeit spreche für eine prothetische Versorgung.

Mit Gerichtsbescheid vom 09.08.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Gesundheitsstörung im Bereich des linken Sprunggelenks rechtfertige für sich allein einen Einzel-GdB von 20. Bei der Klägerin liege höchstens eine Bewegungseinschränkung stärkeren Grades im Bereich des OSG und eine Bewegungseinschränkung im USG vor. Auch das postthrombotische Syndrom bedinge keinen höheren Einzel-GdB als 20. Daraus summiere sich für die Funktionsbeeinträchtigung der Beine insgesamt ein Einzel-GdB von 30. Die Wirbelsäulenschäden bedingten keinen höheren GdB als 20. Danach ergebe sich höchstens ein Gesamt-GdB von 40.

Gegen den am 11.08.2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am Montag, den 12.09.2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat sie vorgetragen, ihr Gesundheitszustand habe sich erheblich verschlechtert. Sie habe in erheblichem Umfang Hüftgelenksprobleme rechts infolge der Arthrose. Vorgelegt wurde ein Arztbrief von Prof. Dr. D. vom 19.04.2011, in welchem die Diagnose einer aktivierten Coxarthrose rechts gestellt wird. Es bestehe ein Rotationsschmerz der rechten Hüfte mit einer Beweglichkeit von Extension/Flexion 0/0/95°, Rotation 15/0/15°. Es werde Physiotherapie verordnet. Je nach Entwicklung der Beschwerden werde sich die Klägerin wieder vorstellen, ggf. werde sie im Herbst 2011 eine Hüftendoprothese erwägen. In einer vom Bevollmächtigten der Klägerin eingeholten Stellungnahme vom 16.01.2012 hat Dr. B. ausgeführt, bei der Klägerin seien zusätzlich Hüftgelenksschmerzen aufgetreten. Da keine wesentliche Verschlimmerung der WS-Beschwerden vorliege, sei hierfür ein GdB von 20 in Ordnung, bezüglich des OSG links betrage die Extension/Flexion 0/0/30°.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 09. August 2011 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 30. Dezember 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 2009 zu verurteilen, bei ihr einen Grad der Behinderung von mindestens 50 ab dem 03. November 2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Wegen der für die GdB-Feststellung erforderlichen Voraussetzungen und der hierfür maßgebenden Rechtsvorschriften nimmt der Senat auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung des SG Bezug und sieht deshalb insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab (§ 153 Abs. 2 SGG).

Die Gesundheitsstörung der Klägerin im Bereich des linken Sprunggelenks ist mit einem Teil-GdB von allenfalls 20 zu bewerten. Nach Teil B Nr. 18.14 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG) bedingt eine Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk geringen Grades keinen GdB, mittleren Grades (Heben/Senken 0/0/30°) einen GdB von 10 und stärkeren Grades einen GdB von 20. Eine Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk ist mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten. Der sachverständige Zeuge Dr. Märklin hat bei der Untersuchung am 11.09.2009 eine Dorsal-/Plantarflexion für das linke OSG von 0/0/20° und eine Bewegungseinschränkung des USG um ein Drittel angegeben. Ausweislich des Entlassungsberichts des SRH Gesundheitszentrums vom 19.05.2009 beliefen sich die dort gemessenen Bewegungsmaße des linken OSG auf 0/0/50° bei Aufnahme und auf 0/0/55° bei der Abschlussuntersuchung. Bei der Untersuchung im Klinikum Stuttgart im Oktober 2009 bestanden lediglich endgradige Bewegungseinschränkungen. Auch bei der Untersuchung im Krankenhaus Bietigheim am 12.07.2010 betragen die entsprechenden Maße für das OSG 10/0/30°. Die aktuellen Bewegungsmaße für das OSG links hat Dr. B. in der Auskunft vom 16.01.2012 mit 0/0/30° angegeben. Die Bewegungseinschränkung im linken OSG ist damit als mittelgradig mit einem GdB von 10 zu bewerten und kann allenfalls unter Einbeziehung der Bewegungseinschränkung im USG mit einem GdB von 20 bewertet werden.

Das SG hat auch zutreffend ausgeführt, dass das postthrombotische Syndrom keinen höheren Einzel-GdB als 20 bedingt. Nach Teil B Nr. 9.2.3 VG ist ein ein- oder beidseitig bestehendes postthrombotisches Syndrom mit geringem belastungsabhängigem Ödem, nicht ulzerösen Hautveränderungen und ohne wesentliche Stauungsbeschwerden mit einem GdB von 0-10 zu bewerten. Erst bei erheblicher Ödembildung und häufigen (mehrmals im Jahr) rezidivierenden Entzündungen ist ein GdB von 20 bis 30 festzusetzen. Nachdem zu Beginn des Jahres 2008 noch eine deutliche Schwellneigung vorlag, ist nachfolgend eine Stabilisierung eingetreten. Bei der letzten Untersuchung durch Dr. Merten im September 2008 bestand kein typischer Wadendruck- oder Dehnungsschmerz, keine Rötung oder Überwärmung mehr und nur noch eine mäßige Unterschenkelanschwellung. Frische thrombotische Veränderungen bestanden nicht. Auch musste eine Marcumarbehandlung nicht mehr fortgeführt werden, als Therapie war lediglich eine dauerhafte Kompressionstherapie mit Kompressionsstrumpfhosen indiziert. Bei der Rehabilitationsmaßnahme im SRH Gesundheitszentrum vom 22.04.2009 bis 20.05.2009 hat die Klägerin ausweislich des Entlassungsberichts vom 19.05.2009 noch rezidivierende Schwellungen des linken Beines aufgrund der früheren tiefen Beinvenenthrombose bei vermehrtem Spannungsgefühl, jedoch ohne Schmerzen, angegeben. Dies rechtfertigt die Zuerkennung eines Einzel-GdB von 20.

Bei der Klägerin besteht weiter als neu festgestellte Gesundheitsbeeinträchtigung eine Coxarthrose rechts. Nach Teil B Nr. 18.14 VG (Schäden der unteren Gliedmaßen) sind Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0/10/90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig mit einem GdB von 10 bis 20, beidseitig mit einem GdB von 20 bis 30 zu bewerten. Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0/30/90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig bedingen einen GdB von 30.

Ausweislich des Arztbriefes von Prof. Dr. D. vom 19.04.2011 ist bei der Klägerin die Beweglichkeit der rechten Hüfte eingeschränkt, die Extension/Flexion beträgt 0/0/95°, die Rotation 15/0/15°. Diese Maße hat auch Dr. B. in der Auskunft vom 16.01.2012 mitgeteilt, so dass kein Anhaltspunkt für eine zwischenzeitliche Verschlechterung vorliegt. Damit sind die Bewegungsmaße noch besser, als sie nach Teil B Nr. 18.14 VG für die Zuerkennung eines GdB von 10 bis 20 vorausgesetzt werden. Ein Einzel-GdB von 10 ist danach allenfalls unter Berücksichtigung des von Dr. D. beschriebenen deutlichen Rotationsschmerzes gerechtfertigt.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass auch der Umstand, dass von Dr. D. die Durchführung einer Hüftendoprothese bei Zunahme der Beschwerden empfohlen worden ist, zu keiner anderen Beurteilung führt. Denn zum einen ist diese medizinische Maßnahme noch nicht durchgeführt worden. Eine erneute Vorstellung je nach Entwicklung der Beschwerden, wie von Prof. Dr. D. angeregt, ist nicht erfolgt, was darauf schließen lässt, dass die Beschwerden nicht zugenommen haben. Zum anderen ist gemäß Teil B Nr. 18.2 VG in der Fassung der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2008 (BGBl. I S. 2125) bei einseitiger Endoprothese der GdB nur mit mindestens 10 festzustellen, eine Erhöhung dieses Wertes ist nur bei eingeschränkter Versorgungsqualität angemessen.

Auch unter Berücksichtigung der Coxarthrose rechts ist für die Funktionseinschränkung der unteren Gliedmaßen lediglich ein Einzel-GdB von 30 festzustellen. Denn die Funktionsbeeinträchtigungen der Hüftgelenke und der Sprunggelenke sind nach Teil B Nr. 18.14 VG als Schäden der unteren Gliedmaßen zusammengefasst, denen auch das postthrombotische Syndrom zuzuordnen ist.

Soweit der Beklagte in den angefochtenen Bescheiden und das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid für die Wirbelsäulenschäden einen GdB von 20 zugrunde gelegt hat, rechtfertigen die aktuellen Befunde diese Bewertung nicht mehr. Nach Teil B Nr. 18.9 VG (Wirbelsäulenschäden) bedingen Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität einen GdB von 0, Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 10. Ein GdB von 20 ist danach erst gerechtfertigt bei Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome). Solche liegen bei der Klägerin nicht mehr vor. Bei ihr wurde zwar im Februar 1994 eine Nukleotomie im Segment L5/S1 durchgeführt. Aktuell bestehen jedoch keine Beschwerden mehr. Im streitigen Zeitraum erfolgten Behandlungsmaßnahmen auf orthopädischem Fachgebiet lediglich wegen der Sprunggelenksfraktur bzw. der Coxarthrose, nicht jedoch wegen Wirbelsäulenbeschwerden. Bei der Rehabilitationsmaßnahmen in SRH Gesundheitszentrum im April/Mai 2009 war die Beweglichkeit der Wirbelsäule sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung in allen Wirbelsäulenabschnitten regelrecht und schmerzfrei. Es wurde weder ein Druck- noch ein Klopfschmerz angegeben. Der FBA betrug 10 cm, das Maß nach Schober 10/14, das Maß nach Ott 30/32. Eine zwischenzeitliche Verschlechterung des Wirbelsäulenbefundes liegt nicht vor, wie der Auskunft von Dr. B. vom 16.01.2012 entnommen werden kann. Diese Befunde rechtfertigen keinen GdB von 20 für Wirbelsäulenschäden.

Die Berufung der Klägerin war deshalb zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-03-12