L 3 SB 985/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 SB 2359/11
Datum
29.02.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 985/12
Datum
08.05.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29. Februar 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahrens nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt, dass in seiner Person, über den 10.03.2011 hinaus, weiterhin die gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilausgleichs der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ("G") festgestellt bleiben.

Dem am 12.09.1958 geborenen Kläger, der die italienische Staatsangehörigkeit besitzt, wurde am 21.06.2000 am linken und am 07.09.2005 am rechten Hüftgelenk eine Hüft-TEP eingesetzt. Mit Bescheid vom 10.05.2006 stellte das Landratsamt K. - Amt für Versorgung und Rehabilita-tion - (LRA) beim Kläger einen Grad der Behinderung (GdB) von 70 seit dem 26.10.2005 fest. Zugleich hat das LRA die zur Inanspruchnahme des Nachteilausgleichs "G" erforderlichen ge-sundheitlichen Voraussetzungen festgestellt. Es berücksichtigte hierbei, entsprechend einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 05.05.2006 eine "Gebrauchseinschränkung beider Beine, Hüftgelenksendoprothese beidseits mit einem Einzel-GdB von 50, eine "Schwerhörigkeit beidseitig" mit einem solchen von 30, eine "chronische Bronchitis, Lungenfunktionseinschränkung, Schlafapnoe-Syndrom" und eine "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Wirbelsäulenverformung" jeweils mit einem Einzel-GdB von 20 sowie einen "Leberschaden" und "Bluthochdruck" mit einem solchen von jeweils 10.

Am 11.10.2010 beantragte der Kläger beim LRA - sinngemäß -, den bei ihm festgestellten GdB höher zu bewerten. Nachdem das LRA Befundbeschreibungen der behandelnden Ärzte beigezo-gen hatte, wies der Versorgungsarzt Dr. B. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 24.01.2011 darauf hin, dass, bei einer im Übrigen unveränderten Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen, zwar die Schwerhörigkeit des Klägers mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten sei, durch die Änderung der versorgungsmedizinischen Grundsätze jedoch im Falle einer beidseitigen Hüftprothese nur noch ein Einzel-GdB von 20 ohne die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs "G" gerechtfertigt sei. Nachdem das LRA den Kläger zum Erlass eines Neufeststellungsbescheides, in dessen Rahmen berücksichtigt werden sollte, dass die Funktionsbeeinträchtigung der beidseitigen Hüftgelenksendoprothese eine Änderung in ihrer Bewertung erfahren habe, weswegen die gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilsausgleichs "G" nicht mehr vorlägen, mit Schreiben vom 03.02.2011 angehört hatte, hob das LRA den Bescheid vom 10.05.2006 mit Bescheid vom 07.03.2011 ab dem 10.03.2011 nach § 48 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) auf. Es führte hierzu aus, dass sich die Funktionsbeeinträchtigung der beidseitigen Hüftgelenksendoprothese gebessert habe, es bestünden insofern keine Auffälligkeiten. Überdies habe die Funktionsbeeinträchtigung eine Änderung in ihrer Bewertung erfahren; der Einzel-GdB für die Funktionsbeeinträchtigung sei niedriger festzustellen. Die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs "G" lägen nicht mehr vor. Das LRA entschied ferner, dass der beim Kläger bestehende GdB (weiterhin) mit 70 festgestellt werde und der Kläger die gesundheitlichen Voraussetzungen der Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht erfülle. Das LRA berücksichtigte hierbei, entsprechend einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. C. vom 31.01.2011 eine "beidseitige Schwerhörigkeit" mit einem Einzel-GdB von 50, eine "Hüftgelenksendoprothese beidseits mit chronischen Beschwerden an den Hüft- und Kniegelenken, Fibromyalgiesyndrom" mit einem solchen von 30, eine "chronische Bronchitis, Lungenfunktionseinschränkung, Schlafapnoe-Syndrom" und eine "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Wirbelsäulenverformung" jeweils mit einem solchen von 20 sowie einen "Leberschaden" und "Bluthochdruck" mit einem Einzel-GdB von jeweils 10.

Zur Begründung seines hiergegen am 11.03.2011 erhobenen Widerspruchs trug der Kläger vor, seine Gesundheitsstörungen im Bereich der Hüft- und Kniegelenke sowie der Wirbelsäule seien insgesamt mit einem GdB von 50 zu bewerten, seine Gehfähigkeit sei weiterhin erheblich

beeinträchtigt. Weiter wirke sich auch seine Schwerhörigkeit im Sinne von Störungen der Orientierungsfähigkeit einschränkend auf sein Gehvermögen aus. Nach einer erneuten versorgungsärztlichen Überprüfung durch Dr. K. vom 21.04.2011 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 26.05.2011 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte er an, eine wesentliche Änderung der rechtlichen Verhältnisse sei durch die Änderung der versorgungsmedizinischen Grundsätze durch die Dritte Verordnung vom 23.12.2010 eingetreten, da nach dieser eine beidseitige Hüftendoprothese nur noch einen Mindest-GdB von 20 (zuvor 40) bedinge und unter Berücksichtigung der chronischen Schmerzen die Gesundheitsstörung nur noch mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet werden könne. Der Kläger sei daher nicht mehr dem Personenkreis zuzuordnen, der berechtigt sei, den Nachteilausgleich "G" zu erhalten, da die Funktionsbeeinträchtigungen der sich auf die Gehfähigkeit auswirkenden unteren Gliedmaßen und /oder der Lendenwirbelsäule nicht wenigstens einen Einzel-GdB von 50 bedingten.

Hiergegen hat der Kläger am 31.05.2011 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben, mit der er die Feststellung begehrt, dass er die Voraussetzungen des Nachteilausgleichs "G" weiter-hin erfüllt. Zur Begründung hat er vorgebracht, eine wesentliche Änderung sei, entgegen der Einschätzung des Beklagten, nicht eingetreten; er erfülle weiterhin die Voraussetzungen des Nachteilausgleichs "G". Die Bewertung der beidseitigen Hüftprothese mit einem Einzel-GdB von 30 werde seinen Einschränkungen nicht gerecht.

Der Beklagte ist der Klage entgegen getreten.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen einver-nommen. Der HNO-Arzt Asmussen hat in seiner Stellungnahme vom 04.08.2011 mitgeteilt, die Hörschwäche des Klägers, eine beidseitige Schallleitungsschwerhörigkeit, sei als mittel- bis schwergradig einzustufen. Unter dem 20.10.2011 hat er ferner ausgeführt, dass ein Schwerhöri-ger im Straßenverkehr zumindest in Extremsituationen Gefahren ausgesetzt sei, in denen er diese nicht ausreichend wahrnehmen und beurteilen könne. Dies lasse sich jedoch durch ein entsprechend aufmerksames Verhalten kompensieren. Deshalb könnten regelmäßig auch völlig taube Menschen unfallfrei am Verkehrsgeschehen zu Fuß teilnehmen. Dr. B., Facharzt für Innere Medizin, hat in seiner Stellungnahme vom 06.08.2011 mitgeteilt, dass sich der Kläger dort seit April 2002 in seiner hausärztlichen Betreuung befinde. Bei den Untersuchungen seit Oktober 2010 habe sich eine deutliche Verschlechterung der pulmonalen Situation gezeigt, der Blutdruck des Klägers sei starken Schwankungen unterworfen. Dr. B., Facharzt für Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, hat unter dem 13.08.2011 auf beidseitig schlecht funktionierende Implantate sowie auf andauernde Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der Beine hingewiesen. Radiologisch habe er eine Lockerung der Hüftgelenke und eine Spinalkanalstenose nicht objektivieren können. Eine Einschränkung der Gehstrecke auf weniger als 500 m sei zwar nach den Angaben des Klägers nachvollziehbar, jedoch medizinisch nicht fundiert nachzuweisen.

Das SG hat sodann Dr. M., Facharzt für Orthopädie, zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. In seinem fachorthopädischen Gut-achten vom 24.11.2011 hat Dr. M. beim Kläger auf orthopädischem Gebiet eine mittelgradige Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule ohne Nachweis einer Wurzelreizsymptomatik bei degenerativen Veränderungen, die das altersübliche Maß nicht übersteigen, einen endoprothetischen Ersatz beider Hüftgelenke bei befriedigender Funktion ohne Hinweis für Prothesenlockerung sowie eine beginnende Kniegelenksarthrose rechts bei X-Deformität und klinisch freier Funktion diagnostiziert. Dr. M. hat hierzu angeführt, die Beweglichkeit der Hüf-te sei befriedigend, es bestehe kein Streckdefizit, die Beugung sei links bis 115°, rechts bis 105°, und damit über den rechten Winkel hinaus, möglich. Die Ab- und Adduktion sei rechts gegenüber links leicht eingeschränkt, die Rotation nach außen sei frei. Die Prothesen befänden sich nach seiner eigenen Untersuchung in idealer Lage, Lockerungszeichen fänden sich nicht. Es bestehe lediglich eine minimale Protrusion links, die funktionell unbedeutend sei. Es bestehe eine chronische Sehnenansatzreizung, so dass insg. von einem suboptimalen Ergebnis der Endoprothesenoperationen auszugehen sei. Die Kniegelenke seien in ihrer Beweglichkeit nicht wesentlich eingeschränkt; die Beugung sei beidseitig bis 120° möglich. Die Funktionsfähigkeit der Lendenwirbelsäule sei allenfalls endgradig eingeschränkt. Die Entfaltbarkeit für Brust- und Lendenwirbelsäule sei grenzwertig, aber nicht unbedingt krankhaft. Es bestünden keine Hinweise auf ein Wurzelkompressionssyndrom. Eine Fibromyalgie habe er bei seiner Untersuchung und Begutachtung nicht nachweisen können. Den Einzel-GdB für die Lendenwirbelsäulenerkrankung bewerte er mit 20, denjenigen für die beid-seitige Hüftgelenksendoprothese unter Berücksichtigung einer beginnenden Valgusgonarthrose mit 30. Der GdB für die bestehenden orthopädischen Leiden sei insg. mit 40 anzusetzen, weswegen die gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilausgleichs "G" beim Kläger nicht mehr vorlägen.

Mit Gerichtsbescheid vom 29.02.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Begründend hat das SG ausgeführt, dass mit der Änderung der versorgungsmedizinischen Grundsätze zum 23.12.2010 eine Rechtsänderung i.S.d. § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X eingetreten sei, die vom Beklagten berücksichtigt werden musste. Gestützt auf das Gutachten von Dr. M. hat es hierzu ausgeführt, die beim Kläger bestehenden Funktionseinschränkungen der Hüftgelenke rechtfertigten seit dem 10.03.2011 - nur noch - einen Einzel-GdB von 30 statt der bisherigen 50. Unter Berücksichtigung eines Einzel-GdB von 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen der Lendenwirbelsäule, den der Sachverständige Dr. M. bestätigt habe, ergebe sich für die Funk-tionsbeeinträchtigungen am Stütz- und Bewegungsapparat integrierend ein GdB von noch 40. Da die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilausgleichs "G" jedoch einen solchen von 50 erfordere, lägen die Voraussetzungen beim Kläger nicht mehr vor. Auch die mit einem Einzel-GdB von 50 zu bewertende beidseitige Schwerhörigkeit des Klägers rechtfertige weder für sich noch im Zusammenwirken mit den orthopädischen Gesundheitsstörungen die Beibehaltung des Nachteilausgleichs "G" über den 09.03.2011 hinaus. Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit führten, lägen im Fall von Hörbehinderungen nur bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z.B. Sehbehinderung, geistige Behinderung) vor. Ein solches Ausmaß erreiche die Schwerhörigkeit des Klägers jedoch nicht. Überdies habe der sachverständige Zeuge A. zu Recht darauf hingewiesen, dass im Fall des Klägers nicht mit erheblichen Schwierigkeiten und Gefahren beim Zurücklegen von Fußwegstrecken über 2 km innerhalb einer Zeitdauer von 30 min. zu rechnen sei. Gegen den am 05.03.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 06.03.2012 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung trägt er vor, der Mindest-GdB für eine beidseitige Hüftgelenksendoprothesen-Versorgung von 20 sei lediglich in Fällen angemessen, in denen von einem bestmöglichen Behandlungsergebnis auszugehen sei. Dies sei beim Kläger, anders als es das SG angenommen hat, jedoch nicht der Fall. So habe der behandelnde Orthopäde Dr. B. von einer schlechten Funktionsfähigkeit der prothetischen Versorgung berichtet, die Beweglichkeit sei deutlich eingeschränkt. Überdies bestehe eine andauernde ausgeprägte Schmerzhaftigkeit, die nur unter Schmerzmitteleinnahme beherrschbar sei. Es sei von einer beidseitig misslun-genen Operation auszugehen, weswegen ein Einzel-GdB von 50 anzusetzen sei. Auch grenze die Schwerhörigkeit des Klägers an Taubheit. Die gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilausgleichs "G" seien daher vom Kläger erfüllt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29. Februar 2012 sowie den Be-scheid vom 07. März 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Mai 2012 soweit die Feststellung des Vorliegens der gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilausgleichs "G" ab dem 10. März 2011 aufgehoben wurde, aufzuheben.

Der Beklagte beantragt (sinngemäß),

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat sich im Berufungsverfahren inhaltlich nicht geäußert.

Mit Schriftsatz vom 08.11.2012 hat der Kläger, mit solchem vom 09.11.2012 der Beklagte je-weils das Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die beim Beklagten für den Kläger geführte Schwerbehindertenakte, welche Gegenstand der Entscheidungsfindung wurden, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG), ist zulässig, in der Sache jedoch unbegründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 07.03.2011 in Gestalt des Widerspruchsbe-scheides des Beklagten vom 26.05.2012 soweit in diesem die im Bescheid vom 10.05.2006 ge-troffene Feststellung, dass beim Kläger die gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilaus-gleichs "G" vorliegen, nach § 48 SGB X ab dem 10.03.2011 aufgehoben wurde. Das Begehren des Klägers, den Beklagten zu verurteilen, weiterhin über den 09.03.2011 hinaus den Nachtei-lausgleich festzustellen, ist daher sachgerecht i.S. einer reinen Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 SGG) auszulegen, da mit der Kassation des Bescheides vom 07.03.2011 die ursprüngliche Fest-stellung aus dem Bescheid vom 10.05.2006 wieder aufleben würde.

Die Berufung führt jedoch für den Kläger nicht zum Erfolg; das SG hat die Klage zu Recht ab-gewiesen.

Die Entscheidung des Beklagten, mit dem angefochtenen Bescheid den Bescheid vom 10.05.2006 insoweit aufzuheben, als der Kläger die gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilausgleichs "G" nicht mehr erfüllt, ist nicht zu beanstanden.

Die Aufhebungsentscheidung des Beklagten findet ihre rechtliche Grundlage in § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X i.V.m. §§ 69 Abs. 4, 145 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuches (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 anzunehmen, wenn sie den Verfügungssatz des Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung, vorliegend den vom 10.05.2006, so tangiert, dass die Behörde unter den veränderten Verhältnissen nicht mehr so, wie geschehen, entscheiden würde, d.h. wenn die Behörde unter den nunmehr objektiv vorliegenden Verhältnissen den Verwaltungsakt nicht hätte erlassen dürfen (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 21.03.1996 - 11 RAr 101/94 - veröffentlicht in juris), wenn bspw. die gesundheitlichen Voraussetzungen eines Nachteilausgleichs nunmehr vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 22.10.1986 - 9a RVs 55/85 - veröffentlicht in juris) bzw. nicht mehr vorliegen. Die Feststellung einer wesentlichen Änderung richtet sich nach dem für die begehrte Feststellung maßgeblichen materiellen Recht, wobei auch eine Änderung der heranzuziehenden Bewertungskriterien der Funktionsbeeinträchtigungen zur Aufhebung berechtigt bzw. verpflichtet (vgl. zur Änderung der AHP: BSG, Urteil vom 11.10.1994 - 9 RVs 1/93 - veröffentlicht in juris).

Gemäß §§ 69 Abs. 4, 145 Abs. 1 Satz 1 SGB IX haben die für die Durchführung des Bundesver-sorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilausgleich "G" festzustellen, wenn ein schwerbehinderter Mensch infolge seiner Behinderung in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist. Nach § 146 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt, 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. Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalls an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein - d.h. altersunabhängig von nichtbehinderten Menschen - noch zu Fuß zurückgelegt werden. Nach der Rechtsprechung gilt als übliche Wegstrecke in diesem Sinne eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird (vgl. BSG, Urteil vom 10.12.1987 - 9a RVs 11/87 - veröffentlicht in juris).

Für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 beinhalteten die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) in ihrer jeweils geltenden Fassung (zuletzt Ausgabe 2008) konkretisierende Fallgestalten, wann die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr als erfüllt angesehen werden können. Die AHP besaßen zwar keine Normqualität, weil sie weder auf einem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften beruhten. Sie waren vielmehr als antizipitierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirkten, und deshalb normähnliche Auswirkungen hatten. Auch waren sie im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden (BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 3/02 R; vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91 - jeweils veröffentlicht in juris).

Ab dem 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) 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

Bun-desministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung, die ursprünglich in § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG), mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften vom 20.06.2011 (BGBl I 1114) seit dem 01.07.2011 in § 30 Abs. 16 BVG erteilt ist, 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 gesetzliche Ermächtigung für den Verordnungsgeber, die Grundsätze für die nach dem Schwerbehindertenrecht zu beurteilenden Nachteilausgleiche durch Verordnung regeln zu können, enthalten jedoch weder § 30 Abs. 17 BVG, der nicht auf die im Schwerbehindertenrecht im SGB IX geregelten Nachteilausgleiche verweist (vgl. Dau, jurisPR-SozR 4/2009), noch andere Regelungen des BVG. Eine Rechtsgrundlage zum Erlass einer Verordnung über Nachteilausgleiche ist auch nicht in den einschlägigen Vorschriften des SGB IX vorhanden. Die Regelungen der VG zum Nachteilausgleich "G" sind damit mangels entsprechender Ermächtigungsgrundlage rechtswidrig (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23.07.2010 - L 8 SB 3119/08 -; vom 14.08.2009 - L 8 SB 1691/08 -; Urteil des Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen vom 16.12.2009 - L 10 SB 39/09 - jew. veröffentlicht in juris). Den VG lassen sich daher - jedenfalls unmittelbar - keine weiteren Beurteilungskriterien für die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen des begehrten Nachteilausgleichs entnehmen. Rechtsgrundlage für die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilausgleichs "G" sind daher allein die genannten gesetzlichen Bestimmungen der §§ 145, 146 SGB IX und die in ständiger Übung hierzu angewandten Bewertungsgrundsätze, die in den Bestimmungen der AHP fußen. Da diese der Wahrung der Gleichbehandlung aller behinderten Menschen dienten, zieht der Senat die Regelungen der AHP zur Vermeidung von Rechtsnachteilen für die Betroffenen ergänzend zur Ausfüllung der Kriterien der §§ 145, 146 SGB IX weiter heran, insb. da die VG materiell die Grundsätze zum Nachteilausgleich "G" aus den AHP unverändert übernommen haben (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.02.2013 - L 11 SB 137/11 - veröffent-licht in juris; vgl. auch Urteil des erkennenden Senats vom 06.07.2011 - L 3 SB 202/09 -).

Die AHP und ihnen nachfolgend die VG gaben bzw. geben an, welche Funktionsstörungen in welcher Ausprägung vorliegen müssen, bevor angenommen werden kann, dass ein behinderter Mensch infolge der Einschränkung des Gehvermögens "in seiner Bewegungsfähigkeit im Stra-ßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist" und tragen damit dem Umstand Rechnung, dass das menschliche Gehvermögen keine statische Messgröße ist, sondern von verschiedenen Faktoren geprägt und variiert wird, zu denen neben den anatomischen Gegebenheiten des Körpers, also Körperbau und etwaige Behinderungen, vor allem der Trainingszustand, die Tagesform, Witte-rungseinflüsse, die Art des Gehens (ökonomische Beanspruchung der Muskulatur, Gehtempo und Rhythmus) sowie Persönlichkeitsmerkmale, vor allem die Motivation, gehören. Von diesen Faktoren filtern die in den AHP und den VG getroffenen Bestimmungen all jene heraus, die nach dem Gesetz außer Betracht zu bleiben haben, weil sie die Bewegungsfähigkeit des behinderten Menschen im Straßenverkehr nicht infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung seines Gehvermögens, sondern möglicherweise aus anderen Gründen, erheblich beeinträchtigen.

Die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens sind hiernach als erfüllt anzusehen, wenn auf die Gehfähigkeit sich auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen. Darüber hinaus können die Voraussetzungen bei Behinderungen an den unteren Gliedmaßen mit einem GdB von unter 50 gegeben sein, wenn diese Behinderungen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, z.B. bei Versteifung des Hüftgelenkes, Versteifung des Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung, arteriellen Verschlusserkrankungen mit einem GdB von 40. Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an. Dementsprechend ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3 und bei Atembehinderung mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades anzunehmen. Auch bei inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, z.B. chronische Niereninsuffizienz mit ausgeprägter Anämie, sind die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen (Ziff. 30 Abs. 3 [S.137 f] der AHP; vgl. auch Teil D 1 d [S.139 f] der VG). Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderten mit einem GdB von wenigstens 70 und bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60 bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z.B. 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) oder im Erwachsenenalter bei diesen Hörstörungen in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z.B. Sehbehinderung, geistige Behinderung) gerechtfertigt (Ziff. 30 Abs. 5 [S.138] der AHP; vgl. auch Teil D 1 f [S.140] der VG).

Nach den AHP (Ziff. 26.18 [S.118]) und den VG (Ziff. 18.12 [S.108]) in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung war in Abhängigkeit von der verbliebenen Bewegungseinschränkung und Belastbarkeit bei Hüftgelenks-Endoprothesen einseitig mindestens ein Einzel-GdB von 20 und beidseitig mindestens ein solcher von 40 angemessen. Nach den VG (Ziff. 18.12 in der Fassung des Art. 1 Nr. 2 c der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 [BGBl. I 2124] (3. VGÄndV)) ist ab dem 23.12.2010 (vgl. Art. 2 der 3. VGÄndV) bei einer beidseitigen Versorgung ein Mindest-GdB von 20 anzusetzen, der für Endoprothesen bei bestmöglichem Behandlungsergebnis gilt. Bei eingeschränkter Versorgungs-qualität sind höhere Werte angemessen. Die Versorgungsqualität kann hierbei insb. durch Be-weglichkeits- und Belastungseinschränkungen, Nervenschädigungen, eine deutliche Muskelminderung oder ausgeprägte Narbenbildung beeinträchtigt sein. In Anlegung dieser Maßstäbe kann die beidseitige Versorgung des Klägers mit einer Hüftgelenksendoprothese mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet werden. Die Beweglichkeit der endoprothetisch versorgten Hüftgelenke ist nach den nachvollziehbaren Bekundungen des im erstinstanzlichen Verfahren gutachterlich gehörten Orthopäden Dr. M. zufriedenstellend. Die Beugung der Hüfte ist über den rechten Winkel hinaus möglich (rechts 105°, links 115°). Eine funktionsrelevante Einschränkung der Rotationsfähigkeit besteht nach Dr. M. nicht. Da die Endoprothesen nach Dr. M. radiologisch in idealer Lage stehen und keine Lockerungszeichen erkennbar waren, vermag der Senat, wie das SG, keine maßgebliche Einschränkung der Versorgungsqualität zu erkennen. Einzig die chronische Sehnenansatzreizung und die beginnende Valgusgonarthrose rechts rechtfertigen es, den Mindest-GdB von 20 mit einem Einzel-GdB von 30 für die Funktionsbeeinträchtigung anzuheben. Die Annahme einer zufriedenstellenden Versorgungsqualität wird überdies dadurch bestärkt, dass das Gangbild des Klägers durch ein nur angedeutetes Trendelenburg´sches Zeichen, d.h. durch ein minimales Absinken des Beckens auf die Gegenseite bei Belastung eines Beins, ohne erkennbares Entlastungshinken gekennzeichnet ist. Soweit der Kläger sein Begehren unter Hinweis auf die Stellungnahme des ihn behandelnden Orthopäden Dr. B. für berechtigt erachtet, vermag der Senat, wie das SG, dem Hinweis von Dr. B. auf eine "schlecht funktionierende Hüft-TEP" angesichts der von Dr. M. erhobenen Befunde im Besonderen der Bewegungsmaße der Hüftgelenke, nicht zu folgen.

Auch unter Berücksichtigung der weiteren, die unteren Gliedmaßen bzw. die Lendenwirbelsäule betreffenden Funktionsbeeinträchtigungen besteht beim Kläger insofern kein GdB von 50. Die Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule kann lediglich mit einem Einzel-GdB von 20

berücksichtigt werden. Die Bewertung der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bestimmt sich nach Ziff. 18.9 (S.106 f) der VG 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 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 GdB von 20 erreicht. Bei Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäu-lenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein GdB von 30 gerechtfertigt. Liegen Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vor, kann ein GdB von 30 bis 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 GdB von 50-70 festgestellt. Bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunfähigkeit kann ein GdB von 80-100 gerechtfertigt sein. Die nach den Bekundungen von Dr. Mayer mittelschwere Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule kann hiernach nur mit einem Einzel-GdB von 20 eingestellt werden. Befunde, die die Annahme einer schweren funktionellen Auswirkung rechtfertigen, wurden von Dr. M. nicht benannt. Insb. die mitgeteilten Bewegungs- bzw. Entfaltbarkeitsmaße sowie die fehlende radikuläre Beteiligung rechtfertigen keine höhere Berücksichtigung. Eine von Dr. B. vermutete claudicatio spinalis liegt beim Kläger zur Überzeugung des Senats nicht vor. Bei dieser Gesundheitsstörung handelt es sich um eine Stenosierung des Spinalkanals in der Lendenwirbelsäule, die bei längeren Gehstrecken zu einer Kompression des Rückenmarks führt und infolge dessen zu ischiasartigen Beschwerden an den Beinen, die den Betroffenen zum Stehen bleiben zwingen. Ein solches Ausmaß seiner Beschwerden hat der Kläger gegenüber Dr. M. bereits nicht angegeben. Überdies setzt die Diagnose voraus, dass tatsächlich eine Spinalkanalstenose bildgebend nachgewiesen ist. Dies ist nach den kernspintomographischen Befunden der Lendenwirbelsäule vom 15.07.2011 nicht der Fall.

Da infolge der beim Kläger bestehenden beginnenden Kniegelenksarthrose keine maßgeblichen Bewegungseinschränkungen bedingt sind - nach Dr. Mayer gelingt die Beugung der Gelenke jeweils bis 120° - ist in Ansehung von Teil B Ziff 18.14 (S.117) der VG jedenfalls ein Einzel-GdB von mehr als 10 nicht gerechtfertigt.

In Zusammenschau der Funktionsbeeinträchtigungen der unteren Gliedmaßen und der unteren Lendenwirbelsäule ist die Einschätzung von Dr. M., der hierfür einen GdB von insg. 40 an-nimmt, nachvollziehbar und schlüssig. Da sich die beim Kläger bestehenden Funktionsbeein-trächtigungen auch nicht besonders auf die Gehfähigkeit auswirken, ist der Kläger infolge der Gesundheitsstörungen der unteren Gliedmaßen und der unteren Lendenwirbelsäule in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr nicht erheblich beeinträchtigt.

Auch eine Störung der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führt (vgl. Nr. 30 Abs. 5 [S.138] der AHP; vgl. auch Teil D 1 f [S.140] der VG), liegt beim Kläger zur Überzeugung des Senats nicht vor. Solche sind anzunehmen bei 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 (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung) oder bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Kindesalter (in der Regel bis zum 16. Lebensjahr) oder im Erwachsenenalter bei diesen Hörstörungen in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. Sehbehinderung, geistige Behinderung). Zwar ist der Kläger schwerhörig, wofür ein Einzel-GdB von 50 anzusetzen ist, dies grenzt jedoch keinesfalls an Taubheit. Dies wird für den Senat bereits daraus ersichtlich, dass der Kläger den Fragen des Gutachters ohne dass ein Gebärdendolmetscher anwesend war oder auf sonstige Verständnisprobleme hingewiesen wurde, antworten konnte und dass der Gutachter Dr. M. dem Kläger die Aufzeichnungen über die Anamneseerhebung vorlesen konnte, ohne dass es insofern Schwierigkeiten beim Verständnis des Klägers gegeben hätte. Überdies ist eine Einschränkung einer Ausgleichsfunktion nicht ersichtlich.

Schließlich rechtfertigen auch andere Erkrankungen des Klägers auf internistischem Fachge-biet, nach Dr. B. ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, arterielle Hypertonie, rezidivierende bronchopulmonale Infekte, die Annahme eines schweren inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit nicht.

Mithin ist in den Verhältnissen, die beim Erlass des Bescheides vom 10.05.2006 maßgebend waren, eine Änderung eingetreten, die den Beklagten verpflichtet hat, den Bescheid vom 10.05.2006, soweit dort das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilaus-gleichs "G" festgestellt wurde, mit dem angefochtenen Bescheid nach § 48 SGB X aufzuheben.

Der angefochtene Bescheid vom 07.03.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides des Beklagten vom 26.05.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Die Berufung ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2013-06-06