

L 3 SB 5113/13

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

1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 8 SB 3925/10
Datum
11.11.2013

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 5113/13
Datum
25.06.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 11. November 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Im Übrigen verbleibt es bei der erstinstanzlichen Kostenentscheidung.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger einen Anspruch auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - hat.

Der 1951 geborene Kläger stellte am 02.12.2009 beim Landratsamt A.-Kreis - Versorgungsamt - den Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach [§ 69 SGB IX](#). Nach Auswertung der beigezogenen medizinischen Unterlagen, auf die Bezug genommen wird, gelangte der Prüfarzt des Beklagten in der gutachtlichen Stellungnahme vom 18.02.2010 zu der Beurteilung, ein Bluthochdruck, ein hyperreagibles Bronchialsystem, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit muskulären Verspannungen sowie Ohrgeräusche (Tinnitus) seien mit einem GdB von jeweils 10 zu bewerten. Der Gesamt-GdB sei mit 20 festzustellen. Herzrhythmusstörungen, eine beginnende Arthrose sowie Magen-Darm-Beschwerden verursachten keine Funktionsbeeinträchtigung, die einen GdB von wenigstens 10 bedingten.

Mit Bescheid vom 03.03.2010 stellte das Landratsamt A.-Kreis den GdB des Klägers mit 20 seit 02.12.2009 fest. Hiergegen erhob der Kläger am 15.03.2010 Widerspruch und trug vor, der Tinnitus sei mit einem GdB von 30, die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem GdB von 20 bis 25, der Bluthochdruck aufgrund Linkshypertrophie des Herzens mit einem GdB von 30 und ein hyperreagibles Bronchialsystem mit Einschränkung der Lungenfunktion mit einem GdB von 25 bis 30 zu berücksichtigen. Unzutreffend bewertet seien auch die Herzrhythmusstörungen. Zusätzlich zu berücksichtigen sei ein Schlafapnoe-Syndrom mit einem GdB von 10 bis 20.

In der gutachtlichen Stellungnahme vom 13.08.2010 berücksichtigte die Prüfarztin des Beklagten daraufhin nach Auswertung weiterer vorgelegter medizinischer Unterlagen das Schlafapnoe-Syndrom mit einem GdB von 20. Der Gesamt-GdB sei mit 30 festzustellen.

Mit Teil-Abhilfebescheid vom 19.08.2010 stellte das Landratsamt A.-Kreis den GdB des Klägers mit 30 seit 02.12.2009 fest. Nach Einholung einer weiteren gutachtlichen Stellungnahme vom 27.09.2010, in welcher die Prüfarztin der Beklagten wiederum einen GdB von 30 für angemessen erachtete, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26.10.2010 den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 04.11.2010 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen gehört. Der Orthopäde Dr. B. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 30.11.2010 die Diagnosen einer initialen Gonarthrose rechts, eines rezidivierenden pseudoradikulären Cervikalsyndroms mit Funktionsstörung vorwiegend in Höhe C2/3, eines Beckentiefsstands links, eines Spreizfußes, eines lumbalen Wurzelreizsyndroms L3/L4 rechts mit leichter Quadrizepsschwäche sowie eine Spondylarthrose mit sekundärer Spinalstenose genannt. Ein GdB von 10 für die Beschwerden auf orthopädischem Fachgebiet erscheine ihm zu gering. Aufgrund der wiederholten funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten sowie aufgrund von Lähmungen im rechten Bein sei ein GdB von 30 angemessen.

HNO-Arzt Dr. D. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 06.12.2010 mitgeteilt, beim Kläger bestehe - auch nach Einschätzung der

Universitätsklinik C. - eher ein kompensierter Tinnitus. Daneben bestehe eine Schlafapnoe. Insgesamt hat er sich der Beurteilung der Beklagten bezüglich des GdB auf HNO-ärztlichem Gebiet angeschlossen.

Der Internist Dr. E. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 14.12.2010 mitgeteilt, die kardiologischen Untersuchungen hätten eine Vergrößerung des linken Vorhofs sowie eine grenzwertige Verdickung des linken Ventrikels ergeben. Es bestehe eine geringgradige linksventrikuläre Hypertrophie bei noch normaler systolischer Funktion sowie eine diastolische Relaxationsstörung. Zudem bestünden rezidivierendes Vorhofflimmern sowie teilweise starke Blutdruckschwankungen mit Werten bis 180/90. Insbesondere bei Belastungssituationen komme es zu Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und zum Teil auch zu Angststörungen wegen des anfallsweise auftretenden Herzjagens. Er halte einen GdB von 30 für die Erkrankungen auf internistischem Fachgebiet für angemessen.

Facharzt für Pneumologie/Innere Medizin Dr. F. hat unter dem 20.12.2010 mitgeteilt, die Lungenfunktionsuntersuchung habe eine leichtgradige Atemwegsobstruktion mit teilweiser Reversibilität und eine leichtgradige Restriktion ergeben. Zudem bestehe ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Die Diagnose eines hyperreagiblen Bronchialsystems stamme aus dem Jahr 2006 und sei damals auf einen akuten Infekt zurückzuführen gewesen, heute sei die Diagnose nicht mehr aktuell. Das Schlafapnoe-Syndrom sei mit einem GdB von 20 angemessen berücksichtigt. Der Internist/Kardiologe Dr. G. hat unter dem 27.12.2010 ausgeführt, beim Kläger bestehe eine hypertensive Herzkrankheit mit linksventrikulärer Hypertrophie und Linksherzerweiterung sowie intermittierend eine absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern. Nach Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms seien zwischenzeitlich Herzrhythmusstörungen nicht mehr aufgetreten. Er hat den Bluthochdruck und die hypertensive Herzkrankheit mit einem GdB von 20 und die Herzrhythmusstörungen mit intermittierendem Vorhofflimmern mit einem GdB von 10 bewertet.

Das SG hat daraufhin Gutachten auf orthopädischem und lungenfachärztlichem Gebiet eingeholt.

Dr. H. hat im orthopädischen Gutachten vom 24.03.2011 (Bl. 81) folgende Diagnosen gestellt: - Myogenes Reizsyndrom der Halswirbelsäule ohne Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Ausfälle bei radiologisch nachweisbaren, das altersentsprechend zu erwartende Ausmaß überschreitenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule im distalen Drittel. - Myogenes Reizsyndrom der Lendenwirbelsäule ohne Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Ausfälle bei nativradiologisch und kernspintomographisch nachweisbaren degenerativen Veränderungen im unteren Drittel der Lendenwirbelsäule bei polysegmentalen Protrusionen. - Beinlängendifferenz zu Lasten von links (durch Hilfsmittel vollständig ausgeglichen). - Beginnende Dupuytren'sche Kontraktur vierter Strahl rechte Hohlhand ohne Beeinträchtigung der Greiffunktion der Hand. - Radiologisch nachweisbare degenerative Veränderungen am linken Schultergelenk ohne Beeinträchtigung der Schulterfunktion und ohne Hinweis auf chronisches oder akutes Reizgeschehen. - Radiologisch nachweisbare initiale mediale Gonarthrose rechts ohne Hinweis auf ein chronisches oder akutes Reizgeschehen und ohne Funktionsbeeinträchtigung. - Leichter Senk-Spreizfuß beidseits.

Außerhalb des orthopädischen Fachgebiets lägen darüber hinaus ein derzeit medikamentös unzureichend eingestellter Hypertonus, Adipositas, ein anamnestisch bekanntes hyperreagibles Bronchialsystem, ein beidseitiger Tinnitus sowie ein Schlafapnoe-Syndrom mit der Notwendigkeit der Benutzung einer CPAP-Maske vor. Das degenerative Wirbelsäulensyndrom sei mit einem GdB von 20 zu bewerten. Die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet bedingten keinen GdB von mindestens 10. Mit einem GdB von 10 seien das hyperreagible Bronchialsystem, der Bluthochdruck sowie der Tinnitus zu bewerten. Das Schlafapnoe-Syndrom bedinge einen GdB von 20. Insgesamt sei der GdB mit 30 festzustellen.

Dr. Träger hat im lungenfachärztlichen Gutachten vom 17.10.2011 folgende Diagnosen gestellt: - Chronisch rezidivierende, intermittierend obstruktive Bronchitis mit mittelgradiger unspezifischer bronchialer Hyperreagibilität und ganzjährigen, mehrmals monatlich auftretenden Anfällen in behandlungsbedürftigem Ausmaß. - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, begünstigt durch progrediente Adipositas (BMI 41), durch nCPAP-Beatmung kompensiert und mit einer funktionellen Rhinopathie als Nebenwirkung. - Kardiovaskuläre Erkrankung, medikamentös und im Rahmen der CPAP-Beatmung kompensiert.

Die Bronchitis bedinge einen GdB von 30, das Schlafapnoe-Syndrom einen GdB von 20 und die kardiovaskuläre Erkrankung einen GdB von 10. Entsprechend der Beurteilung im Teil-Abhilfebescheid vom 19.08.2010 seien der Tinnitus und der Bluthochdruck mit einem GdB von 10 zu bewerten. Unter Einbeziehung des chronischen Wirbelsäulensyndroms, das entsprechend der Bewertung durch Dr. H. mit einem GdB von 20 einzustufen sei, resultiere ein GdB von 40.

Der Beklagte hat daraufhin mit Schreiben vom 20.12.2011 ein Anerkenntnis unterbreitet, wonach der GdB mit 40 ab 02.12.2009 festzustellen ist. Dem lag die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. Hartwig vom 12.12.2011 zugrunde, in welche er folgende Beurteilung vorgeschlagen hat:

Hyperreagibles Bronchialsystem GdB 30 Schlafapnoe-Syndrom GdB 20 Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule GdB 20 Bluthochdruck GdB 10 Ohrgeräusche (Tinnitus) GdB 10

Der Kläger hat dieses Anerkenntnis nicht angenommen. Nachdem er mit Schreiben vom 05.09.2012 vorgetragen hat, er habe seit Ende Februar Schmerzen in beiden Knien, wodurch das Gehen sehr stark eingeschränkt sei und er teilweise schon Gehhilfen benutzen müsse, hat das SG die behandelnden Ärzte des Klägers erneut angehört. Dr. B. hat unter dem 13.09.2012 unter Mitteilung der bei fünf Vorstellungen des Klägers im Jahr 2012 erhobenen Befunde ausgeführt, im Gesundheitszustand des Klägers sei bis heute keine wesentliche Änderung eingetreten. Bei der Untersuchung am 22.02.2012 waren die Bewegungsmaße am linken Knie mit 0-0-120°, am rechten Knie mit 0-0-130° gemessen worden. In der weiteren Stellungnahme vom 05.10.2012 hat Dr. B. angegeben, die Funktionsbeeinträchtigungen auf orthopädischem Gebiet seien mit einem GdB von 20 zu bewerten. Dr. E. hat unter dem 15.10.2012 bezüglich der Behandlung des Klägers seit dem 21.01.2011 berichtet, dieser habe über Schmerzen im Bereich beider Knie vor allem beim Laufen geklagt. Bezüglich der kardio-pulmonalen Situation liege keine wesentliche Befundänderung vor. Beigefügt war der Bericht des Instituts für Klinische Radiologie und Nuklearmedizin der Universitätsmedizin C. vom 21.08.2012 über eine Kniegelenksaufnahme in zwei Ebenen mit dem Befund einer beginnenden medial betonten Gonarthrose beidseits ohne Hinweis auf Knochenverletzung sowie einer Weichteilverkalkung im Bereich des distalen Femurschaftes rechts.

In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 16.01.2013 hat Dr. K. ausgeführt, die Reizerscheinungen in den Knien seien bisher noch geringgradig und nicht anhaltend dokumentiert, eine GdB-relevante Bewegungseinschränkung sei nicht festgestellt. Ein GdB von 10 für eine beidseitige beginnende Kniegelenksarthrose sei ausreichend bemessen und führe nicht zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB.

Der Kläger hat die Auffassung vertreten (Schreiben vom 27.05.2013), die Beschwerden in den Knien seien mit einem GdB von 30 zu bewerten. Zu berücksichtigen sei, dass seine Schmerzen in den letzten zwölf Monaten erheblich zugenommen hätten. Beigefügt war u.a. ein Arztbrief des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. L. vom 08.03.2013, in welchem dieser die Diagnosen eines mittelgradigen depressiven Syndroms mit Chronifizierungstendenzen sowie einer Somatisierungsstörung gestellt hat. Der Kläger befinde sich seit zwei Jahren in der Ruhephase der Altersteilzeit. Seit dieser Zeit bestehe eine vermehrte Gereiztheit, verbale Aggressivität und Ungeduld. Er sei vor allem durch seine Wirbelsäulen- und Gelenkschmerzen (Kniegelenke) blockiert, diese verhinderten alles, z.B. Wandern etc. Sein Übergewicht (124 kg) sei weniger das Problem. Im psychischen Befund ist der Kläger als bewusstseinsklar, allseits orientiert mit depressiver Grundstimmung, reduziertem Affekt, Antriebsminderung und sozialem Rückzug beschrieben worden. Es bestünden keine Tagesschwankungen, jedoch Hinweise auf funktionelle Überlagerung der Gelenk- und Wirbelsäulenbeschwerden mit Vermeidungsverhalten und Rückzugstendenzen. In den letzten zwei Jahren, in erster Linie in Zusammenhang mit der Altersteilzeit, liege eine mittelgradige Depression mit offensichtlichen Chronifizierungstendenzen vor. Die funktionell überlagerten Stützgerüstbeschwerden stünden hiermit in Zusammenhang im Sinne einer Somatisierungsstörung.

Mit "Teilanerkennnis- und Endgerichtsbescheid" vom 11.11.2013 hat das SG den Beklagten verurteilt, unter Abänderung des Bescheids vom 03.09.2010 und des Teil-Abhilfebescheids vom 19.08.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.10.2010 beim Kläger ab dem 02.12.2009 einen Grad der Behinderung von 40 festzustellen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Auf pulmonologischem Gebiet bestünden chronisch rezidivierende eitrige Bronchitiden aufgrund einer unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität. Diese seien mit einem GdB von 30, entsprechend der Einschätzung des Gutachters Dr. Träger, zu bewerten. Diese Einschätzung decke sich auch mit der sachverständigen Zeugenaussage des behandelnden Pneumologen Dr. F ... Ein Schlafapnoe-Syndrom bedinge, entsprechend der Einschätzung des sachverständigen Zeugen Dr. D., einen GdB von 20. Die Funktionsbeeinträchtigung des Herz-Kreislaufsystems in Form eines Bluthochdrucks sei mit einem GdB von 10 zu bewerten, entsprechend der Beurteilung durch den Sachverständigen Dr. Träger. Soweit Dr. G. und Dr. E. in ihren ursprünglichen sachverständigen Zeugenaussagen hierfür den GdB mit 20 bis 30 veranschlagt hätten, seien keine entsprechenden Befunde vorgelegt worden. Zu berücksichtigen sei auch, dass die Hypertonie medikamentös behandelt und im Rahmen der CPAP-Beatmung kompensiert sei. Die orthopädischen Beschwerden hinsichtlich der Wirbelsäule bedingten einen GdB von 20, wie dem Gutachten Dr. H. entnommen werden könne. Die Beschwerden im Bereich beider Kniegelenke seien mit einem GdB von 10 zutreffend bewertet. Die vorgetragenen Reizerscheinungen seien bisher noch geringgradig und nicht anhaltend dokumentiert. Ebenso fehle eine GdB-relevante Bewegungseinschränkung. Aus der von Dr. L. mitgeteilten mittelgradigen Depression und Somatisierungsstörung folge keine GdB-relevante Funktionsstörung, insbesondere da keine Therapie durchgeführt werde. Insgesamt sei danach der GdB mit 40 zutreffend bemessen.

Gegen den am 18.11.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 27.11.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, die Schmerzen in beiden Knien, bedingt durch die Kniearthrosen, seien in keiner Weise gewürdigt worden.

Der Kläger beantragt, den Teilanerkennnis- und Endgerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 11. November 2013 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheids vom 03. September 2010 und des Teil-Abhilfebescheids vom 19. August 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. Oktober 2010 bei ihm einen Grad der Behinderung von 50 ab dem 02. Dezember 2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt vor, die vom Kläger erst im Laufe des Klageverfahrens geltend gemachten Kniearthrosen bedingten noch keinen GdB. Nach den objektiven Befunden seien die Reizerscheinungen dadurch bisher noch geringgradig und nicht dauerhaft dokumentiert. Eine relevante Bewegungseinschränkung der Kniegelenke bestehe nicht.

Der Senat hat von Dr. L. Befundberichte/Arztbriefe beigezogen. Im aktuellsten Arztbrief vom 10.06.2013 hat Dr. L. die Diagnosen rezidivierender Schwindel, vorwiegend orthostatisch, DD Schwindel bei Somatisierungsstörung sowie derzeit leichtgradiges depressives Syndrom genannt. Seit einer Antibiotikabehandlung Mitte Mai 2013 wegen einer Blasenentzündung bestehe anhaltender Schwindel, z.B. beim Aufstehen und bei raschen Drehungen. Der Kläger habe in Ruhe ein "komisches Gefühl", das nachmittags gebessert sei. Er befinde sich jetzt in passiver Altersteilzeit und komme gut zurecht, führe gerne Gartenarbeit aus. Erfreulicherweise sei das psychische Befinden unter thymoleptischer Behandlung inzwischen gebessert.

In der Stellungnahme vom 13.02.2014 hat der Kläger hierzu ausgeführt, sein psychisches Befinden unterliege Schwankungen, zur Zeit sei es wieder schlechter, vor allem nachdem er am 22.01.2014 wieder starkes Vorhofflimmern gehabt habe. Die Gartenarbeit in dem ca. 180 qm großen Garten, der zum großen Teil gepflastert sei, bestehe im besten Fall aus gelegentlichem Unkrautjäten im Kräutergarten (ca. 3 qm) und hin und wieder im Rechen der restlichen Rindenmulchfläche, sofern ihm seine Knie dies erlaubten.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestands wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Feststellung von Einzel-GdB und eines Gesamt-GdB gemäß dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) aus der Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) hat das SG zutreffend dargelegt, der Senat verweist daher zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit auf die Entscheidungsgründe des angegriffenen Gerichtsbescheids ([§§ 153 Abs. 2, 142 Abs. 3 Satz 3 SGG](#)).

Das Gleiche gilt für die Darlegungen des SG zu den einzelnen Behinderungen des Klägers und ihren konkreten Bewertungen an Hand der VG sowie für die daraus folgende Bildung des Gesamt-GdB. Hierbei ist ergänzend lediglich Folgendes auszuführen:

Das hyperreagible Bronchialsystem ist mit einem GdB von 30, das Schlafapnoe-Syndrom mit einem GdB von 20, die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sind mit einem GdB von 20, der Bluthochdruck sowie Ohrgeräusche mit einem GdB von jeweils 10 zutreffend bewertet. Einwendungen hiergegen hat der Kläger auch nicht mehr vorgetragen. Die psychischen Störungen des Klägers bedingen keinen GdB von wenigstens 10. Der Kläger steht zwar nunmehr in - unregelmäßiger - nervenärztlicher Behandlung. Der insoweit behandelnde Arzt Dr. L. hat, nachdem eine medikamentöse Therapie eingeleitet worden ist, aufgrund der letzten Untersuchung des Klägers am 07.06.2013 das depressive Syndrom als nunmehr leichtgradig eingestuft. Den bei der Vorstellung am 07.06.2013 gleichfalls geschilderten rezidivierenden Schwindel, vorwiegend orthostatisch, hat er auf eine orthostatische Dysregulation zurückgeführt, auch sei von einem funktionellen Anteil der Symptomatik auszugehen. Ein höherer GdB als der schon für den Bluthochdruck festgestellte von 10 ist hierdurch nicht bedingt. Nach Teil B Nr. 9.3 - Hypertonie (Bluthochdruck) - VG sind mit dem Bluthochdruck vergesellschaftete funktionelle kardiovaskuläre Syndrome (z.B. orthostatische Fehlregulation) mit einem GdB von 0 zu bewerten, wenn sie nur leichte Beschwerden hervorrufen. Ein GdB von 10 bis 20 kommt erst in Betracht bei stärkeren Beschwerden und Kollapsneigung. Eine solche liegt beim Kläger nicht vor.

Auch die Funktionsbeschwerden beider Knie bedingen keinen höheren GdB als 10. Nach Teil B Nr. 18.14 - Schäden der unteren Gliedmaßen - VG richtet sich der GdB bei Gesundheitsstörungen im Kniegelenk maßgeblich nach der Bewegungseinschränkung und nach dem Ausmaß der Knorpelschäden. Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-0-90°) einseitig bedingen einen GdB von 0 bis 10, beidseitige Bewegungseinschränkungen dieses Ausmaßes sind mit einem GdB von 10 bis 20 zu bewerten. Ein höherer GdB ist erst bei Bewegungseinschränkungen mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-10-90°) anzunehmen. Entsprechende Bewegungseinschränkungen liegen beim Kläger nicht vor. Dr. B. hat am 22.02.2012 bezüglich des linken Kniegelenks einen Bewegungsumfang von 0-0-120°, im rechten Kniegelenk von 0-0-130° festgestellt. Im Befundbericht vom 10.10.2012 hat Dr. B. dann Bewegungsmaße von 0-5-120° angegeben, ohne jedoch mitzuteilen, auf welches Knie sich diese Maße beziehen. Dies kann dahingestellt bleiben, da auch bei beidseitigen entsprechenden Bewegungsmaßen noch kein GdB festzustellen ist. Eine weitere Verschlechterung ist nicht dokumentiert.

Darüber hinaus bedingen zwar ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalazia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig ohne Bewegungseinschränkung einen GdB von 10 bis 30, mit Bewegungseinschränkung von 20 bis 40. Eine entsprechende Erkrankung in diesem Ausmaß ist beim Kläger jedoch nicht dokumentiert. Bei der Untersuchung am Institut für klinische Radiologie und Nuklearmedizin der Universitätsklinik C. am 20.08.2012 konnte lediglich eine beidseitige beginnende medial betonte Gonarthrose ohne Hinweis auf eine Knochenverletzung sowie eine Weichteilverkalkung im Bereich des distalen Femurschaftes rechts festgestellt werden. Ausgeprägte Knorpelschäden, wie sie nach den VG Voraussetzungen für die Feststellung eines GdB sind, liegen beim Kläger nicht vor.

Beim Kläger liegen auch keine längerfristig vorhandenen sichtbaren Veränderungen an den Kniegelenken vor. Am 22.02.2012 hat Dr. B. eine Synovialitis des linken Kniegelenks, jedoch keinen Reizerguss festgestellt. Das rechte Knie war ohne Ergussbildung. Bei der Untersuchung am 12.07.2012 waren beide Kniegelenke nicht überwärmt und ohne Reizerguss, feststellbar war nur ein ausgeprägtes retropatellares Reiben. Am 07.08.2012 bestand eine leichte Überwärmung des rechten Kniegelenks sowie eine Synovialitis mit kleinem Reizerguss, Befunde bezüglich des linken Knies hat Dr. B. unter diesem Datum nicht mitgeteilt. Am 28.08.2012 bestand wiederum ein kleiner Reizerguss. Der Senat schließt sich insoweit der Beurteilung des Dr. B. an, dass bezüglich der Knie keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

Die Feststellung eines höheren GdB für die Kniegelenke kommt auch nicht wegen der vom Kläger geschilderten Schmerzzustände in Betracht. Zur Überzeugung des Senats leidet der Kläger zwar glaubhaft an Knieschmerzen, durch die sein Aktionsradius eingeschränkt ist. Außergewöhnliche Schmerzzustände, welche die Feststellung eines GdB von wenigstens 20 rechtfertigen könnten, sind jedoch weder belegt noch sonst erkennbar. Außergewöhnliche Schmerzen sind insbesondere nicht dadurch belegt, dass eine Akupunkturbehandlung durchgeführt worden ist oder der Kläger mit entsprechenden Medikamenten behandelt werden müsste. Das von Dr. L. dem Kläger verordnete Medikament Amytryptilin dient in erster Linie der Behandlung von Depressionen (Erkrankungen mit krankhaft-traurigen Verstimmungszuständen). Aufgrund dieser Diagnose ist es von Dr. L. auch verordnet worden. Unbeachtlich ist insoweit, dass es auch zur langfristigen Schmerzbehandlung im Zusammenhang mit anderen therapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden kann, wie dem Beipackzettel des Medikaments zu entnehmen ist. Denn der Verordnung dieses Medikaments lagen nicht die Schmerzen des Klägers zugrunde, sondern dessen Depression, die sich unter medikamentöser Behandlung auch gebessert hat. Schließlich stellt auch das Medikament Dona 200, das der Kläger wegen seiner Kniegelenksbeschwerden einnimmt, kein Schmerzmittel dar, sondern dient der Behandlung der Gelenkarthrosen mit knorpelschützender und knorpelerhaltender Medikation (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.08.2011 - [L 13 SB 161/10](#) - juris Rn.29). Schließlich kann auch aus der Angabe des Klägers in der mündlichen Verhandlung, wegen seiner Knieschmerzen erfolge eine Behandlung mit Voltaren bzw. Diclofenac nach Bedarf, nicht auf einen - allein durch die Schmerzen bedingten - höheren GdB geschlossen werden.

Die Berufung des Klägers war deshalb zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt das teilweise Obsiegen im Klageverfahren.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-07-02