

L 6 SB 5536/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 12 SB 1560/12
Datum
14.11.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 5536/13
Datum
18.12.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. November 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Schwerbehinderteneigenschaft der Klägerin, die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50, im Erstfeststellungsverfahren streitig.

Die am 31.12.1952 geborene verwitwete Klägerin ist als Kinderpflegerin in Teilzeit (60 %) beschäftigt. Am 08.07.2010 wurde sie von einem langsam rollenden leeren Pkw gegen eine Mauer gedrückt und eingeklemmt. Sie erlitt dabei eine instabile Beckenringfraktur. Vom 08.07. bis 31.08.2010 wurde sie in der Klinik für Allgemeine Chirurgie und spezielle Unfallchirurgie des Klinikverbundes S. in C. stationär behandelt. Im Entlassbericht vom 11.09.2010 wurden eine instabile Beckenringfraktur (Sakrumfraktur links, Sitz-/Schambeinfraktur beidseits), eine subtotale vordere Kreuzbandruptur linkes Kniegelenk mit Zerrung des lateralen Bandapparates, eine postoperative Pneumonie, eine Harnwegsinfektion mit Escherichia coli, ein Wundinfekt (infiziertes Hämatom) nach dorsaler Beckenstabilisierung, eine Blutungsanämie, eine inkomplette untere Beinplexusläsion links (Nervus tibialis und fibularis), eine Pseudo-spondylolisthese L 4/5 und eine Bandscheibenprotrusion L 4/5 mit leichter Spinalstenose diagnostiziert. Vom 02. bis 23.09.2010 befand sich die Klägerin zur stationären Rehabilitation in der B.-Klinik Ü. und vom 10.11. bis 08.12.2010 erneut in der Klinik für Allgemeine Chirurgie und Spezielle Unfallchirurgie in C. in stationärer Behandlung wegen einer infizierten dorsalen Becken-Osteosynthese (winkelstabile ilio-iliacale Platte) mit infiziertem Narbengranulom. Vom 25.01. bis 22.02.2011 führte sie erneut eine stationäre Rehabilitation in der S.-Klinik in B. durch.

Am 11.04.2011 stellte die Klägerin nach § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) einen Erstantrag.

In der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Z./O./K. wurden ein Beckenschaden mit Teillähmung des linken Beinnervengeflechts und Gebrauchseinschränkung des linken Beines mit einem Teil-GdB von 30 und eine Funktionsbehinderung des linken Kniegelenkes sowie eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 10 berücksichtigt und ein Gesamt-GdB von 30 vorgeschlagen. Eine Sehinderung, Neurodermitis und Allergie sei nicht nachgewiesen.

Hierauf gestützt stellte der Beklagte mit Bescheid vom 08.07.2011 den GdB seit dem 11.04.2011 mit 30 fest. Zur Begründung des hiergegen am 19.07.2011 eingelegten Widerspruchs führte die Klägerin aus, am linken Fuß seien mehrere Funktionen beeinträchtigt. Es liege ein unsauberes Gangbild mit deutlichem Humpeln bei Schmerzen im gesamten unteren Bewegungsapparat vor. Bezüglich der angeborenen Sehschwäche und der chronischen Hauterkrankung seien keinerlei Unterlagen von den Fachärzten angefordert und eingesehen worden. Durch die Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen sie mehrmals wöchentlich ins Wasser habe gehen müssen und noch müsse, habe sich ihr Hautleiden erheblich und immer noch anhaltend verschlechtert.

Der Beklagte holte beim behandelnden Hausarzt, dem Facharzt für Allgemeinmedizin, Dr. R. Befundunterlagen ein. Dieser legte einen Arztbrief von Dr. D., Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, vom 17.08.2011 (Diagnose: Neurodermitis, es habe sich am ganzen Körper sehr trockene schuppige Haut, an Armen und Beinen mit schuppigen, teils palpulösen Ekzemherden gefunden), einen Arztbrief von Dr. P., Facharzt für Augenheilkunde, vom 20.07.2011 (chronisches Glaukom, Myopie, Astigmatismus, Papillenexkavation) und einen Arztbrief von Dr. B., Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, vom 18.07.2011 (saisonale allergische Rhinitis, Zustand nach Hyposensibilisierungstherapie, hochgradige Innen-ohrschwerhörigkeit beidseits) vor. Mit Schreiben vom 09.09.2011 übersandte Dr. B. das

Tonschwellenaudiogramm vom 18.07.2011 und wies darauf hin, die Diagnose im Arztbrief vom 18.07.2001 müsse Hochton- und nicht hochgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits heißen. Von der Reha-Klinik S. wurde der Entlassbericht über die stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 14.03. bis 26.05.2011 beigezogen (Beckenringfraktur 7/10, traumatische Beinplexusparese links, kombinierte Knie-, Kreuzband- und Seitenbandverletzung links).

Dr. D. berücksichtigte in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme zusätzlich eine Neurodermitis mit einem Teil-GdB von 20 und gab den Gesamt-GdB mit 40 an. Schwerhörigkeit, Sehminderung und Allergie würden keinen Teil-GdB von mindestens 10 rechtfertigen. Daraufhin wurde mit Teil-Abhilfebescheid vom 11.10.2011 ein GdB von 40 seit 11.04.2011 festgestellt.

Nachdem die Klägerin sich mit dem Teil-Abhilfebescheid nicht einverstanden erklärte, wurden bei Dr. P. Befundangaben angefordert. Mit Schreiben vom 12.12.2011 teilte er mit, die Sehschärfe mit optimaler Korrektur (harte Kontaktlinsen) betrage rechts 0,4 und links 0,8. Bei gutem Sitz der Kontaktlinsen habe zum Untersuchungszeitpunkt am 30.11.2011 ein deutlicher Reizzustand der Augenoberfläche vorgelegen. Es könne nicht beurteilt werden, ob die Sehschärfe nach Abklingen des Reizzustandes besser sei. Der Augeninnendruck betrage unter Therapie mit Timolol rechts 19 mmHg, links 18 mmHg, die Papille sei beidseits ca. 0,8 glaukomatös excaviert, es lägen keine signifikanten Ausfälle zum Gesichtsfeld vor. Nach der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. D., dass der augenärztliche Befundbericht keine Änderung der Beurteilung der Sehminderung bedinge, wurde mit Widerspruchsbescheid vom 29.03.2012 der Widerspruch zurückgewiesen. Die Kniegelenksbeschwerden seien bereits so wie bei einer Einschränkung der Bewegungsfähigkeit berücksichtigt. Die Bemessung des GdB aufgrund eines "Wirbelsäulenschadens mit geringen funktionellen Auswirkungen" entspreche den aktenkundigen Befundangaben. Nach den vorliegenden Unterlagen hätten bei den Neurodermitis-Schüben durch eine entsprechende Behandlung auch weitgehend symptomarme bzw. symptomfreie Intervalle erreicht werden können. Die Hauterkrankung werde in die Gruppe "atopisches Ekzem bei länger andauerndem Bestehen" eingestuft. Die getroffene Einstufung berücksichtige das "durchschnittliche" Krankheitsausmaß und sei deshalb nicht zu beanstanden. Ein höherer GdB könne beispielsweise nur angenommen werden bei "Ekzemen mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere mit Gesichtsbefall". Bei Sehbehinderungen werde der GdB unter Berücksichtigung aller Störungen des Sehorgans festgestellt. In erster Linie sei die korrigierte Sehschärfe (Prüfung mit Gläsern) maßgebend, daneben würden unter anderem Ausfälle des Gesichtsfeldes und des Blickfeldes berücksichtigt. Für die Sehbeeinträchtigung könne kein GdB von wenigstens 10 angenommen werden. Die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit könnten unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen keinen höheren GdB als 40 begründen.

Mit Schreiben der Klägerin vom 27.03.2012 - beim Beklagten eingegangen am 03.04.2012 - gab sie an, es liege eine Neurodermitis mit extrem trockener Haut und allergischen Reaktionen vor. Sie leide unter starker Kurzsichtigkeit und hohem Augeninnendruck mit Glaukom. Durch die Behandlung des Augeninnendrucks mit Augentropfen komme es an den Augen und der Haut zu allergischen Reaktionen, die es ihr erschwerten, Kontaktlinsen zu tragen. Immer wieder müsse sie auf die Brille umsteigen. Die Sicht durch die Brille (zusätzlich Altersweitsichtigkeit) verändere die räumliche Sicht erheblich, so dass ihr das Gehen in ungewohnter und unebener Umgebung sehr erschwert werde. Weiter lägen Nervenschädigungen im linken Bein vor, wodurch die Steuerung und Standfestigkeit des linken Fußes stark beeinträchtigt seien.

Am 26.04.2012 hat die Klägerin beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben. Zur Begründung hat sie ausgeführt, bei der Bewertung sei die gegenseitige Verstärkung der Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht berücksichtigt worden. Der Beckenschaden, die Teillähmung des linken Beinnervengeflechts, die Gebrauchseinschränkung des linken Beines, die Funktionsbehinderungen im linken Kniegelenk und die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule führten zu einer Belastung in der gleichen Körperachse, die sich gegenseitig erheblich verstärkten. Die Gebrauchseinschränkung des linken Beines führe dazu, dass sie beim Spaziergehen nicht in der Lage sei auf ihr Umfeld zu achten. Aufgrund der Verletzung der Hüfte könne sie keine Sitzposition einnehmen, bei der sie längerfristig Platz nehmen könne. Sie benötige bei der Arbeit Spezialstühle. Es liege eine dauerhafte Schmerzhaftigkeit vor. Die Allergie führe zu einer Beeinträchtigung der Sehfähigkeit. Sie habe eine deutliche Visus-Verschlechterung mit einem Glaukom, die mit harten Kontaktlinsen gut versorgt sei. Wenn sie allerdings unter den Auswirkungen des Heuschnupfens zu leiden habe, könne sie keine Kontaktlinsen tragen und sei auf eine Brille angewiesen. Infolge der Kombination von Glaukom mit Fehlsichtigkeit trage sie eine Gleitsichtbrille. Nachdem sie die Übergänge nach unten nur mit bewusstem Hinsehen wahrnehmen könne, falle die Gebrauchseinschränkung des linken Beines schwerer ins Gewicht.

Das SG hat behandelnde Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. P. hat eine Myopia magna, einen geringfügigen Astigmatismus, einen leichten Cataract und ein sehr schweres Glaucoma chronicum simplex diagnostiziert und den Befund vom 20.04.2012 mitgeteilt (Sehschärfe rechts 0,5 und links 0,6, Kernsklerose der Linse, Augeninnendruck rechts 18 mmHg und links 17 mmHg unter antiglaucomatöser Therapie, glaucomatöse Papillenexavation 0,9) und unter Vorlage der Einzelfeldanalysen der Gesichtsfelduntersuchung angegeben, eine Gesichtsfelduntersuchung vom 30.11.2011 habe beginnende glaucomatöse Bogenskotome rechts mehr als links gezeigt. Dr. R. hat ein endogenes Ekzem/Neurodermitis mit schwerer Verlaufsform mit ausgeprägtem Pruritus, Beugeekzem, Hautveränderungen durch chronischen Kortison-Konsum im Bereich der Hände, verstärkter Verletzlichkeit der Haut, fehlender Belastbarkeit sowie einen Zustand nach Beckenringfraktur, Sakrumfraktur links, Schambeinfraktur beidseitig, subtotale vordere Kreuzbandruptur des linken Kniegelenkes, inkomplette untere Beinplexusläsion links (Nervus tibialis, Nervus fibularis), Spondylolisthesis L 4/L 5, degeneratives Lumbalsyndrom, anhaltende Schwäche der Fußsenkung und eine Pronationsschwäche im Bereich des Sprunggelenkes links mit dadurch behindertem Gehen, insbesondere auf unebenen Strecken, mit Sturzneigung und einen Zustand nach Mittelhandfraktur des fünften Mittelhandknochens 7/12 diagnostiziert. Beigelegt hat er einen Arztbericht von Dr. D., Facharzt für Orthopädie, vom 30.05.2012 (inkomplette Beinplexusläsion links, Steppergang, Achillessehnenreflex links erloschen, Dysästhesie vorwiegend S1 links, Fußheberschwäche Grad III, leichte Quadrizepschwäche, Bewegungsausmaße Hüfte links 0/0/110°, rechts 0/0/110°, Innen- und Außenrotation jeweils 30°, Röntgenbefund mit in sehr schöner Stellung verheilten Frakturen, Verlötung der rechten Iliosakralgelenk-Fuge), einen Arztbrief von Dr. J., Facharzt für Neurologie, vom 16.07.2012 (Parese der Fußsenkung links und der Pronation im Sprunggelenk links bei Kraftgrad 4 bis 5 von 5, keine sichere Parese der Fuß- und Zehenhebung oder der Supination im Sprunggelenk links, eine wesentliche Rückbildung der Parese sei nach zweijährigem Verlauf nicht mehr zu erwarten, die Kraft der Muskulatur könne noch trainiert werden, Hypästhesie der Außenseite des Unterschenkels links, der Rückseite des Unterschenkels links sowie des Fußrückens und der Fußaußenkante links, LWS mit leichtem paravertebalem Muskelhartspann beidseits, Lasague beidseits negativ, Finger-Boden-Abstand 0 cm), einen Arztbrief von Herrn Wilhelm, Facharzt für Chirurgie, vom 23.07.2012 (Mittelhandfraktur-Basis des fünften Mittelhandknochens links, schmerzhaftes Weichteil- und Hämatom-Schwellung der rechten Mittelhand mit Bewegungs- und Belastungseinschränkung, keine Fehlstellung, keine wesentliche Instabilität nach Sturzverletzung am 14.07.2012). Dr. D., Facharzt für Orthopädie, hat angegeben, er teile

die Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes hinsichtlich des GdB auf orthopädischem Fachgebiet. Frau R., Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, hat einen Behandlungstermin wegen Neurodermitis und einen wegen Xerosis cutis mitgeteilt sowie, dass keine dauerhaft vorliegende Funktionsbehinderung, die von Bedeutung wäre, bestehe.

Dr. G. hat in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme ausgeführt, anhand der Visus-Angaben sei ein GdB von 10 zu begründen, der Gesamt-GdB bleibe hiervon unbeeinflusst. Die beigelegten Gesichtsfelduntersuchungen entsprächen nicht den Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG) und seien gutachtlich nicht verwertbar. Der Bericht von Dr. D. dokumentiere eine Verknöcherung der Beckenfrakturen in guter Stellung, die Hüftgelenke seien nicht GdB-relevant bewegungseingeschränkt. Im neurologischen Bericht von Dr. J. seien geringgradige Paresen der Fußsenkung links und der Fußaußenrandhebung links beschrieben worden. Ein größerer GdB für den Beckenschaden und die Teillähmung des linken Beinnervengeflechts als 30 sei nicht begründet. Die Auskunft der Hautärztin könne eine Höherbewertung der Hauterkrankung nicht begründen.

Die Klägerin hat darauf hingewiesen, sie sei im Gehen erheblich behindert, es liege eine Sturzneigung vor, die im Juli 2012 dazu geführt habe, dass sie sich eine Mittelhandfraktur des Fünften Mittelhandknochens zugezogen habe. Auf Antrag und Kosten der Klägerin hat das Gericht Prof. Dr. S., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Prof. Dr. S. hat in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 05.06.2013 ausgeführt, der psychiatrische Befund sei unauffällig, insbesondere lägen keine Hinweise für Störungen von Wahrnehmung, Konzentration, Merkfähigkeit und Antrieb vor. Es bestehe eine Minderung der kognitiven Belastbarkeit. Bei den durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen hätten die Intelligenz und die Merkfähigkeit wie auch die exekutiven Fähigkeiten im Normbereich gelegen. Im Bereich komplexer Aufmerksamkeitsleistungen seien Arbeitstempo, Qualität und Kontinuität der Leistung jeweils weit unterhalb des Altersstandards bei angemessener Anstrengungsbereitschaft einzuordnen gewesen. Die neurologischen Untersuchungen hätten pathologische Befunde für den linken Nervus tibialis und peroneus mit einer Schädigung des Beinnervengeflechtes vereinbar gezeigt. Er diagnostiziere eine Teilschädigung des linken unteren Beinnervengeflechtes mit Schwäche der Fußhebung und -senkung sowie subjektiven Beschwerden (Gefühlsstörung). Der Schweregrad sei als leicht bis mittelschwer einzuschätzen. Die körpernahe Beinmuskulatur funktioniere regelrecht, es bestünden jedoch (in Anbetracht der Vorbefunde konsistent) Kraftminderungen in leichter Ausprägung für die Fuß- und Zehenmuskulatur. Es sei nur eine leichte Beeinträchtigung des Gangbildes und der Gang- und Standunsicherheit begründet. Die vegetative Fehlregulation am linken Fuß bedinge keine weiteren Funktionsbeeinträchtigungen. Der Teil-GdB sei ab dem 11.04.2011 mit 30 zu bewerten, die verminderte Verarbeitungsgeschwindigkeit mit einem GdB von 10. Den Gesamt-GdB schätze er mit 40 ab Antragstellung ein. Bei der Untersuchung sei keine Beeinträchtigung des Sehvermögens festzustellen gewesen, der Visus sei hinreichend zum Bearbeiten der psychologischen Testverfahren gewesen.

Die Klägerin hat noch eine Bescheinigung von Dr. P. vom 30.08.2013 vorgelegt.

Mit Urteil vom 14.11.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Für den Beckenschaden einschließlich der Teillähmung des linken Beinnervengeflechts und der Gebrauchseinschränkung des linken Beines sei ein Teil-GdB von 30 festzustellen. Die Hüftgelenke hätten laut dem von Dr. D. erhobenen Befund eine gute Beweglichkeit aufgewiesen, die Verknöcherung der Beckenfraktur sei in sehr guter Stellung erfolgt und auch die Befunde von neurologischer Seite seien nicht so gravierend, dass diese zu einem höheren Teil-GdB führten. Es lägen nur geringgradige Paresen sowie eine geringgradige Teilläsion des Nervus tibialis und eine geringgradige Teilläsion des Nervus peroneus vor. Eine relevante Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes bestehe nicht. Die Lockerung des Kniebandapparates führe allenfalls zu einem Teil-GdB von 10. Aufgrund der sehr guten Beweglichkeit der Wirbelsäule bei der medizinischen Rehabilitation in der Schwarzwald-Klinik B. sei ein höherer GdB als 10 hierfür nicht gerechtfertigt. Nachdem die behandelnde Dermatologin mitgeteilt habe, dass aus ihrer Sicht keine Funktionsbeeinträchtigungen von Bedeutung bestünden, sei ein höherer Teil-GdB als 20 für die Neurodermitis nicht angebracht. Ein höherer GdB als 10 lasse sich aufgrund der Befundangaben von Dr. P. nicht herleiten. Es seien weder das Gesichtsfeld noch das Blickfeld auffällig beschrieben worden. Der Gesamt-GdB werde mit 40 bewertet. Hiergegen hat die Klägerin am 23.12.2013 Berufung eingelegt. Die Einzelerkrankungen seien außer der Einzelbewertung hinsichtlich der Visusbeeinträchtigung richtig festgestellt worden. Das SG habe aber die gegenseitige Verstärkung nicht beachtet. Die Fußheberschwäche bedeute eine besondere Stolpergefahr. Aufgrund der Reizung der Bindehaut sei das Tragen einer Brille notwendig geworden. Es müsse sich um eine Brille, die sowohl für das Sehen in die Ferne als auch in der Nähe geeignet sei, handeln. Wenn sie durch die Brille nach unten schaue, "schwimme" der Boden vor ihr. Dadurch komme es zu weiteren Gangunsicherheiten. Die Sehbehinderung wirke sich daher äußerst nachteilig auf die Fußheberschwäche aus und umgekehrt. Auch Prof. Dr. S. habe eine augenärztliche Begutachtung angeregt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. November 2013 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides vom 8. Juli 2011 und des Teil-Abhilfebescheides vom 11. Oktober 2011 in der Gestalt des Widerspruchs-bescheides vom 29. März 2012 einen Grad der Behinderung von wenigstens 50 seit Antragstellung festzustellen, hilfsweise sie augenärztlich begutachten zu lassen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat der Beklagte angegeben, der medizinische Sachverhalt sei im angefochtenen Urteil zutreffend gewürdigt worden.

Die Klägerin hat darauf hingewiesen, am 29.11.2013 wiederum gestürzt zu sein. Die Fehlsichtigkeit in Kombination mit der Fußheberschwäche führe immer wieder zu Unfällen. Die Gesamtbewertung müsse daher zur Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft führen.

Dr. P. hat noch einen Bericht des Universitätsklinikums T., Departement für Augenheilkunde, über eine stationäre Behandlung vom 04. bis 06.02.2014 (primäres Offenwinkelglaukom, Visus rechts 0,7 [mit Kontaktlinse 0,9], links 0,9, im Gesichtsfeld seien erstaunlich wenig Veränderungen feststellbar gewesen) und Einzelfeldanalysen vom 30.08.2013 vorgelegt.

Die Klägerin hat daraufhin erneut eine augenärztliche Begutachtung zur Bewertung des Zusammenhangs mit der Fußheberschwäche angeregt. Der Beklagte hat, gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. ausgeführt, der korrigierte Visus bedinge keinen GdB. Die Gesichtsfelduntersuchungen entsprächen nicht den Vorgaben und seien nicht verwertbar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegte Behördenakte sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgemäß erhobene sowie auch im Übrigen zulässige Berufung ist unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 (Schwerbehinderteneigenschaft).

Der Senat konnte in der Sache entscheiden, ohne die Klägerin augenärztlich begutachten zu lassen. Soweit sie sich insoweit auf das Gutachten von Prof. Dr. S. stützt, so ergibt sich die Nichterforderlichkeit schon daraus, dass der Sachverständige selbst keinen GdB-relevanten Augenbefund erhoben hat, vielmehr die bisherige Einschätzung des Beklagten bestätigte. Auch aus den vorgelegten Befunden des Augenarztes ergibt sich kein weiterer Ermittlungsbedarf. Sie sind im Wesentlichen unverändert bzw. genügen nicht den Anforderungen an eine aussagekräftige Sehinderung (dazu siehe unten). Der Klägerin geht es im Wesentlichen um den Zusammenhang zwischen ihrer Augenerkrankung und dem eingeschränkten Gehvermögen, was ihrem Vorbringen nach zu wiederholten Stürzen geführt hat. Insoweit hat sie aber selbst vorgetragen, dass ihr diesen Zusammenhang noch nicht einmal die sie behandelnden Augenärzte bestätigen wollen (zuletzt Schriftsatz vom 15.04.2014), so dass erst recht kein Anlass für eine Begutachtung besteht.

Der Anspruch der Klägerin auf Feststellung des GdB richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#), 3 und 4 SGB IX. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen auf Antrag des behinderten Menschen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) 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. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)). Hierfür gelten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der auf Grund des [§ 30 Abs. 16 BVG](#) (bis 30.06.2011 [§ 30 Abs. 17 BVG](#)) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 01.01.2009 in Kraft getretene Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV - vom 10.12.2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) erlassen 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. Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage VG zu [§ 2 VersMedV](#) ist an die Stelle der bis zum 31.12.2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird wie zuvor in den AHP der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktions-systeme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e; so auch BSG, Urteil vom 24.04.2008 - [B 9/9a SB 6/06 R](#) - juris).

Liegen - wie im Falle der Klägerin - mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein: Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktions-beeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung kann die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber auch nicht verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung (vgl. Teil A Nr. 7 a Satz 1 der VG). Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern unter Beachtung der VG auf Grund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigengutachten in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (BSG, Urteil vom 11.11.2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) - juris). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind (st. Rspr., vgl. BSG, Beschluss vom 09.12.2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) - juris). Bei dem auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- bzw. Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu

berücksichtigen.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- bzw. Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Gesundheitsbeeinträchtigungen der Klägerin keinen höheren GdB als 40 rechtfertigen. Auch unter Berücksichtigung des Vorbringens und der Ermittlungen im Berufungsverfahren ist gegenüber der angefochtenen Entscheidung des SG nicht die Anhebung des GdB auf über 40 gerechtfertigt.

Für die im Vordergrund stehenden Beeinträchtigungen des Funktionssystems Beine aufgrund der unfallbedingten Beckenringfraktur mit verknöcherten Beckenfrakturen und Teilschädigung des linken unteren Beinnervengeflechts und Lockerung des Kniebandapparates ist ein Teil-GdB von 30 zu berücksichtigen.

Bei der Klägerin ist infolge der unfallbedingten Beckenschädigung eine inkomplette untere Beinplexusläsion links eingetreten, die den Nervus tibialis und den Nervus fibularis betrifft. Nach dem Arztbrief von Dr. D. vom 30.05.2012 hat links eine Fußheberschwäche Grad III vorgelegen und eine leichte Quadrizepsschwäche. Dr. J. hat in seinem Arztbrief vom 16.07.2012 als Befund eine Parese der Fußsenkung links und der Pronation im Sprunggelenk links bei Kraftgrad 4 bis 5 von 5, eine Hypästhesie der Außenseite des Unterschenkels links, der Rückseite des Unterschenkels links sowie des Fußrückens und der Fußaußenkante links bei intakter Koordination angegeben. Eine sichere Parese der Fuß- und Zehenhebung oder der Supination im Sprunggelenk links ist von ihm hingegen nicht zu erheben gewesen. Bei der ambulanten Untersuchung durch Prof. Dr. S. am 05.06.2013 war das Gangbild links hinkend bei seitengleichen Mitbewegungen. Die Muskulatur des linken Beines war im Vergleich zur Gegenseite leicht verschmächtigt. Der Einbeinstand gelang links unsicher, der Seiltänzerengang hingegen regelrecht. Die tiefe Hocke wurde vollständig eingenommen. Der Zehen- und Fersengang waren bei einem Kraftgrad von 5-. links ebenso wie die kleine Zehenheber-muskulatur am Fußrücken links und die Zehenspreizung links gemindert. Der Achilles-sehnenreflex und der Patellarsehnenreflex waren links im Vergleich zu rechts abgeschwächt. Die Vibrationswahrnehmung war mit 7/8 an den Großzehengrundgelenken regelrecht. Die neurologischen Untersuchungen (somatosensorisch evozierte Potentiale, motorische Neurographie des Nervus tibialis und des Nervus peroneus) zeigten pathologische Befunde für den linken Nervus tibialis und peroneus, die mit einer Schädigung des Beinnervengeflechtes vereinbar waren.

Aus diesen Befunden folgt, dass im Wesentlichen eine Einschränkung des Gangbildes aufgrund der verbliebenen leichten Kraftminderung und Schwäche der Fußsenkung und Fußhebung sowie Zehenspreizung links mit Gefühlsstörungen am Unterschenkel und Fußrücken und Fußaußenkante links vorliegt. Die Einschätzung von Prof. Dr. S., dass der Schweregrad dieser Beeinträchtigungen mit allenfalls mittelschwer einzuschätzen ist, ist daher überzeugend.

Die Beeinträchtigungen aufgrund der Lockerung des Kniebandapparates sind leicht. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 beträgt der GdB bei Lockerung des Kniebandapparates muskulär kompensierbar 10 und unvollständig kompensierbar bei Gangunsicherheit 20. Im Entlassbericht der Schwarzwald-Klinik B. vom 24.02.2011 wird angegeben, dass beim Kniegelenk links eine laterale Bandlockerung bei stabilem vorderem Kreuzband und beim Kniegelenk rechts eine mediale Bandlockerung bei etwas gelockertem vorderem Kreuzband vorgelegen hat. In der Reha-Nachsorge-Dokumentation der Fachklinik S. vom 27.05.2011 wird dann nur noch berichtet, dass das rechte Kniegelenk äußerlich unauffällig ist und bei dem linken Kniegelenk nach gelenknaher Spondylodese inkomplette Überstreckbarkeit vorliegt. Angaben dazu, dass die Lockerung des Kniebandapparates nicht muskulär kompensierbar ist, finden sich in den Berichten keine. Die bei der Klägerin bestehende Gangunsicherheit beruht vielmehr auf den Nervenschädigungen. Relevante Bewegungseinschränkungen an den Knien liegen ebenfalls nicht vor. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 rechtfertigt eine Bewegungseinschränkung im Kniegelenk geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0/0/90°) einseitig einen GdB von 0 bis 10 und beidseitig von 10 bis 20 und mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0/10/90°) einseitig 20 und beidseitig 40. In dem Entlassbericht der Schwarzwald-Klinik B. vom 24.02.2011 ist jedoch die Beweglichkeit des linken Kniegelenkes für Extension/Flexion mit 0/0/150° und des rechten Kniegelenkes mit 0/5/150° angegeben worden.

Es liegen keine verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen des Beckens vor. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 beträgt bei Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 10/10/90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig der GdB 10 bis 20 und beidseitig 20 bis 30. In der Reha-Nachsorge-Dokumentation der Fachklinik S. vom 27.05.2011 ist angegeben worden, dass bei Aufnahme die Hüftgelenksbeweglichkeit beidseits frei gewesen ist. In Übereinstimmung hiermit sind in dem Arztbrief von Dr. D. vom 30.05.2012 die Bewegungsmaße der Hüfte links und rechts mit 0/0/110° bei einer Außen- und Innenrotation links und rechts von jeweils 30° angegeben worden. Damit liegen keine Bewegungseinschränkungen vor, die die Feststellung eines GdB zu rechtfertigen vermögen. Nachdem die Frakturen nach den Angaben zum Röntgenbefund als in sehr schöner Stellung verheilt, bei Verlötung der rechten Iliosakralgelenkfuge beschrieben werden, sind insgesamt keine Beeinträchtigungen des Hüftgelenkes festzustellen, die den Teil-GdB für das Funktionssystem Beine erhöhen.

Unter Berücksichtigung dessen, dass nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 der vollständige Nervenausfall des Nervus tibialis einen GdB von 30 bedingt und Teilausfälle der Nerven entsprechend geringer und trophische Störungen zusätzlich zu bewerten sind, sind die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen aufgrund der Teilschädigung des unteren Beinnervengeflechtes links, mit einem Teil-GdB von 30 für das Funktionssystem Beine ausreichend und angemessen bewertet. Denn die körpernahe Beinmuskulatur funktioniert regelrecht und es besteht, auch unter Berücksichtigung der Lockerung des Kniebandapparates links, nur eine Schwäche der Fußhebung und -senkung sowie der Zehenspreizung mit der Folge leichter Beeinträchtigungen des Gangbildes und der Gang- und Standunsicherheit. Dies ergibt sich auch aus der vergleichenden Betrachtung, dass für eine Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenkes in günstiger Stellung nach den VG ein GdB von 30 anzusetzen ist. Die bei der Klägerin vorliegende Schwäche der Fußsenkung und Fußhebung mit leichter Kraftminderung und Hypästhesien am Unterschenkel und Fuß sind im Hinblick auf die hieraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen keinesfalls als schwergradiger einzuschätzen. Diese Bewertung wird auch durch die Angaben der Klägerin bei der Untersuchung durch Prof. Dr. S., dass sie 2 bis 3 Kilometer gehen kann, dabei aber Acht geben muss nicht zu straucheln und sie für längere Strecken daher einen Stock benutzt und orthopädische Schuhe trägt, bestätigt.

Für das Funktionssystem Haut ist ein Teil-GdB von 20 ausreichend und angemessen. Die Klägerin leidet unter einer Neurodermitis. Nach den VG, Teil B, 17.1 beträgt bei atopischen Ekzemen ("Neurodermitis constitutionalis", "endogenes Ekzem") bei geringer, auf die Prädispositionsstellen begrenzter Ausdehnung bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend, der GdB 0 bis 10, bei länger dauerndem Bestehen 20 bis 30, mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere Gesichtsbefall 40. Bei der Klägerin liegt eine Neurodermitis mit

länger dauerndem Bestehen, allerdings mit wechselndem Ausmaß der Beschwerden vor. So hat Dr. D. in seinem Arztbrief vom 17.08.2011 angegeben, dass sich bei der Vorstellung am ganzen Körper sehr trockene schuppige Haut, an Armen und Beinen mit schuppigen teils papulösen Ekzem-Herden gefunden habe. Dr. R. hat in seiner Stellungnahme an das SG zwar sogar ausgeführt, dass ein endogenes Ekzem/Neurodermitis mit schwerer Verlaufsform mit ausgeprägtem Puritus, Beugeekzem, Hautveränderungen durch chronischen Kortison-Konsum im Bereich der Hände und verstärkter Verletzlichkeit der Haut vorliegt. Die Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten R. hat in ihrer Stellungnahme jedoch nur zwei Behandlungen einmal im Juli 2011 wegen Neurodermitis und einmal im Juni 2012 wegen Xerosis cutis angegeben und ausgeführt, es bestünden bei der Klägerin aus ihrer Sicht keine dauerhaft vorliegenden körperlichen, seelischen und geistigen Funktionsbeeinträchtigungen, die von Bedeutung wären. Nachdem in den Entlassberichten über die stationären Aufenthalte bzw. Rehabilitationsmaßnahmen ebenfalls keine Ausführungen zur Behandlung der Neurodermitis enthalten sind, folgt in der Zusammenschau, dass ein GdB von 20 hierfür ausreichend und angemessen ist.

Das Funktionssystem Rumpf ist mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend bewertet. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 beträgt der GdB bei Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) 10 und nur bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) 20.

Bei der Klägerin liegt eine Pseudospondylolisthese L 4/5 und eine Bandscheibenprotrusion L4/5 vor. Bei der ambulanten Untersuchung durch Prof. Dr. S. sind Druckschmerzen über den Dornfortsätzen der Lendenwirbelsäule angegeben worden und die paravertebrale Muskulatur war bei freier Beweglichkeit mit einem Finger-Boden-Abstand von 0 cm mäßig verspannt. Auch Dr. D. hat in seinem Arztbrief vom 30.05.2012 bezüglich der LWS einen leichten paravertebralen Muskelhartspann beidseits beschrieben, bei einem Finger-Boden-Abstand von 0 cm. Im Entlassbericht der Schwarzwald-Klinik B. vom 24.02.2011 ist als Befund der Abschlussuntersuchung der Finger-Boden-Abstand ebenfalls mit 0 cm, Ott'sche mit 30/31 cm und Schober'sche Zeichen mit 10/15 cm erhoben worden. Bei der BWS und LWS hat die Rotation und die Seitneigung (rechts/links) 40/0/40° betragen. Bezüglich der HWS hat die Rotation (rechts/links) 80/0/80° und die Seitneigung 40/0/40° betragen und der Kinn/Sternum-Abstand 1/19 cm. Bei der ambulanten Untersuchung der Klägerin durch Prof. Dr. S. lag weiter die Angabe verminderter Berührungs- und Schmerzwahrnehmung in den Dermatomen L5, S1 und S2 links vor. Aus diesen Befunden folgt, dass nur in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der LWS, Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen vorliegen und aufgrund der guten Beweglichkeit der Wirbelsäulenabschnitte kein höherer GdB als 10 gerechtfertigt ist.

Für das Funktionssystem Augen ist ebenfalls ein GdB von 10 ausreichend und angemessen. Für die Beurteilung von Störungen des Sehvermögens ist in erster Linie die korrigierte Sehschärfe maßgebend. Daneben sind unter anderem Ausfälle des Gesichtsfeldes und des Blickfeldes zu berücksichtigen. Nach den VG, Teil B, Nr. 4.3 bildet die Grundlage bei Herabsetzung der Sehschärfe die "MdE-Tabelle der DOG".

Die Sehschärfe mit Kontaktlinsen ist im Befundbericht von Dr. P. vom 12.12.2011 zur Untersuchung am 30.11.2011 mit 0,4 rechts und 0,8 links angegeben worden. Aus der "MdE-Tabelle der DOG" folgt aus diesem Befund ein GdB von 10. Allerdings hat Dr. P. darauf hingewiesen, dass zum Untersuchungszeitpunkt ein deutlicher Reizzustand der Augen vorgelegen hat und nicht beurteilt werden kann, ob nach Abklingen des Reizzustandes die Sehschärfe besser ist. Zum Befund vom 20.04.2012 hat Dr. P. dann eine Sehschärfe von 0,5 rechts und 0,6 links angegeben, woraus ebenfalls ein GdB von 10 folgt. Im Bericht des Universitätsklinikums T. vom 06.02.2014 ist dann ein Visus von rechts 0,7 (mit Kontaktlinse sogar 0,9) und links 0,9 angegeben worden, was nach der "MdE-Tabelle der DOG" einen GdB von unter 10 ergibt. Insgesamt liegen damit schwankende Visusangaben rechts von 0,4 bis 0,9 und links von 0,6 bis 0,9 vor, die nur teilweise einen GdB von 10 zu rechtfertigen vermögen.

Zusätzlich leidet die Klägerin aufgrund der Glaukome beidseits an zunehmenden Einschränkungen des Gesichtsfeldes. Unregelmäßige Gesichtsfeldausfälle, Skotome im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians, binokular bedingen nach den VG, Teil B, Nr. 4.5 bei mindestens 1/3 ausgefallener Fläche einen GdB von 20 und bei mindestens 2/3 ausgefallener Fläche einen GdB von 50. Dabei dürfen hinsichtlich der Gesichtsfeldbestimmung nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldman III/4 verwertet werden.

Dr. P. hat aufgrund der Gesichtsfelduntersuchung am 30.11.2011 beginnende glaucomatöse Bogenskotome rechts mehr als links angegeben und die Einzelfeldanalysen beigelegt. In seinem Befundbericht vom 12.12.2011 wird zum Gesichtsfeld angegeben, dass keine signifikanten Ausfälle vorliegen. Im Arztbrief des Universitätsklinikums T. vom 06.02.2014 wird zum Gesichtsfeld mitgeteilt, dass erstaunlich wenige Veränderungen festgestellt worden sind. Vorgelegt worden sind noch die Einzelfeldanalysen vom 30.08.2013. Allerdings sind die jeweiligen Einzelfeldanalysen nicht nach der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldman III/4 erhoben worden. Nachdem jedoch weder die Angaben der Augenärzte noch die vorgelegten Einzelfeldanalysen ausreichende Anhaltspunkte dafür liefern, dass bei der Klägerin Gesichtsfeldausfälle aufgrund Skotome unterhalb des horizontalen Meridians größeren Umfangs vorliegen, die insgesamt zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB führen könnten, waren weitere Ermittlungen, insbesondere eine Gesichtsfeldanalyse anhand der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldman III/4, nicht durchzuführen. Aus den vorliegenden Einzelfeldanalysen ergibt sich, dass bei dem stärker betroffenen linken Auge, bei dem die Einzelfeldanalysen die Angabe GHT (Glaukomhalbfeld-Test) "Außerhalb normaler Grenzen" enthalten, die Ausfälle vor allem den rechten oberen Quadranten betreffen und damit nicht den Bereich unterhalb des horizontalen Meridians. Bezüglich des rechten Auges ist auf den Einzelfeldanalysen angegeben, GHT (Glaukomhalbfeld-Test) "Innerhalb normaler Grenzen".

Daraus folgt, dass insgesamt für das Funktionssystem Augen bisher ein Teil-GdB von 10 unter Würdigung der Schwankungsbreite der korrigierten Sehschärfe und dem Gesichtsfeld ausreichend und angemessen ist.

Für das Funktionssystem Gehirn und Psyche ist allenfalls ein GdB von 10 zu berücksichtigen. Bei den von Prof. Dr. S. durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen waren im Bereich komplexer Aufmerksamkeitsleistungen Arbeitstempo, Qualität und Kontinuität der Leistung jeweils weit unterhalb des Altersstandards bei reduzierter kognitiver Verarbeitungs-geschwindigkeit und nur mäßiger Umsetzung und Befolgung der Instruktionen. Nachdem sich keine Hinweise auf mangelnde Validität ergeben haben und eine angemessene

Anstrengungsbereitschaft bei der Klägerin vorgelegen hat, ergibt sich hieraus eine Minderung der kognitiven Belastbarkeit. Da bei den testpsychologischen Untersuchungen die prämorbid-verbale Intelligenz sowie die aktuelle wahrnehmungsgebundene Intelligenz zu visuell-räumlicher Konstruktion innerhalb der Norm gelegen haben, im Bereich der Merkfähigkeit die Ergebnisse in der verbalen Modalität sogar an der oberen Normgrenze, die der visuell-räumlichen Modalität im oberen Normbereich und die akustische Merkspanne an der unteren Normgrenze gelegen haben und im Bereich der exekutiven Fähigkeiten die Klägerin bezüglich figuraler wie auch bezüglich verbaler Ideenproduktion jeweils Leistungen im Normbereich erreicht hat, können die unterhalb des Altersstandards liegenden Ergebnisse im Bereich komplexer Aufmerksamkeitsleistungen wenn überhaupt, allenfalls einen GdB von 10 rechtfertigen, wie aus einem Vergleich mit leichteren psychovegetativen Störungen, für die nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 ein GdB von 0 bis 20 festzustellen ist, folgt.

Das Funktionssystem Ohren ist mit keinem GdB zu bewerten. Maßgebend für die Bewertung ist die Herabsetzung des Sprachgehörs, deren Umfang durch Prüfung ohne Hörhilfen zu bestimmen ist. Nach den VG, Teil B, Nr. 5.2.2 wird der prozentuale Hörverlust aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörskurve durch Addition der vier Teilkomponenten (4-Frequenztabelle nach Röser 1973) bei 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz und 4000 Hz ermittelt. Aus dem Tonaudiogramm vom 18.07.2011 errechnet sich danach ein Hörverlust von links 11 % und rechts 15 %. Nach der Tabelle D zur Ermittlung des GdB aus den Schwerhörigkeitsgraden für beide Ohren in den VG, Teil B, Nr. 5.2.4 ermittelt sich bei einem beidseitigen Hörverlust von 0 bis 20 % ein GdB von 0.

Im Hinblick auf die im Juli 2012 erfolgte Mittelhandfraktur liegen keine Befunde vor, die hieraus entstandene länger andauernde Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Funktionsbeeinträchtigungen belegen. Dies ist auch von der Klägerin nicht vorgetragen worden. Bei der ambulanten Untersuchung durch Prof. Dr. S. gelangen der Faustschluss und die Funktionsgriffe vollständig und es lagen keine trophischen Störungen vor.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Teil-GdB-Werte (Teil-GdB von 30 für das Funktionssystem Beine, Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem Haut und jeweils Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem Rumpf, Augen und Gehirn einschließlich Psyche) beträgt der Gesamt-GdB weiterhin nicht mehr als 40. Da nach den VG, Teil A, Nr. 3 a, ee leichte, nur einen GdB von 10 bedingende Gesundheitsstörungen von Ausnahmefällen abgesehen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen und es auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen, ist es nicht gerechtfertigt, einen Gesamt-GdB über 40 festzusetzen. Entgegen der Auffassung der Klägerin weisen die Funktionsbeeinträchtigungen keine derartigen Wechselwirkungen bzw. Summationseffekte i. S. der VG, Teil A Nr. d bb) bzw. dd) auf, als dass ein höherer Gesamt-GdB als 40 leidensgerecht ist. Die in den VG genannten Beispielsfälle sind unstreitig nicht erfüllt. Nach Sicht des Senats liegt auch kein vergleichbarer Fall vor. Eine wesentliche gegenseitige Verschlimmerung der Beeinträchtigungen aufgrund der Schädigung des Beinnervengeflechts mit den Sehstörungen aufgrund des Tragens einer Gleitsichtbrille liegt nicht vor. Zwar ist es aufgrund der Teilnervenschädigungen insbesondere bei Gehen auf unebenem Untergrund erforderlich, dass die Klägerin auf den Boden blickt, ist ihr, dies auch mit einer Gleitsichtbrille möglich, wobei sie insoweit die typischen Eingewöhnungsschwierigkeiten an Gleitsichtbrillen schildert, die aber nur vorübergehender Natur sind und denen durch bloßes Bewegen des Kopfes Rechnung zu tragen ist. Soweit es der Klägerin – wie in der Senatssitzung vorgetragen – durch die Betreuung von Kleinkindern nicht möglich ist sich langsam zu orientieren, so ist diese Einschränkung allein berufsbedingt und daher nicht zu berücksichtigen (VG, Teil A, Nr. 2 b). Die Einschränkungen bezüglich des Gehvermögens mit einer erhöhten Sturzneigung insbesondere bei unebenem Untergrund sind bereits mit dem Teil-GdB von 30 für das Funktionssystem Bein insgesamt umfassend und ausreichend berücksichtigt. Eine weitere Erhöhung des Gesamt-GdB hierdurch ist nicht gerechtfertigt.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-04-07