L 8 SB 3023/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 10 SB 1957/12
Datum
16.06.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 3023/14
Datum
26.02.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 16.06.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, mit welchem Grad der Behinderung (GdB) die bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen zu bewerten sind.

Der 1956 geborene Kläger stellte am 30.05.2011 beim Landratsamt O. – Amt für Soziales und Versorgung – (LRA) einen Erstantrag nach § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) rückwirkend für die Zeit ab 01.01.2004. Zur Begründung führte er Fußgelenksarthrose, Hüftgelenksarthrose, Handoperation, Kniegelenksschaden, Bandscheibenprobleme und Bronchialprobleme an. Ein besonderes Interesse an der rückwirkenden Feststellung teilte er nicht mit.

Das Landratsamt zog vom Hausarzt des Klägers, Dr. L., Befundberichte bei (Bl. 4/34 der Verwaltungsakten – VA). Zusätzlich zog es von der A. Sportklinik den Entlassungsbericht vom 30.10.2007 bei (Bl. 37/40 VA).

Das LRA holte bei dem Versorgungsarzt Dr. M. die Stellungnahme vom 20.08.2011 ein (Bl. 41/42 VA). Dieser bewertete die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen wie folgt:

- Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, degenerative Gelenkveränderungen, Teil-GdB 20, - degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Kalksalzminderung des Knochens (Osteoporose), Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Teil-GdB 20, - Fingerpolyarthrose, Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, Teil-GdB 10.

Die Gesundheitsstörungen Bursitis trochanterica links 2006 und Bronchialprobleme bedingten keinen GdB von wenigstens 10, Fußprobleme und eine relevante Handoperation seien den umfangreichen Berichten nicht zu entnehmen. Die Leiden seien nicht ab 2004 erkennbar. Frühestmöglicher Termin bezüglich der Vorbefunde sei 8/2006.

Das LRA stellte daraufhin mit Bescheid vom 25.08.2011 (Bl. 43 VA) beim Kläger einen GdB von 30 seit 01.08.2006 fest. Für die Zeit ab 01.01.2004 könne kein GdB festgestellt werden.

Am 13.09.2011 legte der Kläger gegen den Bescheid Widerspruch ein. Er beantrage die Schwerbehinderteneigenschaft. Zur Begründung führte er an, dass er durch die Arthrose in seiner Beweglichkeit sehr stark eingeschränkt sei. Er legte den Operationsbericht vom 04.12.2008 (Diagnose: Dupuytren`sche Kontrakturen Grad II am 4. Finger links, Grad III am 5. Finger links mit 90° Kontraktion im PIP Gelenk, Bl. 49 VA), den Bericht der Neurologin Dr. Wunderle vom 11.03.2009 (Diagnose: Läsion Ramus superficialis Nervus ulnaris links, Bl. 51 VA), den Bericht des Dr. Kirschsieper vom 25.02.2011 über das MRT des linken Fußes (Bl. 52 VA) und den Bericht der DRK-Klinik Baden-Baden vom 14.12.2011 (Diagnose: Exophytenbildung bei Lisfranc-Arthrose Bl. 62/63 VA) vor.

Das LRA zog weitere Befundberichte von Dr. W. bei (Operationsberichte vom 28.09.2010 und vom 21.07.2011 über Operationen im Bereich des rechten und des linken Knies, Bl. 54/57 VA).

Die Versorgungsärztin L. bewertete die Funktionsbeeinträchtigungen in der Stellungnahme vom 26.10.2011 (Bl. 58 VA) und Dr. K. in der Stellungnahme vom 14.02.2012 (Bl. 64 VA) wie folgt:

- Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, degenerative Gelenkveränderungen, Teil-GdB 30, - degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Kalksalzminderung des Knochens (Osteoporose), Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Teil-GdB 20, - Fingerpolyarthrose, Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, Teil-GdB 10.

Hauptproblem seien der persistierende Reizzustand des rechten Knies und die rezidivierenden Beschwerden der rechten Hüfte, wobei die degenerativen Veränderungen mäßiggradig ausgeprägt seien. Zusätzlich sei nun die Fußwurzelarthrose nachgewiesen. Zusammen erscheine ein GdB von 30 für die unteren Extremitäten gerechtfertigt. Mehr als endgradige Bewegungseinschränkungen und gravierende Einschränkungen der Gehstrecke seien nur im Akutzustand zu erwarten. Die operierte Dupuytren-Kontraktur im Bereich der Hand sei im GdB für die Fingerpolyarthrose und die Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks berücksichtigt. Der Gesamt-GdB wurde mit 40 vorgeschlagen.

Das Regierungspräsidium S. – Landesversorgungsamt – gab dem Widerspruch insoweit statt, als der GdB 40 seit 01.08.2006 betrage. Im Übrigen wies es den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 21.03.2012, Bl. 67/69 VA).

Am 18.04.2012 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Freiburg. Zur Begründung machte er geltend, er könne nach wie vor sein Hand nicht richtig einsetzen, weshalb insoweit ein Teil-GdB von 20 angemessen sei. Weiter machte er geltend, die Knieschäden sowie die Arthrose am Fuß seien unzureichend berücksichtigt.

Das SG zog aus dem bei dem SG Freiburg vom Kläger geführten Verfahren wegen Rente wegen Erwerbsminderung (S 15 R 3941/11) die Auskünfte der im dortigen Verfahren schriftlich als sachverständige Zeugen befragten Ärzte des Klägers und der von diesem überlassenen Befundberichte (Auskunft des Orthopäden Dr. D. vom 19.09.2011, Bl. 26/38 SG-Akten; Auskunft des Dr. W. vom 05.10.2011, Bl. 39 SG-Akten; Auskunft des Dr. L. vom 07.10.2011, Bl. 40/66 SG-Akten) sowie das orthopädische Gutachten des Prof. Dr. B. vom 11.01.2012 (Bl. 69/86 SG-Akten) bei.

Der Kläger legte den Rehabilitationsentlassungsbericht des T.-L. Zentrum für ambulante Rehabilitation vom 28.11.2012 (Diagnosen: Gonarthrose beidseitig, Z.n. Knie-TEP rechts, Coxarthrose rechts, Arthrose linker Mittelfuß, arterielle Hypertonie, Bl. 116/123 SG-Akten) den Bericht des Dr. H. vom 26.08.2013 über die Kernspintomographie des rechten Schultergelenks (Bl. 127 SG-Akten) und den Bericht des O. Klinikums A. vom 16.09.2013 (Diagnose: aseptische Knie-TEP-Lockerung rechts, Z.n. Knie-TEP rechts vom 11.10.2012, Bl. 128/130 SG-Akten) vor.

Das SG hat bei Prof. Dr. C. ein orthopädisches Gutachten eingeholt (Bl. 143/162 SG-Akten). Nach Untersuchung des Klägers am 17.12.2013 hat der Gutachter im Gutachten vom 19.12.2013 eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, eine Bewegungseinschränkung des 5. Fingers links, eine geringgradige Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Hüftgelenkes, ein künstliches Kniegelenk rechts mit Bewegungseinschränkung und persistierendem Reizzustand, eine geringgradige Belastungsminderung des linken Kniegelenkes und eine geringgradige Belastungsminderung des linken Fußes festgestellt. Die Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenkes bewertete der Gutachter mit einem Teil-GdB von 40, die Funktionsbeeinträchtigungen der rechten Schulter, der linken Hand, des rechten Hüftgelenkes sowie aktenkundige Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit einem Teil-GdB von 10. Aus den Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenkes und des linken Fußes resultiere kein messbarer GdB. Den Gesamt-GdB bewerte er aufgrund der Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenkes und unter Berücksichtigung der übrigen krankhaften Veränderungen, die sich in ihrer Funktionalität nicht überschnitten, mit 50 seit 01.08.2012.

Mit Gerichtsbescheid vom 16.06.2014 wies das SG die Klage ab. Ein Rechtsschutzbedürfnis liege auch hinsichtlich der vom Kläger für die Vergangenheit verlangten GdB-Feststellung vor. Inwieweit dieser GdB rückwirkend konkret messbare Vorteile bringt, sei für die Zulässigkeit der Klage ohne Belang. Hinsichtlich des rechten Schultergelenkes sei die Beweglichkeit ausreichend erhalten, weshalb ein höherer Teil-GdB als 10 nicht festgestellt werden könne. Hinsichtlich des rechten Kniegelenkes erscheine trotz der nicht so erheblichen Bewegungseinschränkung aufgrund des schmerzhaften Reizzustandes und deutlichen Ergusses des rechten Kniegelenkes die Belastungsminderung und die Beeinträchtigung der Gehfähigkeit mit einem Teil-GdB von 30 bis 40 zutreffend festgestellt. Jedenfalls sei kein höherer Teil-GdB als der vom Gutachter vorgeschlagene Teil-GdB von 40 festzustellen. Für das linke Knie sei kein eigenständiger Teil-GdB zu rechtfertigen. Im Bereich der Hüftgelenke sei keine stärkere, etwa mittlere Bewegungseinschränkung mit geringen Bewegungsausmaßen nachgewiesen, weshalb das Hüftleiden mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend bemessen sei. Hinsichtlich der Wirbelsäule sei kein höherer Teil-GdB als 10 zu berücksichtigen. Die Dupuytren`sche Kontraktur des Kleinfingers der linken Hand könne ebenfalls nicht mit einem höheren Teil-GdB als 10 bemessen werden. Insgesamt komme kein höherer Gesamt-GdB als 40 in Betracht.

Gegen den dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 20.06.2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 18.07.2014 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Der Gutachter Prof. Dr. C. sei nach eigener Anschauung des Klägers zu dem Ergebnis gekommen, dass ein Gesamt-GdB von 50 angemessen sei. Das SG übersehe, dass zwar eine rein additive Zusammenfassung einzelner Teil-GdB nicht möglich sei, sehr wohl aber sich die Beeinträchtigungen wechselseitig verstärken könnten, was hier bei Hüft- und Knieleiden der Fall sei. Auch das SG folge insoweit nicht der abwegigen Meinung der Gegenseite, wonach hier das eine Leiden das andere konsumiere. Wenn aber eine derart wechselseitige negative Beeinflussung stattfinde, sei unter Berücksichtigung und integrativer Betrachtung der Gesamt-GdB eben doch mit 50 anzusetzen. Insbesondere sei nicht zutreffend, dass der Teil-GdB von 10 für das Hüftleiden keine Rolle zu spielen hätte. Zwar möge ein Teil-GdB von 10 bei der Bewertung des Gesamtgeschehens grundsätzlich außen vor bleiben. Nicht ohne Grund werde aber die Bewertung des Gesamt-GdB immer noch von einem Arzt vorgenommen und nicht lediglich anhand der Tabellenwerte der VersMedV. Prof. Dr. C. habe zutreffend darauf hingewiesen, dass aufgrund der Schwere des Knieleidens unter Mitberücksichtigung der anderen krankhaften Veränderungen die Schwelle zur Schwerbehinderung erreicht sei. Dies sei nicht anders zu deuten, als dass vorliegend auch ein Teil-GdB von 10 aufgrund der wechselseitigen Verstärkung des Leidens, insbesondere zwischen Hüfte und Knien insgesamt eine höhere Gewichtung als 10 erfahre und damit dann insgesamt unter Berücksichtigung des Leidens an den Knien die Schwerbehinderteneigenschaft begründe, auch unter Mitberücksichtigung selbstverständlich der weiteren Leiden an der Wirbelsäule etc ... Darüber hinaus sei mitzuteilen, dass der Zustand des Klägers so schlecht sei, dass dieser erneut operiert werden müsse. Die

Schwerbehinderteneigenschaft sei bei dem Kläger sicher angemessen. Der Kläger legte das durch den MDK Baden-Württemberg veranlasste orthopädisch-unfallchirurgisches Gutachten des PD Dr. Dr. S. vom 15.04.2014 (Bl. 33/39 der Senatsakten) vor, wonach bei der Erstimplantation am 11.10.2012 das Kniegelenk in einer intoleranten Varusposition eingebracht worden sei, so dass die mittelfristige postoperative Phase mit erheblichen lokalen Schmerzhaftigkeiten belastet gewesen seien, was schließlich zum Wechsel der Prothesenkomponenten geführt habe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des SG Freiburg vom 16.06.2014 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 25.08.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.03.2012 zu verurteilen, bei dem Kläger die Schwerbehinderteneigenschaft seit dem 01.08.2006 festzustellen, hilfsweise ein medizinisches Gutachten zur Frage der Teilhabebeinträchtigung durch Behinderung an Knie, Hüfte, Fuß, Wirbelsäule, Schulter und Hände einzuholen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Eine höhere Bewertung des GdB lasse sich nicht begründen. Aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergäben sich keine dauerhaften, mindestens 6 Monate nach Revisionseingriff am rechten Kniegelenk dokumentierten orthopädisch-klinischen Befunde, die eine höhere Bewertung erlauben würden. Ergänzend legte der Beklagte die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. Götz vom 03.07.2015 (Bl. 49/50 Senatsakten) vor.

Der Senat hat den Operationsberichts vom 26.03.2012 des Dr. H. (Bl. 41/43 der Senatsakten) sowie den Bericht des O. Klinikums A. vom 22.05.2012 (Bl. 44/45 der Senatsakten) beigezogen.

Außerdem hat das Gericht die Akten des vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg geführten Berufungsverfahrens L 2 R 2632/07 beigezogen. Wegen des Inhalts des in diesem Verfahren auf Antrag des Klägers eingeholten orthopädischen Gutachtens des Dr. S. vom 26.02.2008 wird auf Bl. 44/57 und des von Amts wegen eingeholten orthopädischen Gutachtens des Dr. H. vom 12.07.2008 mit Ergänzung vom 06.11.2008 auf Bl. 86/108 und Bl. 123/126 der Akten L 2 R 2632/07 Bezug genommen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber nicht begründet.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 16.06.2014 zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 25.08.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 21.03.2012 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 seit dem 01.08.2006.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91 - BSGE 72, 285; BSG, Urteil vom 09.04.1997 - 9 RVs 4/95 - SozR 3-3870 § 4 Nr. 19; BSG, Urteil vom 18.09.2003 B 9 SB 3/02 R - BSGE 190, 205; BSG, Urteil vom 29.08.1990 - 9a/9 RVs 7/89 - BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1).

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, 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 Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 16 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere § 69 SGB IX - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - B 9 SB 3/08 R - RdNr 27, 30 m.w.N.). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des § 69 SGB IX auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009 SozR 4-3250 § 69 Nr. 10 RdNr. 19 und vom 23.4.2009, a.a.O., RdNr 30).

Für die Bemessung des GdB stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412) mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) ebenso wie die AHP auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die zunächst nach Funktionssystemen (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG; Teil A Nr. 18 Abs. 4 AHP) getrennt, später nach § 69 Abs. 3 SGB IX in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen, sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach § 69 Abs. 3 SGB IX. Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Teil A Nr. 3 VG, Teil A Nr. 19 AHP). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG bzw. der AHP in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (BSGE 62, 209, 213; BSG SozR 3870 § 3 Nr. 26 und SozR 3 3879 § 4 Nr. 5 zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt.

Nach diesen Kriterien ist der GdB beim Kläger mit 40 seit 01.08.2006 ausreichend bewertet. Beim Kläger liegen Beschwerden von Seiten der Kniegelenke, der Hüftgelenke, des linken Fußes, der Wirbelsäule, der rechten Schulter sowie der linken Hand vor.

Die Gesundheitsstörungen im Funktionssystem der Beine bedingen keinen höheren Einzel-GdB als 40. Im Funktionssystem der Beine bestehen beim Kläger Gesundheitsstörungen der Kniegelenke, der Hüftgelenke sowie des linken Fußes.

Die Funktionsbehinderungen der Kniegelenke bedingen einen Teil-GdB von höchstens 40. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. C. besteht beim Kläger am rechten Kniegelenk eine eingeschränkte Beweglichkeit, Schwellneigung und ein Reizzustand mit Überwärmung bei einem reizlos an korrekter Stelle platziert einsitzenden künstlichen Kniegelenk. Der Gutachter hat eine im Seitenvergleich leichte Überwärmung, deutliche Kapselschwellung und leichte Ergussbildung befundet. Die Beweglichkeit für Streckung/Beugung war bis 0/0/85° möglich. Auf Höhe des Kniegelenkes ergibt sich aus dem Gutachten eine Umfangsmehrung von 3,5 cm gegenüber links. Der Röntgenbefund des rechten Kniegelenks vom 17.12.2013 zeigt nach dem Gutachten ein korrekt einsitzendes künstliches Kniegelenk, unauffällige Achsverhältnisse und keinen Hinweis auf Entzündung oder Lockerung. Das linke Kniegelenk zeigt sich reizlos, ohne Rötung und Überwärmung, ohne Kniegelenksergussbildung, ohne Druckschmerz am inneren und äußeren Kniegelenksspalt und mit einer Beweglichkeit für Streckung/Beugung 0/0/135°. Nach dem Bericht des O. Klinikums A. vom 16.09.2013 anlässlich des Wechsels der Endoprothese des rechten Kniegelenks bestand bei Aufnahme des Klägers eine Beweglichkeit für Streckung/Beugung von 0/0/85° bei starken Schmerzen bei endgradiger Beugung sowie bei voller Streckung. Für den Zeitpunkt der Entlassung ist eine Beweglichkeit von 0/0/90° dokumentiert. Das linke Knie sei beschwerdefrei. Im Entlassungsbericht vom 28.11.2012 des TOP-LIFE Zentrums für ambulante Rehabilitation über die vom 30.10.2012 bis 29.11.2012 andauernde ganztägig ambulante Maßnahme war für das rechte Knie noch eine starke Schwellung, Rötung und Erwärmung beschrieben. Die Palpation war sehr schmerzhaft, die Seitenbänder stabil. Die Beweglichkeit für Streckung/Beugung wurde mit 0/20/70° angegeben. Bei Entlassung ergab sich eine verbesserte Beweglichkeit des rechten Kniegelenks von 0/5/80° bei weiterhin bestehender Reizung, Erwärmung und Schwellung. Für das linke Kniegelenk sind Bewegungsmaße von 0/0/130° und eine Tastbarkeit eines retropatellaren Reibens sowie Krepitation beschrieben. Im Gutachten des Dr. B. vom 11.01.2012 war die Beweglichkeit mit 0/5/100° für Streckung/Beugung mit jeweils endgradiger Schmerzangabe angegeben. Die Konturen des rechten Kniegelenks seien weitgehend verstrichen bei ausgeprägtem suprapatellaren Erguss. Eindeutige Meniskuszeichen seien nicht auslösbar. Der Bandapparat sei fest. Das linke Kniegelenk ist als erguss- und reizfrei bei Druckschmerzangabe über dem medialen und lateralen Gelenkspalt bei freier Streckung und endgradig schmerzhafter Beugung beschrieben. In dem Schreiben des Dr. D. vom 19.09.2011 wurde eine mäßige Gonarthrose beschrieben. Die Beschwerden am rechten Knie hätten in den letzten 2 bis 3 Jahren zugenommen. Am rechten Knie bestehe eine Schwellung mit Rezessuserguss (Reizknie) nach zuvor erfolgter Arthroskopie. Dem Operationsbericht zur Arthroskopie vom 28.09.2010 (Bl. 55 VA) ist eine ausgeprägte Synovialitis im medialen Kniegelenkfach oberer Rezessus sowie eine Chondromalazie 3. Grades Femur medial zu entnehmen. Aus dem Schreiben des Dr. W. vom 05.10.2011 geht zum 01.09.2010 ebenfalls ein Reizknie rechtes Kniegelenk hervor. Im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 23.09.2010 über den stationären Aufenthalt vom 14.09.2010 bis 16.09.2010 in der Rehabilitationsklinik Höhenblick (Bl. 49/50,52/59 der SG Akten) wird eine Kniegelenksbeweglichkeit für das rechte Kniegelenk von 0/0/140° angegeben, wobei keine Überwärmung und kein tastbarer Erguss, keine Krepitation, jedoch ein Druckschmerz am medialen Gelenkspalt bestehe. Das linke Kniegelenk ist als funktionell und reizlos beschrieben. Nach einem Bericht des Dr. T., Arzt für Chirurgie, vom 05.08.2010 (Bl. 43 SG-Akten) bestehe eine Kniearthrose rechts. Der Kläger klage seit vielen Jahren über rezidivierende Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes, das linke Kniegelenk sei beschwerdefrei. Bei der klinischen Untersuchung finde sich eine freie Beweglichkeit, keine Ergussbildung und kein Hinweis für eine Baker-Zyste. Im Gutachten des Dr. H. vom 12.07.2008 ist eine uneingeschränkte Beweglichkeit von Streckung/Beugung 0/0/125° für beide Kniegelenke angegeben. Es zeigten sich beidseits keine Reibegeräusche, kein Kniegelenkserguss und unauffällige Kapselverhältnisse. Lediglich ein mäßiger diffuser Druckschmerz peripatellar und über dem medialen und lateralen Gelenkspalt beidseits ist dokumentiert. Bei der Begutachtung seien spontan aktuell keine Kniebeschwerden angegeben worden. Dem Gutachten des Dr. S. vom 28.02.2008 ist für den Bereich des rechten Kniegelenkes eine kräftige Muskulatur, keine Schwellung, kein Erguss, ein intakter Bandapparat und lediglich ein leichter Druckschmerz im medialen Kniegelenksbereich zu entnehmen. Die Beweglichkeit für Streckung/Beugung für das rechte Kniegelenk ist mit 0/0/130° dokumentiert. Hinsichtlich der bildgebenden Diagnostik hinsichtlich des rechten Kniegelenks vom 06.02.2008 werden in dem Gutachten dem Altersmaß entsprechende Verhältnisse beschrieben. Für das linke Kniegelenk ist dem Gutachten eine Beweglichkeit von 0/0/140° bei kräftiger Muskulatur ohne Schwellung und ohne Erguss zu entnehmen. Im Bericht des Kreiskrankenhauses Achern vom 17.08.2006 (Bl. 15 VA) ist eine kleine Baker-Zyste bei freier Kniegelenksbeweglichkeit rechts beschrieben. Der Kläger berichte über rezidivierende zunehmende Belastungsschmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks.

Die Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen des Kniegelenkes richtet sich nach Teil B Nr. 18.14 VG bzw. Teil C Nr. 26.18, S. 125 f. AHP. Für Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk ist danach bei einer Bewegungseinschränkung geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90) einseitig ein GdB von bis zu 10, beidseitig von 10 bis 20, mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90) einseitig ein GdB von 20, beidseitig ein GdB von 40 und stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-30-90) einseitig ein GdB von 30 und beidseitig ein GdB von 50 vorgesehen. Bei ausgeprägten Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig, soll der GdB ohne Bewegungseinschränkung 10 bis 30, mit Bewegungseinschränkung 20 bis 40 betragen. Bei Vorliegen einer Endoprothese sind nach Teil B Nr. 18.12 VG Mindest-GdB vorgegeben, die für Endoprothesen bei bestmöglichen

Behandlungsergebnis gelten. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen. Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung, Nervenschädigung, deutliche Muskelminderung, ausgeprägte Narbenbildung. Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schließen die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein. Für das Kniegelenk ist bei einseitiger Totalendoprothese ein GdB von mindestens 20 vorgesehen. Den dargestellten Befunden sind hinsichtlich des linken Kniegelenks keine Bewegungseinschränkung und höchstens leichte Reizerscheinungen zu entnehmen. Im Bereich des rechten Kniegelenks bestanden (nach den Berichten seit August 2008) zunächst zunehmende Schmerz- und Reizerscheinungen, zu denen bis zum Jahr 2012 zunächst geringgradige Bewegungseinschränkungen des Kniegelenks hinzugetreten sind. Im Oktober 2012 wurde der Kläger im Bereich des rechten Kniegelenks mit einer Endoprothese versorgt. Die in dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 28.11.2012 über die Anschlussheilbehandlung beschriebene Schmerzhaftigkeit und Bewegungseinschränkung mittleren bis stärkeren Grades bestand nach der endoprothetischen Versorgung des rechten Kniegelenks am 12.10.2012. Ausweislich des Gutachtens des PD Dr. Dr. S. vom 15.04.2014 war in der Folgezeit eine erhebliche Schmerzhaftigkeit verblieben, was auf eine nicht achsengerecht eingesetzten Prothesenkomponente beruhte und zu einem Endoprothesenwechsel am 04.09.2013 führte. Die Befunderhebung durch Prof. Dr. C. fand nur wenige Monate nach dem Wechsel der Endoprothese statt und zeigte eine bereits deutlich verbesserte, nur noch geringgradige Bewegungseinschränkung bei leichter Überwärmung, deutlicher Kapselschwellung und leichter Ergussbildung. Dass sich die Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich des rechten Kniegelenkes in der Folge wieder verschlimmert hätten, wurde vom Kläger nicht geltend gemacht und ist auch sonst nicht ersichtlich. Nach den dargestellten Grundsätzen der VG bzw. AHP entspricht ein Teil-GdB von 40 dem höchsten vorgesehenen GdB bei einseitigen ausgeprägten Knorpelschäden mit anhaltenden Reizerscheinungen und einer stärkergradigen Bewegungseinschränkung. Entsprechend schwerwiegende Befunde sind lediglich für die Zeit zwischen der endoprothetischen Versorgung am 12.10.2012 und dem Endoprothesenwechsel am 04.09.2013 dokumentiert. Insoweit ist es gerechtfertigt, den Mindest-GdB von 20 wegen der seit Oktober 2012 implantierten Knie-TEP auf 40 zu erhöhen. Nach dem die aufgeführten Befunde für die Zeiten vor der Implantation der Knie-TEP und nach deren Wechsel geringere, nicht aber schwerwiegendere Funktionsbeeinträchtigungen widerspiegeln, ist insgesamt seit August 2006 ein höherer Teil-GdB als 40 für die Gesundheitsstörungen im Bereich der Kniegelenke nicht gerechtfertigt.

Die Gesundheitsstörungen im Bereich der Hüftgelenke bedingen einen Teil-GdB von 10. Insoweit liegt beim Kläger eine Coxarthrose vor. Prof. Dr. C. hat in der Bildgebung im Bereich der Hüftgelenke rechtsseitig beginnende degenerative Veränderungen in Form einer Verschmälerung des Gelenksspaltes sowie knöchernen Randwülsten an den Gelenkflächenrändern, insbesondere außenseitig am OberscH.kopf, und linksseitig einen altersentsprechenden Normalbefund erhoben. Darüber hinaus hat er eine Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks von 0/0/110° für Streckung/Beugung, 30/0/20° für Drehung auswärts/einwärts sowie 20/0/30° für Abspreizen/Anführen befundet. Im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 28.11.2012 ist eine Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks von 0/10/120° für Streckung/Beugung, eine Abduktion von 20° und eine aufgehobene Rotationsbeweglichkeit dokumentiert. Dem Gutachten des Dr. B. ist eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Hüftgelenkes, weniger auch des linken Hüftgelenkes bei Streckung/Beugung rechts 0/0/100°, links 0/0/110°, Abspreizen/Anführen rechts 30/0/30°, links 40/0/30° und Außen-/Innenrotation rechts 20/0/0° und links 30/0/20° zu entnehmen. Im Gutachten des Dr. H. vom 12.07.2008 ist eine seitengleiche Beweglichkeit der Hüftgelenke für Streckung/Beugung 0/0/100°, Abspreizen/Anführen 30/0/20° und Rotation auswärts/einwärts (Hüfte gebeugt) 30/0/15° ausgewiesen, wobei die Hüftbewegungen als endgradig schmerzhaft rechts mehr als links angegeben worden seien. Das Gangbild sei sicher und relativ flott. Nach längerem Sitzen zeige der Kläger kurzfristig ein ausgeprägtes Schonhinken links, das sich nach einigen Schritten wieder verliere. Nach dem Gutachten des Dr. Schweigert zeigte der Kläger ein unauffälliges Gangbild. Es fand sich eine leichte Druckschmerzhaftigkeit über beiden Hüftgelenken und Trochanteren (Rollhügel), insbesondere linksseitig. Beidseits bestand ein axialer Stauchungsschmerz. Die Beweglichkeit betrug für Streckung/Beugung rechts 0/0/100°, links 0/0/110°, für Abspreizen/Anführen rechts 30/0/20°, links 40/0/30° und Auswärts-/Einwärtsdrehen rechts 30/0/20° und links 50/0/40°. Dem Bericht des Ortenau Klinikums vom 29.03.2011 (Bl. 27/28 VA) sind im Bereich der rechten Hüfte Schmerzen und eine leichte Bewegungseinschränkung zu entnehmen, wobei eine mäßiggradige Coxarthrose rechts bestehe. Nach dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 23.09.2010 bestand ein Trochanterdruckschmerz rechts, die Hüftstreckung war rechts bis 120°, links bis 130° möglich, die Maße für Abspreizen/Anführen sind rechts mit 40/0/25°, links mit 50/0/30° und für Innen-/Außenrotation bei gestrecktem Bein mit beidseits 35/0/30° angegeben. Am 26.10.2007 wurde eine beginnende sekundäre Coxarthrose bei Offsetstörung Typ Cam und Synovitis der rechten Hüfte sowie eine ausgedehnte craniale und antrocraniale Labrumläsion rechts diagnostiziert (Bericht der A.-Klinik P. vom 30.10.2007, Bl. 37/40 VA), weswegen eine Offsetkorrektur, eine Synovektomie sowie eine Labrumteilresektion vorgenommen wurden. Im Bericht des Orthopäden Dr. M. vom 31.05.2007 (Bl. 34 SG-Akten) ist eine Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks von 0/0/100° für Streckung/Beugung und von 20/0/5° für Außenrotation/Innenrotation angegeben. Es bestehe ein deutlich positives Impingement, die Flexion gegen Widerstand sei schmerzhaft. Dem Bericht des Kreiskrankenhauses Achern vom 30.05.2006 (Bl. 10 VA) ist eine Bursitis trochanterica links mit Verhärtung des Tractus iliotibialis links zu entnehmen. Die Beweglichkeit im Hüftgelenk selbst sei frei, jedoch endgradig schmerzhaft. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich ein hörbares Schnappen bei Bewegung über den Trochanter Major; dabei heftige Schmerzen im Trochanter-Bereich.

Nach Teil B Nr. 18.14 VG bzw. Teil C Nr. 26.18, S. 124 f. AHP ist eine Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis zu 0-10-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig mit einem GdB von 10 bis 20, beidseitig mit einem GdB von 20 bis 30 zu bewerten. Mehr als nur geringe Bewegungseinschränkungen liegen bei dem Kläger seit 08/2006 nicht vor. Prof. Dr. C. hat im Bereich des linken Hüftgelenks keine Funktionsbeeinträchtigungen festgestellt. In den übrigen dargestellten Befunden sind hinsichtlich des linken Hüftgelenks allenfalls endgradig schmerzhafte Bewegungseinschränkungen beschrieben. Ein GdB ist insoweit nach den dargestellten Grundsätzen für das linke Hüftgelenke nicht anzusetzen. Die von Prof. Dr. C. angegebenen Bewegungsausmaße des rechten Hüftgelenks weichen von den Normalmaßen (Streckung/Beugung 5-10/0/130°, Abspreizen/Anführen 30-45/0/20-30°, Drehung auswärts/einwärts 30-45/0/40-50°) nur geringfügig ab. Auch die weiteren vorliegenden Befunde dokumentieren eine Hüftbeugung mindestens bis 100°. Einzig nach dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 28.11.2012 war eine Hüftstreckung nicht bis zur Neutral-Null-Stellung möglich, wobei jedoch die Hüftbeugung nicht relevant eingeschränkt war. Die Abspreizbeweglichkeit ist nach sämtlichen Befunden allenfalls leicht eingeschränkt. Hinsichtlich der Rotation des rechten Hüftgelenks beschreiben die Befunde bis zu mittelgradigen Bewegungseinschränkungen. Der Rehabilitationsentlassungsbericht vom 28.11.2012 beschreibt einmalig eine aufgehobene Rotationsbeweglichkeit. Nachdem sämtliche Befunde für Streckung/Beugung nicht den Grad der Bewegungseinschränkung erreichen, welcher nach den VG bzw. AHP als "gering" bezeichnet wird (0/10/90°), kann unter Berücksichtigung der leicht- bis mittelgradigen Einschränkungen der Dreh- und Spreizfähigkeit insgesamt von einer Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenkes geringen Grades ausgegangen werden, was einem GdB von 10 entspricht. Jedenfalls vor 08/2006 ist keine Funktionsbeeinträchtigung des rechten Hüftgelenkes beschrieben. Bezüglich des linken Hüftgelenkes war die Beweglichkeit gemäß dem Bericht vom 30.05.2006 frei und nur

endgradig schmerzhaft. Im Bericht vom 18.05.2006 sind ein Trochanterschmerz und eine schmerzhaft eingeschränkte Hüftrotation links angegeben. Ein GdB von wenigstens 10 wird dadurch nicht bedingt.

Die Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich des linken Fußes rechtfertigen ebenfalls keinen höheren GdB als 10. Prof. Dr. C. hat insoweit eine geringgradige Belastungsminderung beschrieben. Röntgenologisch hat er einen deutlichen Verschleiß im Gelenk zwischen erstem Mittelfußknochen und Keilbein und einen deutlichen Verschleiß im Großzehengrundgelenk festgestellt. Am linken Fußrücken zeige sich ein knöcherner Höcker, der stark druckschmerzhaft sei. Nach dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 28.11.2012 fand sich am linken Fuß ein tastbares Überbein im Mittelfußknochen (Arthrose), wobei die Palpation schmerzhaft, die Beweglichkeit im unteren Sprunggelenk aufgehoben und im Übrigen frei war. Im Gutachten des Dr. Beck ist eine freie Beweglichkeit im oberen und unteren Sprunggelenk vermerkt, wobei der linke Mittel- und Vorfuß leicht geschwollen seien. Es bestehe eine umschriebene fluktuierende über mandelgroße, stark druckschmerzhafte Weichteilschwellung über dem Keilbein II bis zum Tarso-Metatarsalgelenk II ziehend. Das Zehenspiel sei unbehindert. Dem Schreiben des Dr. W. vom 05.10.2011 sind für den 09.02.2011 Schmerzen im Bereich des linken Mittelfußes wegen Arthrose im Bereich der Mittelfußgelenke zu entnehmen. Im Gutachten des Dr. H. ist eine nicht eingeschränkte Beweglichkeit im oberen und unteren Sprunggelenks sowie eine nicht eingeschränkte Zehenbeweglichkeit beschrieben. In den vorliegenden Röntgenaufnahmen fänden sich keine auffälligen arthrotischen Veränderungen im Mittelfußbereich. Das Großzehengrundgelenk zeige diskrete arthrotische Veränderungen in Verbindung mit einer leichten Verformung des Mittelfußköpfchens I links. Nach dem Gutachten des Dr. S. war die Beweglichkeit im Bereich der Sprunggelenke und Füße ebenfalls frei.

In Teil B Nr. 18.14 VG bzw. Teil C Nr. 26.18 S. 127 AHP ist ein GdB von 10 bei Bewegungseinschränkungen im oberen Sprunggelenk erst bei einer mittelgradigen Einschränkung (Heben/Senken 0/0/30°) vorgesehen. Eine Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk soll einen GdB von 0 bis 10 bedingen. Bei Fußdeformitäten wird der GdB in Abhängigkeit des Bestehens von statischen Auswirkungen je nach Funktionsstörung bestimmt. Bei geringen statischen Auswirkungen beträgt der GdB 10, bei stärkeren 20. Hinsichtlich der Zehen wird ein Ansatz eines GdB von wenigstens 10 erst bei einer Versteifung aller Zehen bzw. der Großzehengrundgelenke vorgesehen. Im Fall des Klägers kommt danach ein höherer Teil-GdB als 10 nicht in Betracht. Wesentliche Funktionseinschränkungen sind den vorstehend aufgeführten Befunden weder hinsichtlich der Sprunggelenke noch hinsichtlich der Zehen zu entnehmen. Auch wesentliche statische Beeinträchtigungen lassen sich den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht entnehmen. Auch unter Berücksichtigung der bestehenden Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Fußes ist danach der Ansatz eines höheren Teil-GdB als 10 nicht gerechtfertigt.

Im Funktionssystem der Beine bestehen damit Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenks, welche mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten sind, im Bereich der rechten Hüfte, welche einen Teil-GdB von 10 bedingen, sowie im Bereich des linken Fußes mit einem Teil-GdB von 10. Insgesamt ergibt sich für das Funktionssystem der Beine kein höherer GdB als 40. Soweit Prof. Dr. C. darauf hingewiesen hat, dass sich die Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenkes mit den übrigen Gesundheitsstörungen in ihrer Funktionalität nicht überschneiden, genügt dies für eine Erhöhung des Einzel-GdB für das Funktionssystem der Beine nicht. Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, stellen nur leichte Gesundheitsstörungen dar. Die Gesundheitsstörungen im Bereich des rechten Hüftgelenkes und des linken Fußes als nur leichte Gesundheitsstörungen sind nicht geeignet, die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen des rechten Kniegelenkes derart zu verstärken, dass die Annahme der Schwerbehinderteneigenschaft allein deswegen gerechtfertigt wäre. Denn in der vergleichenden Betrachtung ist die Funktionsminderung der Beine nicht schwerer als die mit einem GdB 40 zu bewertende Teilamputation des Fußes nach Pirogow (Teil B Nr. 18.14 VG), was auch der überzeugenden versorgungsärztlichen Einschätzung von Dr. R. entspricht (vgl. seine Stellungnahme vom 17.03.2014). Insbesondere verstärken sich die Funktionsbeeinträchtigungen, welche auf den Gesundheitsstörungen des rechten Kniegelenkes beruhen, durch eine etwa in Betracht kommende unzureichende Kompensationsmöglichkeit des rechten Hüft- und/oder linken Fußgelenks wegen der allenfalls geringfügigen Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der rechten Hüfte und des linken Fußes nicht. Dies ist für den Senat nicht erkennbar. Aus dem Gutachten des Prof. Dr. C. kann eine derartige gegenseitige nachteilige Beeinflussung der Behinderungen nicht nachvollzogen werden. Die Beeinträchtigung der unteren Extremitäten ist auch nicht derart, dass sie beispielsweise einer beidseitigen mittelgradigen Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke, einer beidseitigen hochgradigen Bewegungseinschränkung der Kniegelenke oder dem Verlust eines Beines im UnterscH. bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke, wofür nach Teil B Nr. 18.14 VG bzw. Teil C Nr. 26.18 AHP ein Teil-GdB von 50 vorgesehen ist, entsprechen würden. Prof. Dr. C. hat seine GdB-Einschätzung damit begründet, dass wegen des Fehlens von Überschneidungen die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt sei, was den rechtlichen Anforderungen an die GdB-Bewertung aber nicht genügt. Auch aus den von ihm erhobenen Befunden, insbesondere das von ihm beschriebene Gangbild des Klägers, welches mit Unterarmstockstützen deutlich rechtshinkend sei, was sich bereits aus den einen Teil-GdB von 40 begründenden Funktionsbehinderungen des rechten Kniegelenkes erklärt, wird diese Einschätzung nicht nachvollziehbar.

Im Bereich des Funktionssystems des Rumpfes liegen beim Kläger keine Funktionsbeeinträchtigungen vor, die einen höheren Einzel-GdB als 10 rechtfertigen. Nach Teil B Nr. 18.9 VG bzw. Teil C Nr. 26.18 AHP rechtfertigen Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität keinen GdB, Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 10. Erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) führen zu einem GdB von 20. Wenigstens mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt liegen beim Kläger nicht vor. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. C. besteht beim Kläger hinsichtlich aller Wirbelsäulenabschnitte eine kräftig entwickelt paravertebrale Muskulatur. Wenigstens mittelgradige Bewegungseinschränkungen lassen sich dem Gutachten nicht entnehmen. Im Bereich der Halswirbelsäule fand sich eine Drehbeweglichkeit bis jeweils 50°, lediglich die Seitneigung war mit beidseits 20° geringfügig eingeschränkt. Für die Brust- und Lendenwirbelsäule hat der Gutachter eine endgradig schmerzhaft eingeschränkte Seitneigung und Seitdrehung beschrieben. Die Entfaltbarkeit ist im Bereich der Lendenwirbelsäule bei einem Zeichen nach Schober von 10/14 cm und im Bereich der Brustwirbelsäule bei einem Zeichen nach Ott von 30/31 cm allenfalls gering eingeschränkt. Der dokumentierte Finger-Boden-Abstand von 13 cm bestätigt ebenfalls keine mittelgradigen Funktionseinschränkungen. Im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 28.11.2012 ist eine altersentsprechend freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie Rotation und Seitneigung der Brustwirbelsäule/Lendenwirbelsäule angegeben. Die Entfaltbarkeit war bei einem Finger-Boden-Abstand von 20 cm, einem Schober von 10/14 cm und einem Ott von 30/34 cm ebenfalls nicht relevant eingeschränkt. Im Gutachten des Dr. B. ist die Beweglichkeit der Halswirbelsäule als nur endgradig eingeschränkt und schmerzfrei beschrieben. Die Entfaltung der Lendenwirbelsäule sei mit einem Schober von 10/15 cm vollständig. Bei der angegebenen Seitneigbeweglichkeit von jeweils 30° und Drehbeweglichkeit von jeweils 40° bestand keine

Einschränkung. Einzig die Reklination ist als um die Hälfte gegenüber der Norm eingeschränkt beschrieben, woraus sich bei der im Übrigen uneingeschränkten und schmerzfreien Beweglichkeit keine relevante Funktionseinschränkung der Wirbelsäule herleiten lässt. Im Schreiben des Dr. L. vom 07.10.2011 ist bezüglich der Lendenwirbelsäule das Bestehen von Schmerzen mit Myogelosen im paravertepralen Bereich, ein pseudoradikuläres Schmerzbild rechtsbetont ohne neurologische Ausfälle und ohne Klopfschmerz über der Lendenwirbelsäule bei einem negativen Laseguè-Zeichen angegeben, welche mit Schmerzmittel (Voltaren) bei Bedarf therapiert worden seien. Anhaltende, wenigstens mittelgradige Funktionsbeeinträchtigungen ergeben sich daraus nicht. Nach dem Bericht des O. Klinikums – radiologisches Institut – vom 29.03.2011 (Bl. 27/28 VA) bestehen deutlich altersüberdurchschnittliche degenerative Veränderungen mit Osteochondrose, Spondylosis deformans und caudal betonter Spondylarthrose. Sind im Übrigen nur geringe Funktionsbeeinträchtigungen dokumentiert, bieten die nach dem Bericht bestehenden Wirbelsäulenschäden keinen Anlass für die Bewertung mit einem GdB von 20. Aus dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 23.09.2010 (Bl. 49/50,52/59 der SG-Akten) ergibt sich bei einer verspannten Muskulatur im Bereich der Halswirbelsäule eine geringgradig eingeschränkte Inklination bei im Übrigen freier Beweglichkeit (Rotation rechts/links: 65/0/65°, Seitneigen rechts/links 40/0/40°, In-/Reklination 35/0/40°). Bezüglich der Brust- und Lendenwirbelsäule lassen sich dem Bericht bei Vorliegen von muskulären Verspannungen bei einer Rotation rechts/links von 40/0/40°, Seitneigen rechts/links 25/0/30°, Reklination 15°, Finger-Boden-Abstand von 0 cm, einem Ott von 30/31,5 cm und einem Schober von 10/12,5 cm ebenfalls nur einzelne endgradige Bewegungseinschränkungen entnehmen. Nach dem Gutachten des Dr. H. fiel eine Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit bzw. eine Fixierung bei Komplexbewegungen wie z.B. beim Hinsetzen oder Aufstehen sowie beim Auskleiden nicht auf. Über den Dornfortsätzen der unteren Lendenwirbelsäule bestand ein mäßiger Druck- und Klopfschmerz, die paravertepralen Muskulatur war thorakolumbal beidseits deutlich verspannt und mäßig druckempfindlich. Im Bereich des linken Kreuzdarmbeingelenkes fand sich ein deutlicher Druckschmerz. Die Halswirbelsäule war nach allen Richtungen frei beweglich. Für die Brust- und Lendenwirbelsäule ist eine Seitneigbeweglichkeit von beidseits 20° bei endgradigen Schmerzen lumbal, eine uneingeschränkte Drehbeweglichkeit rechts/links von 30/0/30°, ein Finger-Boden-Abstand von 20 cm sowie eine freie Entfaltbarkeit (Zeichen nach Ott: 30/32 cm, Zeichen nach Schober: 10/15 cm) angegeben. Wenigstens mittelgradige Funktionseinschränkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt bestehen auch danach nicht. Im Gutachten des Dr. S. wurde das Vorliegen eines chronisch degenerativen LWS-Syndroms eines Bandscheibenprolaps L3/L4, Protrusion L4/L5 links und eine fragliche Einengung der Neuroforamen L4/L5 links angegeben. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule war dabei nach den angegebenen Bewegungsmaßen (Vor-/Rückneigen 40/0/40°, Seitneigen rechts/links 30/0/30°, Drehen rechts/links 60/0/60°) nicht relevant eingeschränkt. Bezüglich der Brust- und Lendenwirbelsäule ist eine kräftige Muskulatur, ein leichter beidseitiger paravertebraler muskulärer Hartspann der unteren Lendenwirbelsäule, eine Klopf- und Druckschmerzhaftigkeit über der mittleren und unteren Lendenwirbelsäule bei einer nicht wesentlich eingeschränkten Beweglichkeit (Finger-Boden-Abstand 35 cm, Seitneigen rechts/links 30/0/30°, Drehen rechts/links 30/0/30°, Zeichen nach Ott 30/31 cm, Zeichen nach Schober 10/15 cm) und einem negativen Laseguè beschrieben. Auch danach lassen sich nur geringe funktionelle Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule feststellen.

Im Bereich des Funktionssystems der Arme bestehen beim Kläger Gesundheitsstörungen im Bereich der rechten Schulter und im Bereich der Hände. Einen höheren Einzel-GdB als 10 bedingen diese nicht.

Die Beeinträchtigungen im Bereich der Schulter bedingen keinen höheren GdB als 10. Insoweit besteht ein Zustand nach 2-facher Schultergelenksarthroskopie, ein Hochstand des Oberarmkopfes sowie degenerative Veränderungen, insbesondere am Ansatzbereich des Obergrätenmuskels. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Prof. Dr. C ... Nach Teil B Nr. 18.13 VG bzw. Teil C Nr. 26.18 S. 118 f. AHP, wonach die Bewertung von Schäden der oberen Gliedmaßen erfolgt, bedingt eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) einen GdB von 10, wenn der Arm nur bis zu 120° zu heben ist und eine entsprechende Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit besteht, und einen GdB von 20, wenn der Arm nur bis zu 90° zu heben ist und eine entsprechende Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit besteht. Nach den Befunden, die Prof. Dr. C. erhoben hat, ist zwar die Spreizfähigkeit des rechten Armes auf 85° (gegenüber links 110°), die Drehbeweglichkeit mit 60/0/60° jedoch nur endgradig eingeschränkt. Dabei ist die Armhebung (vorwärts) noch bis 110° (ebenso wie links) möglich. Im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 28.11.2012 ist noch eine beidseitig uneingeschränkte Armhebung bis 170° bei einer Spreizfähigkeit von ebenfalls 170° und eine uneingeschränkte Rotationsbeweglichkeit beschrieben. Insoweit ist mit der Untersuchung am 17.12.2013 durch Prof. Dr. C. eine Verschlechterung der Armbeweglichkeit festzustellen, die aber noch nicht GdB-relevant ist. Die von Prof. Dr. C. erhobenen Bewegungsmaße bedingen nach den dargelegten Bewertungskriterien nach wie vor höchstens einen GdB von 10. Ein höherer GdB wegen Schulterbeschwerden ist auch nicht für einen früheren Zeitabschnitt im streitigen Zeitraum seit August 2006 festzustellen. Auch im Gutachten des Dr. B. ist die Schulterbeweglichkeit beidseits als frei angegeben. Nach dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 23.09.2010 waren die Schulterbewegungen zwar endgradig verlangsamt, die Funktion jedoch nicht eingeschränkt, es bestand kein schmerzhafter Bogen, Nacken- und Schürzengriff waren vollständig durchführbar. Nach dem Gutachten des Dr. H. habe ein zweiter operativer Eingriff im April 2005 zu einer Besserung der Beschwerden geführt. Beschwerden bestünden noch insoweit, als bei bestimmten Bewegungen (Überkopfarbeiten) immer wieder ein kurzfristiger einschießender stechender Schmerz in der Schulter rechts bestehe. Für Anheben ist ebenso wie für Abspreizen ein Bewegungsmaß von 150° angegeben, wobei die Rotationsbeweglichkeit gegenüber links leicht eingeschränkt war. Nach dem Gutachten des Dr. S. ist die Schulterbeweglichkeit als beidseits frei (Armhebung rechts 170°, Abspreizen 140°) bei endgradiger Schmerzangabe beim Nacken- und Schürzengriff vor allem rechts beschrieben. Ein schmerzhafter Bogen oder eine Instabilität bestand nicht. Nur das Impingementzeichen rechts war positiv. Höhergradige Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter sind auch sonst nicht dokumentiert. Im Bericht des O. Klinikums vom 29.03.2011 (Bl. 26 VA) ist zwar eine eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter bei Abduktion angegeben, konkrete Bewegungsmaße sind dem Bericht jedoch nicht zu entnehmen.

Die Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Hände führen ebenfalls nicht zu einem höheren Einzel-GdB als 10. Diesbezüglich besteht nach dem Gutachten des Prof. Dr. C. eine Beugekontraktur von 90° im Mittelgelenk des 5. Fingers sowie reizlose Narben nach Operation eines Morbus Dupuytren am 4. Finger. An der rechten Hand findet sich ein beginnender Morbus Dupuytren am 4. Strahl. Nach Teil B Nr. 18.13 VG bzw. Teil C Nr. 26.18 S. 121 AHP bedingt selbst die Versteifung eines Fingers in günstiger Stellung (mittlere Gebrauchsstellung) einen GdB von lediglich bis zu 10. Selbst der Verlust des Zeigefingers, Mittelfingers, Ringfingers oder Kleinfingers, auch mit Teilen des dazugehörigen Mittelhandknochens, bedingt nur einen Einzel-GdB von 10. Versteifungen der Finger in Streck- oder starker Beugestellung seien oft störender als ein glatter Verlust. Dass beim Kläger schwererwiegende Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der linken Hand vorliegen, ist nicht ersichtlich. Nach den von Prof. Dr. C. erhobenen Befunden waren sämtliche Fingergelenke der Finger beider Hände in Beugung und Streckung, abgesehen von der Beugekontraktur am 5. Finger links, frei. Der Faustschluss war frei durchführbar, die grobe Kraft der Hände frei. Nach dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 28.11.2012 bestanden keine Bewegungseinschränkungen im Bereich der Hände und Finger, der Faustschluss war beidseitig komplett und kräftig, der Spitzgriff war beidseits gut möglich, motorische Defizite

oder eine Atrophie der Handbinnenmuskulatur bestanden nicht. Nach dem Gutachten des Dr. B. fanden sich in der rechten Hohlhand über dem 4. und 5. Mittelhandknochens strangförmige Weichteilverdickungen mit beginnenden Einziehungen im Sinne einer Dupuytren-Kontraktur. Die Streckfähigkeit der betreffenden Finger war noch nicht beeinträchtigt. Hinsichtlich der linken Hohlhand fand sich eine zickzackförmige Operationsnarbe über dem 4. und 5. Mittelhandknochens, wobei über dem 4. und 5. Finger eine Gefühlsminderung angegeben wurde. Die Streckfähigkeit des 4. und 5. Fingers ist als im Grund- und Mittelgelenk jeweils endgradig eingeschränkt beschrieben. Im Übrigen sei das Fingerspiel beidseits frei, der Faustschluss regelrecht und kräftig. Gemäß dem Bericht der Neurologin Dr. W. vom 11.03.2009 (Bl. 51 VA) wurde eine Läsion des Ramus superficialis Nervus ulnaris links diagnostiziert, welche vermutlich im Rahmen der vorangegangenen Operation verursacht wurde. Diesbezügliche Beeinträchtigungen ergeben sich aus dem Bericht lediglich insoweit, als eine leichte Kraftreduktion im Bereich des Kleinfingers links sowie eine Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Kleinfingers bestand. Darüber hinausgehende Beeinträchtigungen sind auch später erhobenen Befunden nicht zu entnehmen. Nach dem Operationsbericht vom 04.12.2008 (Bl. 49 VA) bestand eine Dupuytren-Kontraktur Grad II am 4. Finger links und Grad III am 5. Finger links mit 90°-Kontraktion im PIP-Gelenk, welche operativ durch Resektion der Stränge im IV. und V. Strahl mit Neurolyse des radialen Ringfingernervs sowie Arthrolyse des PIP-Gelenkes am Kleinfinger beseitigt worden war. Nach dem Gutachten des Dr. H. fand sich eine Beugekontraktur im Kleinfingermittelgelenk links, wobei sich das Gelenk nicht mehr vollständig strecken lasse, wozu etwa 40° fehlten. Gefühlsstörungen oder Seitendifferenzen wie auch Paresen waren nach dem Gutachten nicht feststellbar. Dem Gutachten des Dr. S. lässt sich eine Palmarfibromatose rechts 4. Finger und links 4. und 5. Finger mit leichter Beugekontraktur entnehmen. Der Faustschluss war sowohl nach den Gutachten von Dr. H. und Dr. B. beidseits kräftig. Danach besteht hinsichtlich der Gesundheitsstörungen im Bereich der rechten Hand kein GdB und im Bereich der linken Hand kein höherer GdB als 10. Auch die jedenfalls zeitweise bestehende starke Beugekontraktur des 5. Kleinfingers von bis zu 90° links rechtfertigt keinen GdB von wenigstens 20 für die linke Hand. Einer Versteifung in starker Beugestellung, die störender sein könnte, als ein glatter Verlust, kommt die Beugekontraktur noch nicht gleich. Soweit nach dem Operationsbericht vom 04.12.2008 nicht nur der Kleinfinger, sondern auch der Ringfinger von einer höhergradigen Beugekontraktur betroffen war, worauf aufgrund der Angabe einer Dupuytren´schen Kontraktur 2. Grades zu schließen ist, da insoweit ein Streckdefizit von mindestens 45 ° voraussetzt wird (Pschyrembel), rechtfertigt dies noch nicht die (vorübergehende) Berücksichtigung eines Teil-GdB von 20. Nach dem Gutachten des Dr. H., der den Kläger am 08.07.2008, also weniger als fünf Monate vor der Operation am 04.12.2008, untersucht hat, fand sich eine ausgeprägte Streckhemmung nur am Mittelglied des linken Kleinfingers. Eine gleichzeitige stärkergradige Beugestellung zweier Finger bestand somit nicht dauerhaft mehr als sechs Monate, so dass der Senat nicht entscheiden musste, ob dies bereits eine einen GdB von 20 bedingende Funktionsstörung dargestellt hätte. Die Funktionsbeeinträchtigungen der Hände sind damit insgesamt geringer als bei Versteifung beider Daumengelenke und des Mittelhand-Handwurzelgelenks in günstiger Stellung, wofür ein GdB von 20 vorgesehen ist. Insbesondere die Greiffunktion der Hand ist beim Kläger nicht entsprechend beeinträchtigt, was auch durch den möglichen Faustschluss und die erhaltene grobe Kraft der Hände, die in den vorliegenden Gutachten beschrieben sind, bestätigt wird.

Liegen im Funktionssystem der Arme demnach nur Funktionsbeeinträchtigungen mit Teil-GdB von 10 vor, ergibt sich insoweit auch kein höherer Einzel-GdB als 10.

Soweit der Kläger Bronchialprobleme geltend gemacht hat, sind Funktionsbeeinträchtigungen den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht zu entnehmen. Insbesondere konnte nach dem Bericht vom 29.03.2011 kein Hinweis für eine restriktive und obstruktive Ventilationsstörung gefunden werden. In den Rehabilitationsentlassungsberichten ist zwar das Bestehen einer chronischen Bronchitis angegeben. Hinweise auf wesentliche Beeinträchtigungen finden sich jedoch nicht. Vielmehr wird jeweils ein vesikuläres Atemgeräusch angegeben. Ein GdB ist damit nicht bedingt.

Ausgehend von den oben dargestellten Grundsätzen ist bei der Bildung des Gesamt-GdB der Einzel-GdB von (allenfalls) 40 zu berücksichtigen. Dieser wird durch die Einzel-GdB von jeweils 10 in den Funktionssystemen des Rumpfes sowie der Arme nicht weiter erhöht. Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass ausgehend vom Einzel-GdB von 40 für das Funktionssystem der Beine lediglich Werte von 10, die nach Teil A Nr. 3 Buchst. d) ee) VG bzw. Teil A Nr. 19 Abs. 4 AHP als leichte Gesundheitsstörungen – von vorliegend nicht gegebenen Ausnahmen abgesehen &8722; nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen. Eine derart gegenseitige nachteilige Beeinflussung der Behinderungen der einzelnen Funktionssysteme, welche die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft rechtfertigen könnten, kann – entgegen der Ansicht des Klägers – insbesondere aus dem Gutachten des Prof. Dr. C. nicht nachvollzogen werden. Insbesondere ergibt sich aus dem Gutachten kein Hinweis für das Vorliegen eines Ausnahmefalles. Weder hat der Gutachter einen solchen explizit behauptet, noch Ausführungen dazu gemacht, warum ein solcher anzunehmen wäre. Einen höherer Gesamt-GdB als 40 seit 01.08.2006 konnte der Senat nach alledem nicht feststellen.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Für den Senat ist der für die Entscheidung relevante Sachverhalt durch die im Verlauf des Rechtsstreites durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen geklärt. Der Senat hat sich auch nicht veranlasst gesehen, ein medizinisches Sachverständigengutachten zur Frage der Teilhabebeeinträchtigung durch Behinderungen an Knie, Hüfte, Fuß, Wirbelsäule, Schulter und Händen einzuholen, wie der Kläger in der mündlichen Verhandlung hilfsweise beantragt hat. Der Senat hat die im Bereich der Kniegelenke, der Hüftgelenke, des linken Fußes, der Wirbelsäule, der rechten Schulter und der Hände vorliegenden Gesundheitsstörungen bei der GdB-Bewertung bereits berücksichtigt. Dabei hat er insbesondere die zuletzt von dem Gutachter Prof. Dr. C. festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen dieser Organe der Bewertung zugrunde gelegt. Dass die funktionellen Beeinträchtigungen vom Gutachter nicht vollständig erfasst worden oder weitere hinzugekommen wären, wurde vom Kläger nicht dargetan und ist nicht ersichtlich. Die Bewertung des GdB bzw. die mit dem Hilfsantrag unter Beweis gestellte Teilhabebeeinträchtigung wirft keine medizinische Frage auf, die durch die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens zu klären wäre. Die Bewertung des GdB und damit auch der Teilhabebeeinträchtigung betrifft vielmehr eine reine Rechtsfrage, über die vom Gericht (Senat) unter Beachtung der AHP bzw. der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung zu entscheiden und die nicht der Bewertung des medizinischen Sachverständigen vorbehalten ist. Der Hilfsantrag des Klägers war daher abzulehnen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login

BWB
Saved
2016-03-03