

L 6 SB 4071/16

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

6

1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 5 SB 982/15

Datum
12.10.2016

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 4071/16

Datum
07.12.2017

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Trifft die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung eine Feststellung zur Höhe der Verletztenrente, ist der Anwendungsbereich von [§ 69 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) nicht eröffnet, wenn Funktionseinschränkungen auch wegen einer unfallunabhängigen Gesundheitsstörung geltend gemacht werden.

2. Eine mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der Behinderung von 80 entspricht, prüft das Tatsachengericht umfassend.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 12. Oktober 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellungen des Grades der Behinderung (GdB) mit mindestens 90 und der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleiches "außergewöhnliche Gehbehinderung", also die Zuerkennung des Merkzeichens "aG".

Sie ist 1967 geboren. Nach der Hauptschule absolvierte sie eine Ausbildung zur Hochbauzeichnerin und arbeitete ab 1986 in diesem Beruf. Bis zur Geburt ihrer beiden mittlerweile erwachsenen Kinder arbeitete sie in Voll- und anschließend in Teilzeit. Ihre Ehe wurde 2001 geschieden. Seit Anfang 2014 lebt sie in einer neuen Beziehung.

Am 12. September 2012 erlitt sie auf dem Weg zur Arbeitsstätte mit ihrem Motorroller an einer Ampelkreuzung einen Verkehrsunfall, bei dem sie von einem Auto erfasst wurde, dessen Fahrerin das Rotlicht missachtete. Hierdurch erlitt sie ein Schädel-Hirn-Trauma mit einer Felsenbeinfraktur beidseits, einer offenen Schädelbasisfraktur mit intrakraniellen Lufteinschlüssen rechts, einer Kiefergelenkfraktur links, einer Kalottenfraktur okzipital rechts, einer geringen traumatischen Subarachnoidalblutung okzipital rechts, einem diskreten Subduralhämatom links frontotemporal, einer peripheren Fazialisparese, rechts komplett und links inkomplett, einer Schallleitungsschwerhörigkeit rechts; ein Thoraxtrauma mit Lungenkontusionen beidseits, einer Rippenserienfraktur beidseits, dritte bis sechste und zehnte Rippe rechts sowie dritte bis sechste und zehnte bis zwölfte links, einer Klavikulafraktur rechts, einer Scapulablattfraktur beidseits; ein Wirbelsäulentrauma mit einer Querfortsatzfraktur im Bereich der fünften bis siebten Halswirbelkörper rechts und der dritten bis fünften Lendenwirbelkörper rechts, einem inkompletten Berstungsbruch des ersten Lendenwirbelkörpers, einem Syndrom im Segment L4, einer komplexen Beckenfraktur vom Typ C rechts mit Hämatom im kleinen Becken; ein Extremitätentrauma mit einer traumatischen Bursaeröffnung im rechten Kniegelenk, einer subkapitalen Oberarmfraktur links, einer Radiuschaftfraktur links, einem sensiblen Defizit im Bereich des Nervus radialis links, einer Klavikulafraktur rechts; eine Risswunde der Zunge und eine Hypothermie. Die Klägerin wurde am Unfallort intubiert und in die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Sch.-B.-Klinikums in V.-Sch. verbracht, wo sie nach erfolgter Schockraumdiagnostik notfallmäßig operiert wurde. Nach wenigen Stunden künstlicher Beatmung wurde sie extubiert. Als sie sich stabilisiert hatte, erfolgte in der zweiten Monatshälfte die operative Versorgung des Bruches des ersten Lendenwirbelkörpers mit dorsalem Fixateur interne vom zwölften Brust- auf den zweiten Lendenwirbelkörper. Zusätzlich wurde die Beckenfraktur mit einem Fixateur interne vom vierten auf den fünften Lendenwirbel und auf das Os ilium therapiert. Wenige Tage später wurde der vordere Beckenring durch Plattenosteosynthese versorgt und mittels geschlossener Reposition und Osteosynthese mit proximalem Humerusnagel der linke Oberarm behandelt. Abschließend wurde eine ventrale Komplettierung mit Entfernung des ersten Lendenwirbelkörpers und Implantation eines Abstandshalters vorgenommen sowie die distale Radiusfraktur mit einer Plattenosteosynthese versehen. Die Klägerin wurde Ende September 2012 von der Intensiv- auf die unfallchirurgische Peripherstation verlegt. Die einliegende Thoraxdrainage wurde zeitgerecht entfernt. Die postoperativen Röntgenbilder zeigten gute Repositionsergebnisse und eine regelrechte Lage der Osteosynthesematerialien.

Die Frakturen des rechtens Schlüsselbeines und der Schulterblätter wurden konservativ behandelt. Die Wunden heilten reizlos. Wegen des Hämatom tympanons erfolgte eine konsiliarische Vorstellung in der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohren (HNO)-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie des Sch.-B.-Klinikums, welche keine Interventionsnotwendigkeit ergab. Mitte Oktober 2012 begann die Klägerin eine stationäre Anschlussbehandlung in der B.-Klinik in Ü., welche wegen des komplexen Verletzungsmusters bis Mitte November 2012 dauerte. Arbeitsunfähigkeit bestand vom 12. September 2012 bis 18. August 2013.

Die U. B.-W. als Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung hatte mit Bescheid vom 19. Mai 2015 wegen der Folgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 12. September 2012 ein Recht der Klägerin auf Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 60 vom Hundert (v. H.) ab 19. August 2013, dem Tag des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit, festgestellt. Dem hiergegen erhobenen Widerspruch half sie mit Bescheid vom 23. August 2017 teilweise ab und gewährte ihr eine Rente nach einer MdE von 80 v. H. Als Unfallfolgen erkannte sie auf neurologischem Fachgebiet eine ausgeprägte kognitive, physische und psychische Belastbarkeitsminderung durch eine Anpassungsstörung; auf unfallchirurgischem Fachgebiet geringgradige Bewegungseinschränkungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, eine in kyphotischer Fehlstellung verheilte Fraktur des ersten Lendenwirbelkörpers mit daraus resultierender verringerter Lordose der Lendenwirbelsäule, eine verminderte Belastungsfähigkeit aufgrund von Schmerzen in diesem Wirbelsäulenabschnitt nach längerem Sitzen, Laufen oder Stehen, eine tastbare schmerzhaft Verhärtung der langen Lendenwirbelsäulenmuskulatur, eine Irritation des Nervus cutaneus femoris lateralis mit Sensibilitätsminderung am Oberschenkel rechtsseitig, eine endgradige Bewegungseinschränkung des Unterarmes links, ein in Fehlstellung verheilte Schlüsselbeinbruch rechts mit instabiler Pseudarthrose des rechten Schlüsselbeines mit subkutan tastbarem Frakturspichel, endgradige Bewegungseinschränkungen beider Schultern, eine Krepitation im Bereich des Schulterdaches mit schmerzhaftem Bogen; auf HNO-ärztlichem Fachgebiet eine geringgradige Schalleitungsschwerhörigkeit rechts, eine unvollständig kompensierte peripher-vestibuläre Störung mit geringen Schwindelbeschwerden bei Unterfunktion des rechten Vestibulaorgans, eine inkomplette periphere Fazialisparese, rechts mehr als links, sowie auf augenärztlichem Fachgebiet einen gering reduzierten Lidschluss bei Fazialisparese, rechts mehr als links, und eine Hornhautstippung des rechten Auges an. Daneben bestünden eine Kurzsichtigkeit bei Astigmatismus, ein Asthma bronchiale und eine Polyposis nasi.

Im Auftrag der U. B.-W. hatte Prof. Dr. T., Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Sch.-B.-Klinikums in V.-Sch., ein so genanntes "Erstes Rentengutachten" erstattet. Nach der ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung der Klägerin am 13. November 2013 stellte er als wesentliche Unfallfolgen leichte Bewegungseinschränkungen der Seitneigungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, Erstere zu beiden Seiten, eine sagittale Verbiegung der Wirbelsäule bei abgeflachter Brustkyphose, eine veränderte Lendenlordose, ein einliegendes Osteosynthesematerial nach dorsoventraler Stabilisierung des ersten Lendenwirbelkörpers, eine Hypästhesie im Bereich der Vorderseite des rechten Oberschenkels und einen Beckentiefstand links von 1 cm fest. Durch die Fazialisparese sei ihr Alltag eingeschränkt gewesen. Sie habe beim Essen, Trinken, Sprechen und Lachen Probleme gehabt. Das Stirnrunzeln und das Grinsen seien rechts aufgehoben. Sie habe nicht Pfeifen können und sei beim Zähneputzen beeinträchtigt gewesen. Das Auspusten einer Kerze sei ihr nicht gelungen. Die logopädische Behandlung sei im August 2013 zunächst beendet worden. Das rechte Auge habe empfindlich auf Helligkeit reagiert. Es sei trocken und der Visus gemindert gewesen. Die Klägerin habe eine Armschwäche und eine Einschränkung der Bewegungsfähigkeit der linken Schulter beim Tragen von Gegenständen und auch sonst im Alltag beklagt. Sie habe nach eigenen Angaben ihren Büstenhalter nur mit Mühe schließen können. Weiter sei ein Instabilitätsgefühl im Bereich des rechten Schlüsselbeines angeführt worden. Die Werte nach der Neutral-0-Methode für die Bewegung Arm rückwärts/vorwärts hätten 60-0-170° beidseits und für die Unterarmdrehung auswärts/einwärts 90-0-80° beidseits betragen. Die Streckung und Beugung der Hüftgelenke sei bis 0-0-100° beidseits gelungen. Die Umfangmaße der unteren Gliedmaßen seien 20 cm und 10 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspaltes mit 44 cm rechts und 44,5 cm links sowie 39 cm und 40 cm gemessen worden. In Höhe der Kniescheibenmitte seien es 36 cm beidseits, 15 cm unterhalb des inneren Kniegelenkspaltes 34 cm und 35,5 cm, am kleinsten Umfang des Unterschenkels 22 cm und 23 cm sowie am Knöchel und Rist über dem Kahnbein beidseits 23 cm und 21,5 cm gewesen. Unfallunabhängig habe ein Asthma bronchiale vorgelegen, welches aktuell mit einem inhalativen Asthmaspray behandelt worden sei. Die MdE schätze er ab dem Tag des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit am 19. August 2013 bis aktuell und auf Dauer mit 30 v. H. ein.

Vom 13. August bis 19. September 2014 hielt sich die Klägerin stationär in der Abteilung Psychotherapeutische Neurologie der Kliniken Sch. G. auf. Hierüber berichtete der Ärztliche Leiter Prof. Dr. Sch., es seien Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) und eine ausgeprägte kognitive, physische und psychische Belastungsminderung (ICD-10 F06.7) bei dem Zustand nach einem Verkehrsunfall im September 2012, ausgeprägte Rückenschmerzen (ICD-10 M54.89), eine Pseudarthrose der Klavikula links (ICD-10 M84.11), der Zustand nach einem näher umschriebenen unfallbedingten Polytrauma (ICD-10 T02.00) und einem subduralen Hämatom links temporofrontal (ICD-10 S06.5) sowie ein Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9) diagnostiziert worden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt habe er die Klägerin als äußerst adäquat ohne Zeichen für eine Depression oder Manie erlebt. Er gehe von einer Anpassungsstörung bei bislang unzureichender Krankheitsbewältigung aus. Den ihm vorliegenden Unterlagen sei eine Arbeitsunfähigkeit vom 19. bis 31. Oktober 2009 wegen einer depressiven Episode zu entnehmen. Inwieweit es sich dabei um eine behandlungsbedürftige Erkrankung gehandelt habe, insbesondere wegen einer von der Klägerin angesprochenen zu bewältigenden familiären Konfliktsituation oder ob des Todes ihrer Mutter, welcher in dieser Zeit eingetreten sei, könne er nicht sagen. Durch die Mitte September 2014 veranlasste Magnetresonanztomografie des Gehirnschädels sei keine Scherläsionen objektiviert worden, sodass aktuell kein hirnanatomischer Nachweis vorhanden sei, der die verminderte konzentrierte Belastbarkeit erkläre. Allerdings bleibe offen, inwieweit die zahlreichen Narkosen im Zusammenhang mit den Operationen, denen sich die Klägerin nach dem Unfall habe unterziehen müssen, zu dieser Beeinträchtigung geführt hätten. Sie sei affektiv-emotional, jedoch adäquat schwingungsfähig gewesen. Im Antrieb sei sie indifferent gewesen. Bei beklagten Konzentrationsstörungen hätten keine gravierenden kognitiven und mnestischen Defizite objektiviert werden können. Die Medikation bei der Entlassung habe aus dem Sprühaerosol Alvesco (1-0-0-0) bestanden.

Am 3. Februar 2015 beantragte die Klägerin beim Landratsamt T. erstmals die Feststellungen des GdB und der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" ab 12. September 2012 und wies unter Vorlage medizinischer Befunddokumente auf die Folgen des erlittenen Verkehrsunfalls hin.

Nach Auswertung der beigezogenen medizinischen Unterlagen bewertete Dr. B. in ihrer im selben Monat erstellten versorgungsärztlichen Stellungnahme als Folgen des Verkehrsunfalls eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, eine Versteifung von Wirbelsäulenabschnitten, eine Wirbelsäulenverformung, einen Beckentiefstand links um 1 cm, Sensibilitätsstörungen am Bein, eine Gesichtsnervenlähmung beidseitig

und eine seelische Störung mit einem GdB von 70. Daraufhin stellte das Landratsamt Tuttlingen mit Bescheid vom 10. Februar 2015 den GdB in dieser Höhe seit 12. September 2012 fest. Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleiches "aG" erkannte es wie diejenigen für alle anderen Merkmale nicht an.

In dem von der Klägerin angestrebten Widerspruchsverfahren wies sie darauf hin, dass sie sich nur unter großen Schmerzen außerhalb ihres Kraftfahrzeuges (Kfz) bewegen könne. Ihre Gehstrecke ohne Unterbrechung betrage nicht mehr als 50 m, weil sie dann wegen ihrer Beschwerden anhalten müsse. Sie legte das neurologisch-psychiatrische Gutachten nach Aktenlage von Dr. H. vom 8. Dezember 2014 vor, welches dieser im Auftrag der U. B.-W. erstattete. Sie habe zuvor mitgeteilt, aus psychischen Gründen nicht an einer Untersuchung teilnehmen zu können. Diagnostiziert worden seien ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2) und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, vorliegend eine unzureichende Krankheitsbewältigung (ICD-10 F43.23). Für die bestehende Anpassungsstörung sei eine MdE von 30 v. H. angemessen. Wegen der von der Klägerin beschriebenen ausgeprägten kognitiven und psychischen Belastbarkeitsminderung sei diese auf 40 v. H. zu erhöhen. Der Hausarzt Dr. G. habe Mitte November 2014 eine depressive Episode 2009 auf einen akuten familiären Vorfall zurückgeführt. Der eintreffende Notarzt habe das Schädel-Hirn-Trauma nach der Komaskala mit einem Wert von 4 festgestellt. Nachgewiesen worden seien eine Schädelbasisfraktur mit Felsenbeinfrakturen, eine geringe traumatische Subarachnoidalblutung und ein Subduralhämatom. Auffällige Verhaltensweisen seien nicht beschrieben worden, auch nicht in dem von Dr. T. erstatteten Gutachten. Auf Veranlassung des Hausarztes sei nach dem Unfall bei bloßem Verdacht auf eine organisch affektive Störung mit manischer Auslenkung eine notfallmäßige Einweisung in eine Einrichtung des Zentrums für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie der V. von P. Hospital gGmbH in R. erfolgt. Diese Erkrankung habe sich später offenbar nicht bestätigt. Nachdem kernspintomografisch Residuen eines Schädel-Hirn-Traumas ausgeschlossen worden seien sowie eine Scherungsverletzung und der Nachweis von Hämosiderin nicht vorgelegen hätten, sei eine substantielle Hirnschädigung nicht belegt. Während des stationären Aufenthaltes in den Kliniken Sch. G. hätten sich keine Hinweise auf eine Depression oder eine Manie ergeben.

Weiter wurde von der Klägerin das im Auftrag der U. B.-W. erstellte Gutachten von Priv.-Doz. Dr. R., Direktor der Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie des Sch.-B.-Klinikums, übersandt. Nach der Untersuchung der Klägerin am 5. Juni 2014 ging er von einer subjektiven Hörminderung rechts, einem gelegentlichen Tinnitus in Ruhe, einer kosmetisch entstellenden Gesichtsnervenlähmung, kosmetisch störenden Narben im Gesicht und einem sehr seltenen auftretenden Schwindel aus, woraus eine MdE von 30 v. H. folge. Nach dem Sprachaudiogramm habe beidseits ein Hörverlust von 0 % bestanden. Nach der Tonaudiometrie habe rechts eine minimale kombinierte Schwerhörigkeit und links eine Normakusis vorgelegen.

In Auswertung dieser Unterlagen ging Dr. B. im März 2015 aus medizinischer Sicht weiterhin von einem GdB von 70 aus. Ein schwersteingeschränktes Gehvermögen sei mit keinem der vorliegenden Befunde nachgewiesen. Ein GdB von 80 für die Funktionsbeeinträchtigungen der unteren Extremitäten oder der Lendenwirbelsäule sei nicht erreicht. Daher lägen die medizinischen Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals "aG" nicht vor. Daraufhin wies das Regierungspräsidium St. den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 25. März 2015 zurück. Die vorhandenen Funktionsbeeinträchtigungen seien mit einem GdB von 70 angemessen erfasst, solche auf den einzelnen Fachgebieten dürften dabei nicht addiert werden. Die Klägerin gehöre nicht zum Kreis der Personen, die Anspruch auf die Feststellung der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals "aG" hätten. Trotz der Schwere ihres Leidens sei sie noch in der Lage, sich überwiegend ohne fremde Hilfe oder ohne große Anstrengung außerhalb ihres Kfz zu bewegen. Sie könne einer einseitig Oberschenkelamputierten, die dauernd außerstande sei ein Kunstbein zu tragen, bei Weitem nicht gleichgestellt werden.

Hiergegen hat die Klägerin am 24. April 2015 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Ziel der behördlichen Feststellungen des GdB mit 90 und der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals "aG" erhoben. Die angeforderte Erklärung zur Entbindung der sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht hat sie trotz mehrfacher Erinnerung nicht vorgelegt. Stattdessen hat sie den Bericht des Facharztes für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Sch. von Ende September 2015 übersandt. Er habe unter anderem eine rechtsseitige Beckenfraktur und eine zunehmende Neuropathie am rechten Oberschenkel mit Gangunsicherheit und Kälteempfinden diagnostiziert. Die Klägerin benötige umfangreiche Hilfe im täglichen Leben und sei auf die Unterstützung ihres Lebenspartners angewiesen. Wegen der Gangunsicherheit sei sie nur in Begleitung sicher mobil. Er befürworte die Zuerkennung des Merkmals "aG". Weiterhin übersandt worden ist der Bericht von Dr. P., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, für die U. B.-W. von Juni 2016. Diagnostiziert worden seien eine bipolare Störung, derzeit abgeklungene hypomanische Episode (ICD-10 F31.0), differentialdiagnostisch eine organische affektive Störung (ICD-10 F06.3), eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) bei dem Zustand nach einem Polytrauma einschließlich einem Schädel-Hirn-Trauma im September 2012 mit vielfältigen dauerhaften Funktionseinschränkungen. Die Klägerin habe im Rückblick den erlebten Wechsel zwischen einer langfristigen depressiven Grundstimmung und einer schleichend beginnenden hypomanen Stimmungslage im Januar 2016 beschrieben. Sie leide nun wieder eher unter einer gleichbleibend dysthymen Stimmung. Im Vordergrund ihrer Beschwerden stünden allerdings die zahlreichen körperlichen Einschränkungen und Beschwerden, welche sie beinahe vier Jahre nach dem schweren Unfall weiterhin spüre. Sie habe inzwischen resigniert und keine Hoffnung mehr, dass sich körperlich noch eine Besserung erreichen lasse. Die Anstrengungen seien darauf ausgerichtet, ihre Mobilität zu erhalten. Dennoch hätten die körperlichen Beschwerden zugenommen. Ihre Beine seien meist erheblich angeschwollen, was sie zusätzlich in ihrer Beweglichkeit einschränke. Im Alltag benötige sie Hilfe, etwa wenn sie sich die Schuhe anziehe. Sie müsse mehrmals täglich ihre Beine für eine halbe Stunde wegen der Schmerzen hochlegen. Die Stimmung der Klägerin sei niedergeschlagen, die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt und der Antrieb reduziert gewesen. Die Mimik sei wegen der Fazialisparese linksseitig sichtbar eingeschränkt gewesen. Konzentrationsstörungen seien immer wieder erkennbar gewesen.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 12. Oktober 2016 abgewiesen und zur Begründung auf die Darstellung im Widerspruchsbescheid Bezug genommen. Eine weitere Sachverhaltsaufklärung von Amts wegen sei nicht möglich gewesen, da die Klägerin die entsprechende Erklärung für weitere medizinische Ermittlungen nicht vorgelegt habe. Im Widerspruchsverfahren habe sie selbst angeführt, die Strecke in T. von dem Parkplatz D. bis zum Rathaus bewältigen zu können, lediglich mehrere Pausen einlegen zu müssen. Damit seien die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals "aG" nicht nachgewiesen.

Hiergegen hat die Klägerin am 7. November 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt und eine nicht unterschriebene Schweigepflichts-entbindungserklärung vorgelegt. Das Sach- und Streitverhältnis ist mit dem Bevollmächtigten der Klägerin in der nichtöffentlichen Sitzung am 21. März 2017, bei der sie nicht anwesend gewesen ist, erörtert worden. Daraufhin hat sie beantragt, im Rahmen von [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten bei Dr. E. in Auftrag zu geben. Diese ist Ende Mai

2017 zur Sachverständigen bestellt worden.

Die Klägerin hat unter Vorlage der Verwaltungsentscheidung der U. B.-W. von August 2017 im Oktober 2017 ausgeführt, diese habe eine Kurzsichtigkeit bei Astigmatismus, ein Asthma bronchiale und eine Polyposis nasi nicht als Unfallfolgen anerkannt. Damit sei der Nachweis erbracht, dass die bisherige Feststellung des GdB unrichtig gewesen sei. Denn mit deren zusätzlicher Berücksichtigung sei im Schwerbehindertenverfahren ein GdB von 100 gerechtfertigt. Insoweit habe sich die Einholung eines Gutachtens im Rahmen von [§ 109 SGG](#) erledigt, woraufhin Dr. E. von ihren Pflichten als Sachverständige in diesem Verfahren entbunden worden ist.

Zudem hat die Klägerin das Attest von Dr. G., Fachärztin für Frauenheilkunde, von Januar 2017 überreicht, wonach im Rahmen einer Untersuchung zur Krebsfrüherkennung im Vormonat eine höhergradige pathologische Zellveränderung am Gebärmutterhals festgestellt worden sei. Diese sei einen Monat später leitliniengerecht durch eine ambulante Konisation entfernt worden. Weitere Therapiemaßnahmen seien nicht nötig gewesen. Dr. S. hat ihr im September 2017 ein seit Jahren bestehendes Asthma bronchiale attestiert. Die damit zusammenhängenden Beschwerden hätten sich seit dem Verkehrsunfall im September 2012 deutlich verschlechtert. Sie erleide mindestens ein- bis zweimal je Woche einen Asthmaanfall, der medikamentös nur leidlich einstellbar sei.

Die Klägerin trägt im Wesentlichen vor, die bei ihr vorhandenen behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen erreichten einen GdB von 100 und rechtfertigten die Zuerkennung des Merkzeichens "aG".

Sie beantragt zuletzt (teilweise sinngemäß),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 12. Oktober 2016 aufzuheben und den Bescheid vom 10. Februar 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2015 teilweise aufzuheben sowie den Beklagten zu verpflichten, bei ihr ab 12. September 2012 den Grad der Behinderung mit mindestens 90 und die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Er trägt im Wesentlichen vor, ihre Begehren seien nicht begründet.

Der Bevollmächtigte der Klägerin hat eine Stunde vor der anberaumten mündlichen Verhandlung über die Geschäftsstelle des Senats mitgeteilt, wegen eines Staus auf der Autobahn, der nach der Verkehrsmeldung im Radio zu einer Verzögerung der Fahrzeit um eineinhalb Stunden führe, nicht zum Termin zu erscheinen. Auf telefonische Rückfrage des Berichterstatters hat er geäußert, dass gleichwohl verhandelt werden kann.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in Abwesenheit der Klägerin - und ihres Bevollmächtigten - aufgrund der mündlichen Verhandlung am 7. Dezember 2017 über ihre Berufung entscheiden, da ordnungsgemäß zum Termin geladen worden war ([§ 110 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Mit der Terminsmitteilung wurde sie darüber unterrichtet, dass im Falle ihres Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann ([§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Der Bevollmächtigte der Klägerin teilte zwar eine Stunde vor der anberaumten mündlichen Verhandlung über die Geschäftsstelle des Senats mit, wegen eines Staus nicht zum Termin zu erscheinen. Auf telefonische Rückfrage des Berichterstatters äußerte er indes, dass gleichwohl verhandelt werden kann, womit auf das rechtliche Gehör ([Art. 103 Abs. 1 Grundgesetz - GG](#), [§ 62 Halbsatz 1 SGG](#)) verzichtet wurde, was möglich ist, und beantragte insbesondere keine Terminsverlegung (vgl. BSG, Beschluss vom 7. Februar 2001 - [B 9 VM 1/00 B](#) -, juris, Rz. 6).

Die Berufung der Klägerin ist form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 105 Abs. 1 Satz 3](#), [Abs. 3 Halbsatz 1 SGG](#)) sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 12. Oktober 2016, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) erhobene Klage, mit welcher die Klägerin unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 10. Februar 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2015 die Verpflichtung des Beklagten zu den Feststellungen des Grades der Behinderung mit 90 und der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG", jeweils ab 12. September 2012, verfolgt hat, abgewiesen wurde. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist für Verpflichtungsklagen grundsätzlich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) -, [BSGE 104, 116](#) (124); Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Sch., Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34), welche am 7. Dezember 2017 stattfand.

Der Zulässigkeit des im Berufungsverfahren zuletzt verfolgten Verpflichtungsbegehrens, mit dem die Klägerin die behördlichen Feststellungen eines GdB von mindestens 90 und der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleiches "aG" verfolgt hat, steht nicht entgegen, dass sie das Klageziel, bezogen auf den GdB, erstinstanzlich noch dahingehend formulierte, den Beklagten zu verpflichten, ihn mit 90 anzuerkennen. Im Berufungsverfahren ist der Klageantrag nach einem im Oktober 2017 beim LSG erstrebten GdB von 100 lediglich konkretisiert worden, ohne dass überhaupt eine Erweiterung ([§ 99 Abs. 3 Nr. 2](#), [§ 153 Abs. 1 SGG](#)) vorgenommen worden ist. Die Klage ist jedoch unbegründet, da die Klägerin keinen Anspruch auf die begehrten Feststellungen hat.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, da ihr kein Anspruch auf die Feststellungen eines höheren GdB als 70, wie er bereits ab 12. September 2012 anerkannt worden ist, und der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleiches "aG" zusteht. Daher sind die angefochtene Verwaltungsentscheidungen rechtmäßig und verletzen sie nicht in ihren Rechten (vgl. [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Gegenstand der Klage ist ihr geltend gemachter Anspruch auf die behördlichen Feststellungen des GdB mit mindestens 90 und der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" ab 12. September 2012 aufgrund ihres Antrages vom 3. Februar 2015. Diesem Begehren steht der Bescheid vom 10. Februar 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2015 entgegen, da ihn das SG nicht zumindest teilweise aufgehoben hat.

Der Klägerin ist gegenüber dem festgestellten Recht eines GdB von 70 ab 12. September 2012 kein erweitertes einzuräumen. Die behinderungsbedingten Funktionsstörungen sind ab diesem Datum bis aktuell in dieser Höhe ausreichend bewertet, ohne dass für die Zeit ab 18. August 2013 die Regelung des [§ 69 Abs. 2 Satz 1](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) entgegensteht.

Der Anspruch gründet auf [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX in der aktuellen Fassung durch Art. 2 Ziff. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 23. Dezember 2016 ([BGBl I S. 3234](#)). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat ([§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). 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. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 70 Abs. 2 SGB IX](#)). Von dieser Ermächtigung hat das BMAS Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Gemäß § 69 Abs. 2 IX sind Feststellungen nach Absatz 1 nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der Mensch mit Behinderung ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht (Satz 1). Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des GdB (Satz 2).

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, 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. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (etwa "Altersdiabetes" oder "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). 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 Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen 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 Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. 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 aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.). 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. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9.

Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) -, juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzel-fall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) -, juris, Rz. 13). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen der Klägerin vom 12. September 2012 bis aktuell mit einem GdB von 70 ausreichend bewertet sind, wie er von Dr. B. versorgungsärztlich eingeschätzt und vom Beklagten mit Bescheid vom 10. Februar 2015 bereits anerkannt wurde. Der Senat konnte auf der Grundlage der vorliegenden medizinischen Befundunterlagen entscheiden. Anhaltspunkte für weitere Ermittlungen von Amts wegen ([§ 103 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#)) ergaben sich unabhängig davon nicht, dass sich die Klägerin den Inhalt der im Berufungsverfahren vorgelegten Erklärung zur Entbindung der sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht mangels Unterschrift nicht zu eigen gemacht hat. Von ihrem Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) hat sie im Oktober 2017 ausdrücklich Abstand genommen.

Der [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) ausschließende Anwendungsbereich von [§ 69 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) ist nicht eröffnet. Es liegt zwar mit der Entscheidung der U. B.-W. vom 19. Mai 2015 in der Fassung ihres Teilabhilfebescheides vom 23. August 2017 ein Rentenbescheid über den Grad der MdE vor (vgl. Dau, in: Dau/Düwell/Joussen, Kommentar zum Vierten Buch Sozialgesetzbuch - SGB IV, 4. Aufl. 2014, § 69 Rz. 33). [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) lässt indes einen nur teilweisen Verzicht auf eigenständige Feststellungen der Träger der Versorgungsverwaltung nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) nicht zu (BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - [B 9/9a SB 12/06 R](#) -, [SozR 4-3250 § 69 Nr. 4](#), Rz. 15). Die fingierte Übernahme als GdB-Feststellung nach [§ 69 Abs. 2 Satz 2 SGB IX](#) dient einzig der Verwaltungsvereinfachung. Ein Tätigwerden der Träger der Versorgungsverwaltung gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) ist bei der Glaubhaftmachung eines Interesses selbst bei einer umfassenden Feststellung nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) vorgesehen (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 19). Die von der Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung vorgenommene Feststellung der Rentenhöhe mit einer MdE von 80 v. H. ist in diesem Verfahren des Schwerbehindertenrechts nicht maßgeblich, insbesondere nicht verbindlich, da sie die Feststellung nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) nicht erübrigt und damit nicht an deren Stelle treten kann. Die Klägerin hat geltend gemacht, dass bei ihr Funktionsstörungen auch wegen einer Kurzsichtigkeit bei Astigmatismus, einem Asthma bronchiale und einer Polyposis nasalis vorliegen, welche nicht als Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. September 2012 anerkannt worden sind (vgl. BSG, a. a. O.; Oppermann, in: Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht, 2012, [§ 69 SGB IX](#), Rz. 25). Zudem hat sie vorgebracht, an den Folgen einer höhergradigen Zellveränderung am Gebärmutterhals zu leiden.

Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" hat einen Teil-GdB von 50 zur Folge.

Die Klägerin leidet an einem organischen Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2), also an einem Hirnschaden, für dessen Nachweis nach Verletzung oder Krankheit nach dem Abklingen der akuten Phase Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns festgestellt wurden (vgl. VG, Teil B, Nr. 3.1 a), und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, vorliegend eine unzureichende Krankheitsbewältigung (ICD-10 F43.23), was der Senat dem im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 415](#) ff. Zivilprozessordnung - ZPO) verwerteten schlüssigen Gutachten nach Aktenlage von Dr. H. entnimmt, welcher im Auftrag der U. B.-W. die Arztberichte ab dem stationären Aufenthalt der Klägerin in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Sch.-B.-Klinikums unmittelbar nach dem Verkehrsunfall auswertete. Die hierdurch bedingten Funktionsstörungen rechtfertigen einen Einzel-GdB von 40, wie er die Höhe aus medizinischer Sicht für die MdE im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung angenommen hat.

Wenn bei einer organischen Veränderung des Gehirns bei späteren Untersuchungen keine hirnorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind, beträgt der GdB 20, auch unter Einschluss geringer, etwa vegetativer Beschwerden; nur nach offenen Hirnverletzungen nicht unter 30 (VG, Teil B, Nr. 3.1). Bestimmend für die Beurteilung des GdB ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallserscheinungen. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallserscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbidem Persönlichkeit und gegebenenfalls das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommt ein GdB zwischen 20 und 100 in Betracht (VG, Teil B, Nr. 3.1 b). Die Grundsätze der im Vordergrund stehenden Gesamtbewertung von Hirnschäden sind nach der Vorbemerkung den VG, Teil B, Nr. 3.1.1 zu entnehmen. Danach sind Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung mit einem GdB zwischen 30 und 40 zu bewerten, mit mittelschwerer zwischen 50 und 60 sowie mit schwerer zwischen 70 und 100. Die unter Nr. 3.1.2 angeführten isoliert vorkommenden beziehungsweise führenden Syndrome stellen nach der Vorbemerkung eine ergänzende Hilfe zur Beurteilung dar. In dieser Konstellation unterscheiden sich die angeführten drei GdB-Rahmen danach, ob Hirnschäden mit leichten oder mittelgradigen, sich im Alltag gering oder deutlich auswirkenden, oder schweren psychischen Störungen vorliegen.

Nach diesen Maßstäben ist der Zustand der Klägerin mit einem Einzel-GdB von 40 angemessen, aber auch ausreichend bewertet. Der am Unfallort eintreffende Notarzt stellte das Schädel-Hirn-Trauma zwar nach der Komaskala mit einem Wert von 4, also als schwer, fest. Nachgewiesen wurden eine Schädelbasisfraktur mit Felsenbeinfrakturen, eine geringe traumatische Subarachnoidalblutung und ein Subduralhämatom. Auffällige Verhaltensweisen wurden indes nicht beschrieben, auch nicht in dem von Dr. T., Chefarzt der Klinik in der die Klägerin intensivmedizinisch behandelt wurde, erstatteten Gutachten. Der vom Hausarzt geäußerte Verdacht auf eine organisch affektive Störung mit manischer Auslenkung, weshalb eine notfallmäßige Einweisung in eine Einrichtung des Zentrums für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie der V. von P. Hospital gGmbH in R. erfolgte, bestätigte sich später nicht. Dr. P. erhob diese Krankheit nach ihrem Bericht von Juni 2016 zu Beginn dieses Jahres lediglich differentialdiagnostisch. Nachdem kernspintomografisch Residuen eines Schädel-Hirn-Traumas ausgeschlossen wurden sowie eine Scherverletzung und der Nachweis von Hämosiderin nicht vorlagen, ist eine substantielle Hirnschädigung nicht belegt. Selbst während des stationären Aufenthaltes in den Kliniken Sch. G. im Spätsommer 2014 ergaben sich keine Hinweise auf eine Depression oder eine Manie. Bei beklagten Konzentrationsstörungen wurden von Prof. Dr. Sch. ausweislich des Entlassungsberichtes keine gravierenden kognitiven und mnестischen Defizite objektiviert. Dr. P., welche eine bipolare Störung, derzeit abgeklungene hypomanische Episode diagnostizierte, erlebte den Wechsel zwischen einer langfristigen depressiven Grundstimmung und einer schleichend beginnenden

hypomanen Stimmungslage im Januar 2016, welche sich binnen fünf Monaten zurückgebildet hatte. Seither litt die Klägerin gleichbleibend an einer lediglich noch dysthymen Stimmung.

Wegen der peripheren Fazialisparese, rechts komplett und links inkomplett, die Priv.-Doz. Dr. R. bei seiner Begutachtung als kosmetisch entstellend wahrnahm, die mit einem gering reduzierten Lidschluss einhergegangen ist und welche die Klägerin im Alltag eingeschränkt hat, weswegen sie zunächst bis August 2013 in logopädischer Behandlung war, was Dr. T. bei seiner Begutachtung erhob, ist es angemessen, deswegen den Teil-GdB für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" auf 50 zu erhöhen. Sie hat Probleme beim Essen, Trinken, Sprechen und Lachen. Das Stirnrunzeln und das Grinsen waren rechts aufgehoben. Sie kann nicht Pfeifen und ist beim Zähneputzen beeinträchtigt. Das Auspusten einer Kerze gelingt ihr nicht.

Die bei ihr wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf das Funktionssystem "Rumpf" einen Teil-GdB von 30. Die Funktionssysteme "Arme" und "Beine" erreichen keinen im messbaren Bereich.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen. Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein. Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Wie Dr. T. anschaulich aufzeigte, wurde der Bruch des ersten Lendenwirbelkörpers mit einem dorsalen Fixateur interne vom zwölften Brustwirbelkörper auf den zweiten Lendenwirbelkörper, einem Implantat, welches der Stabilisierung einer Knochenfraktur dient, operativ versorgt. Zusätzlich wurde die Beckenfraktur mit einem Fixateur interne vom vierten auf den fünften Lendenwirbel und auf das Os ilium therapiert. Wenige Tage später wurde der vordere Beckenring durch Plattenosteosynthese versorgt und mittels geschlossener Reposition und Osteosynthese mit proximalem Humerusnagel der linke Oberarm behandelt. Abschließend wurde eine ventrale Komplettierung mit Entfernung des ersten Lendenwirbelkörpers und Implantation eines Abstandshalters vorgenommen sowie die distale Radiusfraktur mit einer Plattenosteosynthese versehen. Die postoperativen Röntgenbilder zeigten gute Repositionsergebnisse und eine regelrechte Lage der Osteosynthesematerialien. Die Wunden heilten reizlos. Bereits im November 2013 stellte Dr. T. hierdurch lediglich noch damit einhergehende leichte Bewegungseinschränkungen der Seitneigungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, Erstere zu beiden Seiten, eine sagittale Verbiegung der Wirbelsäule bei abgeflachter Brustkyphose, eine veränderte Lendenlordose sowie ein einliegendes Osteosynthesematerial nach dorsoventraler Stabilisierung des ersten Lendenwirbelkörpers fest. Eine Versteifung großer Teile der Wirbelsäule über die Implantierung hinaus wurde indes, entgegen der ursprünglichen Annahme der Versorgungsärztin Dr. B. im Februar 2015, nicht vorgenommen. Hinzu kam ein Beckentieftand links von 1 cm. Mit Werten nach der Neutral-0-Methode von beidseits 0-0-100° für die Streckung und Beugung der Hüftgelenke ist diese Bewegungseinschränkung ohne Streckhemmung und mit einer Flexion über 90° nicht maßgeblich (VG, Teil B, Nr. 18.14). Ein über die üblicherweise mit Gesundheitsstörungen verbundenen Schmerzen, welche bereits bei den in der GdB-Tabelle angegebenen Werten eingeschlossen sind (VG, Teil A, Nr. 2 j), hinausgehendes außergewöhnliches Schmerzsyndrom ist nicht belegt. Die Klägerin hat weder eine stärkere Schmerzmedikation verordnet bekommen noch eine gezielte stationäre Schmerztherapie wahrgenommen. Die Medikation bei der Entlassung aus den Kliniken Sch. G. bestand sogar nur aus einem Sprühaerosol wegen des Asthma bronchiale. Der Teil-GdB von 30 für das Funktionssystem "Rumpf" ist damit in Anlehnung an die von Dr. T. vorgenommene Bewertung für die MdE nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung ausreichend.

Die Funktionssysteme "Arme" und "Beine" sind mit einem Teil-GdB von jeweils 0 zu bewerten.

Der GdB bei Gliedmaßenschäden ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.11 aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust. Die aufgeführten GdB für Gliedmaßenverluste gehen, soweit nichts anderes erwähnt ist, von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB eine Änderung erfährt. Bei der Bewertung des GdB von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe günstiger sind als schlaaffe. Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

Danach bedingt das Funktionssystem "Arme" keinen Teil-GdB von wenigstens 10 (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.13). Infolge der subkapitalen Oberarmfraktur links, der Radiuschaftfraktur links und dem sensiblen Defizit im Bereich des Nervus radialis links wurde der linke Oberarm mittels Osteosynthese mit einem proximalen Humerusnagel versorgt. Die Frakturen des rechtens Schlüsselbeines und der Schulterblätter wurden konservativ behandelt. Die postoperativen Röntgenbilder zeigten auch insoweit ein gutes Repositionsergebnis und eine regelrechte Lage des Osteosynthesematerials. Die Wunden heilten reizlos. Dr. T. erhob im September 2013 daher nachvollziehbar keine relevanten Funktionsstörungen mehr. Bei seiner Begutachtung beklagte die Klägerin zwar noch eine Armschwäche und eine Einschränkung der Bewegungsfähigkeit der linken Schulter beim Tragen von Gegenständen und auch sonst im Alltag. Nach eigenen Angabe konnte sie aber ihren Büstenhalter selbst schließen, wenn auch mit Mühe. Damit in Einklang steht, dass die Schultervorhebung links bis 170° gelang und die Unterarmdrehung links bis 90-0-80° möglich war. Beide Funktionsprüfungen waren damit, wie auch diejenigen für die rechte obere Extremität, unauffällig. Die angeführte gefühlte Instabilität im Bereich des rechten Schlüsselbeines ließ sich nicht objektivieren. Der Teil-GdB für das Funktionssystem "Arme" beträgt damit 0.

Das Funktionssystem "Beine" erreicht ebenfalls keinen Teil-GdB von mindestens 10 (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14). Bei der gutachtlichen Untersuchung durch Dr. T. war nur noch eine Hypästhesie im Bereich der Vorderseite des rechten Oberschenkels verblieben, eine bleibende Bewegungsbeeinträchtigung indes nicht. Der Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Sch. berichtete Ende September 2015 demgegenüber von einer zunehmenden Neuropathie am rechten Oberschenkel, eine Erkrankung der peripheren Nerven, die keine traumatische Ursache hat, mit Gangunsicherheit und Kälteempfinden. Diese Bewegungsbeeinträchtigung schlug sich, unabhängig davon, wann sie von ihm erstmals erhoben wurde, bis zu der Begutachtung durch Dr. T. jedenfalls noch nicht nieder. Die Umfangmaße der unteren Gliedmaßen wiesen einen Seitenunterschied zu Ungunsten der rechten Seite bis maximal 1,5 cm im Bereich 15 cm unterhalb des inneren Kniegelenkspaltes auf. Diese nicht maßgebliche Verschmächting belegt, dass das rechte Bein bereits damals weitgehend belastet und eingesetzt werden konnte. Ein Teil-GdB von 10 ist damit für das Funktionssystem "Beine" nicht gerechtfertigt.

Die Funktionssysteme "Augen" und "Ohren" bedingen jeweils keinen Teil-GdB von wenigstens 10. Maßgebend für das Sehorgan ist nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 4 die korrigierte Sehschärfe, weshalb die von der Klägerin vorgetragene Minderung des Visus allein ohne Belang ist. Auf augenärztlichem Fachgebiet ist zudem der Lidschluss nur gering reduziert (VG, Teil B, Nr. 4.4), was ohnehin bereits beim Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" Berücksichtigung gefunden hat. Wegen der Kurzsichtigkeit bei vorliegendem Astigmatismus ist ein Teil-GdB von 10 ebenfalls noch nicht erreicht. Maßgebend für die Bewertung des GdB bei das Hörorgan betreffenden Hörstörungen ist nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 5 die Herabsetzung des Sprachgehörs, deren Umfang durch Prüfung ohne Hörhilfen zu bestimmen ist. Die subjektiv beklagte Hörminderung rechts konnte Priv.-Doz. Dr. R. mittels Sprach- und Tonaudiometrie nicht objektivieren. Der Tinnitus ist lediglich gelegentlich in Ruhe und der Schwindel sehr selten aufgetreten (VG, Teil B, Nr. 5.3). Die konsiliarische Vorstellung in der Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie des Sch.-B.-Klinikums Anfang Oktober 2012 wegen des Hämatotympanons ergab keine Interventionsnotwendigkeit.

Das Funktionssystem "Atmung" hat einen Teil-GdB von 20 zur Folge.

Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfellschwarten richtet sich der GdB vor allem nach der klinischen Symptomatik mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Außerdem sind die Einschränkung der Lungenfunktion, die Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen (z. B. Cor pulmonale) und bei allergisch bedingten Krankheiten auch die Vermeidbarkeit der Allergene zu berücksichtigen. Nach den VG, Teil B, Nr. 8.5 ist für ein Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion bei Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen ein GdB zwischen 0 und 20, bei einer Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat) und/oder schweren Anfällen ein solcher zwischen 30 und 40 sowie bei einer Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle mit 50 vorgesehen. Das bei der Klägerin diagnostizierte Asthma bronchiale (ICD-10-GM-2017 J45.9) ist mit dem inhalativen Asthmaspray Alvesco (1-0-0-0) behandelt worden. Dr. S. hat im September 2017 ein seit Jahren bestehendes Bronchialasthma attestiert, wobei sich die damit zusammenhängenden Beschwerden seit dem Verkehrsunfall im September 2012 deutlich verschlechterten. Die Klägerin hat danach mindestens ein- bis zweimal je Woche einen Anfall erlitten, der sich indes jeweils ausreichend medikamentös einstellen lässt. Mangels belegter Schwere und noch nicht hinreichender Häufigkeit ist ein Einzel-GdB von 20 nicht überschritten. Wegen der Polyposis nasi, einer Schleimhautwucherung in der Nase, erhöht sich der Teil-GdB für das Funktionssystem "Atmung" unter Berücksichtigung der VG, Teil B, Nr. 6 nicht.

Sonst sind insbesondere mit der festgestellten höhergradigen Zellveränderung am Gebärmutterhals, welche ohnehin bereits einen Monat später durch eine ambulante Konisation entfernt wurde, die körperliche Funktion damit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abwich und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht beeinträchtigte ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)), sowie der unfallbedingten Risswunde der Zunge und der Hypothermie keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen worden, derentwegen einem Funktionssystem zuzuordnende Einschränkungen vorliegen, welche überhaupt erst geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a), grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer

Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen und auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 es vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), begründen der Teil-GdB von 50 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche, derjenige von 30 für das Funktionssystem "Rumpf" und der Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem "Atmung" einen Gesamt-GdB von 70 vom 12. Februar 2012 bis aktuell.

Die Klägerin hat zudem keinen Anspruch auf Feststellung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleiches "aG" ab 12. September 2012.

Die Feststellung von Merkzeichen richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 4 SGB IX in der Fassung durch Art. 2 Ziff. 2 BTHG. Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1 ([§ 69 Abs. 4 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird ([§ 69 Abs. 1 Satz 2 Alt. 2 SGB IX](#)). Auf Antrag des Menschen mit Behinderung stellen die zuständigen Behörden gemäß [§ 69 Abs. 5 Satz 1 SGB IX](#) aufgrund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über weitere gesundheitliche Merkmale aus.

Zu diesen Merkmalen gehört die außergewöhnliche Gehbehinderung ([§ 146 Abs. 3 SGB IX](#)). Schwerbehinderte Menschen mit einem solchen Nachteil sind Personen mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem GdB von mindestens 80 entspricht (Satz 1). Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt vor, wenn sich die Menschen mit Schwerbehinderung wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können (Satz 2). Hierzu zählen insbesondere Menschen mit Schwerbehinderung, die auf Grund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind (Satz 3). Verschiedenste Gesundheitsstörungen, insbesondere Störungen bewegungsbezogener, neuromuskulärer oder mentaler Funktionen, Störungen des kardiovaskulären oder Atmungssystems, können die Gehfähigkeit erheblich beeinträchtigen (Satz 4). Diese sind als außergewöhnliche Gehbehinderung anzusehen, wenn nach versorgungsärztlicher Feststellung die Auswirkung der Gesundheitsstörungen sowie deren Kombination auf die Gehfähigkeit dauerhaft so schwer ist, dass sie der unter Satz 1 genannten Beeinträchtigung gleich kommt (Satz 5).

Der seit 1. Januar 2009 an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 im Interesse einer gleich-mäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten AHP getretenen VersMedV lassen sich im Ergebnis keine weiteren Beurteilungskriterien für die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen des begehrten Nachteilsausgleiches entnehmen. Denn die VG sind hinsichtlich der getroffenen Regelungen für den nach dem Schwerbehindertenrecht zu beurteilenden Nachteilsausgleich "aG" unwirksam, da es insoweit zum Erlasszeitpunkt an einer gesetzlichen Verordnungsermächtigung fehlte. Eine solche Ermächtigung fand sich weder in [§ 30 Abs. 17 BVG](#) in der Fassung bis zum 30. Juni 2011 beziehungsweise [§ 30 Abs. 16 BVG](#) in der Fassung ab dem 1. Juli 2011 noch in sonstigen Regelungen des BVG oder des SGB IX (Urteile des Senats vom 9. Juni 2011 - [L 6 SB 6140/09](#) -, juris und vom 4. November 2010 - [L 6 SB 2556/09](#); Urteile des LSG Baden-Württemberg vom 9. Mai 2011 - [L 8 SB 2294/10](#) - und vom 14. August 2009 - [L 8 SB 1691/08](#) -, jeweils juris sowie vom 24. September 2010 - [L 8 SB 4533/09](#); Dau, jurisPR-SozR 4/2009, Anm. 4).

Diesen Mangel hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zum Vorschlag für einen Beschluss des Rates über einen Dreigliedrigen Sozialgipfel für Wachstum und Beschäftigung und zur Aufhebung des Beschlusses 2003/174/EG vom 7. Januar 2015 ([BGBl II S. 15](#)) beseitigt und mit [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) eine neue Verordnungsermächtigung unmittelbar im SGB IX eingefügt. Danach wird das BMAS ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend und nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Da die VersMedV einschließlich ihrer Anlage zu [§ 2 VersMedV](#) nicht auf der Grundlage dieser erst seit 15. Januar 2015 gültigen Verordnungsermächtigung erlassen worden ist, ist nach wie vor deren Anwendung hinsichtlich des hier streitgegenständlichen Merkzeichens "aG" nicht möglich. Diesem Umstand hat der Gesetzgeber durch den ebenfalls mit Gesetz vom 7. Januar 2015 ([BGBl II S. 15](#)) neu eingefügten [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) Rechnung getragen. Danach gelten, soweit noch keine Verordnung nach [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16 BVG](#) erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Hierdurch konnte zwar nicht die bezüglich der in den VG enthaltenen Regelungen zu den Merkzeichen "G", "B", "aG" und "GI" teilunwirksame VersMedV neu erlassen oder als Verordnung für anwendbar erklärt werden, da es insoweit schon an der Zuständigkeit des Gesetzgebers hinsichtlich einer vom BMAS zu erlassenden Verordnung fehlte. Mit noch hinreichend bestimmtem Gesetzeswortlaut (vgl. zum rechtsstaatlichen Grundsatz der Normklarheit BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 3. September 2014 - [1 BvR 3353/13](#) -, juris) hat der Gesetzgeber jedoch mit der in [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) getroffenen Regelung zum Ausdruck gebracht, dass er sich den insoweit maßgeblichen Verordnungstext in der Anlage zu [§ 2 VersMedV](#), also die unter VG, Teil D, Nrn. 1 bis 4 getroffenen Bestimmungen, zu eigen machte und bis zum Inkrafttreten der neuen Verordnung nach [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) insoweit die VG Gesetzescharakter haben (vgl. [BT-Drucks. 18/3190, S. 5](#)).

Die erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung, die einem GdB von mindestens 80 entspricht, als Definition der außergewöhnlichen Gehbehinderung gründet auf dem biopsychosozialen Modell des modernen Behindertenbegriffs, nach dem es darauf ankommt, ob die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung in Wechselwirkung mit vorhandenen Barrieren im Einzelfall zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und somit zu einer Behinderung führen. Dieser Standard ist niedergelegt in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, welche das frühere so genannte "Krankheitsfolgenmodell" (ICIDH) 2001 ablöste ([BT-Drucks. 18/9522, S. 317](#)). Er ist auch die Grundlage für das Verständnis von Behinderung, welches in dem Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) vom 21. Dezember 2008 ([BGBl II S. 1419](#)), in Kraft getreten am 26. März 2009, Gesetz vom 21. Dezember 2008 ([BGBl II, S. 1419](#)), Bekanntmachung vom 5. Juni 2009 ([BGBl II S. 812](#)) zum Ausdruck kommt (z. B. Art. 1 Abs. 2). Der Begriff "Behinderung" nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) ist ebenfalls in diesem Sinne final ausgerichtet. [§ 146 Abs. 3 SGB IX](#) übernimmt den bewährten Grundsatz, dass das Recht, Behindertenparkplätze zu benutzen, nur unter engen Voraussetzungen eingeräumt werden darf. Dafür spricht insbesondere, dass Parkraum in den Innenstädten nicht beliebig vermehrbar ist, ebenso wie auch der verkehrsrechtliche Ansatz seiner grundsätzlichen Privilegienfeindlichkeit, sodass mit Mitteln des Straßenverkehrsrechts nur ein Nachteilsausgleich eingeräumt werden kann und dieser ausschließlich unter dem Aspekt eines sicheren und geordneten Verkehrsablaufes. Dafür sprechen auch behinderungspolitische Erwägungen. Behindertenparkplätze müssen denjenigen

Menschen mit Schwerbehinderung vorbehalten bleiben, die sich dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kfz bewegen können. Das sind Menschen, die für ihre mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung einen GdB von mindestens 80 haben. Eine breite Ausweitung des berechtigten Personenkreises würde dazu führen, dass die eigentliche Zielgruppe längere Wege zurücklegen müsste, weil der Parkraum ein begrenzter wäre (vgl. [BT-Drucks. 18/9522, S. 318](#)). Die Voraussetzungen können erfüllt sein bei zentralnervösen, peripher-neurologischen oder neuromuskulär bedingten Gangstörungen mit der Unfähigkeit, ohne Unterstützung zu gehen oder wenn eine dauerhafte Rollstuhlbenutzung erforderlich ist, insbesondere bei Querschnittlähmung, Multipler Sklerose, Amyotropher Lateralsklerose, Parkinsonerkrankung, Para- oder Tetraspastik in schwerer Ausprägung, einem Funktionsverlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe oder eines Beines von da an ohne Möglichkeit der prothetischen oder orthetischen Versorgung, insbesondere bei Doppeloberschenkelamputierten und Hüftexartikulierten, schwerster Einschränkung der Herzleistungsfähigkeit, insbesondere bei Linksherzschwäche Stadium NYHA IV, schwersten Gefäßerkrankungen, insbesondere bei arterieller Verschlusskrankheit Stadium IV, Krankheiten der Atmungsorgane mit nicht ausgleichbarer Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades sowie einer schwersten Beeinträchtigung bei einem metastasierenden Tumorleiden mit starker Auszehrung und einem fortschreitenden Kräfteverfall ([BT-Drucks. 18/9522, S. 318](#)).

Eine mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung, die einem GdB von 80 entspricht, liegt bei der Klägerin bereits wegen des Gesamt-GdB von 70 nicht vor, bei dem zudem das mit einem Teil-GdB von 50 bewertete Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" berücksichtigt wurde, welches vorliegend eine derartige Beeinträchtigung, etwa in Form einer psychogenen Gangstörung (vgl. BSG, Urteil vom 11. August 2015 - [B 9 SB 1/14 R](#) -, SozR 4-3250 § 69 Nr. 21), nicht beinhaltet. Da die Träger der Versorgungsverwaltung gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) ohnehin nur ermächtigt sind, eine - unbenannte - Behinderung und den GdB festzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) -, [BSGE 82, 176](#) (177 f.); Oppermann, a. a. O., Rz. 10; vgl. auch Dau, in: Dau/Düwell/Jousen, a. a. O., Rz. 4 m. w. N.), wäre es dem Senat als Tatsachengericht indes nicht verwehrt gewesen, den Anspruch auf behördliche Feststellung der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals "aG" umfassend zu prüfen, also etwa bislang nicht berücksichtigte behinderungsbedingten Funktionsstörungen heranzuziehen und originär zu beurteilen, ob und inwieweit eine mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung vorliegt.

Es kann dahinstehen, ob nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts die vorliegend maßgebliche Gesetzesänderung ab ihrem Inkrafttreten mit Wirkung zum 30. Dezember 2016 (Art. 26 Abs. 2 BTHG) auch die bereits davor bestehenden Rechtsverhältnisse den neuen Regeln unterwerfen will (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28. April 2004 - [B 2 U 12/03 R](#) -, [SozR 4-2700 § 70 Nr. 1](#), juris, Rz. 22 m. w. N.), also vorliegend bereits ab der beantragten Feststellung ab 12. September 2012. Denn auch nach der Rechtslage bis 29. Dezember 2016 hat die Klägerin keinen Anspruch auf Feststellung der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals "aG".

Ausgangspunkt für die Feststellung der außergewöhnlichen Gehbehinderung war Abschnitt II Nr. 1 zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur StVO (VwV-StVO). Danach ist außergewöhnlich gehbehindert im Sinne des [§ 6 Abs. 1 Nr. 14](#) Straßenverkehrsgesetz (StVG), wer sich wegen der Schwere seines Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges bewegen kann. Hierzu zählen als so genannte "Regelbeispiele" Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüft-exartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind, sowie als so genannte "Gleichstellungsfälle" andere Menschen mit Schwerbehinderung, welche nach versorgungssärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehenden Personenkreis gleichzustellen sind.

Nach [§ 69 Abs. 4](#) in Verbindung mit [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) in der bis zum 14. Januar 2015 gültigen Fassung (a. F.) war seit dem 21. Dezember 2007 zusätzlich auf die VersMedV Bezug genommen, sodass seit dem 1. Januar 2009 deren Fassung vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)), zuletzt geändert durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der VersMedV vom 11. Oktober 2012 ([BGBl I S. 2122](#)), auch für das Verfahren der Feststellung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen heranzuziehen war. Sie band als Rechtsverordnung Verwaltung und Gerichte (BSG, Urteil vom 23. April 2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) -, juris, Rz. 27). Trotz der dargestellten Bedenken an dieser Ermächtigung des Ordnungsgebers, insbesondere zum Erlass von Vorgaben für die Beurteilung von Nachteilsausgleichen, hatte die höchstrichterliche Rechtsprechung die darin vorgenommenen Konkretisierungen als verbindlich angesehen, zumal die VG ebenso wie die insoweit inhaltlich übereinstimmenden AHP antizipierte Sachverständigengutachten darstellten, die wegen ihrer normähnlichen Wirkungen wie untergesetzliche Normen anzuwenden seien (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) -, SozR 4-3250 § 69 Nr. 18, Rz. 10 m. w. N.). Im Übrigen wurden in den VG, Teil D, Nr. 3 b vollständig die Vorgaben der VwV-StVO zum Merkmal "aG" übernommen und in Nr. 3 a insoweit ausdrücklich auf das StVG verwiesen, welches als Ermächtigungsgrundlage für die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkmals "aG" weiterhin bestehen blieb. Zusätzlich war nach den VG, Teil D, Nr. 3 c folgende Ergänzung erfolgt: "Die Annahme einer außergewöhnlichen Gehbehinderung darf nur auf eine Einschränkung der Gehfähigkeit und nicht auf Bewegungsbehinderungen anderer Art bezogen werden. Bei der Frage der Gleichstellung von Menschen mit Behinderung mit Schäden an den unteren Gliedmaßen ist zu beachten, dass das Gehvermögen auf das schwerste eingeschränkt sein muss und deshalb als Vergleichsmaßstab am ehesten das Gehvermögen eines Doppeloberschenkelamputierten heranzuziehen ist. Dies gilt auch, wenn Menschen mit Gehbehinderung einen Rollstuhl benutzen. Es genügt nicht, dass ein solcher verordnet wurde; die Betroffenen müssen vielmehr ständig auf den Rollstuhl angewiesen sein, weil sie sich sonst nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung fortbewegen können. Als Erkrankungen der inneren Organe, die eine solche Gleichstellung rechtfertigen, sind beispielsweise Herzschäden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz sowie Krankheiten der Atmungsorgane mit Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades anzusehen."

Bei der Klägerin haben die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Feststellung eines der genannten, abschließend aufgeführten Regelbeispiele in Abschnitt II Nr. 1 Satz 2 Halbsatz 1 zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 VwV-StVO nicht vorgelegen. Gegebenenfalls wurde vermutet, dass sich die dort aufgeführten Menschen mit Schwerbehinderung wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kfz bewegen können. Nach dem Wortlaut und Zweck der Regelung kam es dabei im Interesse einer leichten Handhabung in der Praxis nicht auf die individuelle prothetische Versorgung an (vgl. BSG, Urteile vom 17. Dezember 1997 - [9 RVs 16/96](#) -, [SozR 3-3870 § 4 Nr. 22](#), S. 87, vom 11. März 1998 - [B 9 SB 1/97 R](#) -, [BSGE 82, 37](#) und vom 5. Juli 2007 - [B 9/9a SB 5/06 R](#) -, juris, Rz. 14), selbst wenn aufgrund eines hervorragenden gesundheitlichen Allgemeinzustandes und hoher körperlicher Leistungsfähigkeit bei optimaler prothetischer Versorgung eine gute Gehfähigkeit bestand (vgl. Bayerisches LSG, Urteil vom 28. Februar 2013 - [L 15 SB 113/11](#) -, juris, Rz. 46 f.). Der Grundsatz erfuhr eine Ausnahme für die einseitig Oberschenkelamputierten, denen der Nachteilsausgleich "aG" nur zuerkannt werden konnte, wenn sie nicht (exo-)prothetisch versorgt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1997 - [9 RVs 16/96](#)

-, [SozR 3-3870 § 4 Nr. 22](#), S. 87). Anders als bei den übrigen Regelbeispielen gehörten die einseitig Oberschenkelamputierten nur dann zu dem eng begrenzten Kreis der Menschen mit Schwerbehinderung im Sinne von Abschnitt II Nr. 1 Satz 1 zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 VwV-StVO, wenn sie dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen. Im Umkehrschluss galt bei den Menschen, welche einseitig Oberschenkelamputiert sind und noch ein Kunstbein tragen können, nicht die Vermutung von Satz 1, dass sie zu den Personen gehören, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kfz bewegen können. Dieser Kreis von Menschen mit Behinderung unterlag bereits bei der Prüfung des Vorliegens eines Regelbeispiels einer pauschalen Gleichstellungsprüfung mit den anderen Gruppen, die sich durch Doppelamputationen oder weitergehende erhebliche körperliche Einschränkungen abgrenzen. Dabei galt für die Dauerhaftigkeit des Außerstandeseins, ein Kunstbein zu tragen ein anderer Maßstab als für den geforderten Dauerzustand nach Satz 1. Dem lag allerdings ebenfalls kein individuelles zeitliches Kriterium zugrunde. Dauernd außerstande sein, ein Kunstbein zu tragen, bedeutete in diesem Zusammenhang, (exo-)prothetisch nicht versorgbar zu sein (vgl. BSG, a. a. O.). Es durfte keine prothetische Versorgung möglich sein, der betroffene Mensch mit Behinderung muss ständig außerstande sein, ein Kunstbein zu tragen. Zu dieser Personengruppe gehört die Klägerin nicht.

Die Schwere der bei ihr vorliegenden Beeinträchtigung ist auch nicht dem Vorliegen eines Regelbeispiels gleichzustellen. Eine Gleichstellung setzte gemäß Abschnitt II Nr. 1 Satz 2 Halbsatz 2 zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 VwV-StVO voraus, dass der Mensch mit Schwerbehinderung sich nur unter ebenso großen körperlichen Anstrengungen fortbewegen kann, wie die in Abschnitt II Nr. 1 Satz 2 Halbsatz 1 zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 VwV-StVO genannten Personen, bei denen ein Regelbeispiel erfüllt ist. Das war der Fall, wenn ihre Gehfähigkeit in ungewöhnlich hohem Maße eingeschränkt ist und sie sich nur unter ebenso großen Anstrengungen wie die erstgenannten Gruppen von Menschen mit Schwerbehinderung oder nur noch mit fremder Hilfe fortbewegen können (BSG, Urteil vom 11. März 1998 - [B 9 SB 1/97 R](#) -, [BSGE 82, 37](#) (38 f.)).

Zwar bereitete der Vergleichsmaßstab naturgemäß Schwierigkeiten, weil die verschiedenen, im 1. Halbsatz aufgezählten Gruppen von Menschen mit Behinderung in ihrer Wegefähigkeit nicht homogen sind und einzelne Vertretende dieser Gruppen bei gutem gesundheitlichen Allgemeinzustand, hoher körperlicher Leistungsfähigkeit und optimaler prothetischer Versorgung ausnahmsweise nahezu das Gehvermögen eines Menschen ohne Behinderung erreichen können (BSG, Urteile vom 17. Dezember 1997 - [9 RVs 16/96](#) -, [SozR 3-3870 § 4 Nr. 22](#), S. 87 und 10. Dezember 2012 - [B 9 SB 7/01 R](#) -, [BSGE 90, 180](#) (182)). Auf die individuelle prothetische Versorgung der aufgeführten zu vergleichenden Gruppen von Menschen mit Behinderung kam es jedoch nicht an (BSG, Urteile vom 17. Dezember 1997 - [9 RVs 16/96](#) -, [SozR 3-3870 § 4 Nr. 22](#) und 11. März 1998 - [B 9 SB 1/97 R](#) -, [BSGE 82, 37](#)), zumal solche Besonderheiten angesichts des mit der Zuerkennung von "aG" bezweckten Nachteilsausgleiches nicht als Maßstab für die Bestimmung der Gleichstellung herangezogen werden können. Vielmehr musste sich dieser strikt an dem der einschlägigen Regelung vorangestellten Obersatz orientieren, also an Satz 1 Abschnitt II Nr. 1 zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 VwV-StVO beziehungsweise [§ 6 Abs. 1 Nr. 14 StVG](#) (BSG, Urteil vom 10. Dezember 2012 - [B 9 SB 7/01 R](#) -, [BSGE 90, 180](#) (183)).

Auf der anderen Seite war für die Gleichstellung am individuellen Restgeheimmögen der Betroffenen anzusetzen. Hierzu zählten auch die einseitig Oberschenkelamputierten, die grundsätzlich prothetisch versorgt werden können. Diese Personengruppe war nicht von Halbsatz 2 ausgenommen, nur weil die beim Vorliegen der Voraussetzungen von Halbsatz 1 eintretende Vermutungswirkung nicht gegeben war. Denn diese ersetzt lediglich die individuelle Prüfung der Voraussetzungen von Satz 1, die jedoch im Rahmen der Gleichstellungsprüfung nach Halbsatz 2 durchzuführen ist. Dabei lässt sich ein den Anspruch ausschließendes Restgeheimmögen griffig weder quantifizieren noch qualifizieren (BSG, Urteil vom 10. Dezember 2012 - [B 9 SB 7/01 R](#) -, [BSGE 90, 180](#)). Grundsätzlich sind hierzu weder ein gesteigerter Energieaufwand noch eine in Metern ausgedrückte Wegstrecke (BSG, Urteil vom 29. März 2007 - [B 9a SB 1/06 R](#) -, juris, Rz. 18) oder prozentuale Zeitwerte geeignet. Denn die maßgeblichen Vorschriften stellten nicht darauf ab, über welche Wegstrecke sich ein Mensch mit Schwerbehinderung außerhalb seines Kraftfahrzeuges wie oft und in welcher Zeit zumutbar noch bewegen kann, sondern darauf, unter welchen Bedingungen ihm dies nur noch möglich ist, also nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung. Wer diese Voraussetzungen praktisch vom ersten Schritt an außerhalb seines Kraftfahrzeuges erfüllt, qualifizierte sich für den Nachteilsausgleich "aG" auch dann, wenn er gezwungenermaßen auf diese Weise längere Wegstrecken zurücklegt. Ein an einer bestimmten Wegstrecke und einem Zeitmaß orientierter Maßstab liegt auch nicht wegen der Methode nahe, mit der die medizinischen Voraussetzungen des Merkmals "G" festgestellt werden. Denn für den Nachteilsausgleich "aG" gelten diesem gegenüber nicht gesteigerte, sondern andere Voraussetzungen (BSG, Urteile vom 13. Dezember 1994 - [9 RVs 3/94](#) -, [SozR 3-3870 § 4 Nr. 11](#), S. 45 und 29. März 2007 - [B 9a SB 1/06 R](#) -, juris, Rz. 21 f.). Dabei können unter anderem Art und Umfang schmerz- oder erschöpfungsbedingter Pausen von Bedeutung sein (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 18 f.). Denn Menschen mit Schwerbehinderung, die in ihrer Gehfähigkeit in ungewöhnlich hohem Maße eingeschränkt sind, müssen sich beim Gehen regelmäßig körperlich besonders anstrengen. Die für die Bejahung der Voraussetzungen des Merkmals "aG" geforderte große körperliche Anstrengung kann etwa erst dann angenommen werden, wenn selbst bei einer Wegstreckenlimitierung von 30 m diese darauf beruht, dass Betroffene bereits nach dieser kurzen Strecke erschöpft sind und neue Kräfte sammeln müssen, bevor sie weiter gehen können (BSG, a. a. O., Rz. 24 und Urteil vom 10. Dezember 2012 - [B 9 SB 7/01 R](#) -, [BSGE 90, 180](#) (184 f.)).

Ob die danach erforderlichen großen körperlichen Anstrengungen beim Gehen dauerhaft vorliegen, ist Gegenstand tatrichterlicher Würdigung, die sich auf alle verfügbaren Beweismittel wie Befundberichte der behandelnden Ärzte, Sachverständigengutachten oder einen dem Gericht persönlich vermittelten Eindruck stützen kann. Dabei stellt das alleinige Abstellen auf ein einzelnes, starres Kriterium vor dem Hintergrund des Gleichheitssatzes in [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) in der Regel keine sachgerechte Beurteilung dar, weil es eine Gesamtschau aller relevanten Umstände eher verhindert (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - [B 9/9a SB 5/06 R](#) -, juris, Rz. 17).

An dieser Rechtslage für die Anerkennung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleiches "aG" hatte sich auch durch die UN-Behindertenrechtskonvention nichts geändert (BSG, Urteil vom 11. August 2015 - [B 9 SB 2/14 R](#) -, juris, Rz. 23 m. w. N.). Allerdings konnte sie als Auslegungshilfe orientierend herangezogen werden (vgl. BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011 - [2 BvR 882/09](#) -, [BVerfGE 128, 282](#) (306); BSG, Urteil vom 24. Mai 2012 - [B 9 V 2/11 R](#) -, [BSGE 111, 79](#) (88)). Insoweit war entsprechend Art. 1 der UN-Behindertenrechtskonvention, wie bereits in [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) vorgesehen, die individuelle Beeinträchtigung des Menschen mit Behinderung an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu berücksichtigen.

Ausgehend von diesen Grundsätzen liegen bei der Klägerin die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals "aG" auch nach der früheren Rechtslage nicht vor. Es ist bereits nicht nachgewiesen, dass ihr Gehvermögen auf das schwerste eingeschränkt gewesen ist, wobei hierfür am ehesten dasjenige der Doppeloberschenkelamputierten heranzuziehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 11. August 2015 - [B 9 SB](#)

[2/14 R](#) -, juris, Rz. 24). Sie ist nicht von den ersten Metern an in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt gewesen, was sie im Widerspruchsverfahren selbst eingeräumt hat. Danach beträgt die von ihr ohne fremde Hilfe zu bewältigende Gehstrecke ohne Unterbrechung 50 m, erst danach muss sie wegen ihrer Beschwerden eine Pause einlegen. Die Einschätzung des Facharztes für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Sch. von Ende September 2015, die Klägerin benötige wegen der rechtsseitigen Beckenfraktur und einer zunehmende Neuropathie am rechten Oberschenkel mit Gangunsicherheit und Kälteempfinden umfangreiche Hilfe im täglichen Leben, sei auf die Unterstützung ihres Lebenspartners angewiesen und wegen der Gangunsicherheit nur in Begleitung sicher mobil, belegt demgegenüber keine außergewöhnliche Gehbehinderung.

Nach alledem war die Berufung 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

2017-12-27