

L 11 SB 25/05 -26

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

11

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 5 SB 56/03

Datum

17.02.2005

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 11 SB 25/05 -26

Datum

21.11.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 17. Februar 2005 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Streitig ist, ob dem Kläger die Schwerbehinderteneigenschaft zuzuerkennen ist.

Der 1958 geborene Kläger stellte am 28. August 2001 bei dem Beklagten einen Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz zur Durchführung des Feststellungsverfahrens und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises. Er gab an, an einer Osteoporose, Schulterluxation 1989 und einer 30%igen Bewegungsbeeinträchtigung zu leiden. Außerdem begehrte er die Anerkennung des Merkzeichens "G" (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr).

Dem Beklagten lagen Entlassungsberichte des IKkrankenhauses, Rklinik-W vom 08. Juni und 31. August 2001 mit der Diagnose einer high turnover Osteoporose, Zustand nach mehrjähriger Steroidmedikation wegen chronischer Polyposis der Nasennebenhöhlen vor. Außerdem zog der Beklagte eine ärztliche Auskunft der Orthopädin Dr. B vom 01. Oktober 2001 bei.

Nach Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme stellte der Beklagte mit Bescheid vom 07. März 2002 fest, bei dem Kläger bestehe ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 wegen einer Osteoporose. Die Voraussetzungen für das beantragte Merkzeichen "G" lägen nicht vor.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, bei ihm liege mindestens eine Osteoporose mittleren Grades vor, so dass ein GdB von mindestens 50 bestehe.

Zur Ermittlung des Sachverhalts zog der Beklagte eine ärztliche Auskunft des Allgemeinmediziners Dr. B vom 23. September 2002, dem eine Vielzahl medizinischer Befunde und Berichte beigelegt war, bei. Nach Auswertung der Unterlagen durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. C am 28. Dezember 2002 wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 04. März 2003 zurück.

Zur Begründung der dagegen vor dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) erhobenen Klage hat der Kläger erneut geltend gemacht, wegen einer Osteoporose mittleren Grades sei bei ihm ein GdB von mindestens 50 festzustellen. Es sei außerdem nicht richtig, dass er regelmäßig ein Fitness-studio besuche. Dies sei lediglich bis zum Jahre 2000 der Fall gewesen. Er habe damals jedoch keine schweren Gewichte gestemmt, sondern lediglich nach vorsichtiger Anwendung die Muskulatur, die das Knochensystem stabilisiere, gestärkt. Seit Januar 2002 nehme er regelmäßig wöchentlich an einer Rückenschule in einer physiotherapeutischen Praxis teil.

Zur Ermittlung des Sachverhalts hat das Sozialgericht medizinische Unterlagen aus dem weiteren Verfahren bei dem Sozialgericht Frankfurt (Oder), Az.: S 6 RA 537/02, in dem der Kläger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung begehrt, beigezogen. Es handelt sich dabei insbesondere um Gutachten des Orthopäden Dr. K vom 09. November 2001, des Orthopäden Dr. G vom 05. September 2002 und der vom Gericht zur Sachverständigen ernannten Chirurgin Dr. H vom 28. Oktober 2003.

Außerdem hat ein Bericht des C-TKlinikum C vom 14. Februar 2003 vorgelegen, aus dem sich ergibt, dass die Befundkonstellation für das Vorliegen einer Osteopenie spreche. Im Vergleich zu den Voruntersuchungen von 1999 und 2000 sei eine deutliche Befundbesserung

eingetreten.

Der Beklagte hat die medizinischen Unterlagen durch den ärztlichen Dienst auswerten lassen. In einer Stellungnahme vom 23. Februar 2004 hat die Versorgungsärztin Dr. W ausgeführt, als Funktionsbehinderungen bestünden bei dem Kläger gering- bis mittelgradige Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS bzw. BWS- und LWS ohne neurologische Defizite und endgradige Bewegungseinschränkungen im Bereich beider Hüftgelenke. Nach den Anhaltspunkten (AHP) Nr. 26.18 könne dafür kein höherer GdB als 30 begründet werden. Weitere Gesundheitsstörungen, die nach dem Schwerbehindertenrecht die Kriterien einer Behinderung erfüllten, lägen nicht vor.

Dann hat das Sozialgericht ein Gutachten des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. B vom 04. November 2004 veranlasst. Der Sachverständigen ist zu dem Ergebnis gelangt, bei dem Kläger lägen seit August 2001 eine Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Neigung zu thorakolumbalen Reizerscheinungen, Wirbelkörperverformung L1/L2 bei Osteoporose und anhaltende muskuläre Reizzustände vor. Die in dem angefochtenen Bescheid festgestellte Beeinträchtigung "Osteoporose" sei zutreffend bezeichnet. Der Korrektheit halber sollte wegen besserer Nachprüfbarkeit in Zukunft die Leidensbezeichnung wie oben angegeben präzisiert werden. Der GdB sei seit August 2001, dem Zeitpunkt der Antragstellung, mit 30 festzusetzen.

Der Kläger, der sich mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht hat einverstanden erklären können, hat an Einzelheiten des Gutachtens Kritik geübt.

Durch Urteil vom 17. Februar 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, bei dem Kläger liege nach den gutachterlichen Feststellungen eine Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Neigung zu thorakolumbalen Reizerscheinungen, Wirbelkörperverformung L1/L2 bei Osteoporose und anhaltende muskuläre Reizzustände vor. Diese seien nach den AHP mit einem GdB von 30 zu bewerten. Dies entspreche Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die nach den AHP Nr. 26.18 mit einem GdB von 30 bis 40 bewertet würden. Schwerwiegende funktionelle Auswirkungen habe der Sachverständige bei seiner Untersuchung nicht festgestellt. Auch den beigezogenen Gutachten seien diese nicht zu entnehmen. Entgegen der Ansicht des Klägers sei ein GdB von 50 aufgrund der diagnostizierten Osteoporose nicht festzustellen. Nach den AHP sei bei ausgeprägten osteopenischen Krankheiten der GdB vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehaltes rechtfertige noch nicht die Annahme eines GdB-Grades.

Gegen das am 29. März 2005 zugestellte Urteil richtet sich die am 29. April 2005 eingelegte Berufung, mit der der Kläger seine Kritik an dem Gutachten von Dr. B wiederholt. Das Sozialgericht sei nicht nur von einem falschen Gutachten ausgegangen, sondern habe im Übrigen auch einen "unzutreffenden Facharzt", nämlich einen Chirurgen, mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Infolge der Zugrundelegung dieses Gutachtens sei das Sozialgericht zu der unrichtigen Auffassung gelangt, dass bei ihm kein GdB von 50 vorliege. Außerdem macht er geltend, die Osteoporose habe sich mittlerweile erheblich verschlechtert. Sie sei derart stark ausgeprägt, dass allein aufgrund dessen ein GdB von 50 vorliege.

Im Weiteren bezieht sich der Kläger auf ein Gutachten der Orthopädin und Rheumatologin Dr. S vom C-TKLlinikum Cottbus vom 27. Februar 2003. Das Gutachten ist erstattet worden in einem Verfahren des Klägers gegen Dr. H, anhängig beim Landgericht F, Az.: [12 O 31/02](#). Die Gutachterin hat u.a. ausgeführt, zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung, dem 20. Dezember 2002, könne bei den vorliegenden Knochendichtewerten nicht mehr von einer Osteoporose gesprochen werden. Der Kläger befinde sich jetzt bezüglich seiner Knochendichte im Bereich der Osteopenie (etwas verminderte Knochenmasse, Kontrollbereich). Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung stünden vom klinischen, radiologischen und laborchemischen Aspekt weniger aus der Osteoporose resultierende Beschwerden beim Kläger im Vordergrund (Knochendichte deutlich gebessert, kein Auftreten von Frakturen, Laborwerte im Normbereich), sondern die Folgen der degenerativen und entzündlichen Veränderungen in der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie in den Iliosakralgelenken. Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 17. Februar 2005 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 7. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. März 2003 zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ermittlung des Sachverhalts hat der Senat Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärztin für Orthopädie Dr. B vom 05. Dezember 2005, der Allgemeinmedizinerin Dipl. Med. K vom 26. Dezember 2005, der Internistin Dr. R vom 04. Dezember 2005 und des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. W vom 10. Juli 2006 eingeholt. Außerdem hat der Senat einen Bericht des IKrankenhauses vom 31. August 2006 über eine ambulante Vorstellung des Klägers dort am 24. August 2006 beigezogen. Danach besteht bei dem Kläger eine erniedrigte Knochenmineraldichte bei steroidinduzierter Osteoporose. Im langjährigen Verlauf (letzte Untersuchung 2001) zeige sich eine Zunahme der Knochenmineralisation um 7 bis 8 %. Die Prognose scheine günstig.

Der Beklagte hat zu den ermittelten Unterlagen Stellungnahmen der Versorgungsärztin Dr. W vom 29. September 2005 und 15. März 2006 eingereicht.

Mit gerichtlichem Schreiben vom 09. Oktober 2006 sind die Beteiligten zu der beabsichtigten Entscheidung des Senats durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) angehört worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat konnte nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden, denn er hält die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig aber unbegründet. Der Kläger hat, wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat, keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 30.

Der Senat ist nach Auswertung aller medizinischen Unterlagen und Gutachten zu der Überzeugung gelangt, dass bei dem Kläger zwar Behinderungen vorliegen, die durch sie bedingten Funktionsstörungen jedoch nicht so schwerwiegend sind, dass sie die Feststellung eines GdB von 50 rechtfertigen. Denn ein Gesamt-GdB von 50 kann beispielsweise nur angenommen werden, wenn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich ist wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beins im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bei bereits leichter Belastung (vgl. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1996 - AHP 1996 - Nr. 19 (2), bzw. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil II SGB IX) 2004/2005 - AHP 2004/2005 - Nr. 19 (2)).

Die Leiden des Klägers sind unter Auswertung der beigezogenen medizinischen Befunde umfassend gutachterlich geklärt worden. Die medizinischen Feststellungen rechtfertigen weder die von dem Kläger begehrte Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft noch einen höheren GdB als 30. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen Dr. B vom 04. November 2004, der bei dem Kläger eine Fehllagerung der Wirbelsäule mit Neigung zu thorakolumbalen Reizerscheinungen, Wirbelkörperverformung L1/L2 bei Osteoporose und anhaltende muskuläre Reizzustände festgestellt und entsprechend den AHP 1996/2004/2005 Nr. 26.18 mit einem GdB von 30 bewertet hat. Dies entspricht schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome), die mit einem GdB von 30 bewertet werden, bzw. mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die mit einem Einzel-GdB von 30 bis 40 zu bewerten sind. Für die Berücksichtigung der Osteoporose bei der Feststellung des GdB ist nach den AHP Nr. 26.18 nicht maßgeblich auf eine messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts abzustellen, sondern vor allem auf die Funktionsbeeinträchtigungen und die Schmerzen. Nach den Ausführungen von Dr. B kommt eine Bewertung der Funktionseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule mit einem GdB von 50 aber nicht in Betracht, denn das setzt nach den AHP Nr. 26.18 besonders schwere Auswirkungen, z.B. eine Versteifung großer Teile der Wirbelsäule, anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst, oder eine schwere Skoliose voraus. Solch schwere Funktionsbeeinträchtigungen sind bei dem Kläger aber von keinem Arzt festgestellt worden. Es liegen bei dem Kläger auch keine mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vor, die nach den AHP Nr. 26.18 mit einem GdB von 30-40 zu bewerten sind. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass sich die Knochendichte bei dem Kläger im Laufe des Verfahrens verbessert hat. Bei der Untersuchung am 20. Dezember 2002 hat sich bereits eine deutliche Befundbesserung gegenüber 1999 und 2000 gezeigt. Dr. Schmidt hat in ihrem Gutachten vom 07. Februar 2003 ausgeführt, aufgrund der Knochendichtemessung vom 20. Dezember 2002 müsse von dem Vorliegen einer Osteopenie gesprochen werden, es sei zu einer deutlichen Knochendichtezunahme in den letzten Jahren gekommen. Auch aus dem Bericht des I-Krankenhauses vom 31. August 2006 ergibt sich, dass die Knochenmineralisation zunimmt und die Prognose günstig erscheint.

Weitere Behinderungen sind von Dr. B nicht festgestellt worden. Soweit der Kläger behauptet, das Gutachten sei falsch, weil der Gutachter Funktionsstörungen im Bereich der linken Schulter und des rechten Beckens nicht berücksichtigt habe, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Die von Dr. B gemessenen Bewegungsausmaße des Schultergelenkes nach der Neutral-Null-Methode liegen in allen Ebenen im Normalbereich. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, wenn er ausführt, das rechte und linke Schultergelenk seien aktiv und passiv in allen Ebenen frei beweglich. An beiden Hüftgelenken hat der Sachverständige keine schwerwiegenden pathologischen Befunde erhoben, allerdings waren beide Rollhügel klopfschmerzhaft. Außerlich sichtbare Entzündungserscheinungen hat er nicht finden können. Die Hüftgelenke sind auch von normaler Gelenkkontur gewesen. Der Sachverständige hat dazu ausgeführt, dass bei maximaler Außenrotation ziehende Beschwerden im Trochanterbereich beidseits angegeben worden seien, nicht aber in den Adduktoren. Die Bewegungsausmaße des Hüftgelenkes in allen Ebenen hätten dem Normalbefund entsprochen. Wenn der Gutachter außerdem ausführt, der Einfüßlerstand sei dem Kläger sicher möglich gewesen, dann spricht die Behauptung, er habe diesen Stand nur für zwei bis drei Sekunden einnehmen können, nicht gegen die Ausführungen des Gutachters. Darüber hinaus ist der ausdrückliche Hinweis des Sachverständigen zu berücksichtigen, dass bei dem Kläger eine beschwerdebetonte Darstellung auffällig gewesen sei. Der Kläger habe während des gesamten Untersuchungsgangs immer wieder verbalisierend körperliche Beschwerden, je nach durchgeführter Funktionsprobe, unterstrichen. Mitunter sei auch mäßig muskulär gegengespannt worden, um funktionelle Beeinträchtigungen zu unterstreichen. Die angegebenen Beschwerden ließen sich in der Form und Stärke, wie der Kläger dies subjektiv empfinde, nicht immer auf entsprechende somatische Befunde zurückführen.

Der Senat hat keine Bedenken, diesen Ausführungen des Gutachters zu folgen. Der von ihm erhobene Befund stimmt im Wesentlichen mit den weiter vorliegenden Gutachten von Dr. K vom 09. November 2001, Dr. G vom 05. September 2002, Dr. H vom 28. Oktober 2003 und Dr. S vom 07. Februar 2003 überein.

Da maßgebend für die Feststellung des GdB die Funktionseinschränkungen sind, ist es auch nicht zu beanstanden, dass die gutachterlichen Feststellungen von einem Chirurgen und Sozialmediziner getroffen worden sind. Aus den während des Berufungsverfahrens beigezogenen Befundberichten der den Kläger behandelnden Ärzte ergibt sich, wie die Versorgungsärztin Dr. W in ihrer Stellungnahme vom 15. März 2006 nachvollziehbar ausgeführt hat, keine relevante Verschlechterung, die eine Anhebung des GdB rechtfertigen könnte. Das wird bestätigt durch den Bericht des I-Krankenhauses vom 31. August 2006, wonach weiterhin keine sichere Fraktur feststellbar ist, die Knochenmineralisation vielmehr zunimmt. Der Hals-Nasen-Ohrenarzt Dr. W bestätigt zwar in seinem Befundbericht vom 10. Juli 2006 einen zeitweisen Tinnitus links, allerdings ist er ohne pathologische Befunderhebung mit einem normalen Audiogramm und ohne nennenswerte psychischen Begleiterscheinungen. Nach den AHP 1996/2004/2005 Nr. 26.5 rechtfertigt dies nur einen GdB von 0-10. Selbst bei einer Bewertung dieser Gesundheitsstörung mit einem GdB von 10, was hier bereits fraglich ist, könnte der Gesamt-GdB nicht erhöht werden, denn nach den AHP 1996/2004/2005 Nr. 19 (4) führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht

zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-07-31