

L 11 SB 199/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung

11
1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)

Aktenzeichen
S 3 SB 160/05

Datum
18.04.2007

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen

L 11 SB 199/08
Datum

30.04.2009

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Auch bei Vorliegen eines Einzel-GdB von 50 wegen eines Herzleidens, kommt es für die Zuerkennung des Merkzeichens "G" auf die Beeinträchtigung des Gehvermögens an.

Auf die Berufung des Klägers wird der Beklagte entsprechend seinem Teilanerkennnis vom 08. Oktober 2008 dazu verurteilt, dem Kläger ab 01. September 2007 einen Gesamt GdB von 70 zuzuerkennen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander auch für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Zuerkennung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) sowie die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" (erhebliche Gehbehinderung).

Der 1951 geborene Kläger beantragte im Februar 2003 unter Hinweis auf einen im Dezember 2002 erlittenen Herzinfarkt erstmalig die Zuerkennung eines GdB. Diesen stellte der Beklagte durch Bescheid vom 09. April 2003 in der Fassung eines Widerspruchsbescheides vom 21. August 2003 mit 50 fest, die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" lägen nicht vor.

Im Oktober 2004 stellte der Kläger einen Verschlimmerungsantrag, den er begründete mit "Verschleiß der Wirbelsäule (WS), Bandscheibenvorfall, Verschleiß Kniegelenke, Herzinfarkt, Herz OP, Herzschrittmacher, Bypass rechts, Blutverdünner". Nach Einholung von Befundberichten und Beiziehung der Akte der ehemaligen Landesversicherungsanstalt (LVA) Brandenburg mit darin enthaltenen medizinischen Gutachten stellte der Beklagte durch Bescheid vom 21. April 2005 einen Gesamt GdB von 60 wegen folgender Beeinträchtigungen fest, deren verwaltungsintern zuerkannte Einzel GdB sich aus den Zusätzen in Klammern ergeben:

1. Herzleistungsminderung, Stent, Defibrillator, Bluthochdruck (50)
2. operierte arterielle Verschlusskrankheit rechtes Bein, Antikoagulantientherapie (20)
3. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (10).

Die Voraussetzungen der Merkzeichen "G" und "RF" (Rundfunkgebührenbefreiung) lägen nicht vor.

Den Widerspruch des Klägers, mit dem er ausführte, tatsächlich nur noch eine Wegstrecke von etwa 100 m unter Schmerzen zurücklegen zu können, wies der Beklagte nach Einholung eines Befundberichtes der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. W vom 24. Mai 2005 und einer versorgungsärztlichen Stellungnahme hierzu durch Widerspruchsbescheid vom 12. Oktober 2005 zurück.

Im Klageverfahren hat das Sozialgericht Neuruppin nach Einholung von Befundberichten die den Kläger betreffenden Akten aus dem Rentenverfahren beigezogen. Hier hatte der Facharzt für Innere Medizin Dr. F mit Gutachten vom 27. März 2006 ausgeführt, dass keine Hinweise auf eine kardiale Minderleistung, auf einen Herzklappenfehler oder auf andere wesentliche pathologische Herzveränderungen vorlägen. Die im Rentenverfahren ebenfalls gehörte Ärztin für Chirurgie Dr. H hatte mit Gutachten vom 10. August 2006 u. a. ausgeführt, dass eine Wegstreckenlimitierung aus orthopädischer Sicht überhaupt nicht erklärbar sei.

Das Sozialgericht hat sodann von dieser Ärztin ein Gutachten nach Aktenlage eingeholt. Mit Gutachten vom 14. Februar 2007 kam Dr. H hier

zu dem Ergebnis, dass die Feststellung des Gesamt GdB mit 60 aus ihrer Sicht zutreffend sei. Insbesondere ergäbe sich auch durch eine Höherbewertung der Wirbelsäulenerkrankung im Einzel GdB und durch das Hinzutreten eines diätetisch geführten Diabetes mellitus keine andere Gesamteinschätzung. In Folge eines Zustandes nach Bypassoperation im Bereich des rechten Beines und damit bedingter Schwellneigung ergebe sich eine leichte Behinderung des Gehvermögens des Klägers; die vom Kläger selbst beschriebene erhebliche Einschränkung der Wegstrecke habe durch keinerlei apparative Untersuchung belegt werden können.

Mit Urteil vom 18. April 2007 hat das Sozialgericht Neuruppin die Klage daraufhin abgewiesen. Der Gesamt GdB von 60 sei nach den gutachterlichen Feststellungen unter Beachtung der Vorgaben der Anhaltspunkte für die gutachterliche Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) zutreffend bewertet, die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" lägen nicht vor.

Gegen dieses ihm am 08. Juni 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am 25. Juni 2007 eingegangene Berufung des Klägers. Der Kläger ist weiterhin der Auffassung, dass sein GdB mit 80 zu bewerten sei und dass die Voraussetzungen des Merkzeichens "G" vorlägen. Er werde es nicht akzeptieren, dass man seine chronischen Krankheiten weg- oder schönrede. Einen darunter liegenden Wert könne er nicht akzeptieren.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 18. April 2007 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 21. April 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12. Oktober 2005 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ihm einen Grad der Behinderung von 80 zuzuerkennen und die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "G" festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen, soweit sie über sein Teilanerkennnis vom 08. Oktober 2008 hinausgeht.

Der Beklagte hat im Anschluss an im Berufungsverfahren durchgeführte medizinische Ermittlungen mit Schriftsatz vom 08. Oktober 2008 ein Teilanerkennnis dahin abgegeben, dass der GdB ab 01. September 2007 70 betrage wegen der Beeinträchtigungen:

1. Herzleistungsminderung, Stent, Kardioverter-Defibrillator, Blut-hochdruck,
2. arterielle Verschlusskrankheit des Beines rechts, Antikoagulantien-therapie,
3. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule,
4. psychosomatische Störungen.

Hierzu hat er ausgeführt, dass die psychosomatischen Störungen und die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule jeweils mit einem Einzel GdB von 20 zu bewerten seien, was zur Erhöhung des Gesamt GdB führe. Darüber hinausgehend sei der vom Kläger aufrechterhaltene Antrag in Auswertung des Ergebnisses der medizinischen Ermittlungen weiterhin abzulehnen.

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhaltes zunächst Befundberichte eingeholt. Hier hat u. a. der Facharzt für Innere Medizin Dr. B am 08. Oktober 2007 ausgeführt, dass der Kläger im letzten Jahr 32 Mal mit ihm Kontakt aufgenommen hätte; insgesamt lägen Funktionsbeeinträchtigungen mittlerer Art vor, die Wegstrecke werde durch kardio pulmonale Beschwerden nicht beeinträchtigt. Der Facharzt für Orthopädie Dipl. Med. R führte mit Befundbericht vom 10. Oktober 2007 aus, dass der Kläger aufgrund seiner kardialen Grunderkrankung sowie der bestehenden peripheren Durchblutungsstörungen als "nicht wegefähig" einzuschätzen sei. Auf Rückfrage wegen der Kostenübernahme für die Fahrt zur Begutachtung teilte Dipl. Med. R mit Schreiben vom 27. Mai 2008 mit, dass der Kläger derzeit in der Lage sei, eine einfache Wegstrecke von 500 m zurückzulegen, und dass er uneingeschränkt fähig sei, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen.

Das Gericht hat sodann ein Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Chirurgie Dr. T vom 07. Juli 2008 eingeholt. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass beim Kläger Funktionsbeeinträchtigungen mit folgenden Einzel GdB vorlägen:

Einzel GdB

1. Pseudoradikuläres Lendenwirbelsäulensyndrom bei muskulärer Dysbalance, mäßigen degenerativen Veränderungen und leichten bis mäßigen Funktionsstörungen, pseudoradikuläres Halswirbelsäulensyndrom mit inter- mittierenden Cephalgien, leichten degenerativen Veränderungen und leichten bis mäßigen Funktionsstörungen 20
2. Leichte Funktionsstörungen der Schultergelenke beidseits bei beginnender AC Gelenksarthrose unter 10
3. Initiale medial betonte Gonarthrose und Retropatellar- arthrose beidseits mit leichten Funktionsstörungen 10
4. Initiale Coxarthrose/Coxalgie mit leichten Funktions- störungen unter 10
5. Schmerzchronifizierung Stadium III nach Gerbershagen mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung 20
6. Zustand nach femoropoplitealem Bypass rechts bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit II b am 13. September 2004 sowie Zustand nach Thrombektomie der Arteria femoralis superficialis rechts und Patch-Plastik am 19. Februar 2006 - gutes funktionelles Ergebnis 20
7. Zustand nach Herzinfarkt (11/02), Implantation eines Kardio- fibrillators (1/03) und Wechsel dieses (4/07) - leichte Funk- tionsstörungen

8. Diabetes mellitus, arterieller Hypertonus 10.

Die vom Kläger angegebene Schmerzintensität im Bereich von Lendenwirbelsäule, Halswirbelsäule, Schultergelenken und Kniegelenken auf der visuellen Analogskala jeweils mit 10 korreliert nicht mit objektivierbaren Funktionsstörungen, die insgesamt jeweils allenfalls leicht bis mäßig seien, und sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit der psychischen Komorbidität zuzuordnen. Aufgrund der sozialen Anamnese sei davon auszugehen, dass der Kläger in ausreichendem Maße sozial integriert sei, eine signifikante Isolation bzw. Rückzugstendenzen hätten nicht erkannt werden können. Insgesamt sei der Gesamt GdB mit 70 zu bewerten. Objektive klinische Befunde, die für eine Einschränkung des Gehvermögens sprächen, hätten nicht erkannt werden können. Der Einzel GdB für die Lendenwirbelsäule unter Berücksichtigung der initialen medialen Gonarthrose und Retropatellararthrose betrage 20.

Nachdem der Kläger Berichte der R Kliniken GmbH vom 25. und 26. August 2008 und 02. Oktober 2008 über Befunde aufgrund von Koronarinterventionen beigebracht hatte, hat der Beklagte nach erneuter Einholung von Befundberichten eine versorgungsärztliche Stellungnahme der Dr. H vom 09. Dezember 2008 erstellen lassen, die ausführte, dass sich aus diesen Unterlagen zwar eine vorübergehende Verschlimmerung im Oktober 2008 ergebe, nach der Herzkatheteruntersuchung habe jedoch Beschwerdefreiheit bestanden. Eine wesentliche Herzleistungseinschränkung liege danach nicht vor.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den der Verwaltungsakte der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch, soweit sie über das vom Beklagten am 08. Oktober 2008 abgegebene Teilanerkennnis über einen Gesamt GdB von 70 ab 01. September 2007 hinausgeht, nicht begründet. Der Beklagte war, da der Kläger dieses Teilanerkennnis nicht ausdrücklich angenommen hat, diesem Teilanerkennnis entsprechend zur Zuerkennung des höheren Gesamt GdB von 70 zu verurteilen. Der vom Kläger darüber hinausgehend geltend gemachte Anspruch auf Zuerkennung eines Gesamt GdB von 80 bzw. auf Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" besteht hingegen nicht, so dass die Berufung insoweit zurückzuweisen war. Denn eine rechtlich wesentliche Verschlimmerung der Leiden, die die Zuerkennung eines höheren GdB oder des begehrten Merkzeichens gerechtfertigt hätte, liegt nicht vor (§ 48 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch).

Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft waren bis 31. Dezember 2008 nach den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil II SGB IX)" in ihrer jeweils geltenden Fassung (zuletzt Ausgabe 2008 – AHP 2008) zu bewerten. Diese waren zwar kein Gesetz und auch nicht aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung erlassen. Es handelte sich jedoch bei ihnen um eine auf besonderer medizinischer Sachkunde beruhende Ausarbeitung, die die möglichst gleichmäßige Anwendung dieser Maßstäbe im gesamten Bundesgebiet zum Ziel hatte. Die AHP engten das Ermessen der Verwaltung ein, führten zur Gleichbehandlung und waren deshalb auch geeignet, gerichtlichen Entscheidungen zugrunde gelegt zu werden. Gibt es solche anerkannten Bewertungsmaßstäbe, so ist nach der Rechtsprechung grundsätzlich von diesen auszugehen (Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 18. September 2003, [BSGE 91, 205-211](#), [SozR 4-3250 § 69 Nr. 2](#) Rdnr. 18). Deshalb stützt sich der Senat nach wie vor für Sachverhalte bis zum 31. Dezember 2008 auf die genannten AHP. In der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung verweist [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) nunmehr auf die ebenfalls zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene "Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV)" vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I 2008 S. 2412](#)), in deren Anlage zu § 2 nunmehr die zuvor in den AHP enthaltenen Grundsätze für die GdB-Feststellung wiedergegeben sind.

Einzel-GdB sind entsprechend diesen Anhaltspunkten als Grad der Behinderung in 10er Graden von 20 bis 100 entsprechend den Maßstäben des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz festzustellen. Für die Bildung des Gesamt-GdB bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen sind nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander zu ermitteln, wobei sich nach Nr. 3 a) VersMedV (Seite 10, ebenso bereits Nr. 19 AHP 2008, Seite 24 ff.) die Anwendung jeglicher Rechenmethode verbietet. Vielmehr ist zu prüfen, ob und inwieweit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen oder ob und inwieweit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden oder gegenseitig verstärken. Dabei ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-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-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden, wobei die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden dürfen. Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, führen grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung; auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Nr. 3 c), d) aa) – ee) der Anlage zu § 2 VersMedV, ebenso zuvor AHP 2008 Nr. 19, Abs. 1, 3 und 4, Seite 24 ff.).

Unter Beachtung dieser Vorgaben ist der Gesamt GdB des Klägers mit 70 zu bewerten, wie der Beklagte dies anerkannt hat. Das Sozialgericht hat im erstinstanzlichen Urteil bereits ausgeführt, dass nach den AHP Nr. 26.9 (S. 71 ff.) eine höhere Bewertung der Herzleistungsminderung als mit 50 nicht in Betracht kam, weil Dr. F keinen Hinweis auf eine kardiale Minderleistung, keinen Herzklappenfehler oder andere wesentliche Herzveränderungen festgestellt hat; insoweit wird gemäß [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf die erstinstanzlichen Ausführungen Bezug genommen, denen sich der Senat anschließt. Etwas anderes gilt auch nicht aufgrund der seit 01. Januar 2009 geltenden VersMedV, deren Nr. 9.1.3 (Seite 47) für die Feststellung eines GdB von 50 bis 70 gleich lautende Einschränkungen voraussetzt, die beim Kläger weiterhin nicht vorliegen. Dies hat zuletzt die Versorgungsärztin Dr. H in ihrer Stellungnahme vom 09. Dezember 2008 unter Auswertung der Unterlagen über Koronarinterventionen im Herbst 2008 ausgeführt und begründet; dem

schließt sich der Senat an.

Dieser höchste Einzel GdB von 50 war maximal um insgesamt 20 auf 70 zu erhöhen. Der Senat schließt sich diesbezüglich und auch insgesamt den Feststellungen des Dr. T in dessen Gutachten vom 07. Juli 2008 an, da dieser seine Feststellungen aufgrund umfassender Untersuchung und Anamneseerhebung getroffen und nachvollziehbar begründet hat. Erhöhend wirkte hier zum einen der Zustand nach femoropoplitealem Bypass bei arterieller Verschlusskrankheit. Derartige Einschränkungen sind nach Nr. 9.2.1 (Seite 49) VersMed VO (übereinstimmend mit Punkt 26.9 der zuvor einschlägigen AHP 2008, S. ... 73 f.) bei eingeschränkter Restdurchblutung im Stadium II, wie Dr. T es beim Kläger festgestellt hat, mit einem Einzel GdB von 20 zu bewerten, wenn Schmerzen nach dem Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m auftreten. Diese Einordnung durch Dr. T begegnet trotz der vom Kläger seit jeher beschriebenen höheren Einschränkung seiner Gehstrecke aufgrund von Schmerzen deshalb keinen Bedenken, weil die Bewertung der Schmerzen durch Dr. T gesondert im Rahmen der Schmerzchronifizierung Stadium III nach Gerbershagen mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung Berücksichtigung gefunden hat, so dass eine höhere Bewertung im Rahmen der arteriellen Verschlusskrankheit zu einer Doppelbewertung geführt hätte.

Das Gleiche gilt für die Bewertung der Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule. Wirbelsäulenschäden sind auch nach der VersMedV (Pkt. 18.9, Seite 90, übereinstimmend mit Punkt 26.18 AHP 2008, S. 116) bei geringen funktionellen Auswirkungen mit einem Einzel GdB von 10 und bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) mit einem Einzel GdB von 20 zu bewerten. Dr. T hat den Einzel GdB von 20 für das Wirbelsäulenleiden ausdrücklich bereits als Maximalwert bezeichnet. Diese Bewertung beruht darauf, dass die Einschränkungen von Seiten der Hals- und Lendenwirbelsäule aufgrund der objektivierbaren klinischen Befunde von Dr. T als "allenfalls leicht" beschrieben wurde (Bl. 17 des Gutachtens), so dass fraglich ist, ob hier nicht auch ein noch geringerer Einzel GdB angemessen gewesen wäre. Die Höhe dieses Einzel GdB stimmt im Übrigen überein mit den Feststellungen der Dr. H in deren im erstinstanzlichen Verfahren am 14. Februar 2007 erstellten Gutachten, die für den Bereich von HWS und LWS unter Einbeziehung der Beeinträchtigungen der Schulter lediglich einen GdB von 20 festgestellt hat. Dieser nur sehr knapp überhaupt mit 20 zu bewertende Einzel GdB wirkte unter Anwendung der o. g. Vorgaben, wonach es bei leichten, nur mit 20 zu bewertenden Einzel-GdB vielfach nicht gerechtfertigt ist, den Gesamt-GdB zu erhöhen, vorliegend nicht Gesamt-GdB erhöhend.

Erhöhend wirkte hingegen die Schmerzchronifizierung bei Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung, die als leichtere psychische Störung nach Nr. 26.3 AHP 2008 (S. 48)/Nr. 3.7 VersMedV (S. 27) zu Recht mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet wurde, was wegen der auch von Dr. T beschriebenen Wechselwirkung mit den kardialen und orthopädischen Leiden den Gesamt-GdB von 70 begründet.

Auch die übrigen Feststellungen des Dr. T zu leichten Funktionsstörungen der Schultergelenke, Kniegelenke und der Diabeteserkrankung begegneten insgesamt keinen Bedenken, so dass sich diese Erkrankungen nicht auf den Gesamt-GdB auswirkten.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Feststellung der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals "G". Gemäß [§ 146 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) ist ein schwerbehinderter Mensch in seiner Bewegungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt, der infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit) nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

Für die Zuerkennung des Merkmals "G" ist es allerdings nicht ausreichend, dass der Kläger eine Wegstrecke von 2000 Metern nicht in einem bestimmten Zeitraum zurückzulegen oder dass er sich nur unter den von ihm beschriebenen Schwierigkeiten auf Straßen und Wegen zu bewegen vermag. Denn die Anhaltspunkte 2008 und ihm folgend die VersMedV gaben bzw. geben als antizipierte Sachverständigengutachten auch an, welche Funktionsstörungen in welcher Ausprägung vorliegen müssen, bevor angenommen werden kann, dass ein behinderter Mensch infolge einer Einschränkung des Gehvermögens "in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist". Damit tragen sie dem Umstand Rechnung, dass das Gehvermögen des Menschen von verschiedenen Faktoren geprägt und variiert wird, zu den neben den anatomischen Gegebenheiten des Körpers, also Körperbau und etwaige Behinderungen, vor allem der Trainingszustand, die Tagesform, Witterungseinflüsse, die Art des Gehens sowie Persönlichkeitsmerkmale, vor allem die Motivation, gehören. Von all diesen Faktoren filtern die AHP bzw. die VersMedV all jene heraus, die außer Betracht zu bleiben haben, weil sie die Bewegungsfähigkeit des behinderten Menschen nicht infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit, sondern möglicherweise aus anderen Gründen erheblich beeinträchtigen. Die AHP und die gleichlautende VersMedV beschreiben dabei Regelfälle, bei denen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse die Voraussetzungen für das Merkmal "G" als erfüllt anzusehen sind, und die bei dort nicht erwähnten Behinderungen als Vergleichsmaßstab dienen können (BSG, Urteil vom 13. August 1997, [SozR 3-3870 § 60 Nr. 2](#)).

Nach Nr. 30 Abs. 3 AHP (S. 136) bzw. Teil D. Nr. 1 Buchstabe d) (S. 114) der Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung sind die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens als erfüllt anzusehen, wenn auf die Gehfähigkeit sich auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen. Darüber hinaus können die Voraussetzungen bei Behinderungen an den unteren Gliedmaßen mit einem GdB unter 50 gegeben sein, wenn diese Behinderungen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, z. B. bei Versteifung des Hüftgelenkes, Versteifung des Knie- und Fußgelenkes in ungünstiger Stellung, arteriellen Verschlusskrankheiten mit einem GdB von 40. Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an.

Auch diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. Der Einzel GdB des Klägers für den Bereich der unteren Lendenwirbelsäule und der unteren Gliedmaßen aufgrund der initialen medialen Gonarthrose und Retropatellararthrose beträgt nach Dr. T 20, so dass die für die Zuerkennung des Merkmals erforderlichen 50 auch nicht annähernd erreicht werden. In Übereinstimmung mit den Vorgutachtern hat Dr. T ausgeführt, dass keine objektiven klinischen Befunde zu erheben waren, die eine Einschränkung des Gehvermögens des Klägers begründen könnten. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der Herzerkrankung. Herzscheiden wenigstens nach Gruppe 3 (Nr. 9.1.1 VersMedV, S. 47) liegen zwar vor, diese sind mit einem Einzel-GdB von 50 zutreffend gewürdigt worden; für das Merkmal "G" kommt es aber auch diesbezüglich lediglich auf die aus der Erkrankung folgende Beeinträchtigung des Gehvermögens an. Es bestanden auch insoweit

keine Bedenken, sich den aufgrund sorgfältiger Untersuchung und Anamneseerhebung getroffenen Feststellungen des Dr. T anzuschließen. Dies galt umso mehr, als auch der behandelnde Facharzt für Innere Medizin Dr. B im Befundbericht vom 08. Oktober 2007 ausdrücklich ausgeführt hat, dass kardio-pulmonale Beschwerden das Laufvermögen nicht beeinflussten. Der behandelnde Arzt für Orthopädie und Chirotherapie Dipl. Med. R führte in seinem Befundbericht vom 10. Oktober 2007 Einschränkungen der Fortbewegungsfähigkeit allein auf die kardiale Grunderkrankung und die peripheren Durchblutungsstörungen zurück, nicht also auf die orthopädischen Leiden. Für den kardialen Bereich war insoweit aber die Einschätzung des behandelnden Facharztes für Innere Medizin überzeugender als die des Orthopäden. Für sein eigenes Fachgebiet hat damit keiner der behandelnden Ärzte Gründe für eine Einschränkung der Wegefähigkeit erkannt. Insgesamt ließ sich damit eine objektivierbare Einschränkung der Gehfähigkeit des Klägers nicht feststellen.

Nach alledem war die Berufung daher zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#), sie folgt dem Ergebnis in der Hauptsache. Die Verurteilung des Beklagten aufgrund des abgegebenen Teilanerkennnisses führte nicht zur Auferlegung von Kosten, da der Beklagte insoweit lediglich auf eine erstmals während des Berufungsverfahrens objektivierbar festgestellte Verschlimmerung im Sinne einer GdB Erhöhung reagiert hatte, so dass im Zeitpunkt der getroffenen Entscheidungen sowohl die Bescheide des Beklagten als auch das erstinstanzliche Urteil rechtmäßig waren und eine Kostentragung durch den Beklagten daher nicht in Betracht kam. Die Zuerkennung des höheren GdB zu einem früheren Zeitpunkt kam nicht in Betracht. Dr. T führte in seinem Gutachten vom 07. Juli 2008 aus, dass der von ihm festgestellte Zustand "zirka ein bis zwei Jahre" bestehe, dass eine genaue zeitliche Positionierung jedoch nicht möglich sei. Die fehlende Möglichkeit, den Zeitpunkt der Verschlimmerung näher einzugrenzen, führt dazu, dass der vom Beklagten vorgenommenen Höherbewertung erst ab September 2007 nichts entgegenzusetzen war.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) bestanden nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-06-15