
S 11 SB 1021/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	15
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 SB 1021/96
Datum	01.12.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 15 SB 35/00
Datum	25.08.2005

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Auf die Berufung der KlÄgerin wird das Urteil des Sozialgerichts MÄnchen vom 01.12.1999 und der Bescheid des Beklagten vom 15.06.1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.09.1993 abgeÄndert und der Beklagte verurteilt, bei der KlÄgerin ab 05.09.2002 einen GdB von 40 und ab 07.09.2004 einen GdB von 50 sowie die Voraussetzungen fÄr das Merkzeichen "G" festzustellen. Im Äbrigen wird die Berufung zurÄckgewiesen. II. Der Beklagte hat der KlÄgerin 5/10 der auÄergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens auf der Grundlage der MittelgebÄhr zu erstatten. III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Frage, ob in den VerhÄltnissen, die dem Abhilfebescheid vom 26.06.1990 zugrunde lagen, eine wesentliche Änderung/Besserung eingetreten ist; im Vordergrund steht hierbei die Weitergeltung der Schwerbehinderteneigenschaft und des Merkzeichens "aG".

Zur BegrÄndung ihres Antrages auf Feststellung einer Behinderung vom 02.08.1989 verwies die KlÄgerin auf die stationÄre Behandlung

(Verlängerungsosteotomie wegen posttraumatischer Beinverkürzung rechts) im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder durch Prof.Dr.G. vom 14.11.1988 bis 01.06.1989. Auf Anforderung des Beklagten übersandte Prof.Dr.G. zwei Epikrisen vom 25.01. und 18.07.1989, wonach bei der Klägerin am 15.11.1988 eine Verlängerungsosteotomie mit Wagner-Distraktor sowie am 28.12.1988 die Entfernung des Extensionsgerätes und eine Plattenosteosynthese mit homologer Spanimplantation und Beinverlängerung 3,8 cm erfolgten; am 18.04.1989 erfolgte die Entfernung des infizierten Knochenspanes und der Osteosyntheseplatte rechter Femur, am 16.05.1989 die Entnahme von corticospongiösen Spänen aus dem Beckenkamm rechts und Spanimplantationen im Bereich der Distraktionsosteotomie rechter Femur.

Nachdem der Vertragsarzt des Beklagten Dr.G. die ärztlichen Unterlagen ausgewertet und eine "infizierte Verlängerungsosteotomie des rechten Femurs" mit einem GdB von 50 sowie die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" bestätigt hatte, erließ der Beklagte am 29.11.1989 einen entsprechenden Feststellungsbescheid und lehnte gleichzeitig weitere Merkzeichen ab.

Hiergegen legte die Klägerin am 27.12.1989 Widerspruch ein, den sie im Wesentlichen damit begründete, sie benötige eine Parkerlaubnis für Schwerbehinderte, da sie auf Rollstuhl und Krücken angewiesen sei. Auf Anfrage vertrat Prof.Dr.G. am 09.01.1990 die Ansicht, die Voraussetzungen für das Merkzeichen "aG" lägen derzeit noch vor. In einer ärztlichen Bescheinigung vom 13.02.1990 teilte er mit, die Klägerin werde mit einem sog. Fixateur extern behandelt; aufgrund der Veränderungen liege eine schwerste und außergewöhnliche Gehbehinderung vor, so dass sie ständig einer Begleitperson bedürfe und auf Rollstuhl und Krücken angewiesen sei. Mit Schreiben vom 07.03.1990 wies Medizinaldirektorin Dr.K. Prof.Dr.G. unter anderem auf die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz", 1983 (AP) und die Voraussetzungen für das Merkzeichen "aG" hin und bat, mitzuteilen, ob außer der mit Fixateur extern behandlungsbedürftigen Verlängerungsosteotomie noch andere bleibende Gesundheitsstörungen vorlägen, die eine medizinisch begründbare Gleichstellung mit den im abgelichteten Text befassten Personen erlaube. Prof.Dr.G. antwortete, bei der Klägerin handle es sich um einen Zustand nach einer Verlängerungsosteotomie von 40 mm in der Mitte des rechten Femurs; diese habe mit dem ersten Eingriff im November 1988 begonnen und wegen zwischenzeitlicher Komplikationen mehrfacher Eingriffe bedurft; zuletzt sei im September 1989 durch einen Treppensturz der eingebrachte und inzwischen angeheilte Knochenspan gebrochen, so dass erneut im Januar 1990 der liegende Fixateur extern hätte verändert und ergänzt werden müssen; Bewegungsbefund des rechten Kniegelenkes: 0/0/95 Grad, während das benachbarte Hüftgelenk frei beweglich sei mit Einschränkung der Behinderung durch den liegenden Fixateur extern; die Klägerin müsse derzeit mit zwei Stockstäben laufen, da sie die volle Belastung wegen der noch vorhandenen Instabilität des Knochens schmerzhaft nicht ertrage; unter Würdigung des Begriffes der außerordentlichen Gehbehinderung könne auch er die Klägerin nicht in den Personenkreis nach Nr.31.3 AP einordnen; auch sehe er keine

Möglichkeit, eine medizinisch begründbare Gleichstellung für den Personenkreis unter Nr.31.4 AP herbeizuführen.

Nach längerer verwaltungsinterner Erörterung stellte Dr.T. vom Ärztlichen Dienst des Beklagten ab 21.05.1990 unter Würdigung des bisherigen Krankheitsverlaufs fest, zum jetzigen Zeitpunkt dürfe die Klägerin das rechte Bein noch nicht voll belasten; sie sei noch auf die ständige Benutzung von zwei Unterarm-Gehstützen angewiesen; aufgrund dieser Behinderung könne man sie mit einem Oberschenkel-Amputierten gleichstellen, der dauernd auf dem Stande sei, ein Kunstbein zu tragen; für eine solche Behinderung gemäß Seite 129 der AP könne das Merkzeichen "aG" zuerkannt werden; medizinischerseits werde vorgeschlagen, der Klägerin die Merkzeichen "aG", "G" und "B" ab 01.04.1989 zuzuerkennen; am 18.04.1989 sei die Osteosyntheseplatte bei Infekt entfernt und der Oberschenkelknochen mit einem Fixateur extern stabilisiert worden; auch sei ein GdB von 80 für den zitierten, instabilen Oberschenkel rechts seit dem 18.04.1989 vertretbar; eine Nachuntersuchung sollte jedoch im August 1990 durchgeführt werden; zu diesem Zeitpunkt könne von einer knöchernen Konsolidierung des rechten Oberschenkels und von einer Entfernung des Fixateurs ausgegangen werden; dies ergebe sich aus dem Arztbrief von Prof.Dr.G. vom 23.03.1990; die Bedingungen für das Fortbestehen der Merkzeichen "aG", "G" und "B" seien dann zu überprüfen, ebenso müsse sich der GdB nach der verbliebenen Restbehinderung richten.

Daraufhin half der Beklagte mit Bescheid vom 26.06.1990 dem Widerspruch ab und stellte "infizierte Verlängerungsosteotomie des rechten Femur mit einem GdB von 80 und die Merkzeichen "B", "G", "aG" fest.

In dem im November 1990 von Amts wegen eingeleiteten Nachprüfungsverfahren gab die Klägerin an, der neu gewachsene Knochen sei erneut gebrochen, sie verwies auf die ständige Behandlung bei Prof.Dr.G. Dieser schilderte in seinem Arztbrief vom 03.12.1990 an Prof.Dr.L. den Krankheitsverlauf seit 1988 mit Fistelbildungen und Fistelresektionen, einen im September 1989 erfolgten Sturz zu Hause mit einem Spanbruch und der Notwendigkeit seither permanent einen Fixateur extern, der zwischenzeitlich auch versetzt und ergänzt wurde, tragen zu müssen; am 13.07.1990 schließlich Durchbau der Osteotomie und Entfernung des Fixateur extern; unter Stockstützenschutz habe die Klägerin belasten können; nach einem mehrwöchigen Urlaub mit mehrstündiger Belastung des Beines sei sie mit einem Femur varum erschienen; ein seinerzeit angeratener Gipsverband sei strikt abgelehnt worden, so dass es dann zu einer Pseudoarthrose gekommen sei; jetzt trage sie zur Zeit einen Oberschenkelgehgipsverband in Korrekturstellung; selbstverständlich wäre unter der jetzigen Situation eine Plattenosteosynthese mit Spongiosaplastik sicher das einzig Richtige; er fürchte aber bei der langen Vorgeschichte, dass es wieder zu septischen Komplikationen führen könne und frage deshalb an, inwieweit bei der jetzigen Situation eine Magnetfeldbehandlung sinnvoll erscheine bzw. ob er Möglichkeiten sehe, hier eine Magnetspule auch zu implantieren.

Daraufhin stellte die Medizinaldirektorin Dr.K. am 27.02.1991 fest: "Bitte keine

Änderung. Siehe Bescheid S.32. Jedoch: NP 12/91"

Im Januar 1992 leitete der Beklagte erneut eine Nachprüfung von Amts wegen ein. Auf Anforderung übersandte Prof.Dr.G. einen Befundbericht vom 12.02.1992, in dem er die Entfernung des Fixateur extern nach monatelangem Verlauf und septischen Komplikationen mitteilte und eine vorübergehende Gipsbehandlung in Polyurethanschale bescheinigte; bis Januar 1991 weitere äußere Fixation des rechten Beines; inzwischen pseudoarthrotische Entwicklung in der Verlängerungsosteotomie; vorübergehend Sarmiento-Schale; am 28.06.1991 Verriegelungsnagelung rechter Femur in unfallchirurgischer Abteilung des Krankenhauses G. , Prof.L.; letzte Kontrolle 25.09.1991: Soweit klinisch und radiologisch beurteilbar nunmehr korrekte Stellung mit wohl allmählich fortschreitender knöcherner Durchbauung. Diesen Befundbericht aktualisierte er am 06.10.1992. Danach habe am 25.09.1991 die Klägerin schon wesentlich an Belastung gewonnen, gehe zu Hause ohne Stock, jedoch außerhalb mit einer Krücke, da noch ein deutliches Hüftthinken bestehe; ferner Schmerzen an der Oberschenkelaußenseite, etwa in Höhe der Spanimplantation; betroffen sei der rechte Oberschenkel; dieser zeige sich insgesamt in achsenkorrekter Stellung reizlos mit multiplen Narben nach Operationen; Hüftgelenksbeweglichkeit frei, jedoch noch leichter Trendelenburg rechts; ferner Einschränkung des rechten Kniegelenks; Streck./Beug. 0/0/100 Grad. Die Untersuchung am 15.07.1992 ergab, dass die Klägerin inzwischen wieder voll belasten und ohne Hilfsmittel gehen könne, jedoch Ermüdungserscheinungen und Beschwerden von Seiten des rechten Kniegelenkes habe, da noch keine volle Beugefähigkeit vorliege; die Achsenstellung des rechten Beines sei in Ordnung; Beinlängendifferenz im Sitzen von 1 cm; Femurdifferenz im Stehen Ausgleich; derzeit seien keine Therapiemaßnahmen erforderlich, volle Belastung, aber spätestens in einem Jahr Marknagelentfernung.

Einer Vorladung zur Untersuchung in der Untersuchungsstelle des Beklagten kam die Klägerin nicht nach, sie verwies auf die Unterlagen bei Prof.Dr.G.;

Daraufhin stellte die Versorgungsärztin (Chirurgin) Dr.B. am 18.02.1993 fest, laut Bericht des behandelnden Orthopäden sei eine wesentliche Besserung eingetreten; die Vollbelastung sei jetzt ohne Hilfsmittel möglich; die Osteotomie sei knöchern konsolidiert, die Beinlängen weitgehend ausgeglichen; die Voraussetzungen für irgendwelche Merkmale seien nicht mehr gegeben.

Mit Anhörungsschreiben vom 23.03.1993 teilte der Beklagte der Klägerin mit, die Behinderung habe sich wesentlich gebessert, der GdB läge unter 20, ein Anspruch auf Merkmale bestehe nicht mehr. Dieser Auffassung widersprach die Klägerin im Schreiben vom 01.04.1993; der GdB habe sich seit ihrer letzten Operation nicht verändert, ob er sich überhaupt ändern werde, werde sich frühestens nach Entfernung der durchgehenden Nagelung ergeben.

Auf Anfrage aktualisierte Prof.Dr.G. seinen letzten Befundbericht und teilte mit, die Untersuchung vom 03.03.1993 habe ergeben, die Klägerin sei inzwischen in der Lage, auch kurze Strecken ohne Stock zu laufen, gerate jedoch dann in einen

hinkenden Gang wegen mangelnder Kraftleistung auf der linken Seite; die Beweglichkeit des Hüftgelenks im Vergleich mit dem rechten sei uneingeschränkt, indessen deutliche Einschränkung der Knie-Beweglichkeit, Streckung/Beugung rechts 0/0/95, links 0/0/130 Grad, Bandhalt stabil, Druckschmerz ventro-medial im Gelenkspalt; keine Bandschwäche, Trendelenburgsches Zeichen beiderseits negativ, Beinlängendifferenz rechts gegenüber links jetzt noch ca. 8 mm; etwa im Frühjahr 1994 Marknagel-Entfernung, bezüglich Gehbehinderung keine Veränderung, letztendlich erst nach Entfernung des Marknagels zu entscheiden, da schließlich auch die Kniegelenks-Beweglichkeit noch zu stark eingeschränkt sei.

Dr.G. vom Ärztlichen Dienst des Beklagten stellte in seinem Protokollvermerk vom 19.05.1993 fest, bei den auf Bl.55 bewerteten Restbeschwerden sei die Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks berücksichtigt; das Hüftgelenk sei frei beweglich; die Längendifferenz betrage an den Beinen nur noch 8 mm; es könne deshalb von einem sehr guten Rekonstruktionsergebnis gesprochen werden und die Herabsetzung des GdB sei trotz liegendem Fremdmaterial nicht zu beanstanden.

Mit Änderungsbescheid vom 15.06.1993 teilte der Beklagte der Klägerin mit, Behinderungen könnten ab Bekanntgabe dieses Bescheides nicht mehr festgestellt werden, die gesundheitlichen Voraussetzungen für Merkzeichen I liegen nicht vor.

Ihren hiergegen am 01.07.1993 eingelegten Widerspruch begründete die Klägerin im Wesentlichen damit, ihre Bewegungsfähigkeit sei derart eingeschränkt, dass sie teilweise nicht einmal kürzeste Wege ohne Begleitperson und Gehhilfe bewältigen könne; bei jedem kleinsten Infekt schwellte das Bein an und seien Entzündungsschmerzen um den Kniebereich zu verspüren. Das Damoklesschwert einer erneut ausbrechenden akuten Entzündung sei permanent gegeben; durch die ganzen Operationen sei das Knie so stark in Mitleidenschaft gezogen, dass jegliche weitere Belastung und Bewegung von einem Moment auf den anderen unmöglich werde; Schmerzfreiheit sei eine absolute Seltenheit für sie. Im Übrigen verwies sie auf Prof.Dr.G. Dieser teilte am 03.08.1993 mit, nach der letzten Konsultation am 03.03.1993 habe die Klägerin im Wesentlichen über den behinderten Gang und ihre stark schmerzhaft eingeschränkte Kniegelenksbeweglichkeit geklagt; sie sei bisher immer noch mit einem Stock in die Sprechstunde gekommen; im Vordergrund stehe eine deutlich messbar eingeschränkte Beweglichkeit des rechten gegenüber des linken Kniegelenkes von Streckung/Beugung 0/0/95 Grad und links 0/0/130 Grad; es würden Bewegungs- und Druckschmerzen im medialen Gelenkspalt ausgelöst; zum Zeitpunkt der letzten Untersuchung seien die Narben am rechten Oberschenkel zwar reizlos, dennoch seien rezidivierende Schwellneigungen mit erheblichen Druckschmerzen und Belastungsschmerzen bekannt; die Benutzung einer Krücke oder eines Stockes sei in der Tat durch eine Rotatorenmanschettenläsion der rechten Schulter nur eingeschränkt möglich; insgesamt sei zwar eine wesentliche Beinverlängerung rechts erreicht worden, jedoch unter Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit, die schließlich auch durch den sehr langwierigen postoperativen Verlauf mit septischen Komplikationen zustande gekommen sei;

unter diesem Aspekt sollte die Gewährung der Schwerbehinderung noch einmal überlegt werden; auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt würde man den jetzigen Zustand des rechten Beines mit einer MdE von 20 bis 25 einschätzen.

Nachdem der Präfiz des Beklagten Dr.G. am 16.08.1993 die "Bewegungseinschränkung im Kniegelenk rechts mit Schwellneigung" sowie die "Bewegungseinschränkung des Schultergelenks rechts" jeweils nur mit einem GdB von 10 bewertete und feststellte, auch für das von Prof.Dr.G. beschriebene Bewegungsausmaß des rechten Kniegelenks sei nach den AP kein höherer GdB als 10 anzunehmen, die zeitweiligen Schwellungen seien berücksichtigt und die zusätzlich bestatigte Schulterfunktionsstörung rechts erhöhe den GdB nicht, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.09.1993 den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin durch ihre Bevollmächtigten am 21.10.1993 Klage zum Sozialgericht München, zu deren Begründung sie auf die Bescheinigung des Prof.Dr.G. vom 26.04.1994 verwies; ausweislich der AP seien die von ihm bescheinigten rezidivierenden Lumboischialgien links mit einem GdB von 30, das rezidivierende Schulter-Armsyndrom rechts bei Zustand nach Narkosemobilisation (mit Bewegungseinschränkung des Schultergelenks - Arm nur um 120 Grad zu heben -), die leichte Skoliose, die Bewegungseinschränkung im linken Kniegelenk bis 90 Grad Beugung, die Muskelatrophie am rechten Oberschenkel sowie eine Beinverkürzung über 2,5 cm bis 4 cm jeweils mit einem GdB von 10, insgesamt mit einem GdB von mindestens 50 zu bewerten. Im übrigen werde bereits jetzt darauf hingewiesen, dass sich die Klägerin im Herbst 1994 einer weiteren Beinoperation unterziehen müsse, weshalb angeregt werde, erst danach aufgrund der dann vorliegenden Befunde zu entscheiden.

Auf Antrag der Beteiligten ordnete das Gericht mit Beschluss vom 31.07.1995 das Ruhen des Verfahrens an. Am 21.08.1996 wurde das Verfahren S 11 Vs 1656/93 unter dem Aktenzeichen S 11 Vs 1021/96 auf Antrag der Beteiligten wieder aufgenommen.

Prof.Dr.L. stellte in seinem übersandten Befundbericht/Beiblatt vom 23.09.1996 fest, seit der Verriegelungsmarknagelung am 28.06.1991 sei es zu einer Durchbauung der Fraktur ohne weitere Infektzeichen gekommen; dies bedeute eine wesentliche Besserung zum Vorbefund mit rezidivierende Osteitiden und ausbleibender Frakturkonsolidierung.

In dem vom Sozialgericht von Amts wegen eingeholten orthopädischen Gutachten des Dr.F. vom 29.01.1997 gab die Klägerin an, sie leide unter Schmerzen und einer Schwellneigung im rechten Kniegelenk, der rechte Oberschenkelknochen brenne und schmerze, das Knie steche; es schmerzten die Nerven am rechten Unterschenkel, sie leide unter einer Labilität im rechten Arm; es träten dort nach Belastung Sehnscheidenentzündungen auf; pro Jahr träten infolge des Beckenschiefstandes zwei bis drei Bandscheibenvorfälle auf; dabei klirre es dann vorwiegend im rechten Bein; mit dem rechten Bein stolpere sie dann auch leicht; weniger steche das linke Knie; die linke Hüfte schmerze mehr als die rechte;

nachts verklemme sich zeitweise plötzllich etwas in der Brustwirbelsäule, so dass sie das Gefühl habe, keine Luft mehr zu bekommen; durch bestimmte Lagerung könne sie es erreichen, dass diese Beschwerden nach einer halben Stunde wieder abklängen; von der Halswirbelsäule zögen die Schmerzen zum Kopf, die rechte Schulter schmerze mehr als die linke. Auf Befragen gab sie Parästhesien in den Händen und manchmal im rechten Fuß an; von der Körperposition sei die Intensität der Rückenbeschwerden nicht abhängig; gehen könne sie etwa 500 m; manchmal müsse sie plötzlich stehen bleiben, da sich das Knie verklemme; Öffentliche Verkehrsmittel könne sie ohne Begleitperson nicht benutzen, da sie nicht in der Lage sei, alleine Treppen zu überwinden, um beispielsweise auf Bahnhöfen die Züge zu erreichen. Der Sachverständige maß die oberen Extremitäten, die Wirbelsäule und die unteren Extremitäten, nahm eine neurologische Orientierung und Röntgenbeurteilung vor und stellte u.a. fest: "Der klinische Befund zeigt eine 53-jährige normalgewichtige Frau. Das Barfußgehen geschieht vorsichtig, langsam unter rechtsseitigem Verkürzungshinken. Über die Füße kann ausreichend abgerollt werden. Der Zehenstand ist rechtshinkend möglich, der Fersengang wird nicht vollzogen, der Einbeinstand links sicher, rechts unsicher. Die hüftabspreizende Muskulatur ist rechts etwas insuffizient. Die Hocke wird kaum erreicht. Die Muskulatur ist mittelgut entwickelt. Aus dem Befund der oberen Extremitäten ergibt sich, dass am linken Unterarm eine Schiene nach erlittener Schnittverletzung getragen wurde. Die linke Schulter ist zumindest passiv frei beweglich. Das rechte Schultergelenk wurde aktiv deutlich besser bewegt, als passiv zugelassen wurde. Dabei gab die Klägerin in der rechten Schulter Schmerzen in allen Bewegungsebenen an. Ob und welche Verschleißerscheinungen dort abgelaufen sind, ist ohne die nicht gewünschte Röntgenuntersuchung nicht feststellbar. Die Oberarmknochen sind nicht druckempfindlich, rechts der Mittelnerv. Die Ellenbogengelenke sind frei beweglich, ebenso das rechte Handgelenk. Die Wirbelsäule ist harmonisch geschwungen. Das rechte Bein ist 3 cm verkürzt. Die gesamte Wirbelsäule wird unvollständig bewegt. Der Rumpf wird dabei sehr wenig vorgeneigt. Röntgenaufnahmen zum Befund der Wirbelsäule sind nicht vorhanden. Aus dem Befund der unteren Extremitäten ergibt sich, dass multiple Narben am rechten Oberschenkel und am rechten Beckenkamm zu verzeichnen sind. Die Füße sind beidseits kaum beschwilt. Krampfadern oder Ödeme sind nicht zu verzeichnen. Die Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks ist etwas eingeschränkt, die des linken frei. Auf der 1991 angefertigten Röntgenaufnahme sind eindeutig Verschleißerscheinungen im rechten Hüftgelenk nicht feststellbar. Die Konturen des rechten Kniegelenkes sind etwas verstrichen. Das Gelenk ist leicht überwärmt. Das Gelenk kann voll gestreckt und bis 115 Grad gebeugt werden. Das linke Kniegelenk ist frei beweglich. Rechts fällt ein Gelenkreiben auf. Hier wird ein Kniescheibendruck- und -verschiebeschmerz angegeben. Über eventuelle degenerative Veränderungen lässt sich mangels Röntgenaufnahmen keine Aussage treffen. Sprung- und Zehengelenke sind gut beweglich. Beidseits finden sich lockere Spreizfüße mit Schief- und Hammerzehen. Die Großzehengrundgelenke sind etwas rigide. Das rechte Bein ist am Oberschenkel bis 2 cm verdickt. Der neurologische Befund ist weitgehend unauffällig. Zirkuläre Sensibilitätsstörungen am rechten Bein sind segmental nicht zuzuordnen. Mit Bescheid vom 26.06.1990 sind an Behinderungen anerkannt: Infizierte Verlängerungsosteotomie des rechten Femur. Nach dem

Befundbericht vom 25.01.1989 hatte die Beinverkürzung rechts 5,5 cm betragen. Heute wurden 3 cm gemessen. Dem Befundbericht vom 18.07.1989 ist zu entnehmen, dass die Plattenosteosynthese infiziert war, während jetzt Zeichen einer floriden Knochenmarksentzündung nicht mehr vorhanden sind. Alle Narben sind reizlos, Fisteln bestehen nicht. Am 13.02.1990 wurde ärztlich bescheinigt, dass die Verlängerungsosteotomie des rechten Oberschenkels nicht ausgeheilt war. Die weitere Behandlung erfolgte mit einem Fixateur extern. Nach einem weiteren Befundbericht ohne Erstellungsdatum war es mehrfach zu Komplikationen nach der Verlängerungsosteotomie im November 1988 gekommen. 1989 brach nach Treppensturz ein Knochenspan. Das rechte Kniegelenk konnte nur bis 95 Grad gebeugt werden. Das benachbarte Hüftgelenk war weitgehend freibeweglich. Es lagen noch äußere Fixateure. Das Gehen geschah mit zwei Stockschrägen. Der Knochen (rechter Oberschenkel) war instabil. Verglichen mit diesem Befund ist eine wesentliche Änderung im Sinne einer Besserung zu verzeichnen, da weder eine Instabilität des rechten Oberschenkels mehr besteht, noch das Benutzen zweier Stockschrägen erforderlich ist, noch eine floride Infektion besteht. Weitere Behinderungen werden in den Hüften, am rechten Knie, in der Wirbelsäule und in der rechten Schulter geltend gemacht. Inwieweit dort jeweils degenerative Veränderungen ablaufen, ist ohne die von der Klägerin nicht gewünschte Röntgenuntersuchung nicht feststellbar. Die wesentliche Änderung besteht in einer knöchern fest verheilten Verlängerungsosteotomie des rechten Oberschenkels mit jetzt nicht mehr florider Osteomyelitis und inzwischen entfernten Metallen. Aus Schwerbehinderten-Akte Bl.76 ist zu ersehen, dass eine Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk mit Schwellneigung mit einem GdB von 10 bewertet wurde. Es handelt sich um den höchstmöglichen GdB, der nach den Anhaltspunkten angesetzt werden kann. Die Klägerin vermag das rechte Kniegelenk vollständig zu strecken und über 90 Grad zu beugen, so dass allein aus der Bewegungseinschränkung ein messbarer GdB nicht vorgeschlagen werden könnte. Ein GdB von 10 beinhaltet, dass das Gelenk nur bis 90 Grad gebeugt werden könnte. Infolgedessen sind im GdB von 10 subjektive Beschwerden und eine Schwellneigung vollständig mitberücksichtigt. Die Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes ist mit einem GdB von 10 sehr hoch bewertet, da die Klägerin in der Lage ist, den Arm deutlich über 120 Grad, nämlich bis 140 Grad zu heben. Das gezeigte stärkere Defizit bei der passiven Funktionsprüfung ist auf psychogene Besonderheiten zurückzuführen, da natürlich die passive Beweglichkeit niemals geringer sein kann als die aktiv mögliche. Nicht berücksichtigt ist die Verkürzung des rechten Beines von 3 cm, welche nach den Anhaltspunkten mit einem GdB von 10 eingestuft werden kann. Zusammengefasst lässt sich ein höherer GdB als 10 ab Juni 1993 mit den Anhaltspunkten nicht verbinden. Die Funktionsbehinderung der Beugelenke ist ausgesprochen geringfügig. Es liegt keine Muskelminderung des rechten Beines vor. Die Klägerin ist weitaus weniger behindert, als wenn beispielsweise ein Knie- oder Hüftgelenk in ungünstiger Stellung eingesteift wäre, was als Voraussetzung zur Anerkennung einer erheblichen Gehbehinderung gilt. Es wird auch weitaus kein GdB von 50 wegen sich auf das Geh- und Stehvermögen auswirkender Gesundheitsstörungen erreicht. Die Klägerin ist in der Lage, im Ortsverkehr übliche Wegstrecken ohne erhebliche Schwierigkeiten und ohne Gefahren für sich oder andere zu Fuß zurückzulegen. Die Klägerin

kann "Öffentliche Verkehrsmittel ohne Gefahren für sich oder andere regelmäßig ohne fremde Hilfe benutzen. Die Benutzung einer Stockhilfe ist objektiv gesehen nicht erforderlich."

In einer Stellungnahme vom 07.04.1997 ging der Sachverständige Dr.F. auf Einwendungen der Klageseite vom 06.03.1997 ein; er betonte nochmals, eine Stockhilfe wegen Gesundheitsstörungen des orthopädischen Gebietes sei sicher nicht erforderlich, die von der Klägerin geschilderte Einschränkung ihrer Gehsicherheit lasse sich organ-pathologisch nicht erklären, ein entsprechendes psychiatrisches Gutachten halte er jedoch nur dann für erforderlich, wenn die Klägerin ein entsprechendes fachärztliches Attest vorlegen könnte, was bislang nicht geschehen sei.

Mit Beschluss vom 05.08.1997 wurde der Antrag der Klägerin auf Ablehnung des Sachverständigen zurückgewiesen, die Beschwerde hiergegen wies das Bayer. Landessozialgericht mit Beschluss vom 18.12.1997 zurück (Az.: L 12 B 370/97.Vs).

Der auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) gehörte Sachverständige Dr.G. bestätigte in seinem orthopädischen Gutachten vom 16.09.1998 im Wesentlichen die vom Beklagten und von Dr.F. festgestellte Besserung, ging jedoch davon aus, dass 1993 bereits eine Arthrose des rechten Kniegelenkes mit Funktionsdefizit sowie noch verbliebenem Marknagel bei ebenfalls bestehender Beinlängendifferenz bestanden hätte, wodurch ein GdB von 30 gegeben sei, unabhängig von eventuell bereits damals bestehenden Wirbelsäulenbeschwerden. Da damals der GdB noch über 20 gelegen habe, habe auch das Merkzeichen "B" noch vorgelegen, die Merkzeichen "G", "aG", "Bl", "H" und "RF" hätten aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr bestanden. Daraufhin erklärte sich der Beklagte mit Schreiben vom 13.10.1998 vergleichsweise bereit, für

1) Beinverletzung rechts und Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenkes bei degenerativen Veränderungen nach mit leichtem Außenrotationfehler verheiltem Oberschenkelbruch rechts und Verengerungsoperation des rechten Oberschenkels, ruhende Osteomyelitis rechter Oberschenkel,

2) Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen,

ab 20.06.1993 (Bekanntgabe des Änderungsbescheides vom 15.06.1993) einen GdB von 30 festzustellen. Als Anlage übersandte er die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr.P. vom 06.10.1998.

In ihrer Stellungnahme vom 23.10.1998 zum Gutachten des Dr.G. wies die Klägerin darauf hin, unter ständigen und starken Schmerzen zu leiden; die Schmerzen träten hauptsächlich im Bereich der Lendenwirbelsäule auf, daneben beständen ständig linksseitige Kopfschmerzen; ferner schmerzten beide Kniegelenke, die rechte Schulter und das rechte Bein; der rechte Unterschenkel sei innenseitig taub; darüber hinaus träten bei ihr in der Nacht

lähmungsartige Beschwerden derart auf, dass sich die gesamte Rückenpartie und die Brustmuskulatur bis hoch zum Kiefer hinauf verkrampfe und sie nur noch schwer atmen könne; ihr sei es aufgrund der Schmerzen zum Teil monatelang nicht möglich, sich zu bücken, sie sei dann beim Ankleiden auf fremde Hilfe angewiesen; aufgrund dieser Schmerzen bewege sie sich grundsätzlich nur mit Stockhilfe fort, um hier eine Linderung zu erlangen; sie könne aufgrund der Schmerzen auch keine längeren Wegstrecken zu Fuß zurücklegen; ihr Arbeitspensum könne sie nur abspulen, wenn sie die Termine mit einem Mindestmaß an körperlichem Einsatz und den daraus resultierenden Schmerzen wahrnehmen könne; sie sei daher auf die Hilfe ihres Autos und eines nahegelegenen Behindertenparkplatzes angewiesen. Abschließend beantragte sie ein weiteres Gutachten hinsichtlich des Schmerzbildes einzuholen. Mit Schreiben vom 09.12.1998 lehnte sie das Vergleichsangebot des Beklagten ab.

Auf Anforderung des Gerichtes nahm der Sachverständige Dr.G. am 06.08.1999 zu den Einwendungen der Klägerin Stellung und fasste zusammen, dass nach nochmaliger Wertung seiner im Gutachten festgestellten Befunde der Grad der Behinderung in ausreichendem Maße beschrieben sei und dass derzeit das Merkzeichen "G" nicht vorliege; sollten jedoch noch Zweifel an seiner Bewertung bestehen, wäre eine ergänzende Begutachtung durch einen neurologisch-psychologisch ausgerichteten Facharzt zu empfehlen.

Mit Schreiben vom 02.09.1999 bekräftigte die Klägerin die Ablehnung des Vergleichsangebotes; eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik sei aus ihrer Sicht nicht möglich, im Gegenteil zeichne sich bereits jetzt ab, dass die fortwährende Beinverletzung nicht zum Stillstand gekommen sei.

Das Gericht teilte den Beteiligten am 07.09.1999 mit, die Einholung eines weiteren Gutachtens von Amts wegen sei derzeit nicht beabsichtigt. Die Klägerin informierte das Gericht am 22.09.1999, sich nicht in psychiatrischer Behandlung zu befinden, sie habe auch nicht die Absicht, sich in entsprechende Behandlung zu begeben.

In der mündlichen Verhandlung vom 01.12.1999 gab die Klägerin ergänzend an, sie wache zum Teil nachts auf und habe ein Steifigkeitsgefühl bis zum Hals, das mit Schmerzen einhergehe; diesbezüglich werde sie sich in nächster Zeit zu Prof. Dr.G. begeben; hin und wieder habe sie auch Schwindelanfälle; das Merkzeichen "aG" benötige sie, damit sie nur kurze Strecken gehen müsse.

Mit Urteil vom selben Tage verurteilte das Gericht den Beklagten entsprechend seinem Anerkenntnis den GdB der Klägerin mit 30 festzustellen; im Übrigen wies es die Klage ab. Zur Begründung bezog es sich auf die Gutachten der Dres.F. und G. , wonach sich kein höherer GdB als 30 feststellen lasse; nachdem die Klägerin auf Befragung mitgeteilt habe, wegen der Schmerzen nicht in Behandlung zu sein und eine neurologische bzw. psychiatrische Behandlung nicht stattfinde, habe das Gericht auch keine Veranlassung gesehen, von Amts ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten einzuholen.

Ihre hiergegen am 21.02.2000 zum Bayer. Landessozialgericht eingelegte Berufung begründete die Klägerin mit Schriftsatz vom 25.04.2000 u.a. damit, nicht berücksichtigt seien die nachts auftretenden lähmungsartigen Beschwerden und ihre Schmerzen; auch mit Stockhilfe könne sie nur wenige 100 m zurücklegen; sie stehe in ständiger ärztlicher Behandlung, ihr Beschwerdebild sei insgesamt nicht ausreichend gewürdigt; ent falle die Parkmöglichkeit, sei ihre berufliche Existenz in hohem Maße gefährdet. Für ihre Beschwerden benannte sie als Zeugen Familienmitglieder; höchstvorsorglich beantragte sie ein ergänzendes Sachverständigengutachten zu den Fragen, wie stark sich das Bein mittlerweile verkürzt habe, welche Ursachen die Beinverkürzung habe, welche Auswirkungen diese auf das Schmerzbild hätte und mit welchem GdB die laufende Beinverkürzung festzustellen sei. Mit Schreiben vom 17.07.2000 teilte sie mit, Anfang 2000 sei bei Prof.Dr.G. eine Kernspintomographie durchgeführt worden, das Ergebnis liege noch nicht vor und sei ärztlicherseits noch nicht interpretiert. Am 07.12.2000 legte sie ein Attest des Dr.H. vom 04.12.2000 vor, wonach die schmerzfreie Gehstrecke weniger als fünf Minuten betrage; aufgrund ihrer Erkrankung und der fortgeschrittenen degenerativen Behinderungen sei ein GdB von 60 mit dem Zusatz "G" dringend angezeigt.

Nachdem der Beklagte mit Schriftsatz vom 22.12.2000 auf Unklarheiten des Klageantrags bezüglich der Merkzeichen hingewiesen und bemängelt hatte, dass dem Attest des Dr.H. weder Funktionseinschränkungen noch deren Ausmaß zu entnehmen seien, verwies die Klägerin im Schriftsatz vom 12.02.2001 auf ihre Anträge vom 25.04.2000. Mit Schreiben vom 02.08.2001 beantragte sie ein Gutachten nach § 109 von Dr.H. , der, wie auch der nachträglich noch genannte Dr.R. , um eine Entbindung vom Gutachtensauftrag bat. Der letztlich beauftragte Dr.H. stellte in seinem orthopädischen Gutachten vom 12.09.2002 ([§ 109 SGG](#)) seit der Marknagelung 1991 eine Beinverkürzung von ca. 3,5 cm, eine Innenrotationsfehlstellung von ca. 20 Grad (GdB jeweils 10) eine ausgeprägte Bewegungsbehinderung im rechten Kniegelenk durch Verwachsungen (GdB 20) fest; zu einer erneuten wesentlichen Änderung sei es nach Entfernung des Marknagels 1995 und nach Narkosemobilisation des rechten Kniegelenkes gekommen; aus heutiger Sicht (aufgrund der Aktenlage und der Röntgenfilme) sei davon auszugehen, dass 1993 ein GdB von 30 vorgelegen habe; unverändert hätten die Beinverkürzung, die Innenrotationsfehlstellung und die Bewegungseinschränkung am rechten Kniegelenk bis zur Narkosemobilisierung 1995 bestanden; aufgrund der Reizergüsse im rechten Kniegelenk bei fortschreitender Kniegelenksarthrose bestehe jetzt ein Gesamt-GdB von 40.

Mit Schreiben vom 26.11.2002 erklärte sich der Beklagte daraufhin bereit, für die in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12.11.2002 (Dr.H.) genannten Gesundheitsstörungen ab 05.09.2002 einen GdB von 40 und die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen G festzustellen. Dieses Vergleichsangebot nahm er mit Schreiben vom 05.03.2003 zurück, weil "G" nur bei GdB 50 in Betracht komme.

Mit Schriftsatz vom 18.02.2003 bekräftigte die Klägerin nochmals, für sie sei in aller erster Linie von entscheidender Bedeutung, dass ihr auch in Zukunft die

Parkmöglichkeit auf Behindertenparkplätzen erhalten bleibe; zwar habe der Sachverständige Dr.H. angegeben, bei ihr läge ein so hoher GdB, wie er bei Doppelbeinamputierten, Hüftgelenkexartikulierten und anderen in der Beweisfrage beschriebenen Behinderungen gegeben sei, nicht vor, er habe jedoch durchweg eine ganz erhebliche Gehbehinderung diagnostiziert; nach der Rechtsprechung des BSG komme es allein darauf an, dass die Auswirkungen der Behinderung auf die Fähigkeiten zur Fortbewegung funktional gleich zu achten seien (BSG vom 12.02.1997, Az.: 9 RVS 11/95); ihr sei es schlicht nicht möglich, ohne Stockhilfe auch nur kürzeste Entfernungen zurückzulegen; nach der Rechtsprechung des BSG könne eine funktionale Äquivalenz der vorliegenden Behinderung im Hinblick auf die Fortbewegung auch dann gegeben sein, "wenn jeder Schritt des Behinderten mit erheblichen Schmerzen im Bereich der Extremitäten verbunden ist und die Fortbewegung hierdurch zusätzlich erschwert wird". Sie beantragte die Einholung eines neurologischen Gutachtens, dass der bei ihr auftretende Schwindel einen GdB von mindestens 50 nach sich ziehe sowie die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "aG" erfülle. Im Erörterungstermin vom 11.03.2000 gab sie u.a. an, mit richtigem Atmen und Yoga gegen die Schmerzen anzugehen; beim Gehen mit Beinbelastung wachse der Schmerz so stark an, dass sie nach ca. 50 m gezwungen sei, anzuhalten; sie habe bezüglich des Schmerzes im rechten Oberschenkel immer das Gefühl, als würde der Knochen gleich brechen; abgesehen davon, dass sie sich außerhalb des Hauses meistens nur in Begleitung fortbewege, habe sie den zubewältigenden Weg so eingeteilt, dass sie ca. alle 50 m geeignete Raststationen (z.B. Bank) habe; im übrigen habe sich ihr Gesundheitszustand seit der Untersuchung bei Dr.H. wiederum verschlechtert; es bestehe bei einer erneuten Operation sogar die Gefahr eines Beinverlustes; im übrigen bestehe wegen eines Antikörpers in ihrem Blut ein nicht unerhebliches Operationsrisiko; sie beabsichtige in den nächsten sechs Wochen einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) auf Einholung eines neurologischen Gutachtens zu stellen.

Der letztlich nach [§ 109 SGG](#) beauftragte Sachverständige Prof. Dr.B. (Leiter des Zentrums für Schmerztherapie und Palliativmedizin) bestätigte in seinem Gutachten vom 16.03.2005 im Wesentlichen die orthopädischen Befunde früherer Gutachten, schilderte, wie die langjährige Beinverkrümmung und Innenrotationsfehlstellung des rechten Beines (ca. 20 %) zu einer Fehlstellung des Beckens und der Wirbelsäule und diese Veränderungen zu einem konsekutiven Umbau des gesamten knöchernen Apparates, insbesondere der Wirbelsäule, geführt hätten; erste Zeichen einer chronischen Fehlbelastung der Wirbelsäule seien die von der Klägerin geklagten Rückenschmerzen, die im Jahre 1988 zu einer erneuten Operation in Form einer Umstellungsosteotomie geführt habe; der komplikationsträchtige postoperative Verlauf habe nicht zuletzt aufgrund der lang dauernden Problematik einer Osteomyelitis zu einer weitergehenden Schädigung des knöchernen Anteils des rechten Beines mit Rotationsfehlstellung geführt; da ein Ausgleich der Beinlängendifferenz über viele Jahre bis auf den heutigen Tag nicht erreicht werden können, sei die chronisch persistierende Fehlhaltung der gesamten Wirbelsäule nicht nur mit funktionellen Störungen (Hinken, Humpeln, schleppender, nur mit Gehhilfe erreichbarer stabiler und sicherer Gang) verbunden, sondern auch Ursache der Entwicklung chronischer Schmerzen;

das chronische Cervicobrachialsyndrom gehe mit Spannungskopfschmerzen und Schwindelattacken mit erheblicher Gangunsicherheit einher; als auslösende Trigger kämen die Verspannungen der HWS und der Schultermuskulatur in Frage; da Kopfschmerz und Schwindel eng miteinander assoziiert seien und sich auch gegenseitig verstärkten, stellten diese Gesundheitsstörungen eine Behinderung dar; dies umso mehr, als der Schwindel die Gangsicherheit zusätzlich zu den funktionellen Störungen des Stütz- und Halteapparates verstärke; die Klägerin sei aufgrund der multiplen chronisch pathologischen Veränderungen des Schultergürtels und der gesamten Wirbelsäule auf Dauer in ihren körperlichen Funktionen und ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit erheblich behindert; darüber hinaus leide sie an einer chronischen Schmerzkrankheit, die unter den bisherigen therapeutischen Maßnahmen keine Besserung des Gesundheitszustandes gezeigt habe; sie sehe ihre Schmerzen als organisch verursacht an und zeige zum Untersuchungszeitpunkt nur geringfügige psychische bzw. seelische Veränderungen; sie habe sich trotz der Chronizität der Schmerzsymptomatik und der starken Funktionsstörungen ihre positive Grundhaltung erhalten; diese zeige sich in ihrem Bestreben und ihrem Vorsatz, trotz der Behinderung möglichst umfassend körperlich aktiv zu bleiben; trotz der über lange Jahre bestehenden Beschwerden bestehe immer noch "Lebensfreude", was für den therapeutischen Ansatz von hohem positivem Wert sei; dies sei auch an der Tatsache erkenntlich, dass sie soziale Kontakte mit Bekannten und Freunden aufrechterhalte. Die seit vielen Jahren mit wechselnder Intensität bestehende Schmerzproblematik und die damit verbundenen körperlichen Funktionsstörungen beurteilte er mit einem Gesamt-GdB von 50; da die bei der Klägerin vorliegende Schmerzproblematik in bisherigen Gutachten nicht adäquat berücksichtigt worden sei, ergäbe sich als wesentliche Änderung ein GdB von 80 sowie die Zuerkennung der Merkmale "G", "aG"; dies sei im Änderungsbescheid vom 15.06.1993 nicht erfasst. Die Frage, ob bei der Klägerin aufgrund des Schmerzbildes ein derartiger Leidenszustand gegeben sei, dass jeder Schritt mit erheblichen Schmerzen im Bereich der Extremitäten verbunden sei und die Fortbewegung hierdurch zusätzlich zu der festgestellten Behinderung auf orthopädischem Fachgebiet erschwert werde; bejahte der Sachverständige; der belastungsabhängige Schmerz trete nach kurzer Belastungsstrecke auf und führe zu einer erheblichen Einschränkung der Beweglichkeit der Klägerin; dieser Schmerz sei von Dauercharakter und durch die bisherigen therapeutischen Maßnahmen nicht zu bessern; die Entwicklung des bisherigen Krankheitszustandes sei durch eine fortschreitende Verschlimmerung der gesundheitlichen Situation charakterisiert, da die Ursachen für den Haltungsschaden immer noch nachweisbar seien; bei den geklagten Schmerzen handle es sich um neuropathische Schmerzen, die ihren Ursprung in einer Strukturänderung des Nervensystems hätten, außerdem Wetter abhängig, wegen ihrer Intensität für die Psyche des Betroffenen außerdem quälend und durch ein hohes Chronifizierungspotential charakterisiert seien; die Bewegungsfähigkeit sei aufgrund des schwerfälligen, watschelnden Ganges nur außerdem langsam möglich und hinsichtlich der Gehstrecken erheblich eingeschränkt; länger dauernde Belastungen, d.h. eine Gehstrecke von über 30 bis 50 m bzw. eine regelmäßige Gehzeit von etwa zehn Minuten führe zur Schmerzverstärkung in der Lendenwirbelsäule, dem rechten Oberschenkel und dem Knie; die Klägerin sei aufgrund der körperlichen

Funktionsstörung, der chronischen Schmerzen in der unteren Körperperipherie sowie der attackenförmig auftretenden Schwindelanfälle nicht mehr in der Lage, sich auf Gefahrensituationen durch rasche Reaktionsmuster in Sicherheit zu bringen; sie sei auf Dauer auf ihre Gehhilfe angewiesen, die ihr beim Gehen auch das Gefühl von Sicherheit biete; ihre Schmerzen seien vom Charakter her mit den Schmerzcharakteristika von Querschnittsgelähmten, Doppel-Beinamputierten, Hüftexartikulierten und einseitig Oberschenkelamputierten vergleichbar, die dauernd aufgerichtet seien, ein Kunstbein zu tragen oder nur eine Beckenkorbprothese tragen könnten; dies betreffe sowohl den nozizeptiven als auch den neuropathischen Schmerzcharakter; die Klägerin sei auf die Hilfe fremder Personen angewiesen, um sich gegenüber schädigenden Einflüssen und gefährlichen Situationen, wo sie wegen ihrer schmerz- und funktionsbezogenen Behinderungen nicht adäquat reagieren bzw. sich nicht helfen könne, zu schützen. Bei der körperlichen Untersuchung seien das An- und Ausziehen sowie Bewegungsänderungen nur unter gesteigerter Anstrengung und unter Schmerzen und auch nur mit Abstützen an der Untersuchungsfläche bzw. am Stuhl möglich gewesen; das Gehen sei auch auf kurzer Distanz von 15 bis 20 m durch kurze Pausen unterbrochen worden; ein flüssiger ungestörter Gang sei mit/ohne Gehhilfe überhaupt nicht möglich gewesen.

Der Beklagte unterbreite hierauf am 04.05.2005 ein Vergleichsangebot, in dem er sich bereit erkläre, für die in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 02.05.2005, genannten Gesundheitsstörungen ab 07.09.2004 einen GdB von 50 und die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" festzustellen. Dazu lege er eine nervenärztliche Stellungnahme des Dr.K. vom 02.05.2005 sowie eine chirurgische Stellungnahme des Dr.H. vom 13.04.2005 vor. Dr.K. verwies insbesondere darauf, dass Prof.Dr.B. über eine Schmerzverstärkung in der Wirbelsäule, im rechten Oberschenkel und im Knie nach einer Gehstrecke von 30 bis 50 m bzw. nach einer Gehzeit von ca. 10 Minuten berichte und einen schwerfälligen, langsam schleppenden hinkenden Gang nahezu ausschließlich mit Gehstock und Unterbrechung durch kurze Pausen auf kurzer Distanz von ca. 50 bis 20 m beschreibe; auf nervenärztlichem Fachgebiet seien also keine zusätzlichen neurologischen Defizite und keine ausgeprägtere psychische Symptomatik beschrieben worden; aufgrund der Schmerzsymptomatik sei eine Häherbewertung des Wirbelsäulenleidens bereits in der versorgungsärztlich-chirurgischen Stellungnahme vom 13.05.2004 vorgeschlagen worden; die diagnostizierte Schmerzkrankheit sei dabei bereits berücksichtigt; bei der erforderlichen Benutzung eines Gehstockes lägen die Voraussetzungen für Merkzeichen "G" ebenfalls vor; ein ständiges Angewiesensein auf den Rollstuhl werde allerdings nicht beschrieben, die Feststellung des Merkzeichens "aG" werde deshalb aus versorgungsärztlicher Sicht nicht vorgeschlagen.

Hiergegen wandle die Klageseite mit Schriftsatz vom 30.05.2000 ein, eine Auseinandersetzung mit dem klaren und schlüssigen Gutachten des Prof.Dr.B. und dessen Vorschlägen erfolge nicht, im übrigen gehe der versorgungsärztliche Dienst offensichtlich von falschen Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "aG" aus.

Die Klāgerin beantragt, den Beklagten unter Ānderung des Urteils des Sozialgerichts Mānchen vom 01.12.1999 sowie des Bescheides vom 15.06.1993 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 27.09.1993 zu verurteilen, bei der Klāgerin ab Bekanntgabe des Bescheides vom 15.06.1993 einen GdB von mindestens 50 sowie weiter das Vorliegen der Voraussetzungen fār das Merkzeichen "aG" festzustellen; hilfsweise beantragt sie die Anhēlung des Sachverstāndigen Prof.Dr.B. fār den Fall, dass der Senat dessen Gutachten nicht folgt.

Der Beklagte wiederholte das Vergleichsangebot vom 04.05.2005.

Der Beklagte beantragt, die Berufung der Klāgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mānchen vom 01.12.1999 zurāckzuweisen, soweit sie āber das Vergleichsangebot vom 04.05.2005 hinausgeht.

Zum Verfahren beigezogen worden sind die Schwerbehindertenakten der Klāgerin beim Beklagten sowie die Akten des Sozialgerichts Mānchen, Az.: S 11 Vs 1656/93, [S 11 SB 1021/96](#) sowie die Akten des Bayer. Landessozialgerichts, Az.: L 12 B 370/97.Vs.

Bezāglich des weiteren Sachverhalts in den Verfahren des Beklagten und des Sozialgerichts wird gemāß [Ā§ 202 SGG](#) und [Ā§ 543](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils und die dort angeführten Beweismittel, hinsichtlich des Sachverhalts im Berufungsverfahren auf die Schriftsätze und Anlagen der Beteiligten sowie den Inhalt der Berufungsakte nach [Ā§ 136 Abs.2 SGG](#) Bezug genommen.

Entscheidungsgrānde:

Die zulāssige Berufung der Klāgerin ([Ā§ 51 Abs.1 Nr.7 SGG](#) i.V.m. [Ā§ 69](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches ā SGB IX -, [Ā§ 143](#) ff., [Ā§ 151 SGG](#)) ist nur teilweise begrāndet, bezāglich des aus Sicht der Klāgerin im Vordergrund stehenden Merkzeichens "aG" jedoch unbegrāndet und insoweit zurāckzuweisen.

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Mānchen vom 01.12.1999 und der ihm zugrunde liegende Bescheid des Beklagten vom 15.06.1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.09.1993 sind abzuāndern und der Beklagte zu verurteilen, bei der Klāgerin ab 05.09.2002 einen GdB von 40 und ab 07.09.2004 einen GdB von 50 sowie die Voraussetzungen fār das Merkzeichen "G" festzustellen; dagegen hat die Klāgerin keinen Anspruch darauf, dass die nach [Ā§ 69 Abs.1 Satz 1 SGB IX](#) zustāndigen Behörden des Beklagten einen hēheren GdB als 50 sowie das Merkzeichen "aG" feststellen und in ihren Schwerbehindertenausweis eintragen.

In den tatsāchlichen oder rechtlichen Verhāltnissen, die bei Erlass des Abhilfebescheides vom 26.06.1990 (GdB 80, Merkzeichen "B", "G", "aG") vorgelegen haben, sind im Laufe der nachfolgenden Jahre wesentliche

Änderungen/Besserungen/Verschlimmerungen nach [Â§ 69 SGB IX](#) â frÃ¼her: Â§ 4 SchwBG â i.V.m. [Â§ 48 Abs.1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten, die den Beklagten verpflichten, entsprechende Neufeststellungen zu erlassen.

Grundlage fÃ¼r die PrÃ¼fung und Feststellung im Abhilfebescheid vom 26.06.1990 war die "infizierte VerlÃ¤ngerungsosteotomie des rechten Femur". Zu diesem Ergebnis gelangte der Beklagte aufgrund der Auswertung insbesondere der Ã¤rztlichen Bescheinigungen und Befundberichte des die KlÃ¤gerin behandelnden Arztes Prof.Dr.G. â; Danach bedurfte die KlÃ¤gerin damals stÃ¤ndig einer Begleitperson und war auf Rollstuhl und KrÃ¼cken angewiesen; sie konnte zum damaligen Zeitpunkt das rechte Bein noch nicht voll belasten, der bei ihr angebrachte sog. Fixateur extern war noch nicht entfernt worden, Schmerzen traten im Wesentlichen bei voller Belastung des rechten Beines auf. Am 13.07.1990 stellte Prof.Dr.G. schlieÃlich einen Durchbau der Osteotomie fest und entfernte den Fixateur extern; unter StockstÃ¼tzenschutz konnte die KlÃ¤gerin belasten; eine Zeit lang trug sie einen OberschenkelgehÃ¶rgipsverband in Korrekturstellung; septische Komplikationen waren seitens der Ãrzte befÃ¼rchtet worden. Dies veranlasste die Medizinaldirektorin Dr.K. am 27.02.1991 zu der Feststellung, keine Ãnderung vorzunehmen. Nachdem die KlÃ¤gerin wÃ¤hrend des seit Januar 1992 eingeleiteten NachprÃ¼fungsverfahrens es ablehnte, sich in der Untersuchungsstelle des Beklagten untersuchen und begutachten zu lassen, wertete die VersorgungsÃrztin (Chirurgin) Dr.B. die Berichte der behandelnden OrthopÃ¶den Prof.Dr.G. und Prof.Dr.L. aus und stellte eine in Ãbereinstimmung mit ihnen wesentliche Besserung insoweit fest, als die Vollbelastung ohne Hilfsmittel mÃ¶glich sei; die Osteotomie sei knÃ¶chern konsolidiert, die BeinlÃ¤nge weitgehend ausgeglichen. Auf Anfrage aktualisierte Prof. Dr.G. seinen letzten Befundbericht und teilte mit, die Untersuchung vom 03.03.1993 habe ergeben, die KlÃ¤gerin sei inzwischen in der Lage, auch kurze Strecken ohne Stock zu laufen, gerate jedoch dann in einen hinkenden Gang wegen mangelnder Kraftleistung auf der linken Seite. Am 03.08.1993 teilte er mit, nach der letzten Konsultation am 03.03.1993 habe die KlÃ¤gerin im Wesentlichen Ã¼ber den behindernden Gang und ihre stark schmerzhaft eingeschrÃ¶nkte Kniegelenksbeweglichkeit geklagt, zu der es schlieÃlich durch den sehr langwierigen postoperativen Verlauf mit septischen Komplikationen gekommen sei. Die KlÃ¤gerin hatte ihren Widerspruch noch damit begrÃ¼ndet, dass sie teilweise nicht einmal kÃ¼rzeste Wege ohne Begleitperson und Gehhilfe bewÃ¶ltigen kÃ¶nne; Schmerzfreiheit sei eine absolute Seltenheit fÃ¼r sie. Bei der im Klageverfahren erfolgten Untersuchung und Begutachtung durch Dr.F. (Gutachten vom 29.01.1997) gab sie an, sie leide unter Schmerzen und einer Schwellneigung im rechten Kniegelenk, der rechte Oberschenkelknochen brenne und schmerze, das Knie steche; es schmerzten die Nerven am rechten Unterschenkel, auch habe sie Schmerzen in der rechten Schulter in allen Bewegungsebenen; Ã¶ffentliche Verkehrsmittel kÃ¶nne sie ohne Begleitperson nicht benutzen, da sie nicht in der Lage sei, alleine Treppen zu Ã¼berwinden, um beispielsweise auf BahnhÃ¶fen die ZÃ¼ge zu erreichen. Der SachverstÃ¤ndige Dr.F. maÃ die oberen ExtremitÃ¶ten, die WirbelsÃ¤ule und die unteren ExtremitÃ¶ten und nahm eine neurologische Orientierung und RÃ¶ntgenbeurteilung vor. Insgesamt sah er die wesentliche Ãnderung in einer knÃ¶chern fest verheilten VerlÃ¤ngerungsosteotomie des rechten Oberschenkels mit jetzt nicht mehr florider

Osteomyelitis und inzwischen entfernten Metallen. Die Funktionsbehinderung der Beingelenke bezeichnete er als ausgesprochen geringfügig und stellte fest, es liege keine Muskelminderung des rechten Beines vor. Die Klägerin sei in der Lage, im Ortsverkehr übliche Wegstrecken ohne erhebliche Schwierigkeiten und ohne Gefahren für sich oder andere zu Fuß zurückzulegen, die Benutzung einer Stockhilfe sei objektiv nicht erforderlich.

Der auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) gehörrte Sachverständige Dr.G. bestätigte in seinem orthopädischem Gutachten vom 16.09.1998 im Wesentlichen, die vom Beklagten und vom Sachverständigen Dr.F. festgestellte Besserung, ging jedoch davon aus, dass 1993 bereits eine Arthrose des rechten Kniegelenkes mit Funktionsdefizit sowie noch verbliebenem Marknagel bei ebenfalls bestehender Beinlängendifferenz bestanden habe, wodurch ein GdB von 30 gegeben sei, unabhängig von evtl. bereits damals bestehenden Wirbelsäulenbeschwerden; die Merkzeichen "G" und "aG" hätten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr bestanden.

Diesem geänderten Sachverhalt entsprach der Vergleichsvorschlag des Beklagten vom 13.10.1998, ab 20.06.1993 für

1. Beinverkürzung rechts und Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenkes bei degenerativen Veränderungen nach mit leichtem Außenendrehfehler verheiltem Oberschenkelbruch rechts und Verlängerungsoperation des rechten Oberschenkels, ruhende Osteomyelitis rechter Oberschenkel,

2. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen,

einen GdB von 30 festzustellen. Das Sozialgericht hat die Ergebnisse der Gutachten Dr.F. und Dr.G. in Übereinstimmung mit den AP zutreffend ausgewertet und gewürdigt und den Beklagten entsprechend dem Vergleichsvorschlag verurteilt und im Übrigen die Klage abgewiesen. Gleichzeitig hat es festgestellt, dass die Klägerin wegen der Schmerzen nicht in Behandlung sei und auch keine neurologische oder psychiatrische Behandlung statfinde, so dass die Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens von Amts wegen nicht veranlasst sei. Der Senat hat keinen Anlass, die in sich schlüssigen Gutachten und die darauf beruhende Urteilsbegründung in Frage zu stellen; insoweit kann er sowohl bezüglich der Verurteilung als auch der Klageabweisung bezüglich eines höheren GdB und von Merkzeichen für diesen Zeitraum sich hierauf beziehen und von einer weiteren Darlegung der Entscheidungsgründe absehen ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

Auch die im Berufungsverfahren ermittelten Befunde, erstellten Gutachten bzw. die von der Klägerin vorgetragenen Gründe rechtfertigen es nicht, ihr über die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" strassenverkehrsrechtlich als Autofahrerin den Zugang zu Parkerleichterungen zu eröffnen. Grundlage hierfür ist nach wie vor Nr.11 der zu [§ 46](#) der Straßenverkehrsordnung (StVO) erlassenen allgemeinen Verwaltungsvorschrift (VV), die in ihrem Bestand unberührt bleibt

vom Wegfall der Ermächtigung des Bundesministeriums für Verkehr zum Erlass allgemeiner Verwaltungsvorschriften in [Â§ 6 Abs. 1](#) Straßenverkehrsgesetz (StVG) in der Fassung des Gesetzes vom 11.09.2002 ([BGBl. I, 3574](#)), wie das BSG in seinem Urteil vom 10.12.2002, Az.: [B 9 SB 7/01 R](#) feststellt. Nachdem die Klägerin nicht einer der in der VV beispielhaft aufgeführten Gruppen schwerbehinderter Menschen angehört, kann sie nach dem Kriterium dieser Norm nur dann als außergewöhnlich gehbehindert angesehen werden, wenn sie diesem Personenkreis gleichzustellen ist. Nach ständiger Rechtsprechung des 9. Senats des BSG liegt eine derartige außergewöhnliche Gehbehinderung nur vor, wenn die Möglichkeit der Fortbewegung in einem hohen Maße eingeschränkt ist, wobei ausdrücklich auf die Behinderung beim Gehen abzustellen ist. Die enumerative Aufzählung der Behindertengruppen in den allgemeinen VV bestätigt diese Auffassung. Bei ihnen liegen vornehmlich Schädigungen der unteren Extremitäten in einem erheblichen Ausmaß vor, die bewirken, dass Beine und Füße die ihnen zukommende Funktion der Fortbewegung nicht oder nur unter besonderen Erschwernissen erfüllen. Für eine Gleichstellung mit dem in den allgemeinen VV im Einzelnen genannten Personenkreis kommt es deshalb nicht entscheidend auf die vergleichbare allgemeine Schwere der Leiden an, sondern allein darauf, dass die Auswirkungen funktionell gleich zu achten sind. Der Leidenszustand muss also ebenfalls wegen einer außergewöhnlichen Behinderung beim Gehen die Fortbewegung auf das Schwerste einschränken. Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn jeder Schritt des Behinderten mit erheblichen Schmerzen im Bereich der Extremitäten verbunden ist und die Fortbewegung hierdurch zusätzlich erschwert wird (vgl. Urteil vom 12.02.1997, Az.: [9 RVs 11/95](#)). In seiner Entscheidung vom 10.12.2002, Az.: [B 9 SB 7/01 R](#) ([BSGE 90, 180](#) = [SozR 3-3250 Â§ 69 Nr. 1](#)) hat der 9. Senat nochmals betont, ein Betroffener ist gleich zu stellen, wenn seine Gehfähigkeit in ungewöhnlich hohem Maße eingeschränkt ist und er sich unter eben so großen Anstrengungen wie die in der VV aufgeführten Schwerbehinderten oder nur noch mit fremder Hilfe fortbewegen kann. Wer sich nämlich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung â praktisch von den ersten Schritten außerhalb seines Kraftfahrzeuges an â fortbewegen kann, qualifiziert sich für den entsprechenden Nachteilsausgleich (insbesondere Parkerleichterungen) auch dann, wenn er gezwungenermaßen auf diese Weise längere Wegstrecken zurücklegt.

Der nach [Â§ 109 SGG](#) gehörte Sachverständige Prof. Dr. B., der von einer Schmerzsymptomatik/Schmerzproblematik/Schmerzkrankheit ausgeht, die in den bisherigen Gutachten nicht adäquat berücksichtigt sei, bejaht zwar die Frage danach, ob jeder Schritt der Klägerin mit erheblichen Schmerzen im Bereich der Extremitäten verbunden sei, stellt jedoch gleichzeitig fest, der belastungsabhängige Schmerz trete nach kurzer Belastungsstrecke auf und führe zu einer erheblichen Einschränkung der Beweglichkeit; das Gehen sei auch auf kurzer Distanz von ca. 15 bis 20 m durch kurze Pausen unterbrochen; ein flüssiger ungestörter Gang sei mit/ohne Gehhilfe überhaupt nicht möglich gewesen; bei den geklagten Beschwerden handle es sich um neuropathische Schmerzen, die zunächst Wetter abhängig seien und durch ihre Intensität für die Psyche des Betroffenen äußerst quälend und durch ein hohes

Chronifizierungspotential charakterisiert seien; ihre Schmerzen seien vom Charakter her mit den Schmerzcharakteristika vergleichbar, wie sie beispielsweise bei den genannten Krankheitsbildern Querschnittsgelähmter, Doppel-Beinamputierter etc. auftreten könnten; länger dauernde Belastungen, d.h. eine Gehstrecke von über 30 bis 50 m bzw. eine regelmäßige Gehzeit von etwa zehn Minuten, führten zur Schmerzverstärkung in der Lendenwirbelsäule, dem rechten Oberschenkel und dem Knie; die Klägerin selbst sehe ihre Schmerzen als organisch verursacht an und zeige zum Untersuchungszeitpunkt nur geringfügige psychische bzw. seelische Veränderungen; trotz der Chronizität der Schmerzsymptomatik und der starken Funktionsstörungen habe sich die Klägerin ihre positive Grundhaltung erhalten, was sich in ihrem Bestreben und ihrem Vorsatz zeige, möglichst umfassend körperlich aktiv zu bleiben; trotz der über lange Jahre bestehenden Beschwerden bestehe immer noch "Lebensfreude"; die Klägerin lege großen Wert darauf, trotz ihrer Beschwerden noch gewerbsmäßig tätig zu sein.

Insgesamt beschreibt Prof.Dr.B. eine "schwere, multilokuläre chronische Schmerzkrankheit", die z.T. Wetter abhängig ist, in verschiedenen Körperhaltungen und Reaktionen ausgelöst wird und die zu einer Schmerzverstärkung bei einer Gehstrecke von 30 bis 50 m führt. Nachdem bislang jedoch von keinem anderen früherer gehörter Sachverständigen relevante objektivierbare Schonhaltungen wegen des Schmerzes beschrieben wurde, im Gutachten des Dr.H. z.B. wurde die Bemuskulung beider Beine im Wesentlichen als symmetrisch beschrieben, hält es der Senat nicht für erwiesen, dass die Klägerin praktisch von den ersten Schritten außerhalb ihres Kraftfahrzeuges an in ungewöhnlich hohem Maße in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt ist, d.h. dass jeder Schritt mit erheblichen Schmerzen im Bereich der Extremitäten verbunden ist. Ebenso fraglich bleibt, ob sie sich nur unter ebenso großen körperlichen Anstrengungen fortbewegen konnte und kann wie die in der VV genannten Personen. Dies hat das BSG zwar dann für möglich erachtet, wenn der Betroffene die von ihm nach 30 m einzulegenden Pausen deshalb macht, weil er bereits nach dieser kurzen Wegstrecke erschöpft ist und neue Kräfte sammeln muss, bevor er weiter gehen kann (BSG vom 10.12.2002), die Klägerin hat jedoch im Erörterungstermin vom 11.03.2000 u.a. angegeben, erst nach ca. 50 m wegen des angewachsenen Schmerzes Rast machen zu müssen. Darüber hinaus kann nicht verkannt werden, dass bestimmte Schmerzen nur nachts oder beim Liegen durch Verklemmungen der Brustwirbelsäule, verbunden mit Atemnot und nicht beim Gehen geschildert wurden, so dass sie bei der Prüfung der Voraussetzungen für das Merkzeichen "aG" außer Betracht zu bleiben haben. Auffallend ist auch, dass die Klägerin anlässlich der Untersuchung bei Dr.F. noch eine Gehstrecke von ca. 500 m angab, wobei sie manchmal habe stehen bleiben müssen, weil sich das Knie verklemmt habe. In dem von ihr selbst vorgelegten Attest des Dr.H. vom 04.12.2000 wurde eine schmerzfreie Gehstrecke von weniger als fünf Minuten beschrieben. Insgesamt ergeben sich daraus genügend Hinweise dafür, dass die belastungsabhängigen Beschwerden nicht unmittelbar nach dem Verlassen des Autos auftreten.

Zusammenfassend kann wegen der eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule, der schmerzbedingten Atemstörung aufgrund degenerativer Veränderungen der Brustwirbelsäule sowie der von Prof.Dr.B. berichteten heftigsten Druckschmerzangabe mit schmerzbedingter Abwehrreaktion im Bereich der LWS zwar eine Häherbewertung des Wirbelsäulenleidens mit einem Einzel-GdB von 30 erfolgen, womit die sonst bereits miteinbezogenen ¼blichen Schmerzen und die darüber hinausgehenden nach Nr.18.8 der AP ausreichend bewertet sind. Der Nachweis der medizinischen Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" kann jedoch durch das Gutachten des Prof.Dr.B. nicht mit der an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit, die hier erforderlich ist, erbracht werden.

Nicht nachvollziehbar, weil in keiner Weise unter Bezugnahme auf die maßgeblichen AP diskutiert, ist die Festsetzung eines GdB von 50 für die "Schmerzkrankheit" durch Prof.Dr.B. , der insgesamt einen GdB von 80 sowie die Merkzeichen "G", "aG" vorschlägt. Weder setzt sich der Sachverständige mit einschlägiger sozialmedizinischer Literatur zur Leistungsbeurteilung chronischer Schmerzsyndrome (vgl. z.B. R.M.Schulte, MED SACH 95 (1999) Nr.2 S.52) oder mit der Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim BMA vom 25. bis 26.11.1998 auseinander, noch liefert er objektiv nachvollziehbare Begründungen für einen Einzel-GdB von 50 für die von ihm beschriebene Schmerzkrankheit/Schmerzsymptomatik. Besonders auffallend ist dies, wenn er darlegt, dass diese neuropathischen Schmerzen ¼erst Wetter abhängig (sc. nicht ständig vorhanden) und durch die Intensität für die Psyche des Betroffenen ¼erst quälend seien und an anderer Stelle nur von geringfügigen psychischen bzw. seelischen Veränderungen, einer positiven Grundhaltung der Klägerin und ihrer Aufrechterhaltung sozialer Kontakte mit Bekannten und Freunden sowie der Ausübung ihrer gewerblichen Tätigkeit berichtet. Auf die sich aufdrängende Frage, warum die Klägerin wegen der Schmerzen bzw. der dadurch bedingten Intensität für die Psyche nicht in Behandlung ist und welches Ausmaß an körperlicher Anstrengung von der Klägerin über einen Zeitraum von über 15 Jahren aufgebracht werden musste, ohne dass es zu psychischen Schädigungen kam, gibt dieses Gutachten keine Antwort.

Obwohl der Senat in einigen Bereichen demzufolge dem Gutachten des Prof.Dr.B. nicht folgt, war er aufgrund der Feststellungen/Beurteilungen der ¼brigen Sachverständigen trotz des Hilfsantrages der Klageseite nicht gehalten, diesen Sachverständigen anzuhören; gezielte und spezifische Fragen zu dem Anörungsthema wurden von der Klageseite nicht gestellt.

Die Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin stellen sich seit dem 07.09.2004 (Untersuchungsdatum Prof.Dr.B.) in Übereinstimmung mit den Beschreibungen und Bewertungen der Versorgungsärzte Dr.H. und Dr.K. in ihren Stellungnahmen vom 13.04. und 02.05.2005 und in Übereinstimmung mit den ¼brigen Gutachten im Wesentlichen wie folgt dar:

1. Funktionsbehinderung der rechten unteren Extremität bei eingeschränkter Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes und ausgeprägten Knorpelschäden, anhaltende Reizerscheinung bei Beinverletzung um 3,5 cm sowie Innenrotationsfehlstellung (Einzel-GdB 40),

2. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen, Muskel- und Nervenwurzelreizerscheinungen, Schmerzsyndrom; Einzel-GdG 30.

Hieraus ergibt sich ein Gesamt-GdB von 50. Berücksichtigt man, dass bei der Untersuchung bei Prof.Dr.B. ein schwerfälliger, langsam schleppender und hinkender Gang nahezu ausschließlich mit Gehstock und Unterbrechung durch kurze Pausen auf kurzer Distanz von ca. 15 bis 20 m beschrieben wurde, so ist es gerechtfertigt von einer erheblichen Beeinträchtigung der Klägerin im Straßenverkehr auszugehen (Nr.30.1 AP). Hierbei sind auch die von Prof.Dr.B. beschriebenen Schwindelattacken mitberücksichtigt (Nr.30.2 AP). Das dadurch bedingte Merkzeichen ist der Klägerin deshalb zuzubilligen, ohne dass sie es in der mündlichen Verhandlung ausdrücklich beantragte; dies ergibt sich daraus, dass sie das Merkzeichen "aG" als das weitergehende beantragte; das Merkzeichen "G" ist darin grundsätzlich mit enthalten.

Nachdem weitere Merkzeichen, wie z.B. "B" nicht mehr beantragt wurden, braucht der Senat hierauf nicht näher einzugehen. Abgesehen davon, dass dieses Merkzeichen auch von keinem Sachverständigen bejaht wurde; spricht die kaum unterbrochene Berufsausübung der Klägerin auch außerhalb der Wohnung über einen so großen Zeitraum hinweg und ohne dauernde Begleitperson gegen das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen für dieses Merkzeichen.

Die Kostenentscheidung beruht auf den [ÄS 183, 193 SGG](#).

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nicht vor (vgl. [ÄS 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#)); der Senat stützt seine Entscheidung ausdrücklich auf die Rechtsprechung des BSG.

Erstellt am: 29.11.2005

Zuletzt verändert am: 22.12.2024