

---

## S 2 SB 281/98

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 SB 281/98
Datum	27.03.2000

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 SB 24/00
Datum	21.06.2001

#### 3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Leipzig vom 27.03.2000 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

#### Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) sowie um die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Vergabe des Merkmals "G" nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG).

Der am 12.11.1951 geborene Kläger beantragte erstmals im September 1995 bei dem Beklagten, Feststellungen nach dem SchwbG zu treffen. Dem Beklagten lag ein Befundbericht von Dr. B., Facharzt für Pharma- und Toxikologie, vor. Danach befand sich der Kläger im Februar 1996 in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand sowie altersentsprechendem Körperzustand. Es bestanden keine Zeichen kardiopulmonaler Dekompensation, kein Ikterus, keine Exantheme. Die oberen und unteren Extremitäten seien altersgerecht beweglich. Bei den Kniegelenken bestünde ein arthrotisches Reiben ohne wesentliche

---

Bewegungseinschränkung. Im Bereich der Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule bestehe eine Bewegungseinschränkung ohne Schmerzen bei einem Finger-Boden-Abstand von 30 cm. Der Kläger leide unter einer Hypertonie II/III nach WHO, einer chronischen Pankreatitis und einem metabolischen Syndrom. Mit Bescheid vom 26.03.1996 stellte der Beklagte eine Behinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 40 unter Berücksichtigung folgender Funktionsstörungen (dort, wie auch im Folgenden als "Behinderungen" bezeichnet) fest:

1. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule,
2. Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Fettleber,
3. polyneuropathisches Syndrom,
4. Bluthochdruck,
5. metabolisches Syndrom.

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Vergabe des Merkzeichens "G" lägen nicht vor.

Am 29.03.1998 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Zuerkennung eines höheren GdB sowie des Nachteilsausgleichs "G". Als Gesundheitsstörungen gab er neben den bereits berücksichtigten Durchblutungsstörungen der Beine, Thrombose sowie Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit Nerven- und Muskelreizung an. Der Beklagte holte hierauf einen Befundbericht von Dr. B. ein, dem der Untersuchungsbefund von Dr. habil. N., Facharzt für Innere Medizin und Nuklearmedizin, beilag. Danach bestanden beim Kläger Anzeichen für eine oberflächliche Thrombose. Mit Bescheid vom 31.07.1998 lehnte der Beklagte den Antrag des Klägers, neue Feststellungen nach § 4 SchwbG zu treffen ab, da in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des Feststellungsbescheides vorgelegen hätten, keine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) eingetreten sei. Weder hätten sich die bisher festgestellten Behinderungen verschlimmert, noch lägen weitere Gesundheitsstörungen vor, die eine Funktionsbeeinträchtigung bewirkten und deshalb als Behinderungen gälten. Dem Antrag auf Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" könne nicht stattgegeben werden, da eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr nicht nachgewiesen sei.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30.11.1998 (abgesandt am 02.12.1998) zurück.

Mit der am 23.12.1998 beim Sozialgericht Leipzig (SG) eingelegten Klage hat der Kläger sein auf Feststellung eines höheren GdB und der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Vergabe des Merkzeichens "G" gerichtetes Begehren weiter verfolgt.

Das SG hat zur weiteren Ermittlung des medizinischen Sachverhaltes einen Befundbericht von Dr. B. beigezogen und Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens von Dr. W., Facharzt für Innere

---

Medizin, Rheumatologie und Chirotherapie, vom 02.11.1999. Der gerichtlich bestellte Sachverständige stellte beim Kläger eine alkoholische Leberzirrhose, einen Zustand nach akuter Pankreatitis und Phlebothrombose am linken Oberschenkel, ein metabolisches Syndrom mit Gicht, Hyperlipidämie und Adipositas, eine Polyneuropathie, eine Coxarthrose beider Hüften, eine Psoriasis und eine Struma parenchymatosa fest. Die Skeletterkrankung mit Coxarthrose, HWS- und LWS-Syndrom, die chronische Pankreatitis und Leberzirrhose sowie die Polyneuropathie seien jeweils mit einem GdB von 20, die therapiebare Hypertonie und die venöse Insuffizienz am linken Oberschenkel mit einem GdB von 10 einzuschätzen. Maximal sei ein GdB in Höhe von 40 anzusetzen. Die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" lägen nicht vor. Der Kläger könne eine Gehstrecke von 2 Kilometern in 30 Minuten realisieren. Auf das Gutachten vom 02.11.1999 im Äbri (Bl. 45 ff. SG-Akte) wird Bezug genommen.

Der Kläger hat zu dem Gutachten Stellung genommen und bemängelt, dass die festgestellten Funktionsbehinderungen nicht mit den erhobenen Befunden übereinstimmen. Der Gesamt-GdB sei mindestens mit 60 festzustellen.

Das SG hat nach Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 27.03.2000 die Klage abgewiesen. Die Feststellung des GdB von 40 sei nicht zu beanstanden. Das Merkzeichen "G" könne dem Kläger bereits deshalb nicht zuerkannt werden, weil bei ihm nicht ein GdB von wenigstens 50 vorliege. Im Äbri könne der Kläger eine Gehstrecke von 2 Kilometern in etwa 30 Minuten zurücklegen.

Gegen den an den Kläger am 29.03.2000 abgesandten Gerichtsbescheid richtet sich die am 27.04.2000 beim SG eingelegte Berufung des Klägers. Die Herzkreislauferkrankungen führten bei ihm zu einer so erheblichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit, dass eine Gehbehinderung hieraus resultiere. Die im Gutachten getroffene Einschätzung der Einzel-GdB sei nicht nachvollziehbar. So sei die Einschätzung des Bluthochdrucks mit einem GdB von 10 nicht zutreffend.

Der im Termin zur mündlichen Verhandlung nicht anwesende und nicht vertretene Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Leipzig vom 27.03.2000 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 31.07.1998 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 30.11.1998 zu verurteilen, einen Grad der Behinderung von mindestens 50 und die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Vergabe des Merkzeichens "G" festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Nach Beiziehung eines Befundberichts von Dr. B. hat der Senat ein Gutachten

---

auf internistischem Fachgebiet durch Prof. Dr. M. ... vom 20.01.2001 eingeholt. Danach erreichte der Kläger in der Fahrradergometrie eine Belastung bis 100 Watt, ohne dass Erregungsreaktionen, Angina pectoris-Symptomatik, Herzrhythmusstörungen oder signifikante Veränderungen der ST-Strecke auftraten. Als Funktionsbehinderungen stellte der gerichtlich bestellte Sachverständige ein metabolisches Syndrom, eine arterielle Hypertonie, eine Enzyklische Veränderung der Bauchspeicheldrüse und eine Fettleber, eine Skeletterkrankung mit Coxarthrose und Lumboischialgie sowie ein polyneuropathisches Syndrom fest, die jeweils mit einem GdB von 10 einzuschätzen seien. Außerdem bestehe bei dem Kläger eine Arteriosklerose mit PAVK-Stadium Fontaine IIa mit einem GdB von 20. Insgesamt sei maximal ein Grad der Behinderung von 40 gerechtfertigt. Die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" liegen nicht vor. Eine Gehstrecke von 2 Kilometern in 30 Minuten könne dem Kläger zugemutet werden. Auch eine darüber hinausliegende Gehstrecke werde wahrscheinlich gehalten. Eine Erweiterung der Gehstrecke könne durch eine diagnosegerechte Behandlung der peripher-arteriellen Verschlusskrankheit im Stadium IIa erreicht werden. Zusammenfassend führte der gerichtlich bestellte Sachverständige aus, dass beim Kläger zwar durchaus relevante Gesundheitsstörungen beständen, die jedoch nicht von erheblicher oder schwerwiegender Natur seien. Auf das Gutachten im Übrigen (Bl. 47 LSG-Akte ff.) wird Bezug genommen. Dem Gutachten hat ein Arztbericht des Krankenhauses G vom 02.07.1993 sowie der Reha-Entlassungsbericht der H vom 24.04.1999, in der der Kläger vom 10.03.1999 bis 31.03.1999 medizinische Leistungen zur Rehabilitation erhalten hatte, beigelegt. In der H war bei dem Kläger eine dilatierende Arteriosklerose, eine arterielle Hypertonie, ein metabolisches Syndrom und eine chronische Pankreatitis, eine Lumboischialgie sowie ein chronischer C2-Abusus festgestellt worden. Der Kläger könne mittelschwere Arbeiten, die zeitweise im Stehen und Gehen, aber überwiegend im Sitzen ausgeübt würden, vollschichtig verrichten.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf den Inhalt der Gerichtsakten aus beiden Rechtszügen und der Schwerbehinderten-Akte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in Abwesenheit des ordnungsgemäß geladenen Klägers verhandeln und entscheiden (§ 153 Abs. 1; [§ 110 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz](#) (SGG)).

Die statthafte sowie form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 105 Abs. 2 Satz 1, 143, 151 SGG](#)) ist zulässig, erweist sich in der Sache jedoch als unbegründet. Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 31.07.1998 in Gestalt des Widerspruchsbe- nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Der Kläger kann von dem Beklagten weder die Feststellung eines höheren GdB als 40 noch die Zuerkennung des Merkzeichens "G" gemäß [§§ 1, 3, 4 Schwerbehindertengesetz](#) (SchwbG) verlangen.

---

Gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 SchwbG stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden und damit der Beteiligte das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) fest. Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des BVG zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach § 4 Abs. 1, § 4 Abs. 4 SchwbG.

Behinderung ist nach § 3 Abs. 1 SchwbG die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten. Bei mehreren sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist hier die Gesamtauswirkung maßgeblich. Die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung ist gemäß § 3 Abs. 2 SchwbG als Grad der Behinderung (GdB), nach Zehner-Graden abgestuft, von 20 bis 100 festzustellen, wobei nach § 3 Abs. 3 SchwbG die im Rahmen des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) normierten Maßstäbe entsprechend gelten. Für die Beurteilung ist danach maßgeblich, in welchem Ausmaß die aus einer Gesundheitsstörung hervorgehende Beeinträchtigung den Betroffenen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft behindert. Damit sind einerseits besonders berufliche Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, andererseits finden auch Einschränkungen bei der Ausübung von Tätigkeiten im Haushalt oder in der Freizeit Berücksichtigung. Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so ordnet § 4 Abs. 3 SchwbG an, dass der GdB nach den Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit und unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist.

Grundlage für die inhaltliche Bemessung und den Umfang einer Behinderung sowie die konkrete Bestimmung des GdB sind im Hinblick auf die Gleichbehandlung einer Schwerbehinderten die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" (AHP) in ihrer jeweils geltenden Fassung, die das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zuletzt 1996 herausgegeben hat. Zwar beruhen die AHP weder auf dem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften, so dass sie keinerlei Normqualität haben, dennoch sind sie als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, deshalb normähnliche Auswirkungen haben und im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden sind (vgl. BSG, Urteil vom 09.04.1997 – [9 RVs 4/95](#) –, [BSGE 72, 285](#), 286 ff.). Die AHP stellen eine der Entscheidungsfindung dienende Grundlage der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften zur Bemessung sowohl des Umfangs als auch der Schwere der Beeinträchtigung dar. Denn in ihnen ist der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen jeweils aktualisiert wiedergegeben. Sie ermöglichen auf diese Weise eine nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Rechtsprechung sowohl hinsichtlich des Umfangs als auch der Schwere der Beeinträchtigungen, die dem

---

Gleichheitsgrundsatz gemäß Art. 3 Abs. 1 GG. Eine Abweichung von den AHP kann daher nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen in Betracht kommen.

Der Begriff des GdB umfasst im Übrigen nicht einen medizinischen, sondern einen rechtlichen Begriff, so dass seine Festlegung nicht Aufgabe von Sachverständigen ist. Diese beruht auch nicht auf medizinischen Erfahrungen, sondern auf einer rechtlichen Wertung von Tatsachen, die jedoch mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Bei der erforderlichen rechtlichen Schlussfolgerung bilden zwar die Auffassungen der Sachverständigen wertvolle Fingerzeige; doch ist stets zu beachten, dass es sich dabei nicht mehr um die Erörterung medizinischer, sondern um eine solche rechtlicher Begriffe handelt, welche im Streitfall den Gerichten obliegt (BSG, Urteil vom 29.08.1990 – [9a/9 RVs 7/89](#) – SozR 3-3870 § 4 SchwbG Nr. 1).

Vor diesem rechtlichen Hintergrund hat der Beklagte den bei dem Kläger festzustellenden GdB mit 40 zutreffend bemessen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme, d.h. aus allen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren gewonnenen medizinischen Erkenntnissen, insbesondere aber aus dem Gutachten des gerichtlich bestellten Sachverständigen Prof. Dr. M. und dem ärztlichen Entlassungsbericht der H. Danach leidet der Kläger unter einem metabolischen Syndrom, einer arteriellen Hypertonie, einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse, einer Fettleber, einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einer Coxarthrose beidseits sowie unter einer Arteriosklerose mit peripher-arterieller Verschlusskrankheit vom dilatierenden Typ Stadium Fontaine IIa. Die von Dr. W. festgestellte Leberzirrhose ist hingegen nicht nachgewiesen. Prof. Dr. M. konnte indirekte Zeichen eines zirrhotischen Umbaus der Leber oder gar deren Komplikationen nicht nachweisen. Er führt in seinem Gutachten schlüssig und für den Senat überzeugend aus, dass sich die von Dr. W. gestellte Diagnose allein auf die Anamnese des Patienten sowie auf die Sonografie des Abdomens gründe. Es sei jedoch anzumerken, dass die Diagnose einer Leberzirrhose entweder histologisch gestellt werde bzw. nur durch indirekte Zeichen und Komplikationen in der Sonografie diagnostiziert werden könne (dann als Verdachtsdiagnose). Weder nach Aktenlage noch nach Befragung des Klägers sei jedoch eine Leberbiopsie durchgeführt worden. Der Sonografie-Befund gehe auf indirekte Zeichen einer Leberzirrhose nicht ein. Soweit Prof. Dr. M. keine Anzeichen einer Leberzirrhose feststellen konnte, besteht dies in Übereinstimmung mit den von Dr. B. und den während der Reha-Maßnahme erhobenen Befunde. Weitere im Sinne des SchwbG beachtliche Gesundheitsstörungen liegen beim Kläger nicht vor.

Für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule hält der Senat entsprechend der Einschätzung von Prof. Dr. M. einen GdB von 10 für gerechtfertigt. Gemäß Ziffer 26.18, Seite 139, 140 der AHP ist für Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt

---

(Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 20 und mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 30 anzusetzen. Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen oder gar schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt liegen beim Kläger nicht vor. Beim Kläger besteht zwar eine ausgeprägte Spondylos deformans mit Spangenbildung zwischen L5 und S1 ohne Zeichen einer Instabilität, aufgrund dessen der Kläger unter einem LWS-Syndrom leidet. Andererseits ist nach den Feststellungen von Prof. Dr. M die Haltung gerade, aufrecht und die Beweglichkeit aktiv und passiv gut. Es besteht kein Kopfschmerz, kein interspinaler Druckschmerz und kein Stauchungsschmerz. Während der Reha-Maßnahme konnte im Bereich der Lendenwirbelsäule ein Klopf- oder Stauchschmerz ebensowenig festgestellt werden. Die Seitneigungsflexibilität war normal, die Lendenwirbelsäule erschien regelgerecht gestellt. Die Halswirbelsäule war frei reclinierbar bzw. rotierbar. Da Dr. B auch im Berichtszeitraum vom 14.01.1998 bis 04.07.2000 weder häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome mitteilte, bestehen beim Kläger allenfalls geringe funktionelle Auswirkungen, für die die AHP einen GdB von 10 vorsehen.

Soweit beim Kläger eine Coxarthrose vorliegt, resultiert hieraus keine Behinderung, da eine Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke nicht festgestellt wurde. Die Coxarthrose ist nach den Feststellungen von Prof. Dr. M nur gering ausgeprägt. Besondere Beschwerden gab der Kläger insoweit nicht an. Aus dem Reha-Entlassungsbericht ergibt sich, dass an den Hüftgelenken regelrechte Rotationsverhältnisse bestehen.

Für die arterielle Hypertonie ist der GdB entgegen der Bewertung des Beklagten und der gerichtlich bestellten Sachverständigen mit 20 einzuschätzen. Bei dem Kläger liegt nicht nur eine leichte Form der Hypertonie (keine oder geringe Leistungsveränderung) vor, sondern eine mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades und diastolischen Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, für die die AHP je nach Leistungsbeeinträchtigung einen GdB von 20 bis 40 vorsehen (vgl. Ziffer 26.9, Seite 92 der AHP). Der von Dr. B festgestellte Bluthochdruck lag im Zeitraum vom 14.01.1998 bis 17.08.2000 diastolisch bei 30 vorgenommenen Untersuchungen 10 mal und damit mehrfach trotz medikamentöser Behandlung über 100 mmHg. Zudem stellte Prof. Dr. M beim Kläger in der Echokardiografie eine leichte bis mittelgradige konzentrische Linksherzhypertrophie fest. Da die linksventrikuläre Pumpfunktion aber normal war und eine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung infolge der Hypertonie bei dem Vorliegen von vollschichtigem Leistungsvermögen für mittelschwere Arbeiten nicht besteht, war der GdB mit nicht mehr als 20 festzustellen.

Der GdB für die beim Kläger bestehende Fettleber ist von Prof. Dr. M mit 10

---

eingeschätzt worden. Dem schließt sich der Senat unter Beachtung der Ziffer 26.10 Seite 100 der AHP an.

Die Entzündung der Bauchspeicheldrüse ist entgegen der Auffassung von Dr. W. mit Prof. Dr. M. mit einem GdB von 10 zu bewerten. Nach Ziffer 26.10 Seiten 102, 103 der AHP ist eine chronische Erkrankung der Bauchspeicheldrüse mit einem GdB von 0 bis 10 einzuschätzen, wenn keine wesentlichen Beschwerden sowie keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes besteht, mit einem GdB von 20 bis 40, soweit geringe bis erhebliche Beschwerden, eine geringe bis mäßige Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes vorliegen, und mit einem GdB von 50 bis 80 bei starken Beschwerden, Fettstörungen und deutlicher bis ausgeprägter Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes. Selbst wenn die beim KI-er auftretenden Oberbauchbeschwerden auf die Entzündung der Bauchspeicheldrüse zurückzuführen sind, woran nach den Ausführungen von Prof. Dr. M. Zweifel bestehen, da die vom KI-er geschilderten Beschwerden eher untypisch für eine chronische Pankreatitis seien, liegt beim KI-er jedenfalls bereits keine geringe bis mäßige Beeinträchtigung des Ernährungszustandes vor. Der Ernährungszustand des KI-ers wurde von Dr. B. im Jahre 1996 als gut bezeichnet. Seither ist eine Änderung im Sinne einer Reduzierung anhand der medizinischen Unterlagen nicht zu erkennen.

Auch im Hinblick auf das beim KI-er bestehende polyneuropathische Syndrom folgt der Senat der Einschätzung von Prof. Dr. M. und schätzt den GdB hierfür mit 10 ein. Nach Ziffer 26.4 Seite 63 der AHP können sich bei den Polyneuropathien Funktionsbeeinträchtigungen überwiegend aus motorischen Ausfällen (mit Muskelatrophien) oder mehr oder allein aus sensiblen Störungen und schmerzhaften Reizerscheinungen ergeben. Der GdB für motorischer Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden einzuschätzen. Bei den sensiblen Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen (z.B. bei Feinbewegungen) führen können. Beim KI-er bestehen infolge der Polyneuropathie sensible Störungen, aber keine motorische Störungen oder Ausfälle. Dies ergab die Untersuchung durch Prof. Dr. M. Danach zeigte sich "lediglich" eine Taubheit im zweiten und dritten Strahl beider Füße. Anhaltspunkte, dass hieraus eine wesentliche Funktionsstörung beider Füße resultiert, bestehen nicht. Daher ist der GdB für die Polyneuropathie nicht höher als mit 10 zu bewerten. Dies entspricht einer statischen Auswirkung einer Fußdeformität geringen Grades.

Die beim KI-er während des Reha-Verfahrens festgestellte Arteriosklerose in Form einer peripher-arteriellen Verschlusskrankheit rechtfertigt ausgehend von den vom KI-er gegenüber Prof. Dr. M. angegebenen mäßigen Beschwerden beim Gehen nach einer Wegstrecke von über 500 Metern einen GdB von 20 (vgl. Ziffer 26.9 Seite 90 der AHP).

Das beim KI-er vorliegende metabolische Syndrom ist im Hinblick auf die beim KI-er vorliegende Hyperurikämie (Gicht) mit einem GdB von 10 zu bewerten. Die beim KI-er teilweise vorliegenden Normabweichungen der Laborwerte

---

bedingen für sich allein ebensowenig einen GdB wie die beim KIger bestehende Adipositas (vgl. Ziffer 26.15 Seite 18 f. der AHP). Bei der Gicht sind alle Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen. Funktionseinschränkungen infolge der Gicht indes werden weder angegeben, noch ergeben sie sich aus den medizinischen Unterlagen. Aus diesen ist bislang ein Gichtanfall ersichtlich, infolge dessen ein GdB von 10 anzusetzen ist. Dies entspricht einer Wirbelsäulenerkrankung mit geringen funktionellen Auswirkungen (vgl. Ziffer 26.18 Seite 139 AHP).

Die beim KIger festgestellten Funktionsstörungen in Form der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, der Fettleber, der Entzündung der Bauchspeicheldrüse, der Polyneuropathie sowie dem metabolischen Syndrom mit einem Teil-GdB von jeweils 10 und der arteriellen Hypertonie und der Arteriosklerose mit einem Teil-GdB von jeweils 20 bedingen keinen höheren Gesamt-GdB als 40. Bei der Ermittlung des Gesamt-GdB ist gemäß Ziffer 19 der AHP bei Vorliegen mehrerer Funktionsstörungen zwar der jeweilige Einzel-GdB anzugeben. Maßgeblich ist jedoch der Gesamt-GdB, welcher nur für den Gesamtzustand der Behinderung festgestellt wird, nicht für einzelne Funktionsbeeinträchtigungen. Bei den Teil-GdB-Werten handelt es sich lediglich um Einsatzgren, mit denen die Einschätzungen des Gesamt-GdB einerseits vorbereitet, andererseits nachvollziehbar begründet und damit überprüfbar gemacht wird. Darin erschöpft sich die Bedeutung der Einzel-GdB. Sie gehen als bloße Messgröße für mehrere zugleich vorliegende Funktionsbeeinträchtigungen restlos im Gesamt-GdB auf und erwachsen nicht in Rechtskraft.

Bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsstörungen zusammen dürfen nach Ziffer 19 Abs. 1 der AHP die einzelnen Teil-GdB-Werte nicht einfach addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Maßgeblich sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Dabei führen indes leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamt-Beeinträchtigung, die bei einem Gesamt-GdB berücksichtigt werden könnte (vgl. BSG, Urteil vom 11.03.1998 â B 9 SB 9/97 R-). Auch bei leichten Behinderungen mit einem Teil-GdB von 20 ist es regelmäßig nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist daher in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt. Im Hinblick auf alle weiteren Funktionsstörungen ist zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsstörungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (vgl. Ziffer 19 Abs. 3 der AHP). Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist zu beachten, wie weit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen, ob sich eine Behinderung auf

---

eine andere besonders nachteilig auswirkt, wie weit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden oder ob das Ausmaß einer Behinderung durch eine hinzutretende Gesundheitsstörung nicht verstärkt wird.

Da sich die beim Kläger auf orthopädischen, internistischen und neurologischen Gebiet festgestellten Behinderungen in ihren Auswirkungen vornehmlich überschneiden, ist der Gesamt-GdB zwar wesentlich niedriger als die Summe der einzelnen GdB, aber höher als für die Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB anzusetzen, da zusätzliche Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen hinzutreten. Ausgehend davon, dass der höchste Einzel-GdB jeweils für die Hypertonie und die Arteriosklerose nur in Höhe von 20 besteht und weitere erhebliche Behinderungen nicht hinzutreten, hält der Senat den von dem Beklagten festgestellten Gesamt-GdB von 40 als zu erst wohlwollend bemessen. Zu einer höheren Einschätzung des Gesamt-GdB gelangen im übrigen auch die gerichtlich bestellten Sachverständigen nicht. Vielmehr schließt sich der Senat der Auffassung von Prof. Dr. M. an, dass beim Kläger zwar durchaus relevante Gesundheitsstörungen bestehen, keine der Gesundheitsstörungen jedoch von erheblicher oder schwerwiegender Natur ist. Dies ergibt sich insbesondere auch aus dem Leistungsvermögen des Klägers, das entsprechend den Feststellungen im Reha-Entlassungsbericht mittelschwere Arbeiten zulässt.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Vergabe des Merkzeichens "G".

Gemäß § 59 Abs. 1 Satz 1 SchwbG sind Schwerbehinderte, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, von Unternehmen, die öffentlichen Personenverkehr betreiben, gegen Vorzeigen eines entsprechend gekennzeichneten Ausweises nach § 4 Abs. 5 im Nahverkehr unentgeltlich zu befördern. In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten und nicht ohne Gefahr für sich und andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden (§ 60 Abs. 1 SchwbG). Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, auf die der Senat ausdrücklich Bezug nimmt, hat den unbestimmten Rechtsbegriff der "üblichen Wegstrecke" konkretisiert; danach beträgt bei den derzeitigen Verhältnissen die üblicherweise im Ortsverkehr zu Fuß zurückgelegte Strecke 2 Kilometer bei einer Gehdauer von 30 Minuten (vgl. BSG, Urteil vom 10.12.1987 – [9a RVs 11/87](#) m.w.N. -). Dabei kommt es weder auf die Fähigkeit an, extreme Wegverhältnisse zu bewältigen, noch darauf, ob die Gehstrecke von 2.000 Meter in 30 Minuten schmerzfrei zurückgelegt werden kann. Die Grenze ist jedoch dort zu ziehen, wo der Behinderte diese Wegstrecke nur unter unzumutbaren starken Schmerzen zurücklegen könnte (vgl. Willroth/Neumann, Schwerbehindertengesetz, 7. Auflage, § 60 Rdnr. 4). Die Einschätzung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist indes nicht allein von der Wegstrecke abhängig, die zu Fuß von dem Schwerbehinderten noch zurückgelegt werden kann. Vielmehr muss gerade eine sich auf das

---

Gehvermögen entsprechend auswirkende Behinderung vorliegen. Nach Ziffer 30 Abs. 3 (Seite 166) der AHP sind die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer 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 für 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- oder Fußgelenkes in ungünstiger Stellung, arterieller Verschlusskrankheiten mit einem GdB von 40. Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an. Dementsprechend ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3 der AHP und bei Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades anzunehmen. Auch bei anderen inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, z. B. chronische Niereninsuffizienz mit einem Hb-Wert unter 8 g/dl, sind die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen.

Vor diesem rechtlichen Hintergrund steht dem Kläger der Nachteilsausgleich "G" nicht zu. Der Kläger ist in der Lage, eine Wegstrecke von 2 Kilometern innerhalb von 30 Minuten zurückzulegen. Dies ergibt sich aus den insoweit übereinstimmenden Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen. Auch liegen beim Kläger keine nach Maßgabe der Ziffer 30 Abs. 3 der AHP maßgeblichen Funktionsstörungen vor. Der Kläger gibt zwar Atemnot an. Indes ergab die von Dr. W. durchgeführte Lungenfunktionsmessung eine normale Lungenfunktion. Der Kläger war in der Ergometrie bis 100 Watt belastbar, ohne dass pathologische Messdaten auftraten, so dass seine Herzleistung nicht wenigstens der Gruppe 3 der Herzkrankheiten (vgl. Ziffer 26.9. Seite 87 der AHP) entspricht. Die arterielle Verschlusskrankheit ist lediglich mit einem GdB von 20 bemessen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 SGG](#).

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

Erstellt am: 15.09.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024