S 2 SB 72/98

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 72/98
Datum	15.03.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 SB 29/00
Datum	22.08.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Leipzig vom 15. MÃ¤rz 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die Klage gegen den Bescheid vom 13. MÃ¤rz 2001 wird abgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber den beim KlÃ¤ger festzustellenden Grad der Behinderung (GdB).

Bei dem im â¦ geborenen KlÃ¤ger stellte der Beklagte mit Bescheid vom 16 Dezember 1992 als Behinderungen eine Funktionsbehinderung der WirbelsÃ¤ule mit Nerven- und Muskelreizerscheinungen, einen Leberschaden sowie eine Gonarthrose fest. Der GdB betrage 30.

Ein vom KlÃ¤ger im Oktober 1994 gestellter Antrag auf Feststellung weiterer Behinderungen, Verschlimmerung bereits bestehender Behinderungen und auf ErhÃ¶hung des GdB blieb erfolglos (Bescheid vom 04. Januar 1995). Am 20. Mai

1997 stellte der KlÃ¤ger bei dem Beklagten erneut einen Antrag (sinngemÃ¤Ã) auf Feststellung weiterer Behinderungen, Verschlimmerung bereits bestehender Behinderungen und auf ErhÃ¶hung des GdB. Dabei gab er an, "das SchÃ¤delhirn-Trauma, die linken Rippen und die rechte Wade" hÃ¤tten sich verschlimmert. Neu aufgetreten seien Kopfschmerzen, Rippenschmerzen, ein zweimaliger Bruch der Rippen, eine Prellung der Wade sowie u. a. Beschwerden im HWS-Nacken- Schulter-Bereich mit Ausstrahlung in den rechten Arm.

Der Beklagte holte daraufhin Befundberichte von Dr. O â¦, Facharzt fÃ¼r Chirurgie in L â¦, von Dr. J â¦, FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin in L â¦, sowie von Dipl.-Med. Sch â¦, Facharzt fÃ¼r OrthopÃ¤die in L â¦, ein. Er hat medizinische Unterlagen vom Kreiskrankenhaus B â¦ beigezogen. Dipl.-Med. P â¦, VersorgungsÃ¤rztlicher Dienst, gelangte unter dem 23. September 1997 zu der EinschÃ¤tzung, bei dem KlÃ¤ger liege eine Funktionsbehinderung der WirbelsÃ¤ule mit Nerven- und Muskelreizerscheinungen vor (Einzel-GdB 20), ein psychovegetatives Syndrom (Einzel-GdB 20), ein Leberschaden (Einzel-GdB 20) sowie Krampfadern rechts und eine Funktionsminderung bei KnorpelschÃ¤den beider Kniegelenke (Einzel-GdB 10). Der Gesamt-GdB betrage 40. Der Befundbericht von Dr. O â¦ sei knapp vier Wochen nach der Rippenfraktur erhoben worden, da seien Restbeschwerden nicht ungewÃ¶hnlich. Im aktuellen Hausarztbefund seien keine Folgen nach Rippenfraktur, SHT und Wadenkontusio mehr beschrieben. Die Kopfschmerzen seien bei der Feststellung des psychovegetativen Syndroms berÃ¼cksichtigt worden.

Unter dem 15. Oktober 1997 erlieÃ der Beklagte einen Ãnderungs- Bescheid. Als Behinderung wurden nunmehr festgestellt:
1. Funktionsbehinderung der WirbelsÃ¤ule mit Nerven- und Muskelreizerscheinungen,
2. psychovegetatives Syndrom,
3. Leberschaden,
4. Krampfadern rechts, Funktionsminderung bei KnorpelschÃ¤den beider Kniegelenke.
Die festgestellten Behinderungen bewirkten ein GdB von 40 fÃ¼r die Zeit ab 20. Mai 1997. Weitere GesundheitsstÃ¶rungen lÃ¤gen bei dem KlÃ¤ger nicht vor bzw. seien nicht nachgewiesen.

Dagegen legte der KlÃ¤ger am 21. Oktober 1997 Widerspruch ein. Es seien noch unfallbedingte Nachwirkungen vorhanden: Narbe am Auge (Elektrifizierung).

Der Beklagte holte daraufhin erneut einen Befundbericht von Dr. J â¦ ein. In ihrem Befundbericht vom 19. November 1997 teilte sie mit, die ca. 4 cm groÃe Augenbrauennarbe rechts sei chirurgisch versorgt worden. WÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes habe keine neurologische Herzsymptomatik festgestellt werden kÃ¶nnen. Eine nochmalige Diagnostik beim Neurologen im September 1997 habe keine pathologischen Befunde erbracht. Die geklagten Beschwerden des KlÃ¤gers seien zurzeit nicht objektivierbar. Dr. S â¦, Ãrztlicher Dienst des Beklagten, stellte am 7. Januar 1998 fest, infolge eines Arbeitsunfalls habe eine Augenbrauenplatzwunde rechts bestanden, die bei stationÃ¤rer Entlassung primÃ¤r

reizlos verheilt gewesen sei. Nachwirkungen oder Restfolgen diesbezÃ¼glich seien Ã¤rztlich nicht belegt. Von Dr. O â¦ sei kein Hinweis auf Restfolgen angegeben worden. Die Nachuntersuchung beim Neurologen habe keine pathologischen Befunde erbracht. Eine Behinderung mit einem GdB von mindestens 10 kÃ¶nne nicht festgestellt werden. Die vorliegenden Befunde rechtfertigten keine Anhebung des Gesamt-GdB.

Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 10. MÃ¤rz 1998). Die PrÃ¼fung habe ergeben, dass der Beklagte den Sachverhalt zutreffend gewÃ¼rdigt habe und die getroffene Entscheidung rechtsfehlerfrei sei. Die Behinderung und der GdB seien in Ãbereinstimmung mit den "Anhaltspunkten fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" und den hierzu ergangenen Verwaltungsvorschriften vollstÃ¤ndig erfasst und mit einem GdB von 40 richtig bewertet worden. Der KlÃ¤ger sei deshalb nicht schwerbehindert (Mindest-GdB 50). Nicht berÃ¼cksichtigt werden hÃ¤tten die geltend gemachten Nachwirkungen seines Unfalls, da diese nach den eingeholten Befunden medizinisch nicht nachgewiesen werden konnten. Die Augenbrauenplatzwunde am rechten Auge sei nach dem mitgeteilten Befund primÃ¤r reizlos verheilt. Auch die neurologische Nachuntersuchung habe keine pathologischen Befunde erbracht.

Am 23. MÃ¤rz 1998 erhob der KlÃ¤ger beim Sozialgericht Leipzig (SG) Klage. Im Laufe des erstinstanzlichen Verfahrens legte er verschiedene medizinische Unterlagen vor. Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung von Befundberichten bei Dipl.-Med. Sch â¦, Dr. J â¦ und Dr. JÃ¤ â¦, OrthopÃ¤din in L â¦ Es hat von der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft von Prof. Dr. G â¦, Facharzt fÃ¼r Chirurgie und Traumatologie sowie leitender Chefarzt des E â¦ D â¦krankenhauses in L â¦ (Gutachten vom 24. September 1997), von Dr. GÃ¼ â¦, leitender Arzt des Fachbereiches Neurochirurgie des StÃ¤dtischen Klinikums "S â¦" L â¦ (Gutachten vom 30. Juni 1998) und von Dr. Ga â¦, Arzt fÃ¼r Chirurgie/Unfallchirurgie/Handchirurgie und Chefarzt des Zentrums fÃ¼r Traumatologie mit Brandverletzungen beim StÃ¤dtischen Klinikum "S â¦" L â¦, eingeholte Gutachten beigezogen. Prof. Dr. G â¦ fÃ¼hrte in seinem Gutachten u. a. aus, die HalswirbelsÃ¤ule zeige erhebliche degenerative VerÃ¤nderungen mit Randzackenbildungen, eine VerschmÃ¤lerung der ZwischenwirbelrÃ¤ume und Verkalkung an den kleinen Wirbelgelenken. Die NervenaustrittsÃ¶ffnungen insbesondere zwischen dem 3. und 4. sowie 4. und 5. Halswirbel seien stark eingeengt. Folgen der Verletzung vom 26. April 1997 fÃ¤nden sich nicht. Die RippenbrÃ¼che der 10. und 11. Rippe links seien in anatomisch exakter Stellung knÃ¶chern verheilt. Es finde sich ein altersgerechter Herz- und Lungenbefund. Ein Brustfellerguss bestehe nicht. Dr. GÃ¼ â¦ stellte fest, nach dem Durchgangsarztbericht vom 26. April 1997 habe sich der KlÃ¤ger bei dem Unfall am 26. April 1997 eine SchÃ¤delprellung, eine Augenbrauenplatzwunde rechts, eine Rippenfraktur der 10. und 11. Rippe links ohne Dislokalisation sowie eine Kontusion der rechten Wade zugezogen. Eine Bewusstlosigkeit, eine ErinnerungslÃ¼cke sowie Ãbelkeit oder Erbrechen hÃ¤tten nicht bestanden. Eine Hirnverletzung habe somit nicht vorgelegen, so dass die Diagnose eines SchÃ¤del-Hirn-Traumas als SchÃ¤delprellung zu sehen sei. Bereits wÃ¤hrend des ersten stationÃ¤ren

Aufenthaltes vom 26. April bis 12. Mai 1997 habe im EEG vom 30. April 1997 ein unauffÃ¤lliger Befund nachgewiesen werden kÃ¶nnen. Die reizlose und auf der Unterlage gut verschiebliche Platzwunde am oberen AugenhÃ¶hlenrand rechts (neben der Augenbraue) sei nicht geeignet, die Kopfschmerzsymptomatik zu erklÃ¤ren. Die druckempfindlichen Nervenaustrittspunkte lÃ¤gen anatomisch weiter mittelwÃ¤rts, so dass der Nervenstrang bei dem Aufprall nicht betroffen sein konnte. Die unangenehmen GefÃ¼hle im Narbenbereich in so sensiblen KÃ¶rperbereichen wie dem Kopf seien bekannt, bedingten jedoch keine messbare Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit. Kopfschmerzen, ausgelÃ¶st durch tiefere, d. h. zentrale Hirnstrukturen, kÃ¶nnten mit dem Unfall vom 26. April 1997 nicht in Zusammenhang gebracht werden, da keine Hirnverletzung vorgelegen habe. Dies habe auch durch die Zusatzuntersuchung am 28. April 1998 ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Die vom KlÃ¤ger angegebenen Kopfschmerzen, die letztendlich Ã¼ber den gesamten Kopf zÃ¶gen (Stirn- bis Nackenbereich) lieÃen sich eher mit den erheblichen degenerativen VerÃ¤nderungen der HalswirbelsÃ¤ule und/oder mit einer N.-Trigeminus-Affektion erklÃ¤ren. Dr. Ga â¦ fÃ¼hrte unter dem 15. Juni 1998 aus, das angeschuldigte Ereignis habe auf unfallchirurgischem Gebiet keine Folgen hinterlassen. Die geklagten Kopfschmerzen seien unfallunabhÃ¤ngig.

Von Prof. Dr. v â¦ S â¦, Direktor der OrthopÃ¤dischen Klinik und Poliklinik der UniversitÃ¤t L â¦, hat das SG ein medizinisches SachverstÃ¤ndigengutachten erstellen lassen. In seinem Gutachten vom 13. Dezember 1999 stellte der Gutachter beim KlÃ¤ger folgende GesundheitsstÃ¶rungen auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet fest: 1. Fehlform und VerschleiÃerkrankung der WirbelsÃ¤ule mit Bewe gungseinschrÃ¤nkung ohne neurologische AusfÃ¤lle (Einzel-GdB 20), 2. beginnende VerschleiÃerkrankung der HÃ¼ft- und Kniege- lenke mit geringeren BewegungseinschrÃ¤nkungen, BeinverkÃ¼r zung links 2,0 cm (Einzel-GdB 20), 3. FuÃfehlform beidseits (Einzel-GdB 0), 4. geringe BewegungseinschrÃ¤nkung der Schultergelenke (Einzel- GdB 0), 5. reizlose Narbe rechtes Auge (Einzel-GdB 0).

Im Vordergrund stehe eine GesundheitsstÃ¶rung der WirbelsÃ¤ule, wobei alle Abschnitte betroffen seien. Die klinische Auswirkung der VerÃ¤nderungen an der WirbelsÃ¤ule bestÃ¤tigten zum einen die nachvollziehbaren belastungs- und bewegungsabhÃ¤ngigen Schmerzen, darÃ¼ber hinaus liege eine BewegungseinschrÃ¤nkung mittleren Grades aller Abschnitte vor. Neurologische Ausfallserscheinungen lÃ¤gen weder im Bereich der oberen noch der unteren ExtremitÃ¤ten vor. Unter BerÃ¼cksichtigung der nur mÃ¤Ãiggradigen BewegungseinschrÃ¤nkungen auf Grund des Fehlens neurologischer AusfÃ¤lle sei der Einzelgrad der Behinderung fÃ¼r die WirbelsÃ¤ule entsprechend den Anhaltspunkten mit 20 zu bewerten. Im Bereich der HÃ¼ftgelenke lieÃen sich rÃ¶ntgenologisch beginnende VerschleiÃerscheinungen nachweisen, die links stÃ¤rker ausgeprÃ¤gt seien als rechts. Die BewegungseinschrÃ¤nkung sei als geringgradig zu bezeichnen. Im Bereich der Kniegelenke fÃ¤nden sich ebenfalls mÃ¤Ãiggradige Abnutzungserscheinungen aller Gelenkabschnitte, wodurch die belastungsabhÃ¤ngigen Schmerzen erklÃ¤rt seien. Eine BewegungseinschrÃ¤nkung liege nicht vor. Weiterhin finde sich eine BeinverkÃ¼rzung links von 2,0 cm, die aber orthopÃ¤disch ausgeglichen sei. Die FunktionsstÃ¶rungen im Bereich der HÃ¼ft- und Kniegelenke seien zusammengefasst mit einem Einzel-GdB von 20 zu

bewerten. Die beidseits feststellbare FuÃform sei nicht als Behinderung i.S.d. SchwbG aufzufassen, ein messbarer GdB resultiere hieraus nicht. Gleiches gelte fÃ¼r die als gering einzustufenden BewegungseinschrÃ¤nkungen beider Schultergelenke. Ebenfalls kein Befund von Behinderungscharakter sei in der reizlosen Narbe am rechten Auge zu sehen, eine objektivierbare FunktionsstÃ¶rung resultiere hieraus nicht. Folgen der frÃ¼her erlittenen Thrombose seien klinisch nicht mehr nachweisbar, so dass hier kein Befund von Behinderungscharakter mehr festgestellt werden kÃ¶nne. Unter alleiniger Wertung der orthopÃ¤dischen Behinderung resultiere ein Gesamt-GdB von 30. Unter Miteinbeziehung der Behinderung auf nichtorthopÃ¤dischem Fachgebiet (psychovegetatives Syndrom und Leberschaden) resultiere ein Gesamtgrad der Behinderung von 40. Die Behinderungen des KlÃ¤gers seien hiermit umfassend bewertet und berÃ¼cksichtigt worden, weitere Gutachten seien nicht erforderlich. Wegen der weiteren Einzelheiten des Gutachtens wird auf Bl. 125 â 136 der SG-Akte Bezug genommen.

AntrÃ¤ge des KlÃ¤gers auf ErhÃ¶hung des GdB vom 25. Januar 1999 und 26. Mai 2000 lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 13. MÃ¤rz 2001 ab. Nach AnhÃ¶rung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid am 15. MÃ¤rz 2000 abgewiesen. Das Gericht gehe davon aus, dass die orthopÃ¤discherseits bestehenden Behinderungen â auch unter BerÃ¼cksichtigung des Neufeststellungsantrages aus dem Jahr 1999 â vom medizinischen SachverstÃ¤ndigen vollstÃ¤ndig erfasst und bewertet worden seien. FÃ¼r die beschriebenen Kopfschmerzen kÃ¶nne nach Art und AusmaÃ der Beschwerden hierfÃ¼r kein Einzel-GdB von wenigstens 10 festgestellt werden. Eine Untersuchung bzw. Begutachtung auf einem anderen medizinischen Fachgebiet sei nicht veranlasst gewesen. In Ãbereinstimmung mit den Feststellungen des SachverstÃ¤ndigen und mit seinem Vorschlag zur Bewertung der Behinderung gehe auch das Gericht von einem Gesamt-GdB von 40 aus. Ein hÃ¶herer GdB habe sich medizinisch und rechtlich nicht feststellen lassen.

Gegen den dem KlÃ¤ger am 10. Mai 2000 zugestellten Gerichtsbescheid hat dieser am 22. Mai 2000 beim SG Berufung eingelegt.

Der KlÃ¤ger ist unter Vorlage verschiedener Ã¤rztlicher Unterlagen der Auffassung, die bei ihm vorliegenden gesundheitlichen EinschrÃ¤nkungen seien in der erstinstanzlichen Entscheidung nicht umfassend gewÃ¼rdigt worden. Weder von den beiden AmtsÃ¤rztinnen Dr. Schu â¦ und Dr. H â¦ noch vom Notfallzentrum L â¦ seien Ã¤rztliche Unterlagen hinzugezogen worden. Bei einem Gesamt-GdB auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet in HÃ¶he von 30 dÃ¼rfte ein Gesamt-GdB von mehr als 40 zu erheben sein, wenn auf nichtorthopÃ¤dischen Fachgebieten Einzel-GdB fÃ¼r ein psychovegetatives Syndrom in HÃ¶he von 20, fÃ¼r einen Leberschaden in HÃ¶he von 20 sowie fÃ¼r Krampfadern rechts, Funktionsminderung bei KnorpelschÃ¤den beider Kniegelenke in HÃ¶he von 10 festgestellt worden seien, selbst wenn man berÃ¼cksichtige, dass der Gesamt-GdB frei eingeschÃ¤tzt werde. Der Gutachter Prof. Dr. v â¦ S â¦ kÃ¶nne eine zuverlÃ¤ssige Aussage nur fÃ¼r sein eigenes Fachgebiet treffen. Insbesondere das bei ihm vorliegende psychovegetative Syndrom und der Leberschaden scheinen von ihm nicht

hinreichend gewÃ¼rdigt worden zu sein. Ebenso sei nicht gewÃ¼rdigt worden, dass er unter Nervenschmerzen an der bekannten Narbe Ã¼ber der rechten Augenbraue leide sowie unter den Folgen einer Fraktur der 10. und 11. Rippe links nach einem Autounfall am 26. April 1997. Ebenfalls nicht berÃ¼cksichtigt worden sei ein Zustand nach Thrombose, dessentwegen er regelmÃ¤Ãig KompressionsstrÃ¼mpfe trage.

Der KlÃ¤ger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Leipzig vom 15. MÃ¤rz 2000 und die Bescheide des Beklagten vom 15. Oktober 1997 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 10. MÃ¤rz 1998 sowie vom 13. MÃ¤rz 2001 abzuÃ¤ndern und den Beklagten zu verurteilen, bei dem KlÃ¤ger eine Behinderung mit einem GdB von wenigstens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Der Beklagte ist unter Vorlage einer versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme SR B â¦ vom 16. Januar 2001 der Auffassung, die BegrÃ¼ndung der erstinstanzlichen Entscheidung sei zutreffend. Das Begehren des KlÃ¤gers sei in der Vorinstanz eingehend geprÃ¼ft und gewÃ¼rdigt worden. Es ergebe sich aus den beigezogenen Befundberichten kein Hinweis darauf, dass der bisher festgestellte GdB zu niedrig festgestellt worden sei.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung von Befundberichten von Dr. J â¦ und Dr. JÃ¤ â¦, Dipl.-Med. Se â¦, Facharzt fÃ¼r Urologie in L â¦, und von Dr. W â¦, Facharzt fÃ¼r Innere Medizin in L â¦ Dr. J â¦ teilte in ihrem Befundbericht vom 12. November 2000 folgende Diagnosen mit: vertebragenes Schmerzsyndrom, Koxarthrose beidseits, Gonarthrose beidseits, Hiatusgleithernie, Varikosis rechts, psychovegetative Dystonie sowie Struma nodosa links. Die von ihr erhobenen Befunde hÃ¤tten sich weder erheblich verschlechtert noch deutlich gebessert. Dr. JÃ¤ â¦ fÃ¼hrte unter dem 17. Nobember 2000 aus, bei dem KlÃ¤ger liege eine Koxalgie links, Restbeschwerden nach Kontusion bei beginnender Koxarthrose beidseits sowie ein chronisches Lumbalsyndrom bei degenerativen VerÃ¤nderungen bei pseudoradikulÃ¤rer Beteiligung vor. Die WirbelsÃ¤ulen- Beweglichkeit sei endgradig in allen Abschnitten und Ebenen eingeschrÃ¤nkt. Der Trendelenburg sei negativ, der Lasegue negativ. Es bestÃ¤nden keine neurologischen AusfÃ¤lle, jedoch eine RotationseinschrÃ¤nkung des linken HÃ¼ftgelenkes. Dipl.-Med. Se â¦ teilte in seinem Befundbericht vom November 2000 eine benigne Prostatahyperplasie sowie eine Nierenzyste links mit. Die Befunde seien seit 23. Januar 1997 unverÃ¤ndert. Am 02. April 2001 berichtete Dr. W â¦, der KlÃ¤ger befinde sich in fachÃ¤rztlicher internistischer Behandlung wegen einer Struma nudosa, einer chronisch-venÃ¶sen Insuffizienz im Stadium I, einer Interkostalneuralgie, eines rezidivierenden Cervicobrachialsyndroms sowie wegen einer Hernia Diaphragmatica mit RefluxÃ¶sophagitis. Die vom KlÃ¤ger geklagten pektanginÃ¶sen Beschwerden seien aus internistischer Sicht i.S. einer

Interkostalneuralgie gedeutet worden. Eine KHK sei mittels spezialisierter Diagnostik nicht zu verifizieren. Eine myokardiale Insuffizienz liege nicht vor (NYHA 0).

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider RechtszÃ¼ge und der Verwaltungsakten des Beklagten, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Berufung ist zulÃ¤ssig, jedoch nicht begrÃ¼ndet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf Zuerkennung einer Behinderung mit einem GdB von wenigstens 50. Der Bescheid des Beklagten vom 15. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. MÃ¤rz 1998 sowie der nach Â§ 96 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des Klageverfahrens gewordene Bescheid vom 13. MÃ¤rz 2001 sind rechtmÃ¤Ãig.

Statthafte Klageart fÃ¼r das Begehren des KlÃ¤gers ist eine mit der Anfechtung der Verwaltungsakte des Beklagten einhergehende Verpflichtungsklage als Sonderfall der Leistungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000, Az: B 9 SB 3/99 R). FÃ¼r eine derartige Klage ist der Sach- und Streitstand zum Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz maÃgeblich (Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl., Â§ 54 Rn. 34). Rechtsgrundlage fÃ¼r das Begehren des KlÃ¤gers ist daher das Sozialgesetzbuch â Neuntes Buch â (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 (BGBl. I, S. 1046), das am 01. Juli 2001 in Kraft getreten ist (Art. 68 Abs. 1 SGB IX).

GemÃ¤Ã Â§ 69 Abs. 1 SGB IX stellt der fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zustÃ¤ndige Beklagte das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Nach Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre kÃ¶rperliche Funktion, geistige FÃ¤higkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit lÃ¤nger als sechs Monate von dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeintrÃ¤chtigt ist. Bei mehreren, sich gegenseitig beeinflussenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen, ist deren Gesamtauswirkung maÃgeblich.

Der Beklagte hat dabei im VerfÃ¼gungssatz eines Bescheides nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX nur das Vorliegen einer (ungenannten) Behinderung und den GdB festzustellen. Die dieser Feststellung im Einzelfall zu Grunde liegenden GesundheitsstÃ¶rungen, die daraus folgenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen und deren Auswirkung sind demgegenÃ¼ber lediglich in der BegrÃ¼ndung des Verwaltungsaktes anzugeben (BSG, Urteile vom 24. Juni 1998, Az. B 9 SB 18/97 R; B 9 SB 20/97 R, B 9 SB 1/98 R und B 9 SB 17/97 R).

Nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB IX ist die Auswirkung der FunktionsbeeintrÃ¤chtigung als GdB, nach 10er-Graden abgestuft, von 20 bis 100 festzustellen. FÃ¼r den GdB gelten die im Rahmen des Â§ 30 Abs. 1 BVG normierten MaÃstÃ¤be entsprechend. FÃ¼r die Beurteilung ist danach

maÃgeblich, in welchem AusmaÃ die aus einer GesundheitsstÃ¶rung hervorgehenden BeeintrÃ¤chtigungen den Betroffenen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft behindern. Dabei sind einerseits besonders berufliche BeeintrÃ¤chtigungen zu berÃ¼cksichtigen, andererseits finden auch EinschrÃ¤nkungen bei der AusÃ¼bung von TÃ¤tigkeiten im Haushalt oder in der Freizeit BerÃ¼cksichtigung. Das SGB IX gilt gleichermaÃen fÃ¼r BerufstÃ¤tige wie auch fÃ¼r NichtberufstÃ¤tige. Grundlage fÃ¼r die inhaltliche Bemessung und den Umfang einer Behinderung sowie die konkrete Bestimmung des GdB sind im Hinblick auf die Gleichbehandlung aller behinderten Menschen die vom Bundesministerium fÃ¼r Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen "Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1996 (Anhaltspunkte â AHP). Die Rechtsprechung der Sozialgerichte erkennt die AHP umfassend als eine der Entscheidungsfindung dienende Grundlage der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Bemessung sowohl des Umfangs als auch der Schwere der BeeintrÃ¤chtigung an. In den AHP ist der medizinische Kenntnisstand fÃ¼r die Beurteilung von Behinderungen jeweils aktualisiert wiedergegeben und ermÃ¶glicht auf diese Weise eine nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Rechtsprechung sowohl hinsichtlich des Umfangs als auch der Schwere der BeeintrÃ¤chtigungen, die dem Gleichbehandlungsgrundsatz genÃ¼gt. Eine Abweichung von den AHP kann daher nur in medizinisch begrÃ¼ndeten AusnahmefÃ¤llen in Betracht kommen. Ansonsten ist es nicht zulÃ¤ssig, eine vom Gutachter festgestellte Behinderung mit einem GdB-Wert zu bemessen, der nicht im Einklang mit den Richtlinien der AHP steht. Das BSG hat mehrfach die Bedeutung der AHP auch fÃ¼r das Gerichtsverfahren herausgestellt und den AHP den Charakter antizipierter SachverstÃ¤ndigengutachten beigemessen (vgl. BSG SozR 3-3870 Â§ 4 Nr. 1, 5 und 6). Vorliegend hat der Senat keine Bedenken, die AHP seiner Entscheidung zu Grunde zu legen. Dabei umschreibt der Begriff des GdB indes nicht einen medizinischen, sondern einen rechtlichen Begriff; seine Festlegung ist daher nicht Aufgabe von SachverstÃ¤ndigen. Sie beruht auch nicht auf medizinischen Erfahrungen, sondern auf einer rechtlichen Wertung von Tatsachen, welche allerdings mit Hilfe von medizinischen SachverstÃ¤ndigen festzustellen sind. Bei der danach auf den zunÃ¤chst festzustellenden medizinischen Tatsachen erforderlichen rechtlichen Schlussfolgerung bilden zwar die Auffassungen der SachverstÃ¤ndigen wertvolle Fingerzeige; doch ist stets zu beachten, dass es sich dabei nicht mehr um die ErÃ¶rterung medizinischer, sondern um eine solche rechtlicher Begriffe handelt, welche im Streitfall den Gerichten obliegt (vgl. BSG, Urteil vom 29. August 1990, Az. 9 a/9 RVs 7/89 = SozR 3-3870 Â§ 4 Nr. 1).

Die WÃ¼rdigung des Gutachtens Prof. Dr. v â¦ S â¦ vom 13. Dezember 1999, des Gutachtens Prof. Dr. G â¦ vom 24. September 1997, des Gutachtens Dr. GÃ¼ â¦ vom 29. Juni 1998, des Gutachtens Dr. Ga â¦ vom 15. Juli 1998, des Entlassungsberichtes der Reha-Klinik D â¦ der B â¦-BKK in B â¦ D â¦ vom 4. Mai 2000 sowie weiterer Ã¤rztlicher Befundberichte und medizinischer Gutachten ergibt, dass der KlÃ¤ger an folgenden Erkrankungen leidet: Fehlform und VerschleiÃerkrankung der WirbelsÃ¤ule mit BewegungseinschrÃ¤nkung ohne neurologische AusfÃ¤lle, beginnende VerschleiÃerkrankung der HÃ¼ft- und

Kniegelenke mit geringer BewegungseinschrÃ¤nkung (BeinverkÃ¼rzung links 2,0 cm), einer FuÃfehlform beidseits, einer geringen BewegungseinschrÃ¤nkung der Schultergelenke, einer reizlosen Narbe des rechten Auges, an einem psychovegetativen Syndrom, an einer Hiatusgleithernie, an einem Leberschaden, an einer Struma nodosa, einer Interkostalneuralgie, einem Zustand nach Thrombose sowie einem Zustand nach Rippenfraktur der 10. und 11. Rippe links. Der vom SG ernannte Gutachter Prof. Dr. v â¦ S â¦ hat in seinem orthopÃ¤dischen Fachgutachten vom 13. Dezember 1999 ausgefÃ¼hrt: Im Vordergrund stehe eine GesundheitsstÃ¶rung der WirbelsÃ¤ule, wobei alle Abschnitte betroffen seien. Zum einen finde sich eine deutliche Fehlform i.S. eines RundrÃ¼ckens, welche Folge einer frÃ¼her erlittenen Scheuermannschen Erkrankung sei. Als Folge dieser Fehlform der WirbelsÃ¤ule hÃ¤tten sich deutliche degenerative VerÃ¤nderungen im Bereich der BrustwirbelsÃ¤ule und am Brust-Lenden-Ãbergang entwickelt. An der LendenwirbelsÃ¤ule fÃ¤nden sich darÃ¼ber hinaus in den beiden untersten Segmenten deutliche degenerative VerÃ¤nderungen, insbesondere i.S. einer BandscheibenverschmÃ¤lerung. Im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule fÃ¤nden sich deutliche degenerative VerÃ¤nderungen vom 3. bis 7. Halswirbel, wobei die NervenwurzelaustrittslÃ¶cher nur gering eingeengt seien. Die klinische Auswirkung der beschriebenen VerÃ¤nderungen an der WirbelsÃ¤ule bestÃ¤nden zum einen in nachvollziehbaren belastungs- und bewegungsabhÃ¤ngigen Schmerzen, darÃ¼ber hinaus liege eine BewegungseinschrÃ¤nkung mittleren Grades aller Abschnitte vor, wobei neurologische Ausfallserscheinungen weder im Bereich der oberen noch der unteren ExtremitÃ¤ten vorlÃ¤gen. Unter BerÃ¼cksichtigung der nur mÃ¤Ãiggradigen BewegungseinschrÃ¤nkungen und auf Grund des Fehlens neurologischer AusfÃ¤lle sei der Einzelgrad der Behinderung fÃ¼r die WirbelsÃ¤ule entsprechend den AHP mit 20 zu bewerten. Der Senat folgt den schlÃ¼ssigen, nachvollziehbaren und Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des Gutachters.

Die AHP sehen fÃ¼r WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt (Verformung, hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t mittleren Grades, hÃ¤ufig rezidivierende und Tage andauernde WirbelsÃ¤ulensyndrome) einen GdB von 20 vor, fÃ¼r WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt (Verformung, hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t schweren Grades, hÃ¤ufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprÃ¤gte WirbelsÃ¤ulensyndrome) einen GdB von 30 und fÃ¼r WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den mit mittelgradigen Beschwerden, funktionellen Auswirkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten einen GdB von 40 (AHP Nr. 26.18, Seite 139 bis 140). Mangels des Vorliegens schwerer funktioneller Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt oder in mehreren WirbelsÃ¤ulenabschnitten des KlÃ¤gers ist die WirbelsÃ¤ulenerkrankung nach Auffassung des Senats zutreffend mit einem Teil-GdB von 20 bewertet worden.

Im Bereich der HÃ¼ftgelenke hat der Gutachter festgestellt, dass sich rÃ¶ntgenologisch beginnende VerschleiÃerscheinungen nachweisen lieÃen, die links stÃ¤rker ausgeprÃ¤gt seien als rechts. Die hier geÃ¤uÃerten Beschwerden seien durch diese VerÃ¤nderungen erklÃ¤rlich, wobei ein fortgeschrittener Befund

nicht konstatiert werden kÃ¶nne. Die BewegungseinschrÃ¤nkung sei als geringgradig zu bezeichnen. Hinsichtlich der Beweglichkeit beider HÃ¼ftgelenke stellte er folgende MaÃe nach der Neutral- Null-Methode fest â im Wesentlichen identisch mit denen im Reha-Entlassungsbericht vom 04. Mai 2000 â Beugen/Strecken rechts 110/0/0 und links 100/0/0 (normal: 130/0/10), beim Abspreizen/Anspreizen rechts 30/0/30 und links 30/0/20 (normal: 30-45/0/20-30), beim AuÃendrehen/Innendrehen rechts und links 30/0/0 (normal: 40-50/0/30-45). Die AHP sehen fÃ¼r eine BewegungseinschrÃ¤nkung der HÃ¼ftgelenke geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0/10/90 mit entsprechender EinschrÃ¤nkung der Dreh- und SpreizfÃ¤higkeit) einseitig einen GdB von 10 â 20 und beidseitig einen GdB von 20 â 30 vor (AHP Nr. 26.18, Seite 150). Nach Auffassung des Senats kommt fÃ¼r die BewegungseinschrÃ¤nkung der HÃ¼ftgelenke des KlÃ¤gers hier allenfalls ein GdB in HÃ¶he von 20 in Betracht. Bei der Untersuchung der Kniegelenke durch den Gutachter haben sich ebenfalls mÃ¤Ãiggradige Abnutzungserscheinungen aller Gelenkabschnitte gefunden, wodurch die belastungsabhÃ¤ngigen Schmerzen erklÃ¤rt werden. Eine BewegungseinschrÃ¤nkung liege nach Auffassung des Gutachters nicht vor, weiterhin finde sich eine BeinverkÃ¼rzung links von 2,0 cm, die aber orthopÃ¤disch ausgeglichen sei. Die Beweglichkeit sei beidseits frei und betrage beim Beugen/Strecken 130/0/0 (normal: 120-150/0/0). FÃ¼r eine BewegungseinschrÃ¤nkung im Kniegelenk geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90) stellen die AHP bei einseitiger EinschrÃ¤nkung einen GdB-Rahmen von 90 â 10 zur VerfÃ¼gung, bei beidseitiger EinschrÃ¤nkung einen GdB von 10 â 20 vor (AHP Nr. 26.18, Seite 151). Da die Beweglichkeit der Kniegelenke beidseits frei ist, ist ein Teil-GdB hierfÃ¼r nicht festzustellen. FÃ¼r die beim KlÃ¤ger vorliegende FuÃfehlform beidseits ist ebenfalls kein Teil-GdB festzustellen. FÃ¼r FuÃdeformitÃ¤ten ohne wesentliche statische Auswirkungen (z. B. Senk-SpreizfuÃ, HohlfuÃ, KnickfuÃ, auch posttraumatisch) sehen die AHP einen GdB von 0 vor (AHP Nr. 26.18, Seite 153).

Bei der BewegungsprÃ¼fung der Schultergelenke beschreibt der Gutachter im Bereich beider Schultergelenke eine endgradige und dabei schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkung in alle Richtungen, wobei die Bewegungsausschlagung um 20Â° gegenÃ¼ber der freien Beweglichkeit gemindert sei. Alle Ã¼brigen Gelenke seien seitengleich frei beweglich und ohne Hinweise fÃ¼r entzÃ¼ndliche oder degenerative VerÃ¤nderungen. Ein GdB fÃ¼r die geringe BewegungseinschrÃ¤nkung der Schultergelenke ist nicht festzustellen. Die AHP sehen bei einer BewegungseinschrÃ¤nkung des Schultergelenks (einschlieÃlich SchultergÃ¼rtels) einen GdB von 10 vor, wenn der Arm nur um 120Â° zu heben ist, mit entsprechender EinschrÃ¤nkung der Dreh- und SpreizfÃ¤higkeit (AHP Nr. 26.18, Seite 143) (Normalwerte beim Heben des Armes seitwÃ¤rts/kÃ¶rperwÃ¤rts 180/0/20-40 sowie beim Heben des Armes rÃ¼ckwÃ¤rts/vorwÃ¤rts 40/0/150-170).

Ebenso wenig ist ein GdB fÃ¼r die Platzwunde auf der rechten Augenbraue bzw. Narbe festzustellen. Die Gutachter Prof. Dr. G â¦ und Dr. GÃ¼ â¦ haben Ã¼bereinstimmend festgestellt, dass die Kopfplatzwunde reizlos verheilt ist. Eine reizlose Narbe wird auch von Prof. Dr. v â¦ S â¦ bestÃ¤tigt, eine objektivierbare FunktionsstÃ¶rung resultiere hieraus nach seiner Ansicht nicht.

Es ergibt sich auch kein GdB hinsichtlich der erlittenen RippenbrÃ¼che der 10. und 11. Rippe links. Diese sind nach den AusfÃ¼hrungen des Gutachters Prof. Dr. G â¦ in seinem Gutachten vom 24. September 1997 in anatomisch exakter Stellung verheilt. Dr. BÃ¶ â¦, Facharzt fÃ¼r Radiologie im Kreiskrankenhaus B â¦, teilte in einem Befund vom 15. Mai 1997 mit, die bekannte Rippenfraktur links sei aus einem RÃ¶ntgenbild des Thorax im Stehen nicht zu objektivieren.

Dr. W â¦ fÃ¼hrte in seinem Befundbericht vom 02. Juni 2000 aus, beim KlÃ¤ger liege eine axiale Hiartusgleithernie mit Insuffizienz des unteren Ãsophagus sphinkter und geringgradig ausgebildetem RefluxÃ¶sophagitis im Stadium I vor nach Luftinsufflation Entfaltung eines normotonen Kaskadenmagens mit regelrechten MagenschleimhautverhÃ¤ltnissen in allen Abschnitten. Der kreisrunde Pylorus kÃ¶nne mÃ¼helos passiert werden, auch im Bulbus duodeni und im postbulbÃ¤ren Segment regelrechte SH-VerhÃ¤ltnisse. Es liege kein gastroÃ¶sophagealer oder duodenogastraler Reflux vor. Die RefluxsÃ¶sophagitis sei diskret ausgebildet. Bei ZwerchfellbrÃ¼chen mit Vorliegen einer SpeiserÃ¶hrengleithernie liegt nach den AHP ein GdB von 0 bis 10 vor (AHP Nr. 26.11, Seite 104). Nach Auffassung des Senates ist daher hierfÃ¼r allenfalls ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen.

Der Beklagte hat fÃ¼r das beim KlÃ¤ger vorliegende psychovegetative Syndrom einen Einzel-GdB von 20 fÃ¼r angemessen gehalten. Die AHP sehen fÃ¼r leichtere psychovegetative oder psychische StÃ¶rungen einen GdB von 0 bis 20 vor, fÃ¼r stÃ¤rker behindernde StÃ¶rungen mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit (z. B. ausgeprÃ¤gtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische StÃ¶rungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme StÃ¶rungen) einen GdB von 30 bis 40 (AHP Nr. 26.3, Seite 60). Aus den vorliegenden vielfÃ¤ltigen medizinischen Unterlagen ergeben sich nach Ãberzeugung des Senats jedoch keinerlei Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass bei dem KlÃ¤ger eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung vorliegt, eine solche ist auch nicht diagnostiziert. Die Diagnose "psychovegetative Dystonie" wird erstmals in einem Rehabilitations-Entlassungsbericht der Kurklinik S â¦ in B â¦ S â¦ vom 16. Dezember 1996 genannt. In der Anamnese wird von einem bestehenden physisch-psychischen ErschÃ¶pfungszustand mit EinschlafstÃ¶rungen berichtet, im Aufnahmebefund war die Psyche des KlÃ¤gers ohne Befund. GegenÃ¼ber dem Gutachter Prof. Dr. v â¦ S â¦ wurden diese Beschwerden nicht mehr geÃ¤uÃert. Im Rehabilitations-Entlassungsbericht der Reha-Klinik D â¦ in B â¦ D â¦ vom 04. Mai 2000 wird in der vegetativen Anamnese von unruhe- und schmerzbedingten Ein- und DurchschlafstÃ¶rungen berichtet, in der sozialmedizinischen Beurteilung von deutlichen VerhaltensstÃ¶rungen im Laufe der hier und von psychosomatischer LabilitÃ¤t. Nach Auffassung des Senats erscheint hierfÃ¼r ein Teil-GdB von allenfalls 20 als angemessen.

Ebenso wenig lÃ¤sst sich ein GdB fÃ¼r die beim KlÃ¤ger diagnostizierte Struma parenchinodosa (Befundbericht Dr. W â¦ vom 18. August 2000) feststellen. Raumforderungen sind nach Auskunft von Dr. W â¦ sonografisch nicht nachweisbar. Es bestehe kein retrosternaler Strumaanteil. Sonografisch finde sich kein Hinweis fÃ¼r eine Hyperthyreose. Die Beurteilung einer

SchilddrÃ¼senfunktionsstÃ¶rung setzt in der Regel â insbesondere in leichteren FÃ¤llen â voraus, dass die Diagnose durch moderne Untersuchungsmethoden gesichert ist. SchilddrÃ¼senfunktionsstÃ¶rungen (Ãberfunktion und Unterfunktion (auch nach SchilddrÃ¼senresektion)) seien gut behandelbar, so dass in der Regel anhaltende BeeintrÃ¤chtigungen nicht zu erwarten sind. Bei der nicht operativ behandelten Struma richtet sich der GdB nach den funktionellen Auswirkungen (AHP Nr. 26.15, Seite 120 bis 121). Entsprechende funktionelle Auswirkungen dieser Erkrankung sind jedoch nicht beschrieben. Ein GdB hierfÃ¼r lÃ¤sst sich danach nicht feststellen.

Den beim KlÃ¤ger bestehenden Leberschaden (leichter Parenchymschaden mit geringer Begleithepatitis), wobei seit Juni 1985 keine Zeichen einer Progredienz Ã¤rztlicherseits festgestellt wurden, hat der Beklagte mit einem GdB von 20 bemessen. FÃ¼r eine chronische Hepatitis ohne Progression (chronisch-persistierende Hepatitis) sehen die AHP einen GdB von 20 vor, fÃ¼r eine chronische Hepatitis mit Progression (chronisch-aktive Hepatitis) mit geringer entzÃ¼ndlicher AktivitÃ¤t einen GdB von 30, fÃ¼r eine Fettleber (auch nutritiv- toxisch) ohne Mesenchymreaktion ein GdB von 0 bis 10 (AHP Nr. 26.10, Seite 100). Ein Teil-GdB von 20 hierfÃ¼r ist nach Auffassung des Senats schon groÃzÃ¼gig bemessen.

Hinsichtlich der beim KlÃ¤ger diagnostizierten chronisch-venÃ¶sen Insuffizienz im Stadium I (vgl. Befundbericht Dr. W â¦ vom 02. April 2001) ist ein GdB von 0 festzusetzen. FÃ¼r eine chronisch-venÃ¶se Insuffizienz (z. B. bei Krampfadern), postthrombotischem Syndrom mit geringem belastungsabhÃ¤ngigen Ãdem, nicht ulzerÃ¶sen HautverÃ¤nderungen, ohne wesentliche Stauungsbeschwerden sehen die AHP ein- oder beidseitig einen GdB von 0 bis 10 vor (AHP Nr. 26.9, Seite 91). Der Gutachter Prof. Dr. v â¦ S â¦ hat in seinem Gutachten mitgeteilt, die arterielle Durchblutung im Bereich der unteren ExtremitÃ¤ten sei regelrecht. Im Entlassungsbericht der Reha-Klinik D â¦ vom 4. Mai 2000 wird ausgefÃ¼hrt, der FuÃpuls mit SE beidseits sei gut tastbar gewesen, es hÃ¤tten keine Ãdeme vorgelegen. Folgen der frÃ¼her erlittenen Thrombose waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Prof. Dr. v â¦ S â¦ klinisch nicht mehr nachweisbar. Aus den zeitlich darauf folgenden Befundberichten und datierenden medizinischen Unterlagen ergibt sich nicht, dass Ã¤rztlicherseits nach der Untersuchung bei dem Gutachter eine Thrombose diagnostiziert worden wÃ¤re. Ein GdB hierfÃ¼r ist daher nicht festzusetzen.

Die beim KlÃ¤ger von Dr. W â¦ diagnostizierte Interkostalneuralgie (Schmerzsyndrom eines oder mehrerer Zwischenrippennerven mit Hyper- oder HypÃ¤sthesie in den entsprechenden InterkostalrÃ¤umen) (Befundbericht vom 02. April 2001) bedingt keine FunktionseinschrÃ¤nkungen. Eine KHK wurde von Dr. W â¦ mittels spezialisierter Diagnostik nicht verifiziert, ebenso wenig lag eine myokardiale Insuffizienz vor (NYHA 0). Mangels Vorliegen entsprechender FunktionseinschrÃ¤nkungen ergibt sich hieraus kein GdB.

Bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle FunktionsstÃ¶rungen zusammen dÃ¼rfen nach AHP Nr. 19 (Seite 33 f.) die einzelnen Teil-GdB-Werte nicht einfach addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind fÃ¼r die Bildung eines Gesamt-

GdB ungeeignet. MaÃgebend sind vielmehr die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen in ihrer Gesamtheit unter BerÃ¼cksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Dabei fÃ¼hren indes leichte GesundheitsstÃ¶rungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer wesentlichen Zunahme des AusmaÃes der Gesamt-BeeintrÃ¤chtigung, die bei dem Gesamt-GdB berÃ¼cksichtigt werden kÃ¶nnte. Auch bei leichten Behinderungen mit einem Teil-GdB um 20 ist es regelmÃ¤Ãig nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des AusmaÃes der Behinderung zu schlieÃen. Bei der Bestimmung des Gesamt-GdB ist daher in der Regel von der Behinderung auszugehen, die den hÃ¶chsten Einzel-GdB bedingt, und damit im Hinblick auf alle weiteren FunktionsstÃ¶rungen zu prÃ¼fen, ob und inwieweit hierdurch das AusmaÃ der Behinderung grÃ¶Ãer wird, ob also wegen der weiteren FunktionsstÃ¶rung dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufÃ¼gen sind, um der Gesamtbehinderung gerecht zu werden.

Vor diesem Hintergrund bedingt die Fehlform und VerschleiÃerkrankung der WirbelsÃ¤ule mit BewegungseinschrÃ¤nkung ohne neurologische AusfÃ¤lle einen Einzel-GdB von 20, die beginnende VerschleiÃerkrankung der HÃ¼ftgelenke mit geringer BewegungseinschrÃ¤nkung einen Einzel-GdB von 20, die Hiatusgleithernie einen Teil-GdB von 10, das psychovegetative Syndrom allenfalls einen Teil-GdB von 20 sowie der Leberschaden allenfalls einen Teil-GdB von 20. Der Senat ist der Ãberzeugung, dass mit einem Gesamt-GdB von 40 bereits im Ãnderungs-Bescheid des Beklagten vom 15. Oktober 1997 dem Beschwerdebild des KlÃ¤gers hinreichend Rechnung getragen worden ist.

Nach alledem hatte die Berufung keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision (Â§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

Erstellt am: 15.09.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024