
S 2 SB 100 /00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 SB 100 /00
Datum	21.08.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 67/01
Datum	30.03.2005

3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 21. August 2001 wird zurückgewiesen.
- II. Der Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits für beide Instanzen zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs "aG" (außergerichtliche Gehbehinderung).

Bei der am 1. 1941 geborenen Klägerin hat der Beklagte mit bindendem Bescheid vom 13. März 1997 folgende Funktionsstörungen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 80 festgestellt: 1. Gebrauchsunfähigkeit des linken Armes mit Versteifung des linken Schultergelenkes, Lähmung nach Verletzung, Teillähmung des Mittelnerven nach Karpaltunnelsyndrom, 2. Statische Auswirkung nach Knick-Senk-Spreizfuß, Polyneuropathisches Syndrom, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, 3. Leberschaden. Der Klägerin wurden die Nachteilsausgleiche "B" und "G" zuerkannt.

Am 7. Juni 1999 stellte die KlÄgerin einen "Verschlimmungsantrag" unter gleichzeitiger Beantragung der Zuerkennung des Nachteilsausgleichs "aG". Ihr Gesundheitszustand habe sich erheblich verschlimmert. Inzwischen gehe sie noch unsicherer, kÄnne aber durch die LÄhmung ihres linken Armes bzw. der rechten Hand keinerlei Gehhilfen benutzen. Auch bereiteten ihr ihre Beine mitunter solche Schwierigkeiten, dass sie die Wohnung nicht verlassen kÄnne.

Der Beklagte hat daraufhin Befundberichte von dem Facharzt fÄr OrthopÄdie P1 â in L â und von der FachÄrztin fÄr Allgemeinmedizin Dr. H1 â in L â eingeholt. In seinem Befundbericht vom 25. Juni 1999 teilte der Arzt P1 â folgende Diagnosen mit: â FolgezustÄnde der Poliomyelitis, â Polyneuropathie, â Knick-Senk-SpreizfuÄ, â Schulter-Arm-Syndrom, â Spondylose der HWS, â Knick-Senk-SpreizfuÄ bds., â Blockierungsbefund der HWS, â Sprunggelenksarthrose bds., â Zervikalsyndrom, â Metatarsalgie rechts, â Epicondylitis humeri radialis rechts, â Varikosis unt. Extr., â Periarthritis humeroscapularis rechts, â Lumbago, â Hohmann-OP bd. FÄre, â Karpaltunnelsyndrom rechts, â chronisch rezidivierende Lumboischialgie. Die KlÄgerin sei in der LeistungsfÄhigkeit und in ihrer Geh- und StehfÄhigkeit erheblich eingeschrÄnkt. Schweres Heben und Tragen sei nicht mÄglich, die WirbelsÄule sei in ihrer FunktionstÄchtigkeit eingeschrÄnkt. Eine Belastung des Achsenorgans sollte vermieden werden. Das "PrÄdikament" aG werde befÄwortet. Unter dem 12. Juli 1999 fÄhrte Dr. H1 â aus, seit der letzten Begutachtung sei es zu einer deutlichen Verschlechterung des gesamten Krankheitsbildes gekommen. Die zunehmende MuskelinstabilitÄt fÄhre zu hÄufigen StÄrzen, Mehrfachdistorsionen und Prellungen. Mehrfach seien Operationen beider FÄre erforderlich gewesen. Es liege eine weitere Einschränkung der Gehstrecke vor. Es sei eine Verschlechterung der Belastbarkeit der rechten Hand eingetreten. Das linke Bein sei mit einer Orthese versorgt. Der Einsatz von GehstÄtzen sei nicht mÄglich, so dass eine stÄndige Begleitung erforderlich sei.

Nach Einholung einer versorgungsÄrztlichen Stellungnahme (FachÄrztin fÄr Allgemeinmedizin B1 â vom 4. August 1999) lehnte der Beklagte den Antrag der KlÄgerin mit Bescheid vom 31. August 1999 ab. Die bisher festgestellten Behinderungen hÄtten sich nicht verschlimmert. Als weitere GesundheitsstÄrung werde ein "Bluthochdruck" festgestellt. Der GdB bleibe jedoch unverÄndert. Eine auÄergewÄhnliche Gehbehinderung lÄge bei der KlÄgerin nicht vor.

Dagegen legte die KlÄgerin am 13. September 1999 Widerspruch ein. Bei ihrem Krankheitsbild eines Post-Polio-Syndrom trete eine stÄndige, nicht aufhaltbare Verschlimmerung ein.

Zur BegrÄndung hat sie einen Arztbrief des Facharztes fÄr Neurologie T1 â in H1 â vom 18. Oktober 1999 vorgelegt. Zusammenfassend fÄhrte dieser aus, es liege eine weitere Zunahme der LÄhmung, ein progredientes Post-Polio-Syndrom vor. Wegen der ausgeprÄgten MuskelererschÄpfung mit einer erheblichen VerkÄrzung der Gehstrecke kÄnne nur dringend zur Zuerkennung des Merkzeichens "aG" geraten werden, da jede muskulÄre Äberlastung im Alltag durch Äberlange Gehstrecken Äber die ErschÄpfungsgrenze hinaus zu einer

Progredienz des muskulären Abbaus f¼hren werde.

Nach Einholung einer weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme half der Beklagte mit Bescheid vom 22. November 1999 dem Widerspruch der Klägerin insoweit ab, dass ab 7. Juni 1999 ein GdB von 90 festgestellt wurde unter Berücksichtigung folgender Behinderungen: 1. Gebrauchsunfähigkeit des Armes links mit Versteifung des Schultergelenkes links, Lähmung und Versteifung, Teillhmung des Mittelnerven rechts (Karpaltunnelsyndrom), 2. Statische Auswirkung nach Knick-Senk-Spreizfu, Polyneuropathisches Syndrom, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, 3. Leberschaden, 4. Bluthochdruck. Es verblieb allein bei der Zuerkennung der Nachteilsausgleiche "B" und "G".

Nachdem die Klägerin von einer weiteren Verschlechterung beim Laufen berichtet hatte (Schreiben vom 17. Februar 2000), holte der Beklagte erneut Befundberichte von dem Arzt DM P1 â und von Dr. S1 â (Facharzt f¼r Orthopädie in der Post-Polio-Spezialambulanz der Klinik und Poliklinik f¼r Orthopädie des Universitätsklinikums C âin D â) ein.

Der Facharzt P1 â gelangte in Ergänzung zu seinem Befundbericht vom 25. Juni 1999 u. a. zu der Einschätzung, die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs "aG" werde dringend bef¼rwortet.

Dr. S1 â f¼hrte in seinen ärztlichen Berichten vom 12. April 2000 und 9. Mai 2000 aus, neben der klinischen Einschätzung könnten aus den medizinischen Unterlagen Hinweise auf eine rasch progrediente poliobedingte Muskelatrophie gesehen werden. Neben der bekannten Post-Polio-Symptomatik berichte die Klägerin auf Grund der progredienten Sprunggelenksbeschwerden ber Koordinationsschwierigkeiten und Unsicherheitsgefühl nach wenigen Schritten. Man verweise in diesem Zusammenhang auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (Az. [B 9 SB 1/97 R](#) vom 11. März 1998), wonach bei ähnlicher Konstellation bereits die akute Gefahr einer erheblichen Verschlimmerung eines progredienten Leidens f¼r die Feststellung der medizinischen Voraussetzungen des Nachteilsausgleichs "aG" zugesprochen worden sei. In einem Schreiben vom 14. März 2000 zur medizinischen Begrndung der Verordnung eines Elektrorollstuhls f¼r die Klägerin hat Dr. S1 â ausgef¼hrt, fachneurologische Befundverlufe aus dem Jahr 1997, 1998 und 1999 bewiesen eindeutig das Vorliegen einer progredienten Muskelatrophie im Rahmen eines Post-Polio-Syndroms. Auf Grund der progredienten neuen Muskelermdungen sei die Mobilität deutlich unsicherer geworden. Wegen des Versagens des rechten Beines komme es zu regelmäßigen Strzen. Nur wenige Meter könnten aktuell noch selbständig gelaufen werden, wobei neben den belastungsabhängigen Muskelermdungen eine therapieresistente Schmerzhaftigkeit im rechten Unterschenkel- und Sprunggelenksbereich hinzukomme. Neben der jährlich einzufordernden stationären Rehabilitation in einer geeigneten Polio-Klinik halte man die Versorgung mit einem Elektroroller auch f¼r kürzere Strecken dringend geboten. Die belastungsabhängige Progredienz der poliobedingten Muskelatrophie sei hinlänglich bekannt und in den letzten Jahren bei der Klägerin medizinisch untermauert. Um den dauerhaften Rollstuhlgebrauch so lange wie mglich

hinauszuzüßgern und die Mobilität und Selbständigkeit der engagierten, hochmotivierten Klägerin zu gewährleisten, bitte man um Kostenzusage.

Von dem Versorgungsärztlichen Dienst gelangte Dr. B2 â¶ am 1. Juli 2000 zu der Einschätzung, es liege eine erhebliche Muskelatrophie des rechten Beines im Rahmen eines Post-Polio-Syndromes vor. Unter Berücksichtigung der Gebrauchsunfähigkeit des linken Armes sei diese Schädigung nicht vergleichbar mit dem Verlust eines Beines und Armes. Der dauerhafte Rollstuhlgebrauch bestehe noch nicht. Die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich "aG" lägen noch nicht vor.

Soweit dem Widerspruch nicht mit Bescheid vom 22. November 1999 abgeholfen wurde, blieb dieser ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 26. Juli 2000).

Hiergegen richtete sich die am 16. August 2000 beim Sozialgericht Leipzig (SG) erhobene Klage.

Auf mündliche Verhandlung hat das SG mit Urteil vom 21. August 2000 den Bescheid vom 31. August 1999 und den Teilhilfebescheid vom 22. November 1999 beide in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2000 dahingehend abändert, dass das Merkzeichen "aG" ab 14. März 2000 zuerkannt wird. Es könne mit Sicherheit eingeschätzt werden, dass spätestens im Zeitpunkt 14. März 2000 ein gesundheitlicher Zustand vorgelegen habe, der es zwingend erfordert habe, alle möglichen Maßnahmen zur Reduzierung der Gehstrecken für die Klägerin zu ergreifen, um einer akuten Gefahr einer Verschlimmerung in der Weise, wie sie vom BSG im Urteil vom 11. März 1999 gemeint gewesen sei, vorzubeugen. Die Formulierungen von Prof. Dr. F1 â¶ und Dr. S1 â¶ "um den dauerhaften Rollstuhlgebrauch so lange wie möglich hinauszüßgern" bedeute gerade, dass aus orthopädischer Sicht derzeit noch keine enge Bindung an einen Rollstuhl im Sinne von Nr. 31 Abs. 4 Satz 3 der Anhaltspunkte bestehe, ohne den Nachteilsausgleich "aG" jedoch in Kürze mit Sicherheit ein solcher Zustand eintreten würde. Die Verordnung des Rollstuhls sei gerade unter dem Gesichtspunkt einer schwerwiegenden Verschlimmerungsgefahr erfolgt, die nach den Ausführungen des BSG vorliege, wenn medizinisch feststehe, dass der Schwerbehinderte zur Vermeidung überflüssiger Gehstrecken in der Regel einen Rollstuhl benutzen soll, um einer alsbaldigen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes vorzubeugen.

Gegen das am 24. September 2001 zugestellte Urteil richtet sich die am 18. Oktober 2001 beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegte Berufung.

In Ausführung des erstinstanzlichen Urteils hat der Beklagte am 26. November 2001 einen entsprechenden Ausführungsbescheid erlassen.

Der Beklagte ist unter Vorlage von versorgungsärztlichen Stellungnahmen vom 18. Juni 2002, 16. Oktober 2002, 2. Mai 2003 und 3. November 2003 der Ansicht, bei der Klägerin seien die Kriterien für die Feststellung des Nachteilsausgleichs "aG" mit "Vor-sorge-Charakter" nicht erfüllt. Eine ähnliche Konstellation wie in dem

vom BSG mit Urteil vom 11. März 1998 entschiedenen Fall liege nicht vor. Bei jedem Patienten mit PPS drohe eine Verschlimmerung über einen gewissen Zeitraum. Die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs sei schwer eingrenzbare, wenn man all denen zum Nachteilsausgleich "aG" verhelfen wolle, bei denen eine völlige Bindung an den Rollstuhl noch nicht bestehe, die den Rollstuhl jedoch soweit wie möglich benutzen sollten. Beim Personenkreis des "Vorsorge-aG" handele es sich um Menschen, die gehen können, aber nicht sollen.

Demgegenüber ist die Klägerin unter Vorlage von verschiedenen wissenschaftlichen Aufträgen und einer Stellungnahme des Medizinisch-Wissenschaftlichen Beirats im Bundesverband Poliomyelitis e. V. (ohne Datum) der Ansicht, gehe die Belastung des Körpers und damit der motorischen Einheit nicht sehr dosiert vonstatten, finde also keine größtmögliche Schonung statt, sei die Progredienz weitaus stärker. Eine "übertriebene" Belastung liege allerdings bei einer PPS-Erkrankten schon dann vor, wenn eine gesunde Person noch längst nicht von einer starken Belastung sprechen würde. Nach alledem könne sich das PPS durch Gehen sehr wohl verschlimmern und damit auch durch Vermeidung von überflüssigen Gehstrecken hinausgezügert werden.

Der Senat hat einen Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik M in Thermalbad W. beigezogen und Befundberichte von dem Facharzt P1, von Prof. Dr. G1/S1 und von dem Arzt T1 eingeholt.

Im Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik M vom 6. November 2000 werden folgende Diagnosen beschrieben: Restlähmung nach Polio Schulter-Arm-Bereich links, Teillähmungen im Fußbereich links) rechts, Zustand nach Teilversteifung des linken Schultergelenkes Folge spastisch-ataktische Bewegungsstörung im linken Arm, Zustand nach Karpaltunneloperation rechts, sekundäre Sprunggelenkarthrose links bei progredientem Lähmungsknickfuß links) rechts, lokales Lumbalsyndrom bei statischer Über- und Fehlbelastung, Hypertonie, chronische Bronchitis.

Der Facharzt P1 teilte unter dem 9. April 2002 neben den bereits bekannten Diagnosen eine beginnende Koxarthrose beidseits, Zustand nach Tarsaltunnelsyndrom, Tendo-vaginitis der Fingerbeugesehnen rechts und Rhizarthrose beidseits mit.

Prof. Dr. G1 und Dr. S1 führten unter dem 15. April 2002 aus, es habe sich eine gravierende Verschlechterung des Mobilitäts- und Funktionszustandes der Klägerin bei rasch progredienter polybedingter Muskelatrophie im Rahmen eines Spätfolgesyndroms gezeigt. Diese seien über den Verlauf von 1997 bis jetzt aus allen ärztlichen Unterlagen im Verlauf zu entnehmen. Man bitte im Interesse des Nachteilsausgleichs um dringende Berücksichtigung der Progredienz des Leidens.

Der Arzt für Neurologie T1 berichtete unter dem 14. Mai 2002, zuletzt habe sich der muskuläre Zustand weiter deutlich verschlechtert. Es bestehe eine zunehmende Schwäche im rechten Arm, die die Klägerin könne im Haus nur noch bis ca. 4 Meter weit gehen. Sie müsse außerhalb des Hauses ein Elektromobil

benutzen. Treppensteigen können sie nur noch unter 20 Stufen unter Nachziehen des rechten Beines und Hochziehen am Geländer. Sie müssen ca. alle drei Stufen eine Pause bis zu einer Minute machen. Es sei wiederholtes Hinfallen durch Versagen des rechten Beines aufgetreten. Die motorischen Ausfälle hätten sich, seit er die Klägerin kenne, kontinuierlich verschlechtert, so dass kein besonderer Verschlechterungszeitpunkt benannt werden könne. Die vorliegende Gehbehinderung sei durch die schwerstens herabgesetzte Muskelausdauer mit alsbaldigem Versagen nach wenigen Metern Gehstrecke so schwerwiegend, dass ein Vergleich mit derjenigen eines Querschnittsgelähmten oder Beinamputierten gerechtfertigt sei. Des Weiteren sei, da es sich um ein fortschreitendes Leiden auf neuromuskulärem Gebiet, nämlich ein Post-Polio-Syndrom, handle, die entsprechende Entlastung durch die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs "aG" unbedingt erforderlich zwecks Vermeidung von Muskelüberlastungen durch unnötige Gehstrecken, da sonst die ohnehin feststellbare Verschlechterung beschleunigt werde.

Von Dr. S2 (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in M) hat der Senat ein nervenärztliches Gutachten erstellen lassen. In seinem Gutachten vom 21. August 2002 stellte der Sachverständige auf nervenärztlichem Fachgebiet folgende Gesundheitsstörungen fest: Folgezustand nach spinaler Kinderlähmung (Poliomyelitis 1941) der linken Schulter/des linken Armes mit späterer operativer Teilversteifung im linken Schultergelenk (Schulterarthrodese); teilweise, insbesondere im Liegen, auftretende unwillkürliche, choreatisch anmutende Bewegungsabläufe, Post-Polio-Syndrom unter Einbeziehung der übrigen Extremitäten, Zustand nach Operation eines Kompressionssyndroms im Bereich der rechten Hand (KTS) sowie des linken Beines (TTS) ohne wesentliche Funktionsbeeinträchtigung. Eine periphere Nervenstörung im Sinne eines polyneuropathischen Syndroms lasse sich aktuell aus dem klinischen Befund nicht eindeutig ableiten. Auf nicht-nervenärztlichem Fachgebiet lägen folgende Gesundheitsstörungen vor: lokales LWS-Syndrom ohne wesentliche funktionelle Beeinträchtigung, Bluthochdruck (medikamentös ausreichend kompensiert), Leberschädigung nach Entzündung 1978 (anamnestische Angaben), ohne erkennbare funktionelle Beeinträchtigung.

Die Klägerin erfüllt unter Berücksichtigung von Nr. 31 der AHP 1996 die hier fixierten relativ strengen Kriterien bezüglich der Vergabe des Nachteilsausgleichs "aG" nicht. Unter Berücksichtigung des aktuellen in der Begutachtungssituation erhobenen Befundes und der vorliegenden Unterlagen ergebe sich nicht die Möglichkeit einer Gleichstellung mit dem dort genannten Personenkreis. Für ihn entstehe der Eindruck, dass die Klägerin auf Grund ärztlicher Hinweise und der Beschäftigung mit der Problematik eines Post-Polio-Syndroms ein Gehen außerhalb der eigenen Wohnung weitestgehend vermeide (im Sinne einer Vorsorge, sich körperlich nicht zu überlasten, gemäß dem Krankheitskonzept des Post-Polio-Syndroms), ohne dass dies in diesem strengen Regime erforderlich wäre. Gutachterlich werde davon ausgegangen, dass die Klägerin (auch unter Berücksichtigung des weitgehend problemlosen Zurücklegens von deutlich mehr als vier Metern im Rahmen der Begutachtungssituation) aktuell durchaus in der Lage sei, eine Strecke um 50 m zurückzulegen, ohne sich dadurch zu

Überlasten. Dies dürfte auch in etwa der Entfernung von der eigenen Wohnung (Strecke in der Wohnung einschließlich Korridor, Hausflur bzw. Treppenhaus bis zum auf der Straße parkenden Auto des Ehemannes, gelegentlich auch ein Stück vom unmittelbaren Hauseingang entfernt) entsprechen. Nach dem zwar etwas verlangsamten Gangbild werde für diese Strecke ein Zeitaufwand von drei bis vier Minuten angesetzt, ausgehend vom relativ flüssigen Bewegungsablauf in der Untersuchungssituation, wobei eine Verlangsamung des Gehtempo mit zunehmender Entfernung einkalkuliert werde.

Die Klientin benutze für den linken Unterschenkel eine Sprunggelenksorthese, damit verbunden sei eine deutliche Verbesserung der Standsicherheit und auch bessere Gehfähigkeit. Für den rechten Fuß würden Einlagen genutzt, die einen gleichen Effekt hätten. Eine Unterarmstütze werde nicht genutzt. Für längere Wegstrecken sei ein Elektromobil vorhanden mit ausgiebiger Nutzung. Die bei der Klientin vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf orthopädischem und nervenärztlichem Fachgebiet bewirkten, dass der Gehakt nicht mehr völlig flüssig absolviert werden könne, die Geh- und Standsicherheit leicht beeinträchtigt sei, durch orthopädische Hilfsmittel allerdings teilweise kompensiert.

Unter Berücksichtigung des diagnostizierten Post-Polio-Syndroms ergebe sich mit zunehmender Belastung eine Herabsetzung der allgemeinen Kraftentfaltung, hier vorrangig in den unteren Extremitäten, was zweifellos zu einer Verkürzung der Wegstrecke führe. Darüber hinaus werde im Sinne des Krankheitskonzeptes des Post-Polio-Syndroms diese maximale Wegstrecke, die aktuell nicht genau definiert werden könne, verkürzt durch eine vorsorgliche Wegstreckenbegrenzung unter dem Aspekt, Überlastungssituationen mit negativen Auswirkungen nicht erst zustande kommen zu lassen. Nach dem bisherigen Verlauf (und auch nach den aktuellen anamnestischen Angaben der Klientin) sei es zu einer allmählich einsetzenden funktionellen Verschlechterung der durch die im frühen Kindesalter aufgetretenen spinalen Kinderlähmung (Poliomyelitis) zu gesundheitlichen Störungen gekommen, mit einem deutlichen Qualitätsumschlag etwa zwischen 1997 und 1999 im Sinne eines Post-Polio-Syndroms.

Um eine rasche und stärkere Verschlechterung der Muskelfunktion nicht zu provozieren, sollten nach diesem Krankheitskonzept Überlastungen bzw. stärkere Belastung der Muskulatur vermieden werden, obgleich dies rein funktionell noch möglich wäre; allerdings nicht mit der Konsequenz, auf eine Fortbewegung zu Fuß weitestgehend zu verzichten, d. h. prophylaktisch auch kurze Wegstrecken nur noch im Rollstuhl (Elektromobil) zurückzulegen. Die Definition einer entsprechenden Belastung/Wegstrecke zur Vermeidung zu großer Muskelbelastung nach diesem Krankheitskonzept sei kaum exakt festzulegen. Der in der Begutachtungssituation beobachtete Bewegungsablauf lasse die Schlussfolgerung zu, dass durchaus eine Wegstrecke von um die 50 Meter ohne Erreichen einer Ermüdungsgrenze zurückgelegt werden könne. Selbst wenn diese Wegstrecke auf 30 Meter begrenzt würde, sei nach dem pathophysiologischen Mechanismus des Post-Polio-Syndroms nicht von einer akut (also unmittelbar) drohenden Verschlechterung auszugehen, unter Berücksichtigung der

durchschnittlichen Häufigkeit des taglichen Zurücklegens solcher Wegstrecken, hier wohl 2- bis 4-mal taglich. Die Gefahr einer akuten Verschlechterung bestande beispielsweise bei erheblicher Funktionsbeeintrachtung des Herzkreislaufsystems und/oder des Atmungssystems, wenn es bei körperlicher Belastung zu einer plötzlichen Dekompensation im Gefolge einer körperlichen Anstrengung durch den Gehakt käme.

Die Klägerin vermeide in der Öffentlichkeit auf Grund der ihr zugänglichen Informationen über das Post-Polio-Syndrom und entsprechender ärztlicher Äußerungen weitestgehend eine Fortbewegung zu Fuß, was zwar als konsequente Verhaltensweise angesehen werden könne, andererseits aber nicht in dieser Form zwingend notwendig sein müsste, um der Gefahr einer akut drohenden Verschlechterung zu begegnen. Nach dem pathophysiologischen Krankheitskonzept des Post-Polio-Syndroms komme es bei eher chronischer berlastung, denn akuter einmalig stärkerer Belastung zum langsamen Zugrundegehen einzelner für die Steuerung der Muskelarbeit notwendigen Nervenverbindungen (sog. Motoneurone), was sich wiederum in einer allmählichen Beeintrachtung der Kraftentfaltung in den entsprechenden Muskeln widerspiegele. Eine dosierte Schonung bzw. dosierte Beanspruchung der Muskulatur (letzteres auch im Sinne eines dosierten Trainings) dürfte allenfalls über einen längeren Zeitraum zu einer Funktionsbeeinflussung führen. Nach dem vorliegenden Krankheitskonzept sei eine gewisse Zurückhaltung hinsichtlich der körperlichen Belastung zweifellos richtig, was von der Klägerin auch praktiziert werde, andererseits erfülle der pathophysiologische Mechanismus des Krankheitsgeschehens jedoch kaum die Kriterien des BSG-Urteils vom 11. März 1998. Die Klägerin könne auch nicht in diejenige Gruppe von Behinderten eingeordnet werden, die sich nur mit groer Mhe auerhalb eines Kfz bewegen könnten. Wegen der weiteren Einzelheiten des Gutachtens wird auf Bl. 110 bis 136 der LSG-Akte verwiesen.

In einer ergänzenden Stellungnahme hat der Sachverständige Dr. S2 â unter dem 30. Dezember 2002 ausgeführt, unter Auerachtlassung des Aspektes einer drohenden Verschlechterung der Erkrankung der Klägerin durch berlastung und unter Berücksichtigung des erhobenen klinischen Befundes sei sie noch in der Lage, mehr als 300 Meter zu-rckzulegen. Bezglich des Erreichens einer Ermdungsgrenze unter Beachtung des berlastungsaspektes sei eine exakte Festlegung zweifellos nicht mglich, da es hierfür kein objektives Ma gebe. Die im Gutachten angeführte Wegstrecke von ca. 50 Metern ohne Erreichen einer Ermdungsgrenze sei sehr knapp bemessen, eine Wegstrecke von 100 Metern wäre nach dem klinischen Untersuchungsbefund gleichfalls gutachterlich noch zu vertreten. Die von der Klägerin angegebenen sehr kurzen Wegstrecken implizierten eine durch praktisch jede körperliche Bewegung, insbesondere Gehstrecke, eine unmittelbar auftretende akute gravierende Verschlechterung des gesamten Krankheitsbildes.

Im Berufungsverfahren hatte die Klägerin einen Arztbrief von Dr. S1 â vom 17. Februar 2003 vorgelegt. Darin ist u. a. ausgeführt, röntgenologisch bestehe eine fortgeschrittene Arthrose im oberen und unteren Sprunggelenk. Der

Hauptdruckschmerz werde $\frac{1}{4}$ ber dem lateralen unteren Sprunggelenk bzw. dem ventrolateralen oberen Sprunggelenk angegeben. Die Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes bei liegendem Kniegelenk be-messe sich wie folgt:
Dorsalextension/Plantarflexion 5/0/30 $\hat{\text{A}}^\circ$, endgradig hoch schmerzhaft;
Pronation/Supination 10/0/20 $\hat{\text{A}}^\circ$, endgradig schmerzhaft, insbesondere bei Pronationsstress. Es sei eine Wiedervorstellung in der Fu $\hat{\text{A}}$ spezialambulanz der Klinik vereinbart worden, um anhand der aktuellen radiologischen Befunde die Indikation zur Arthrodesese des Sprunggelenkes zu $\frac{1}{4}$ berpr $\frac{1}{4}$ fen. Sollte nur das obere Sprunggelenk betroffen sein, sei die Kl $\hat{\text{A}}$ xgerin $\frac{1}{4}$ ber die prinzipielle M $\hat{\text{A}}$ glichkeit einer Sprunggelenksendoprothese hingewiesen worden.

Dazu hat der Sachverst $\hat{\text{A}}$ ndige Dr. S2 $\hat{\text{A}}$ mit Datum vom 31. M $\hat{\text{A}}$ rz 2003 wie folgt Stellung genommen: Bei den mitgeteilten Funktionsbeeintr $\hat{\text{A}}$ chtigungen handele es sich um Funktionsst $\hat{\text{A}}$ rungen, die mit dem Post-Polio-Syndrom prim $\hat{\text{A}}$ r nichts zu tun h $\hat{\text{A}}$ tten. Die jetzigen Funktionsbeein-tr $\hat{\text{A}}$ chtigungen, die allerdings zum Teil schon anl $\hat{\text{A}}$ sslich der Begutachtung im Sommer 2002 mit ber $\hat{\text{A}}$ cksichtigt worden seien, seien prinzipiell behandlungsf $\hat{\text{A}}$ hig. Damit w $\hat{\text{A}}$ rde sich allerdings auch die Funktionsbeeintr $\hat{\text{A}}$ chtigung deutlich mindern oder beheben lassen. Eine $\hat{\text{A}}$ nderung der bisherigen gutachterlichen Einsch $\hat{\text{A}}$ tzung ergebe sich aus dem jetzigen ortho-p $\hat{\text{A}}$ dischen Befundbericht nicht.

Unter dem 23. Juli 2003 hat Dr. S1 $\hat{\text{A}}$ von der Durchf $\hat{\text{A}}$ hrung einer pantalaren Sprung-gelenksarthrodese links (am 3. Juli 2003 komplikationslos) berichtet. Am 27.01.2004 legte die Kl $\hat{\text{A}}$ xgerin einen Befundbericht von Dr. T1 $\hat{\text{A}}$, Facharzt f $\hat{\text{A}}$ r Neuro-logie, vor, in welchem ausgef $\hat{\text{A}}$ hrt wird, dass sich die Gangst $\hat{\text{A}}$ rung durch schwere Schmer-zen erheblich weiter verschlechtert habe. Gehstrecken $\frac{1}{4}$ ber wenige Meter bedeuteten gleichzeitig mit den erheblichen Schmerzen eine derartige Belastung, dass eine rasche Be-schleunigung des muskul $\hat{\text{A}}$ ren Verfalles durch das Post-Polio-Syndrom zu bef $\hat{\text{A}}$ rchten sei. Da die Kl $\hat{\text{A}}$ xgerin nur $\hat{\text{A}}$ mit Hilfe einer f $\hat{\text{A}}$ hrenden Person $\hat{\text{A}}$ wenige Schritte gehen k $\hat{\text{A}}$ inne, sei unter diesen Umst $\hat{\text{A}}$ nden die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" gerechtfertigt. Auch Dr. S1 $\hat{\text{A}}$ best $\hat{\text{A}}$ tigte in einer Stellungnahme zur Verordnung des Bewegungstherapieger $\hat{\text{A}}$ tes MOTomed vival, dass die Kl $\hat{\text{A}}$ xgerin nur kurze Strecken in ihrer Wohnung gehen k $\hat{\text{A}}$ inne, schnell ersch $\hat{\text{A}}$ pfte sei und sich dann wieder ausruhen m $\hat{\text{A}}$ sse. Die verbliebene Gehf $\hat{\text{A}}$ higkeit sei nicht ausreichend, um einer weiteren Verschlechterung entgegenzuwirken.

Der Senat hat daraufhin ein neurologisches Sachverst $\hat{\text{A}}$ ndigengutachten bei Prof. W1 $\hat{\text{A}}$, Direktor der Klinik f $\hat{\text{A}}$ r Poliklinik und Neurologie, beim Universit $\hat{\text{A}}$ tsklinikum L $\hat{\text{A}}$ eingeholt. Unter Ber $\hat{\text{A}}$ cksichtigung der Einsch $\hat{\text{A}}$ tzung, dass die Kl $\hat{\text{A}}$ xgerin auf Grund $\hat{\text{A}}$ rtzlicher Hinweise und der Besch $\hat{\text{A}}$ ftung mit der Problematik eines Post-Polio-Syndroms ein Ge-hen au $\hat{\text{A}}$ erhalb der Wohnung weitestgehend vermeide (im Sinne einer Vorsorge, sich k $\hat{\text{A}}$ r-perlich nicht zu $\hat{\text{A}}$ berlasten, gem $\hat{\text{A}}$ dem Krankheitskonzept des Post-Polio-Syndroms) h $\hat{\text{A}}$ lt Prof. W1 $\hat{\text{A}}$ gleichwohl eine Wegstrecke von 50 Metern f $\hat{\text{A}}$ r zur $\hat{\text{A}}$ cklegbar, ohne dass eine $\hat{\text{A}}$ berlastung eintrete. Prof. W1 $\hat{\text{A}}$ setzt hierf $\hat{\text{A}}$ r einen Zeitaufwand von 3 bis 4 Minuten an. Eine Innervation der unteren Extremit $\hat{\text{A}}$ ten wurde durch EMG-Befunde und ENG-Befunde belegt. Allerdings habe sich beim Muskelus deltoideus

links keine WillkÄ¼rinnervation ab-leiten lassen. Es liege also hier ein vollstÄ¼ndiger Denervierungszustand vor. Was den gelÄ¼hmten linken Arm angehe, bestehe im Ä¼brigen ein ursÄ¼chlich nicht abgeklÄ¼rter Ver-dacht auf eine hyperkinetische BewegungsstÄ¼rung. AuÄ¼erdem liege ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts vor, wobei auch hier die distale InnervationsstÄ¼rung des Nervus medianus dexter elektroneurographisch habe bestÄ¼tigt werden kÄ¼nnen. Die Nutzung einer Geh-hilfe sei also nur eingeschrÄ¼nkt mÄ¼glich. In der klinischen Untersuchung habe sich im Be-reich der unteren ExtremitÄ¼ten als einziger pathologischer Befund eine aktive und passive BewegungseinschrÄ¼nkung im linken Sprunggelenk nach der Versteifungsoperation und eine Ä¼demneigung dargestellt. Zudem habe die KlÄ¼gerin Ä¼ber Schmerzen beim Auftreten mit dem linken FuÄ¼ berichtet. Insgesamt mÄ¼sse man sagen, dass die KlÄ¼gerin die Voraussetzungen des Merkzeichens "aG" wegen auÄ¼ergewÄ¼hnlicher Gehbehinderung von organ-neurologischer Seite nicht erfÄ¼lle. Sie sei durchaus in ihrer MobilitÄ¼t eingeschrÄ¼nkt, sie kÄ¼nne sich aber ohne fremde Hilfe auÄ¼erhalb des Kraftfahrzeuges bewegen. Allerdings sei nicht Gegenstand der gut-achtlichen Untersuchung gewesen, inwieweit Gehbehinderung durch orthopÄ¼dische und/oder funktionelle StÄ¼rungen bedingt sei. Aus neurologischer Sicht drohe keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wenn das Merkzeichen "aG" nicht zuerkannt werde. Es werde insgesamt aufgrund der Schmerz-symptomatik des linken FuÄ¼es ein orthopÄ¼disches Zusatzgutachten empfohlen.

Dieses wurde bei Herrn Dr. G2 â¼ eingeholt, welcher zu dem Ergebnis kommt, die KlÄ¼gerin erfÄ¼lle aus orthopÄ¼discher Sicht die Voraussetzung fÄ¼r die Vergabe des Merkzeichens "aG". Sie sei infolge der Schwere ihres Leidens dauernd auf fremde Hilfe auÄ¼erhalb des Kraftfahrzeuges angewiesen. Das Gehen sei mit grÄ¼Ä¼ten Anstrengungen verbunden, ohne Elektromobil kÄ¼nne sie nur allerkÄ¼rzeste Gehstrecken zurÄ¼cklegen. Insofern sei auf-grund der seit Jahren bestehenden schwersten EinschrÄ¼nkungen hinsichtlich der GehfÄ¼higkeit die Vergleichbarkeit mit einem Doppeloberschenkelamputierten zu bejahen. Der KlÄ¼gerin kÄ¼nne eine Gehstrecke von 20 bis 50 Metern mit einem vierrÄ¼drigen Rollmobil mit gleichzeitiger Unterarmaufliegeschale zugemutet werden. Hinsichtlich der Psyche seien keine AuffÄ¼lligkeiten zu bemerken, die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens zur Frage einer etwaigen psychogenen GangstÄ¼rung sei nicht indiziert. Es sei schwierig zu beurteilen, ob vorrangig die SchwÄ¼che in beiden Beinen oder die schwere Arthrose in der Sprunggelenksregion fÄ¼r die erheblich eingeschrÄ¼nkte GehfÄ¼higkeit von grÄ¼Ä¼erer Bedeutung sei.

Dr. G2 â¼ fÄ¼hrt aus, dass aufgrund des Gesamteindrucks der Patientin wÄ¼hrend der Un-tersuchung eine aggravative Tendenz eindeutig verneint werden mÄ¼sse. Die KlÄ¼gerin er-scheine in psychischer Hinsicht stabil. Sie merke auch bei der Untersuchung, dass die gro-be Kraft des Beines bei einer ganz klar definierten Bewegung vorhanden sei. Sie kÄ¼nne ihre GesÄ¼Ä¼muskulatur sehr gut anspannen, kÄ¼nne ihr Bein sehr schnell und krÄ¼ftig anhe-ben, herunterdrÄ¼cken und auch zur Seite abspreizen und wisse das auch. Die Mitarbeit sei gut. Es entstehe nicht der Eindruck, dass eine Fixierung auf ihr Krankheitsbild in einer schweren AusprÄ¼gung bestehe. Alle Behandler beschrieben seit Jahren ein konstantes ex-trem schlechtes GehvermÄ¼gen. Es werde eine Wegstrecke zwischen fÄ¼nf und zwanzig Me-tern

beschrieben. Auch wenn diese schwere Gangstörung sich schlecht objektivieren lasse, sei sie im täglichen Leben zweifellos seit Jahren vorhanden und schränke die Gehfähigkeit der Klägerin auf das Schwerste ein. Die Einschränkung der Gehfähigkeit sei glaubhaft.

Der Beklagte weist auf die Diskrepanz zwischen den neurologischen Untersuchungsdaten (EMG, Kräftegrad) und der Beschwerdesymptomatik mit Nutzung von E-Mobil und Gehwagen hin und ist der Auffassung, ein Laufen nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung vom ersten Schritt an sei bisher nicht gegeben, denn auch Dr. G2 habe ein "vorsichtiges, kleinschrittiges Gangbild mit Rollmobil" beschrieben.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 21.08.2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen. Die Klägerin beantragt,

die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 21.08.2001 zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die beigezogenen Schwerbehindertenakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Beklagten ist nicht begründet. Zu Recht hat das SG der Klage stattgegeben. Die Klägerin hat Anspruch auf Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich "aG", für den der Beklagte nach Maßgabe des § 69 Abs. 4 des zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor dem Senat anzuwendenden Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) zuständig ist. Sie gehört dem berechtigten Personenkreis an.

In welchen Fällen Anspruch auf den Nachteilsausgleich "aG" besteht, richtet sich nach den auf Grund [§ 6 Abs. 1 Nr. 14](#) des Straßenverkehrsgesetzes (StVG) zu [§ 46 Abs. 1 Nr. 1](#) Straßenverkehrsordnung (StVO) erlassenen Verwaltungsvorschriften (vgl. BAnz. 1976 Nr. 142 vom 31. Juli 1976, S. 3 ff.; nunmehr neu erlassen als allgemeine Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung, BAnz. 2001, Nr. 21 S. 1419 – VV). Unter Abschnitt III Nr. 1 heißt es: "Als Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen: Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind sowie andere Schwerbehinderte, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch auf Grund von Erkrankungen, dem

vorstehend angeführten Personenkreis gleichzustellen sind." Diese Beurteilungskriterien sind vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in den von ihm herausgegebenen "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1996" (Anhaltspunkte für AHP) (AHP Nr. 31, S. 167 bis 168) und vom Bundessozialgericht (BSG) in seiner ständigen Rechtsprechung übernommen worden (vgl. BSG, Urteil vom 9. März 1988, Az. [9/9a RVs 15/87](#) = SozSich 1988, 381; Urteil vom 12. Februar 1997, Az. [9 RVs 11/95](#) = SGB 1997, 217 bis 218).

Die Klägerin leidet an folgenden Gesundheitsstörungen: • Folgezustand nach spinaler Kinderlähmung (Poliomyelitis 1941) der linken Schulter/des linken Armes mit späterer operativer Teilversteifung im linken Schultergelenk (Schulterarthrose), • Post-Polio-Syndrom unter Einbeziehung der übrigen Extremitäten, • Zustand nach Operation eines Kompressionssyndroms im Bereich der rechten Hand (KTS) sowie des linken Beines • (TTS), lokales LWS-Syndrom, • Bluthochdruck, • Leberschädigung nach Entzündung 1978 (anamnestische Angaben), • Zustand nach pantalaren Sprunggelenksarthrose links (3. Juli 2003).

Unter Berücksichtigung dieser Gesundheitsstörungen gehört die Klägerin nicht zu dem oben genannten Personenkreis. Nach Überzeugung des Senats ist sie jedoch dem vorstehend angeführten Personenkreis "gleichzustellen".

Nach ständiger Rechtsprechung 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; dies wird von der enumerativen Aufzählung der Behindertengruppen in den allgemeinen Verwaltungsvorschriften bestimmt. 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 (BSG, Urteil vom 12. Februar 1997, [a. a. O.](#)). Für eine Gleichstellung mit dem in den allgemeinen Verwaltungsvorschriften im Einzelnen genannten Personenkreis kommt es darauf an, dass die Auswirkungen funktionell gleichzuachten sind, wobei der Leidenszustand also ebenfalls wegen einer außergewöhnlichen Behinderung beim Gehen die Fortbewegung auf das Schwerste einschränken muss (vgl. BSG [a. a. O.](#), BSG SozR 3870 § 3 Nr. 18). Dabei kommt es für den Nachteilsausgleich nicht auf die allgemeine Vergleichbarkeit der Auswirkungen der Gesundheitsstörung, die letztlich durch die Höhe des GdB manifestiert werden, sondern allein darauf an, dass die Auswirkungen funktional im Hinblick auf die Fortbewegung gleich zu achten sind (vgl. BSG, Urteil vom 12. Februar 1997, [a. a. O.](#); BSG, Urteil vom 15. August 2000, Az. [B 9 SB 33/00 B](#)). Dies 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. BSG, Urteil vom 12. Februar 1997, [a. a. O.](#); Urteil vom 15. August 2000, [a. a. O.](#)). Dabei sind das erreichte Krankheitsstadium, die Krankheitsphase und die konkreten individuellen

Auswirkungen auf das Gehvermögen des Betroffenen entscheidend, wo-bei es auf die individuelle Ausformung des Leidens und seiner Intensität sowie auf die Auswirkungen auf das Gehvermögen im Einzelfall ankommt (vgl. BSG, Urteil vom 15. August 2000, [a. a. O.](#)). Es kommt nicht auf die Vollständigkeit oder Unvollständigkeit der unteren Extremitäten an, sondern allein auf den Schweregrad der Beeinträchtigung beim Gehen, und zwar soweit die Gehfähigkeit durch Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen im Bereich der unteren Extremitäten und der Wirbelsäule beeinträchtigt ist; jede der in den VV genannten Behindertengruppen ist geeignet, als Vergleichsmaßstab herangezogen zu werden (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1997, Az. [9 RVs 16/96](#) = [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr. 22](#)).

Es gibt keinen exakten Beurteilungsmaßstab, um den berechtigten Personenkreis nach dem gesteigerten Energieaufwand beim Gehen abzugrenzen. Auch eine an Metern ausgedrückte Wegstrecke taugt dazu grundsätzlich nicht. Die maßgebenden straßenverkehrsrechtlichen Vorschriften stellen nicht darauf ab, über welche Wegstrecke ein schwerbehinderter Mensch sich außerhalb seines Kraftfahrzeuges zumutbar noch bewegen kann, sondern allein darauf, unter welchen Bedingungen ihm dies nur noch möglich ist: nämlich nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung. Wer diese Voraussetzung â praktisch von den ersten Schritten außerhalb seines Kraftfahrzeuges an â erfüllt, qualifiziert sich für den entsprechenden Nachteilsausgleich auch dann, wenn er gezwungenermaßen auf diese Weise längere Wegstrecken zurücklegt. Es ist davon auszugehen, dass in ihrer Gehfähigkeit in ungewöhnlich hohem Maße eingeschränkte schwerbehinderte Menschen sich beim Gehen regelmäßig körperlich besonders anstrengen müssen (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2002, Az. [B 9 SB 7/01 R](#)). Dem Urteil des BSG vom 10. Dezember 2002 folgt auch das von der Klägerin zitierte Urteil des SG Dortmund vom 21. Februar 2003 (Az. [S 7 SB 48/02](#)).

Im Rahmen der vorzunehmenden Gesamtwertung des Krankheitsbildes und seiner Auswirkungen war insbesondere zu berücksichtigen, dass die Klägerin an einem Post-Polio-Syndrom leidet. Hierzu und zu den übrigen bei der Klägerin bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen hat der Sachverständige Dr. S2 â ausgeführt, das ursprüngliche Betroffen-sein des linken Armes im Rahmen der spinalen Kinderlähmung mit späterer Teilversteifung im linken Schultergelenk habe zu einer deutlichen Funktionsbeeinträchtigung geführt, jedoch nicht zur Funktionsunfähigkeit. Der linke Arm sei in begrenztem Umfang für Halte- und Greifleistungen einsetzbar. Das Vermögen, beim Gehen eine physiologische Ausbalancierung durch Mitbewegung der Arme durchzuführen, werde hierdurch allerdings deutlich beeinträchtigt. Das Post-Polio-Syndrom bewirke, wenn den theoretischen Konzepten gefolgt werde, eine deutliche Beeinträchtigung der muskulären Leistungsfähigkeit mit der Gefahr einer Überbelastung auch bei geringen körperlichen Anforderungen, mit daraus resultierender Gefahr der weiteren Verschlechterung im Sinne eines Teufelskreises. Aktuell würde auf dieses Syndrom insbesondere die Verkürzung der Gehstrecke bezogen, wobei ausdrücklich hervorgehoben werden müsse, dass dies auch willentlich unter prophylaktischen Gesichtspunkten erfolge, keinesfalls ausschließlich durch

funktionelle Grenzen begründet werden können. Die übrigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bewirkten keine wesentliche Funktionsbehinderung, aus nervenärztlicher Sicht auch nicht das lokale LWS-Syndrom. Die fortgeschrittene Arthrose im oberen und unteren Sprunggelenk links (vgl. Arztbrief Dr. S1 â€œ vom 17. Februar 2003) sei prinzipiell behandlungsfähig, insoweit würde sich allerdings auch die Funktionsbeeinträchtigung deutlich mindern oder beheben lassen (vgl. ergänzende Stellungnahme Dr. S2 â€œ vom 31. März 2003). Die bei der Klägerin vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf orthopädischen und nervenärztlichen Fachgebieten bewirken, dass der Gehakt nicht mehr völlig flüssig absolviert werden kann, die Geh- und Standsicherheit leicht beeinträchtigt, durch orthopädische Hilfsmittel allerdings teilweise kompensiert sei. Unter Berücksichtigung des diagnostizierten Post-Polio-Syndroms ergebe sich mit zunehmender Belastung eine Herabsetzung der allgemeinen Kraftentfaltung, vorrangig natürlich in den unteren Extremitäten, was zweifellos zu einer Verkürzung der Wegstrecke führe. Darüber hinaus werde im Sinne des Krankheitskonzeptes des "Post-Polio-Syndroms" diese maximale Wegstrecke, die aktuell nicht genau definiert werden kann, verkürzt unter dem Aspekt, Überlastungssituationen mit negativen Auswirkungen gar nicht erst zustande kommen zu lassen. Diese gutachterliche Äußerung und weitere ärztliche Äußerungen (vgl. Arztbrief Dr. S1 â€œ vom 14. März 2000 und 15. April 2002 sowie Arztbriefe des Facharztes T1 â€œ vom 18. Oktober 1999 und 23. Oktober 2001) weisen zweifelsfrei nach, dass die Klägerin an einer gravierenden Gehbehinderung leidet. Das Ausmaß der Gehbehinderung der Klägerin erreicht auch nach Auffassung des Senats das Ausmaß, das für die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs "aG" erforderlich sind.

Der Sachverständige Dr. S2 â€œ hat in seinem Gutachten ausgeführt, nach den aktuell erhobenen körperlich-neurologischen Befunden und der Beobachtung in der Begutachtungssituation sei eine Wegstreckenbegrenzung auf ca. vier Meter zweifellos nicht zutreffend. Die Wegstrecke bis zum Einsetzen von Erschöpfungssituationen kann zweifellos nur bei guter Motivation der Klägerin im Praxisversuch getestet werden, was auch unter Berücksichtigung des diagnostizierten Post-Polio-Syndroms zweifellos nicht zu einer akuten Verschlechterung bei einmaliger Durchführung führe. Für ihn sei der Eindruck entstanden, dass die Klägerin auf Grund ärztlicher Hinweise und der Beschäftigung mit der Problematik des Post-Polio-Syndroms ein Gehen außerhalb der eigenen Wohnung weitestgehend vermeide, ohne dass dies nach aktueller gutachterlicher Einschätzung in diesem strengen Regime erforderlich wäre. Es werde davon ausgegangen, dass die Klägerin (auch unter Berücksichtigung des weitgehend problemlosen Zurücklegens von deutlich mehr als vier Metern im Rahmen der Begutachtungssituation) aktuell durchaus in der Lage sei, eine Wegstrecke um 50 Meter zurückzulegen, ohne sich dadurch zu belasten. Dies dürfe auch in etwa der Entfernung von der eigenen Wohnung (Strecke in der Wohnung einschließlich Korridor, Hausflur bzw. Treppenhaus bis zum auf der Straße parkenden Auto des Ehemannes, gelegentlich auch ein Stück vom unmittelbaren Hauseingang entfernt) entsprechen. Nach dem zwar etwas verlangsamten Gangbild werde für diese Strecke ein Zeitaufwand von drei bis vier Minuten angesetzt, ausgehend vom relativ flüssigen Bewegungsablauf in

der Untersuchungssituation, wobei eine Verlangsamung des Geh tempos mit zunehmender Entfernung einkalkuliert werde. Die KlÄxgerin benutze fÄ¼r den linken Unterschenkel eine Sprunggelenksorthese, damit einher gehe eine deutliche Verbesserung der Standsicherheit und auch bessere GehfÄxhigkeit. FÄ¼r den rechten Fuß wÄ¼rden Einlagen benutzt, die einen gleichen Effekt hÄxten.

In seiner ergÄxnzenden Stellungnahme vom 30. Dezember 2002 hat der SachverstÄndige ausgefÄ¼hrt, unter AuÄerachtlassung des Aspektes einer drohenden Verschlechterung der Erkrankung der KlÄxgerin durch Äberlastung unter BerÄcksichtigung des erhobenen klinischen Befundes sie noch in der Lage sei, mehr als 300 Meter zurÄckzulegen. BezÄglich des Erreichens einer ErmÄdungsgrenze unter Beachtung des Äberlastungsaspektes seien exakte Festlegungen zweifellos nicht mÄglich, da es hierfÄ¼r kein objektives MaÄ gebe. Die im Gutachten angefÄ¼hrte Wegstrecke von ca. 50 Metern ohne Erreichen einer ErmÄdungsgrenze sei sehr knapp bemessen, eine Wegstrecke von 100 Metern wÄre nach dem klinischen Untersuchungsbefund gutachterlich noch zu vertreten. Nach EinschÄtzung des SachverstÄndigen gehÄ¼rt die KlÄxgerin nicht zu dem Personenkreis, der sich nur mit groÄer MÄhe auÄerhalb eines Kfz bewegen kann.

Allerdings hat Dr. S2 â¼ bei der KlÄxgerin folgendes Gangbild beschrieben: Gangbild ohne Orthese nicht raumgreifend, etwas verkÄrzte SchrittlÄnge, kein richtiges Abrollen Äber die Fersen beidseits, FÄ¼re etwas stÄrker auseinandergesetzt, leicht unsicher wirkend, linkes Bein beim Aufsetzen in leichter PronationsstÄrung, geringes Mitschwingen des linken Armes, hÄngt weitgehend senkrecht nach unten, dafÄ¼r aber etwas stÄrkere Ausgleichsbewegungen mit dem rechten Arm. Zehen- und Fersengang waren nur sehr schwer bzw. kaum durchfÄ¼hrbar. Ein in die Hockegehen und Wiederaufrichten mittig sei nur mit Festhalten mÄglich gewesen. Die KlÄxgerin sei in der Lage gewesen, im Untersuchungsraum eine Strecke von fÄ¼nf Metern ohne grÄÄere Schwierigkeiten zu gehen, vor der Untersuchung und am Ende der Begutachtung sei die Wegstrecke durch den Warteraum bis zum Elektromobil ohne besondere Schwierigkeiten bewÄtigt worden (Strecke ca. 15 Meter). Am Ende der Untersuchung sei sie vom wartenden Ehemann im Warteraum in Empfang genommen und zum Elektromobil geleitet worden, was allerdings nicht zwingend erforderlich gewesen wÄre.

Es wird nicht begrÄndet, warum dies "nicht erforderlich" gewesen sein soll. Die dann in der ergÄxnzenden Stellungnahme vom 30.12.2002 vorgenommene WegstreckeneinschÄtzung von 300 m ist danach keine objektiven Befunde oder Beobachtungen untermauert und wird im Äbrigen dadurch entscheidend relativiert, dass von dem Vorhandensein einer Begleitperson ausgegangen wird. Wer aber nur mit fremder Hilfe sich fortbewegen kann, erfÄ¼llt die Voraussetzung fÄ¼r das Merkzeichen "aG".

DarÄber hinaus ist dieser Nachteilsausgleich grundsÄtzlich auch auf Grund einer unmittelbaren Drohung des Nachteils, der ausgeglichen werden soll, zuzuerkennen. Der Zweck der Vorschrift legt es nahe, den Nachteilsausgleich ausnahmsweise

schon dann zuzuerkennen, wenn der Nachteil, der ausgeglichen werden soll, bereits unmittelbar "droht" und sein Eintritt nur durch ein entsprechendes Verhalten des Schwerbehinderten zeitlich hinausgezögert werden kann. Der Schwerbehinderte hat in diesen Fällen bereits Anspruch auf den Nachteilsausgleich "aG", wenn die ihm dadurch gebotenen Erleichterungen im Straßenverkehr (z. B. zusätzliche Parkmöglichkeiten, Ausnahme von Halteverboten) prophylaktisch ins Gewicht fallen. Dieses ist allerdings nicht anzunehmen, solange der Behinderte noch entsprechende Wegstrecken im häuslichen Bereich oder bei sonstiger Gelegenheit zurückzulegen pflegt und auch trotz Vorliegens eines progredienten Leidens unter medizinischen Gesichtspunkten auch zurücklegen darf oder gar soll. Muss dagegen der Behinderte zur Vermeidung einer weiteren sonst alsbald eintretenden erheblichen Verschlimmerung das Gehen in allen Lebensbereichen soweit wie irgend möglich einschränken, so ist auch die Einsparung der Wegstrecken als notwendig anzusehen, d. h. dem Schwerbehinderten können auch diese Wegstrecken nicht mehr zugemutet werden. In diesem Fall ist er denjenigen gleichzustellen, bei denen wegen des bereits eingetretenen Gesundheitsschadens das Gehen funktionell nicht mehr möglich oder auf das Schwerste beeinträchtigt ist. Von einer so schweren Verschlimmerungsgefahr ist dann auszugehen, wenn medizinisch feststeht, dass der Schwerbehinderte zur Vermeidung überflüssiger Gehstrecken in der Regel einen Rollstuhl benutzen soll, um einer alsbaldigen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes vorzubeugen (vgl. BSG, Urteil vom 11. März 1998, Az. [B 9 SB 1/97 R](#) = [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr. 23](#) = [BSGE 82, 37](#) bis 40).

Es sprechen gewichtige Gründe dafür, diese Voraussetzung bei der Klägerin zu bejahen, denn mit dem Sozialgericht und Dr. S1 ist davon auszugehen, dass der Eintritt der absoluten Gehunfähigkeit durch Zuerkennung des Merkzeichens "aG" und die damit verbundenen Begünstigungen herausgeschoben werden kann. Die akute Gefahr einer sofortigen Verschlimmerung durch jedes Gehen ist, anders als Dr. S2 meint, nicht Voraussetzung für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" unter dem Gesichtspunkt der drohenden Verschlimmerung. Gerade die chronische Überbelastung ist, wie auch Dr. S2 ausgeführt hat, zu vermeiden.

Die Besonderheit des vorliegenden Falles besteht darin, dass alle Gutachter einheitlich auf die Schwierigkeit hinweisen, greifbare Kriterien zu finden, um die Frage nach der zumutbaren Wegstrecke bzw. die Frage danach, was der Klägerin noch "möglich" ist, zu beantworten. Prof. W1 hat darauf hingewiesen, dass die unteren Extremitäten in einer Weise innerviert sind, dass jedenfalls von organ-neurologischer Seite eine außergewöhnliche Gehbehinderung nicht zu begründen wäre. Auf der anderen Seite ist aber auch nicht in Abrede zu stellen, dass die außergewöhnlichen Schwierigkeiten, die die Klägerin tatsächlich beim Gehen hat, weder auf Simulation noch auf Aggravation noch auf eine psychogene Gangstörung zurückzuführen sind. Die Kriterien für das Merkzeichen "aG" sind von Rechtsprechung und Verwaltungsgeber nicht in einer Weise umrissen, dass gewissermaßen aus der Diagnose oder aus einem bestimmten objektiv messbaren Schweregrad (Janda, Nervenleitgeschwindigkeit) unmittelbar auf die Berechtigung für das Merkzeichen "aG" zu schließen wäre. Vielmehr ist tatsächlich darauf abzustellen, was individuell "möglich" ist. Wenn in diesem

Zusammenhang von der "zumutbaren Willensanstrengung" die Rede ist, so sollen damit jene Fälle ausgegrenzt werden, bei denen die Unmöglichkeit, bestimmte Verrichtungen auszuführen, gewissermaßen noch vom Willen gesteuert wird, wenn also in Wahrheit gar keine Unmöglichkeit vorliegt, sondern eine "Unwilligkeit".

Hiervon abzugrenzen sind die Fälle, in denen eine schwer kranke Person sich aufgrund der Erkenntnis des eigenen Körpers, der Kenntnis der Krankheit und letztendlich eines gewissen Instinktes bestimmte Sachen nicht mehr zutraut, obwohl sich eine mit relativ groben Messmethoden vorgenommene "objektive Unmöglichkeit" nicht feststellen lässt. Das Nervensystem des menschlichen Körpers ist so angelegt, dass der Mensch ohne es wirklich kontrollieren zu können gewissermaßen "reflexhaft" davor zurückschreckt, sich selber Schmerzen zuzufügen. Hieraus können sich die typischen Fehlhaltungen bei Nervenmuskelreizerscheinungen ergeben, die allerdings auch nicht durch ein gewaltsames "Brechen" des Widerstandes zu therapieren sind, sondern in der Regel durch eine wohl abgewogene Rehabilitation. Das instinktmäßige Vermeiden von bestimmten Belastungen, die schon vorbewusst als schädlich empfunden werden, darf nicht gleichgesetzt werden mit einer Vermeidenshaltung, die durch "zumutbare Willensanstrengung" zu überwinden wäre. Insofern hat der vorliegende Fall durchaus Berührungspunkte mit der Problematik der "drohenden Verschlimmerung". Zwar hat auch Dr. G2 diese Voraussetzungen verneint; das vorsichtige Verhalten der Klägerin kann aber nicht in dem Sinne als irrational und damit irrelevant bezeichnet werden, dass von ihr verlangt wird, die Vorsicht aufzugeben. Es ist zutreffend, dass bei der Klägerin nicht etwa ein Rollstuhl, also die mehr oder weniger vollständige Immobilisation zur Vermeidung einer Verschlimmerung indiziert wäre, im Gegenteil, der Klägerin wurde ein Motomed viva-Trainingsgerät verordnet, um eine Verschlimmerung durch Training zu vermeiden. Es handelt sich hierbei jedoch um ein speziell auf die Erkrankung der Klägerin zugeschnittenes Training; das Gerät wurde unter anderem deswegen verordnet, weil gerade das an sich bei gesunden Menschen ausreichende natürliche Training, also das Gehen, bei der Klägerin nicht möglich ist und auch durch hiermit verbundene kurzfristige immer wiederkehrende Überbeanspruchung kontra-produktiv sich darstellen könnten.

Der Senat glaubt mit Dr. G2, dass die Klägerin, dass sie sich bereits vom ersten Schritt an nur mit größerer Anstrengung fortbewegen kann. Der Einwand des Beklagten, dass sie mit einem Rollator auch längere Wegstrecken zurücklegen kann, ist in diesem Zusammenhang nicht anspruchsschädlich: Die Fortbewegung mit einem Rollator ist, wie auch die Fortbewegung mit fremder Hilfe oder einem Rollstuhl, nicht mehr unter das Gehen mit Gehhilfe zu subsumieren.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

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

Erstellt am: 18.05.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024