S 2 SB 575/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 SB 575/19
Datum	10.03.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 1444/21
Datum	13.01.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 10.Â MÃ¤rz 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Â

<u>Tatbestand</u>

Der KlÃ¤ger begehrt die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens â aGâ (auÃergewÃ¶hnliche Gehbehinderung).

Er ist 1943 geboren, hat eine Ausbildung als Einzelhandelskaufmann absolviert und war viele Jahre im AuÃendienst tÃ¤tig. Zuletzt war er bei einem Paketdienst beschÃ¤ftigt, bis er die TÃ¤tigkeit aufgrund von RÃ¼ckenschmerzen nicht mehr ausÃ¼ben konnte. Er ist verheiratet und hat einen nicht mehr in seinem Haushalt lebenden Sohn.

Am 17. November 1998 beantragte er bei dem Versorgungsamt R (VA) erstmals die Feststellung des GdB. Dieses stellte mit Bescheid vom 21. Januar 1999 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 5. MÃ¤rz 1999 einen GdB von 30 seit dem 17. November 1998 fest und berÃ¼cksichtigte als FunktionseinschrÃ¤nkungen ein WirbelsÃ¤ulen-Syndrom mit Wurzelkompressionssymptomatik, einen Diabetes mellitus und eine arterielle Hypertonie. Den weitergehenden Widerspruch wies das Landesversorgungsamt Baden-WÃ¼rttemberg mit Widerspruchsbescheid vom 12.Â April 1999 zurÃ¼ck. Die beim Sozialgericht Reutlingen (SG â S 4 SB 1010/00) erhobene Klage wurde abgewiesen.

Am 28. Januar 2013 beantragte er bei dem Landratsamt R1 (LRA) die Neufeststellung des GdB. Vorgelegt wurde der Befundbericht des D vom 10. Februar 2012. Danach bestehe ein Wurzelkompressionssyndrom L3 und L4 links mit im Vordergrund stehender Kniestreckerparese links, diskreter HÃ¼ftbeugerparese links und diskreter FuÃheberparese links. In der Kernspintomographie (MRT) seien BandscheibenvorfÃ¤lle L4/5 und L5/S1 ersichtlich.

Im Entlassungsbericht der A-Klinik S Ã¼ber die stationÃ¤re Rehabilitation vom 1. bis 20. Oktober 2012 wurden Dauerschmerzen im linken Bein, teilweise verbunden mit einer Unsicherheit beim Laufen beschrieben. Durch die Therapien habe eine KrÃ¤ftigung der RÃ¼ckenmuskulatur erreicht werden kÃ¶nnen. Der KlÃ¤ger habe besser und sicherer laufen kÃ¶nnen. Wegen der FuÃheberparese sei eine Arthrosan-Orthese verordnet worden, die mit positivem Effekt benutzt werde.

Der K wies nach ambulanter Untersuchung darauf hin, dass die FuÃheberparese rechts nicht suffizient erklÃ¤rt sei.

Das LRA holte den Befundschein des W vom 19. Februar 2013 ein, der eine linkskonvexe WirbelsÃ¤ulenskoliose mit deutlich eingeschrÃ¤nkter Beweglichkeit beschrieb. Das GehvermÃ¶gen sei massiv eingeschrÃ¤nkt, der KlÃ¤ger nur mit MÃ¼he in der Lage, vom Parkplatz in die Praxis zu gehen. Die Gehstrecke liege unter 200 Meter, es bestÃ¼nden deutliche Muskelatrophien im Bereich beider Beine und eine Gehunsicherheit. GehstÃ¶cke wÃ¼rden genutzt.

F bewertete versorgungsÃ¤rztlich die Funktionsbehinderungen der WirbelsÃ¤ule wie den Diabetes jeweils mit einem Teil-GdB von 50 und sah die gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens âGâ (besondere BeeintrÃ¤chtigung der BewegungsfÃ¤higkeit im StraÃenverkehr) als gegeben an.

Mit Bescheid vom 6. Mai 2013 stellte das LRA dem folgend einen GdB von 70 seit dem 28. Januar 2013 und das Merkzeichen âGâ fest.

Am 10. Juli 2015 beantragte der KlÃ¤ger wiederum die Neufeststellung des GdB und die Zuerkennung der Merkzeichen âaGâ und âRFâ (RundfunkgebÃ¼hrenermÃ¤Ãigung).

Das LRA holte den Befundschein des K ein, der eine FuÃheberparese rechts

unklarer Genese bei bekanntem Bandscheibenvorfall L5/S1 links mehr als rechts beschrieb, weiterhin eine Coxarthrose rechts mehr als links mit hÃ¤lftiger Gelenkspaltreduktion und Belastungsschmerz. Die Beugung/Streckung sei bis 130-0-0Â° mÃ¶glich, die Abduktion beidseits bis 30Â°.

A1 bewertete versorgungsÃ¤rztlich die Funktionsbehinderung der HÃ¼ftgelenke zusÃ¤tzlich mit einem Teil-GdB von 20 und sah einen Gesamt-GdB von 80, den das LRA mit Bescheid vom 3. Dezember 2015 feststellte. Die Feststellung der Merkzeichen â□□aGâ□□ und â□□RFâ□□ wurde abgelehnt.

Am 16. August 2018 wurde erneut die Neufeststellung des GdB und des Merkzeichens â□□aGâ□□ beantragt.

Die S1 gab in ihrem Befundschein an, dass der Langzeitblutzuckerwert unter Insulintherapie von >10% auf zuletzt 7,8 % habe gebessert werden kÃ¶nnen. Es bestÃ¼nden diabetische Folgekomplikationen in Form einer beginnenden diabetischen Retinopathie und Nephropathie. OrganfunktionsstÃ¶rungen folgten hieraus noch keine. Schwere HypoglykÃ¤mien seien bislang nicht aufgetreten. Bei inzwischen vorhandener koronarer Herzerkrankung sei die Compliance des KlÃ¤gers zur guten Blutzuckereinstellung gebessert, auch das Tragen eines Gewebssensors zur kontinuierlichen Gewebszuckermesser erleichtere die Verbesserung der Diabeteseinstellung. ErgÃ¤nzend legte sie ihre Befundberichte und den Bericht des M vom 23. November 2015 vor, wonach sich milde diabetogene VerÃ¤nderungen gezeigt hÃ¤tten.

Das LRA zog den Entlassungsbericht der Kreiskliniken R1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 10. bis 13. April 2017 bei. Darin wurde eine koronare 3-GefÃ¤Ã□erkrankung mit guten Langzeitergebnissen nach DES-Implantation beschrieben. Nach erneuter Stent-Implantation werde eine ASS-Monotherapie empfohlen.

Der W teilte in seinem Befundschein mit, dass die GehfÃ¤higkeit durch die FuÃ□heberschwÃ¤che rechts bei Bandscheibenvorfall L4/5 sowie PeroneuslÃ¤sion rechts eingeschrÃ¤nkt sei. ZusÃ¤tzlich werde Ã¼ber Schmerzen im Bereich der rechten HÃ¼fte bis zum Knie ausstrahlend geklagt. Der KlÃ¤ger berichte, wegen der Schmerzen nach 50 Metern stehen bleiben zu mÃ¼ssen. Die Abduktion beider Beine im HÃ¼ftbereich sei leichtgradig eingeschrÃ¤nkt. Kardiologisch bestÃ¼nden derzeit keine Beschwerden, eine klinische Symptomatik bezÃ¼glich des NYA-Stadiums aufgrund der eingeschrÃ¤nkten GehfÃ¤higkeit und Belastbarkeit sei nicht feststellbar. Aktuelle Befunde lÃ¤gen nicht vor.

Z fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass eine koronare Herzerkrankung (KHK) mit Stentimplantation und leichtgradiger Herzleistungsminderung zusÃ¤tzlich anerkannt werden kÃ¶nne (Teil-GdB 20). Das WirbelsÃ¤ulenleiden habe sich verschlimmert, es bestehe eine FuÃ□heberparese rechts. Hieraus resultiere eine Verschlechterung der GehfÃ¤higkeit, sodass der Nachteilsausgleich â□□Bâ□□ (stÃ¤ndige Begleitung) empfohlen werde, die Voraussetzungen fÃ¼r den Nachteilsausgleich â□□aGâ□□ lÃ¤gen nicht vor.

Mit Bescheid vom 8. Oktober 2018 stellte das LRA einen GdB von 90 seit dem 16. August 2018 und das Merkzeichen â□□Bâ□□ fest. Das Merkzeichen â□□aGâ□□ wurde abgelehnt.

Im â□□ gegen die Ablehnung des Merkzeichens â□□aGâ□□ gerichteten â□□ Widerspruchsverfahren erhob das LRA einen weiteren Befundschein des W. Danach hÃ¤tten sich seit dem letzten Bericht keine grundsÃ¤tzlichen Ã□nderungen ergeben. Der KlÃ¤ger nutze als Hilfsmittel einen Gehstock und teilweise GehstÃ¼tzen. Aufgrund der Beschwerden im Bereich des linken Beines fÃ¤nden regelmÃ¤Ã□ig krankengymnastische Behandlungen statt. Die Gehsicherheit sei eingeschrÃ¤nkt.

Nachdem F versorgungsÃ¤rztlich keinen neuen Befund und keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine Rollstuhlpflichtigkeit sah, wies das RegierungsprÃ¤sidium Stuttgart â□□ Landesversorgungsamt â□□ den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 8. Februar 2019 zurÃ¼ck. Eine auÃ□ergewÃ¶hnliche Gehbehinderung, die einen GdB von mindestens 80 bedinge, liege nicht vor. Bei dem festgestellten Gesamt-GdB von 90 seien auch GesundheitsstÃ¶rungen berÃ¼cksichtigt, die sich nicht auf die GehfÃ¤higkeit auswirkten. Die festgestellten FunktionsstÃ¶rungen fÃ¼hrten nicht dazu, dass sich der KlÃ¤ger dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit groÃ□er Anstrengung auÃ□erhalb des Kraftfahrzeuges bewegen kÃ¶nne oder aus medizinischer Notwendigkeit, auch fÃ¼r sehr kurze Entfernungen, auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen sei.

Am 4. MÃ¤rz 2019 hat er erneut Klage beim SG erhoben, welches zur weiteren SachaufklÃ¤rung sachverstÃ¤ndige ZeugenauskÃ¼nfte der behandelnden Ã□rzte eingeholt hat.

Die S1 hat bekundet, den KlÃ¤ger bereits seit August 2018 nicht mehr gesehen zu haben, sodass ihr keine Beurteilung hinsichtlich einer Gangverschlechterung mÃ¶glich sei. Eine Rollstuhlpflichtigkeit liege nicht vor. Weiter hat sie einen Diabetes Typ 2 beschrieben, der chronisch bei bestehender Insulinwirk- und sekretionsstÃ¶rung entgleist sei.

Der W hat bekundet, dass bei dem KlÃ¤ger eine Herzinsuffizienz nach kardialer Dekompensation bei reduzierter systolischer Pumpfunktion bestehe. Der Zustand sei kompensiert. Aufgrund der eingeschrÃ¤nkten GehfÃ¤higkeit liege keine Belastungsdyspnoe vor. Die arterielle Hypertonie zeige derzeit normatensive Werte. Daneben bestehe ein schwergradiges LWS-Syndrom mit Zustand nach Bandscheibenvorfall L4/5 und PeroneuslÃ¤sion rechts. Beim Gehen sei die Wegstrecke durch Schmerzen im Bereich der rechten Wade, des rechten Knies und der rechten HÃ¼fte limitiert. Weiter sei die Fortbewegung durch die FuÃ□heberschwÃ¤che eingeschrÃ¤nkt, eine Peroneusschiene werde getragen. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne keine 50 Meter gehen, ohne zwischendrin stehen zu bleiben. Das Gehen sei nur mit KrÃ¼cken mÃ¶glich, eine laufende physiotherapeutische Behandlung mit Krankengymnastik finde statt. Schmerzmittel wÃ¼rden nur bei Bedarf eingenommen. Der mobilitÃ¤tsbezogene GdB liege Ã¼ber 80.

ErgÃ¤nzend hat er den Entlassungsbericht der Kreiskliniken R1 â□□ Medizinische

Klinik 2 Kardiologie â□□ Ã¼ber den stationÃ¤ren Aufenthalt vom 1. bis 7. Februar 2017 vorgelegt. Danach sei der KlÃ¤ger wegen einer seit mehreren Tagen bestehenden Dyspnoe stationÃ¤r aufgenommen worden. Echokardiographisch habe sich eine leichtgradig reduzierte linksventrikulÃ¤re Pumpfunktion mit Hypo- bis Akinese anterior und anterolateral apikal gezeigt. Nach Koronarangiographie sei die Entlassung in beschwerdefreiem Zustand erfolgt.

Der W1 hat nach ambulanter Untersuchung vom 25. April 2016 ein sicheres Gangbild mit Hinken rechts und eine FuÃ□heberschwÃ¤che rechts beschrieben. Der Zehenspitzengang sei beidseits mÃ¶glich, der Hackengang links nicht. Eine weitere Diagnostik bezÃ¼glich der LWS habe der KlÃ¤ger nicht gewÃ¼nscht, die mÃ¶glichen Therapieoptionen seien dargelegt worden. ZunÃ¤chst sollten die konservativen MÃ¶glichkeiten ausgeschÃ¶pft werden, die Schmerzmedikation sei angepasst, physiotherapeutische MaÃ□nahmen eingeleitet worden.

Der D hat nach ambulanter Untersuchung am 27. April 2017 die HWS als frei beweglich befundet. Es bestehe der bereits erwÃ¤hnte Bandscheibenvorfall L4/5 mit persistierender FuÃ□heberschwÃ¤che rechts, zusÃ¤tzlich sei die PeroneuslÃ¤sion seit mindestens 2013 bekannt. Eine relevante Befundprogredienz und HÃ¼ftabduktionsparese sei nicht gegeben.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten. S1 sehe keine Rollstuhlpflichtigkeit und habe zu einer Verschlechterung des GehvermÃ¶gens keine Angaben machen kÃ¶nnen. W habe ebenfalls keine Rollstuhlpflichtigkeit bestÃ¤tigt, der KlÃ¤ger benÃ¶tige zwar Hilfsmittel und kÃ¶nne nur kurze Strecken am StÃ¼ck zurÃ¼cklegen. Die Tatsache, dass ein Betroffener nach einer bestimmten Strecke eine Pause machen mÃ¼sse, reiche nicht aus, um die Anspruchsvoraussetzungen fÃ¼r das Merkzeichen â□□aGâ□□ begrÃ¼nden zu kÃ¶nnen. Der KlÃ¤ger sei zwar beim Gehen beeintrÃ¤chtigt, weshalb ihm auch das Merkzeichen â□□Gâ□□ zuerkannt worden sei, aber nicht so, dass er stÃ¤ndig auf einen Rollstuhl angewiesen sei. Vielmehr bestÃ¤tige W, dass dem KlÃ¤ger ein Gehen mit KrÃ¼cke noch mÃ¶glich sei.

Sodann hat das SG das orthopÃ¤dische SachverstÃ¤ndigengutachten des B aufgrund ambulanter Untersuchung vom 16. Juli 2019 erhoben. Dieser hat einen mobilitÃ¤tsbezogenen GdB von mindestens 80 verneint und die Voraussetzungen fÃ¼r Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens â□□aGâ□□ fÃ¼r nicht gegeben erachtet. Der KlÃ¤ger habe angegeben, nur 20 bis 25 Meter unter Benutzung von GehstÃ¼tzen oder des Gehstocks laufen zu kÃ¶nnen. Die Herzerkrankung werde durch den Hausarzt behandelt, orthopÃ¤disch-unfallchirurgisch und neuropsychiatrische Behandlung nehme er keine in Anspruch, die Peroneusschiene sei nicht getragen worden, da diese den KlÃ¤ger beim Autofahren stÃ¶re. Er beschÃ¤ftige sich am Computer und habe einen Garten mit vielen ObstbÃ¤umen. Dort sÃ¤ge er mit der KreissÃ¤ge heruntergefallenes Holz klein, da er dies im Sitzen erledigen kÃ¶nne. Abfahren mÃ¼sse das Holz sein Sohn, dieser komme auch, um den Rasen zu mÃ¤hen. Sein Hochbeet kÃ¶nne er selbst versorgen und habe auch die Johannisbeeren geerntet. Schwere TÃ¤tigkeiten mÃ¼sse der Sohn erledigen, seine

Frau sei ebenfalls eingeschrÃ¤nkt.

Das Gangbild sei an zwei GehstÃ¼tzen etwas verlangsamt und rechts hinkend gewesen. Trotz Schuhwerk habe sich eine FuÃ heberschwÃ¤che rechts gezeigt. Dennoch habe sich der KlÃ¤ger auf dem Praxisflur sicher bewegen kÃ¶nnen. Das Aus- und Ankleiden sei flÃ¼ssig und ohne fremde Hilfe erfolgt. Er sei in der Lage gewesen, einen im Sitzen heruntergefallenen SchlÃ¼sselbund problemlos wieder aufzuheben. Er sei Ã¶rtlich, zeitlich, situativ und zur Person vollstÃ¤ndig orientiert, die Stimmungslage ausgeglichen und die Schwingungsbreite adÃ¤quat erhalten.

An der WirbelsÃ¤ule habe sich eine multidirektionale funktionelle EinschrÃ¤nkung gezeigt. Die Seitneigung der HWS sei zu beiden Seiten eingeschrÃ¤nkt, in scheinbar unbeobachteten Bewegungen seien die funktionellen BeeintrÃ¤chtigungen aber nicht so ausgeprÃ¤gt, wie in der Untersuchung dargeboten. Bei eingeschrÃ¤nkter Linksseitneigung der LWS werde der Finger-Boden-Abstand (FBA) von 40 cm, bei der InklinationsprÃ¼fung durch den Finger-Zehen-Abstand im Langsitz von 26Â cm graduell relativiert. Es habe ein muskulÃ¤rer Widerstand in variabler AusprÃ¤gung bei der funktionellen Untersuchung in sÃ¤mtlichen Abschnitten des Achsorgans bestanden. Die ermittelten Messstrecken deuteten auf eine ausreichende Entfaltbarkeit der BWS und eine graduell eingeschrÃ¤nkte Entfaltbarkeit der Dornfortsatzreihe im Lumbalbereich hin. Die HÃ¼ftbeugung und AuÃ endrehung der HÃ¼ften sei nicht limitiert, bei angegebenen endgradigen Beugeschmerz im rechten HÃ¼ftgelenk sei die BewegungsprÃ¼fung in den Ã¼brigen Freiheitsgraden schmerzfrei gewesen. Eine graduelle EinschrÃ¤nkung habe sich nur bei der Innenrotation in gebeugter Stellung gezeigt. Die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen der WirbelsÃ¤ule seien mit einem Teil-GdB von 30 bis 40 zu bewerten, da die HWS und die LWS betroffen seien. Schwere Auswirkungen bestÃ¼nden nicht. Die BeugefÃ¤higkeit der HÃ¼ften mit 100Â° liege im altersÃ¼blichen Bereich, radiologisch sei eine beidseitige Coxarthrose mit gradueller GelenkspaltverschmÃ¤lerung nachgewiesen, die noch nicht hochgradig sei. Unter wohlwollender Betrachtung komme hierfÃ¼r kein hÃ¶herer Teil-GdB als 20 in Betracht.

Bei FuÃ heberschwÃ¤che rechts sei am oberen Sprunggelenk (OSG) eine graduell eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit aufgefallen, bei freier Beweglichkeit links. Der Bandapparat sei beidseits stabil, die Beweglichkeit im unteren Sprunggelenk (USG) beidseits eingeschrÃ¤nkt, ein Bewegungsschmerz werde insoweit nicht angegeben. Der Einbeinstand werde beidseits unsicher und erschwert dargeboten. Die seitenvergleichende Umfangmessung habe eine nur geringgradige Muskelminderung am linken Oberschenkel bei ansonsten fehlender klinisch relevanter Seitendifferenz der UmfangsmaÃe ergeben. Ein schmerzbedingt erzwungener relevanter Mindergebrauch wie auch eine relevante zeitlich Ã¼berdauernde Minderinnervation an der rechten unteren ExtremitÃ¤t sei nicht wahrscheinlich zu machen. Eine BeinlÃ¤ngendifferenz sei bei orientierender Messung nicht objektivierbar. Im Bereich der unteren GliedmaÃen habe sich eine diffuse HypÃ¤sthesie beider FÃ¼Ãe gezeigt. Diese sei am ehesten einer Polyneuropathie zuzuordnen und nicht als dermatombezogen im Sinne einer radikulÃ¤ren oder isolierten peripher-neurologischen Affektion zu werten. Die

SensibilitÃ¤t an den Ã¼brigen Abschnitten der unteren GliedmaÃen sei seitengleich intakt. In motorischer Hinsicht habe sich eine fast komplette Parese der FuÃ-, GroÃzehen- und Zehenstrecker rechts bei diesbezÃ¼glich unauffÃ¤lliger Situation links gezeigt. An den Ã¼brigen groÃen Muskelgruppen der Beine fÃ¤nden sich keine BeeintrÃ¤chtigungen der Motorik und der groben Kraft. Bei den Transfers wÃ¤hrend der Untersuchung seien diese gering erschwert gewesen, ohne dass sich hÃ¶hergradige BeeintrÃ¤chtigungen nachweisen lieÃen.

Die Kniegelenke seien altersphysiologisch frei und schmerzfrei beweglich, die Meniskuszeichen negativ und der Bandapparat stabil. Funktionelle BeeintrÃ¤chtigungen bestÃ¼nden somit nicht, sodass sich kein Teil-GdB ergÃ¤be. Die Sprunggelenksbeweglichkeit links sei altersentsprechend, rechts sei die Beweglichkeit eingeschrÃ¤nkt, ohne dass bei neurologischer BeeintrÃ¤chtigung bereits ein SpitzfuÃ vorliege. Die funktionelle Situation an den FÃ¼Ãen rechtfertige keinen hÃ¶heren Teil-GdB als 30.

Den AusfÃ¼hrungen des Hausarztes zum mobilitÃ¤tsbezogenen GdB sei nicht zu folgen. Die behandelnde Internistin habe die EinschÃ¤tzungen hinsichtlich der Teil-GdB auf ihrem Fachgebiet bestÃ¤tigt. Neue medizinische Unterlagen seien nicht vorgelegt worden, es bestÃ¼nden keine schweren Dekompensationserscheinungen des Herzleides mit Ruheinsuffizienz. Schmerzen seien grundsÃ¤tzlich nicht objektivierbar und nicht adÃ¤quat zu quantifizieren. Rein subjektive Parameter dÃ¼rften nicht in den Vordergrund der Beurteilung gestellt werden, befundbildgebende Untersuchungen hÃ¤tten hÃ¤ufig nur unspezifischen Charakter.

Sodann hat das SG auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das SachverstÃ¤ndigengutachten des Facharztes fÃ¼r Innere Medizin W aufgrund ambulanter Untersuchung vom 12. MÃ¤rz 2020 erhoben. Dieser hat eine deutlich eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der HWS nach beiden Seiten bei mÃ¤Ãiger Skoliose beschrieben. An der LWS sei die BeugefÃ¤higkeit deutlich eingeschrÃ¤nkt, der FBA liege bei 50 cm. Die BeugefÃ¤higkeit der HÃ¼ftgelenke sei mit nur 40Â° deutlich eingeschrÃ¤nkt. Dabei zeige sich ein steifer Widerstand, die rechte HÃ¼fte sei fÃ¼r Abduktion und AuÃenrotation deutlich eingeschrÃ¤nkt. An beiden Knien bestÃ¼nden ReibegerÃ¤usche. Die Sprunggelenke seien beidseits bei Pronation und Supination deutlich eingeschrÃ¤nkt, das Aufrichten aus dem Liegen merklich erschwert und nur mit Zuhilfenahme der Arme mÃ¶glich. Die Aufrichtbewegungen aus dem Liegen seien nicht harmonisch. Der KlÃ¤ger drehe sich zuerst nach links, bevor er den OberkÃ¶rper aufrichten kÃ¶nne. Neurologisch zeige sich eine FuÃheberparese rechts, ansonsten keine Hinweise auf hÃ¶hergradige Paresen. Die OberflÃ¤chensensibilitÃ¤t am linken Arm und linken Bein sei reduziert. Der Rombergtest sei positiv, es zeige sich eine Unsicherheit in den Gangproben. Der KlÃ¤ger habe von der PraxistÃ¼r bis zu seinem direkt vor der Praxis geparkten PKW 3,5 Minuten gebraucht. Er sei zwischenzeitlich vor der Praxis einmal stehen geblieben. Eine Beobachtung auf der Treppe sei nicht mÃ¶glich gewesen. Der Vergleichswert fÃ¼r die zurÃ¼ckzulegende Strecke betrage circa 35 Sekunden.

Im Belastungs-EKG seien Ã¼ber 2 Minuten 50 Watt und Ã¼ber 1 Minute 75 Watt erreicht worden. Bei bereits beginnenden 75 Watt reiche die muskulÃ¤re Kraft nicht

mehr aus, eine ausreichende Tretfrequenz zu erreichen. Es bestehe eine deutliche Dyspnoe, Herzschmerzen wÃ¼rden nicht angegeben. Der Blutdruck steige auf 200/80 an. Die im Ruhe-EKG vorbeschriebenen EKG-VerÃ¤nderungen blieben unverÃ¤ndert. Sowohl aufgrund der HÃ¼ftbeschwerden als auch aufgrund der aufgetretenen Atemnot und der SchwÃ¤che der Beinmuskulatur bestehe eine ausgeprÃ¤gte reduzierte Belastbarkeit. Die bereits im Ruhe-EKG nachgewiesenen EKG-VerÃ¤nderungen kÃ¶nnten sowohl Zeichen einer LinksherzvergrÃ¶Ãerung mit entsprechender MuskelschÃ¤digung sein als auch solche einer koronaren Herzkrankheit. Allerdings bestÃ¼nden keine Herzbeschwerden bei Belastung. Dies sei jedoch bei einem Diabetiker mit HerzkranzgefÃ¤Ãverengung durchaus typisch. Der Sauerstoffpartialdruck liege mit 95 % im unteren Normalbereich.

Es bestehe, wie bei geriatrischen Patienten hÃ¤ufig, eine multifaktorielle GehstÃ¶rung, die aufgrund der multiplen Erkrankungen besonders ausgeprÃ¤gt sei. Die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen summierten sich zu einem beeindruckenden Gesamtbild und gingen mit einer ausgeprÃ¤gten Behinderung einher. Gehen ohne GehstÃ¼tze bzw. ohne AbstÃ¼tzen an Wand oder MÃ¶beln sei nur wenige Schritte mÃ¶glich. Der Gang sei unsicher und schwankend, deutlich verlangsamt und aufgrund der Arthrosen und der Lumboischialgie auch schmerzhaft. Die durch eine Kombination von zerebrovaskulÃ¤rer Insuffizienz und Polyneuropathie der Beine sowie der PeroneuslÃ¤hmung rechts bedingten neurologischen StÃ¶rungen verschlimmerten die GehstÃ¶rung erheblich. Die zusÃ¤tzliche Belastungsdyspnoe im Rahmen der Herzinsuffizienz und der KHK addierten sich im Gesamtbild. Es bestehe eine erhebliche mobilitÃ¤tsbezogene TeilhabebeeintrÃ¤chtigung, die einem GdB von 80 entsprÃ¤che. Die Abweichung von der bisherigen Beurteilung beruhe auf der durch die multiplen Faktoren bedingten KomplexitÃ¤t der GehstÃ¶rung, die im fachorthopÃ¤dischen Gutachten naturgemÃ¤Ã nicht ausreichend berÃ¼cksichtigt worden sei. Vielmehr hÃ¤tten die multiplen internistischen, neurologischen sowie durch die Augenerkrankung und den Diabetes bedingten Erkrankungen einen deutlichen zusÃ¤tzlichen und verschlimmernden Effekt auf die Gehbehinderung. Diese sei insofern als besonders gravierend anzusehen, weil Ã¼bliche Kompensationsmechanismen bei GehstÃ¶rung und Schwindel ausfielen oder nur vermindert mÃ¶glich seien. Bei der Beurteilung des Behinderungsgrades sei aber gerade eine ganzheitliche Betrachtungsweise unter BerÃ¼cksichtigung der reduzierten Kompensationsmechanismen und der gegenseitigen VerstÃ¤rkung von Behinderungen auf verschiedenen Fachgebieten erforderlich. ErgÃ¤nzend hat er den augenÃ¤rztlichen Untersuchungsbogen des M vom 14. November 2019 vorgelegt, wonach eine leichte diabetische Retinopathie an beiden Augen bestehe.

Der Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten unter Vorlage der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des B1 entgegengetreten. In dem SachverstÃ¤ndigengutachten werde nicht auf die Gehstrecke eingegangen, sondern nur angegeben, dass das Gehen ohne GehstÃ¼tzen nur wenige Schritte mÃ¶glich sei, zudem bestehe eine belastungsabhÃ¤ngige Atemnot. Andererseits werde beschrieben, dass der KlÃ¤ger keine 10 Meter ohne GehstÃ¼tzen und der UnterstÃ¼tzung seiner Frau gehen kÃ¶nne. Herzbeschwerden bestÃ¼nden allerdings nicht. Ergometrisch kÃ¶nne bis 75 Watt belastet werden, die SauerstoffsÃ¤ttigung habe im Normalbereich gelegen. Angegeben werde, dass der

KlÃ¤ger von der PraxistÃ¼r bis zum PKW 3,5 Minuten benÃ¶tige. Auch die durchgefÃ¼hrten Gehtests seien zwar verlÃ¤ngert gewesen, aber mÃ¶glich. Im neurologischen Befundbericht fÃ¤nde sich eine FuÃ heberparese rechts, sonst aber kein Hinweis auf hÃ¶hergradige Paresen, keine Atrophien, der Muskeltonus sei unauffÃ¤llig. Die Gangproben seien mit Unsicherheit, aber durchgefÃ¼hrt worden. Die Notwendigkeit der Rollstuhlbenutzung gehe aus dem Gutachten nicht hervor. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne mit Hilfsmitteln gehen, teilweise auch mit Pausen. Die Voraussetzungen des Merkzeichens â aGâ seien nicht erfÃ¼llt.

Nach AnhÃ¶rung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 10. MÃ¤rz 2021 abgewiesen. Die FunktionseinschrÃ¤nkungen der WirbelsÃ¤ule seien mit einem Teil-GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Von einer schwersten Belastungsinsuffizienz bis hin zur Geh- und StehunfÃ¤higkeit als Grund fÃ¼r einen Teil-GdB von 80 sei in keiner Weise auszugehen. Die bisherige Anerkennung mit einem Teil-GdB von 70 werde somit nur dann weiter tragfÃ¤hig begrÃ¼ndbar, wenn die GebrauchseinschrÃ¤nkung des rechten FuÃes durch die FuÃheberparese und die posttraumatische Sprunggelenksarthrose in die Beurteilung mit einbezogen werde. An den Schultergelenken werde kein GdB von wenigstens 10 erreicht. Hinsichtlich der HÃ¼ftgelenke bestehe eine beidseitige Coxarthrose, allerdings keine hochgradige. Die BeugefÃ¤higkeit mit 100Â° beidseits liege im altersÃ¼blichen Bereich. Gleiches gelte fÃ¼r die Abspreizung und AuÃenrotation, die ebenfalls das altersÃ¼bliche MaÃ nicht relevant unterschreite. Lediglich die Innenrotation sei in gebeugter Stellung limitiert. Die GebrauchseinschrÃ¤nkungen des rechten FuÃes seien mit keinem hÃ¶heren Teil-GdB als 30 zu bewerten. Die Bewertung des Diabetes mit einem GdB von 50 sei trotz Insulintherapie und instabiler Stoffwechsellage einschlieÃlich gelegentlicher schwerer HyperglykÃ¤mien nicht zu beanstanden. Ebenso sei das Herzleiden mit einem Teil-GdB von 20 adÃ¤quat berÃ¼cksichtigt. Eine Rollstuhlpflichtigkeit bestehe nicht, vielmehr gebe der KlÃ¤ger selbst an, sich mit UnterarmgehstÃ¼tzen oder mit einem Gehstock fortzubewegen. Dem SachverstÃ¤ndigengutachten des W folge die Kammer nicht. Dieser sei seit 28 Jahren der behandelnde Hausarzt des KlÃ¤gers, sodass sicherlich ein entsprechendes nahes VertrauensverhÃ¤ltnis bestehe, was erfahrungsgemÃ¤Ã die Einnahme der von einem SachverstÃ¤ndigen verlangten neutralen Position erschwere, zum anderen begrÃ¼nde er seine EinschÃ¤tzung in seinem eher knappen Gutachten nicht ausfÃ¼hrlich. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass W auf die Gehstrecke explizit gerade nicht eingehe, sondern nur angebe, dass das Gehen ohne GehstÃ¼tzen nur wenige Schritte mÃ¶glich sei und zudem eine belastungsabhÃ¤ngige Atemnot bestehe. Andererseits werde angegeben, dass der KlÃ¤ger keine 10 Meter ohne GehstÃ¼tzen und UnterstÃ¼tzung seiner Frau gehen kÃ¶nne. Herzbeschwerden bestÃ¼nden nicht. Ergonomisch habe der KlÃ¤ger bis 75 Watt belastet werden kÃ¶nnen, wobei die SauerstoffsÃ¤ttigung dem Normbereich entspreche. Die Gangproben seien zwar mit Unsicherheit, aber durchgefÃ¼hrt worden. Vor diesem Hintergrund sei, da der KlÃ¤ger auch nach eigenen Angaben mit Hilfsmitteln gehen kÃ¶nne, wenn auch teilweise mit Pausen, nicht von einer erheblichen Gehbehinderung auszugehen. Wie B in seinem SachverstÃ¤ndigengutachten zudem Ã¼berzeugend ausgefÃ¼hrt habe, sei auch nicht dokumentiert, dass eine Herz- oder Lungenerkrankung mit entsprechend schwerer FunktionseinschrÃ¤nkung in der Herzleistung oder Lungenfunktion

vorliege.

Am 16. April 2021 hat der KlÃ¤ger Berufung beim SG eingelegt. Auf die AusfÃ¼hrungen des W werde vollumfÃ¤nglich verwiesen. Zwischenzeitlich sei er mit einem Rollator (Rechnung der Firma O) versorgt, mit dem er ohne lÃ¤ngere Pause maximal 20 Meter zurÃ¼cklegen kÃ¶nne.

Zuletzt hat er den Entlassungsbericht der Kreiskliniken R1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 25. November bis 15. Dezember 2021 vorgelegt. Danach sei die Ãbernahme bei Verschlechterung des diabetischen FuÃsyndroms mit Ulcus D5 rechts mit Fistelung nach plantar erfolgt. Nach adÃ¤quater Rekompensation sowie bei bekannter peripherer arterieller Verschlusskrankheit sei eine PTA durchgefÃ¼hrt worden. In diesem Rahmen sei eine Ballondilatation der Arteria femoralis superficialis, des Truncus tibiofibularis und der Arteria tibialis anterior rechts sowie eine Rekanalisation der Arteria tibialis posterior rechts erfolgt. Der postinterventionelle Verlauf habe sich unauffÃ¤llig gestaltet. Die punktierte Leiste sei unauffÃ¤llig und ohne StrÃ¶mungsgerÃ¤usch zur Darstellung gekommen, die ASS-Dauertherapie solle fortgefÃ¼hrt werden. Der KlÃ¤ger habe in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden kÃ¶nnen.

Der KlÃ¤ger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 10. MÃ¤rz 2021 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 8. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Februar 2019 die gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens âaGâ ab dem 16. August 2018 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des KlÃ¤gers zurÃ¼ckzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte Bezug genommen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die form- und fristgerecht (Â§ 151 Sozialgerichtsgesetz [SGG)) eingelegte Berufung, Ã¼ber die der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet (Â§Â 124Â Abs.Â 2Â SGG), ist statthaft (Â§Â§ 143, 144 SGG) und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 SGG) auf Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens â□□aGâ□□ unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 8. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 8.Â Februar 2019 abgewiesen worden ist. Soweit der Beklagte mit dem Bescheid auch den GdB neu festgestellt hat, hat der KlÃ¤ger hiergegen bereits keinen Widerspruch erhoben, sodass der Bescheid insoweit bestandskrÃ¤ftig geworden ist. MaÃ□gebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsÃ¤tzlich der Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 â□□ B 6 KA 34/08 â□□, juris, Rz.Â 26; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, Â§ 54 Rz. 34), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Die UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 8.Â Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Februar 2019 ist im streitgegenstÃ¤ndlichen Umfang rechtmÃ¤Ã□ig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten (Â§Â 54Â Abs.Â 1Â Satz 2 SGGG). Der KlÃ¤ger kann auch nach Ã□berzeugung des Senats die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens â□□aGâ□□ nicht beanspruchen. Das SG hat die Klage daher zu Recht abgewiesen.

Anspruchsgrundlage fÃ¼r die begehrte Feststellung ist Â§ 152 Abs. 4 SGB IX. Dieser bestimmt, dass wenn neben dem Vorliegen einer Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen sind, die zustÃ¤ndigen BehÃ¶rden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1 treffen. Zu diesen Merkmalen gehÃ¶rt das im Sinne des Â§ 6 Abs. 1 Nr. 14 StraÃ□enverkehrsgesetz (StVG) oder entsprechender straÃ□enverkehrsrechtlicher Vorschriften in den Schwerbehindertenausweis einzutragende Merkzeichen â□□aGâ□□ (Â§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Schwerbehindertenausweisverordnung).

Â§ 229 Abs. 3 SGB IX enthÃ¤lt nunmehr die Legaldefinition des Nachteilsausgleichs â□□auÃ□ergewÃ¶hnlich gehbehindertâ□□, die zuvor aufgrund Artikel 3 Nr. 13 des Gesetzes zur Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz vom 23. Dezember 2016) seit 30. Dezember 2016 in Â§ 146 Abs. 3 SGB IX enthalten war. Nach Â§Â 229Â Abs. 3 SGB IX sind schwerbehinderte Menschen mit auÃ□ergewÃ¶hnlicher Gehbehinderung Personen mit einer erheblichen mobilitÃ¤tsbezogenen TeilhabebeeintrÃ¤chtigung, die einem Grad der Behinderung von mindestens 80 entspricht (SatzÂ 1). Eine erhebliche mobilitÃ¤tsbezogene TeilhabebeeintrÃ¤chtigung liegt vor, wenn sich die schwerbehinderten Menschen wegen der Schwere ihrer BeeintrÃ¤chtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit groÃ□er Anstrengung auÃ□erhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen kÃ¶nnen (Satz 2). Hierzu zÃ¤hlen insbesondere schwerbehinderte Menschen, die auf Grund der BeeintrÃ¤chtigung der GehfÃ¤higkeit und Fortbewegung â□□ dauerhaft auch fÃ¼r sehr kurze Entfernungen â□□ aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind (SatzÂ 3). Verschiedenste GesundheitsstÃ¶rungen (insbesondere

StÃ¶rungen bewegungsbezogener, neuromuskulÃ¤rer oder mentaler Funktionen, StÃ¶rungen des kardiovaskulÃ¤ren oder Atmungssystems) kÃ¶nnen die GehfÃ¤higkeit erheblich beeintrÃ¤chtigen (Satz 4). Diese sind als auÃergewÃ¶hnliche Gehbehinderung anzusehen, wenn nach versorgungsÃ¤rztlicher Feststellung die Auswirkung der GesundheitsstÃ¶rungen sowie deren Kombination auf die GehfÃ¤higkeit dauerhaft so schwer ist, dass sie der unter Satz 1 genannten BeeintrÃ¤chtigung gleichkommt (Satz 5).

Nach der GesetzesbegrÃ¼ndung (vgl. BT-Drucks. 18/9522 zu Nr. 13 [Â§146] S. 318) kann beispielsweise bei folgenden BeeintrÃ¤chtigungen eine solche Schwere erreicht werden, dass eine erhebliche mobilitÃ¤tsbezogene TeilhabebeeintrÃ¤chtigung vorliegt: zentralnervÃ¶sen, peripher-neurologischen oder neuromuskulÃ¤r bedingten GangstÃ¶rungen mit der UnfÃ¤higkeit, ohne UnterstÃ¼tzung zu gehen, oder wenn eine dauerhafte Rollstuhlbenutzung erforderlich ist (insbesondere bei QuerschnittlÃ¤hmung, Multipler Sklerose, Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Parkinsonerkrankung, Para- oder Tetraspastik in schwerer AusprÃ¤gung), einem Funktionsverlust beider Beine ab OberschenkelhÃ¶he oder einem Funktionsverlust eines Beines ab OberschenkelhÃ¶he ohne MÃ¶glichkeit der prothetischen oder orthetischen Versorgung (insbesondere bei Doppeloberschenkelamputierten und HÃ¼ftexartikulierten), schwerster EinschrÃ¤nkung der HerzleistungsfÃ¤higkeit (insbesondere bei LinksherzschwÃ¤che Stadium NYHA IV), schwersten GefÃ¤Ãerkrankungen (insbesondere bei arterieller Verschlusskrankheit Stadium IV), Krankheiten der Atmungsorgane mit nicht ausgleichbarer EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion schweren Grades und einer schwersten BeeintrÃ¤chtigung bei metastasierendem Tumorleiden (mit starker Auszehrung und fortschreitendem KrÃ¤fteverfall).

Â§ 229 Abs. 3 SGB IX normiert mehrere (kumulative) Voraussetzungen: ZunÃ¤chst muss bei dem Betroffenen eine mobilitÃ¤tsbezogene TeilhabebeeintrÃ¤chtigung bestehen; diese muss einem GdB von mindestens 80 entsprechen. DarÃ¼ber hinaus muss die mobilitÃ¤tsbezogene TeilhabebeeintrÃ¤chtigung auch erheblich sein. Mit der Bezugnahme auf mobilitÃ¤tsbezogene TeilhabebeeintrÃ¤chtigungen wollte sich der Gesetzgeber von der Einengung auf orthopÃ¤dische GesundheitsstÃ¶rungen lÃ¶sen, so dass â keine Fallgestaltung von vornherein bevorzugt oder ausgeschlossen wird, auch nicht dem Anschein nachâ (BT-Drs. 18/9522, S. 318). Trotz dieser Ausweitung Ã¼bernimmt die Neuregelung den bewÃ¤hrten Grundsatz, dass das Recht, BehindertenparkplÃ¤tze zu benutzen, nur unter engen Voraussetzungen eingerÃ¤umt werden darf und verlangt daher auf der zweiten PrÃ¼fungsstufe einen â relativ hohen â GdB von wenigstens 80 fÃ¼r die mobilitÃ¤tsbezogene TeilhabebeeintrÃ¤chtigung (vgl. Senatsurteil vom 3. August 2017 â L 6 SB 3654/16 â n.v.).

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, da bei dem KlÃ¤ger bereits keine Funktionsbehinderungen bestehen, die zu einem mobilitÃ¤tsbezogenen GdB von mindestens 80 fÃ¼hren, wie der SachverstÃ¤ndige B fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend dargelegt hat. Die gegenteiligen AusfÃ¼hrungen des W werden bereits von seiner Befunderhebung nicht gedeckt und entsprechen den

Bewertungsvorgaben nicht, sodass diesen nicht gefolgt werden kann.

Im Bereich der WirbelsÃ¤ule bestehen FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen, die mittelgradigen EinschrÃ¤nkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten entsprechen, sodass die WirbelsÃ¤ule insgesamt mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten ist. Schwere EinschrÃ¤nkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten, die die Bewertung mit einem Teil-GdB von 40 rechtfertigen wÃ¼rden, liegen nicht vor, wie B schlÃ¼ssig dargelegt hat.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB fÃ¼r angeborene und erworbene SchÃ¤den an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die Ã¼blicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberÃ¼cksichtigt. AuÃ□ergewÃ¶hnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusÃ¤tzlich zu werten (vgl. VG, TeilÂ A, Nr. 2 j). Schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkungen der Gelenke kÃ¶nnen schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei HaltungsschÃ¤den und/oder degenerativen VerÃ¤nderungen an GliedmaÃ□engelenken und an der WirbelsÃ¤ule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskulÃ¤re Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berÃ¼cksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte VerÃ¤nderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer GliedmaÃ□e oder an der WirbelsÃ¤ule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgefÃ¼hrt wurde, fÃ¼r sich allein nicht die Annahme eines GdB begrÃ¼nden. Bei den entzÃ¼ndlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen EinbuÃ□e die AktivitÃ¤t mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berÃ¼cksichtigen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den (einschlieÃ□lich BandscheibenschÃ¤den, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten â□□Postdiskotomiesyndromâ□□) primÃ¤r aus dem AusmaÃ□ der BewegungseinschrÃ¤nkung, der WirbelsÃ¤ulenverformung und -instabilitÃ¤t sowie aus der Anzahl der betroffenen WirbelsÃ¤ulenabschnitte. Der Begriff InstabilitÃ¤t beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden WeichteilverÃ¤nderungen und Schmerzen. So genannte â□□WirbelsÃ¤ulensyndromeâ□□ (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) kÃ¶nnen bei InstabilitÃ¤t und bei Einengungen des Spinalkanals oder der ZwischenwirbellÃ¶cher auftreten. FÃ¼r die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekrÃ¤ftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde Ã¼ber einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall kÃ¶nnen die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprÃ¤gt sein.

WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den ohne BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t geringen Grades, seltene und kurz-dauernd auftretende leichte WirbelsÃ¤ulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt (Verformung, hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t mittleren Grades, hÃ¤ufig rezidivierende und Ã¼ber Tage andauernde WirbelsÃ¤ulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt vor (Verformung, hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t schweren Grades, hÃ¤ufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprÃ¤gte WirbelsÃ¤ulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung groÃer Teile der WirbelsÃ¤ule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei WirbelsÃ¤ulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70Â° nach Cobb]) erÃ¶ffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. SchlieÃlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und StehunfÃ¤higkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende FunktionsstÃ¶rungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen â oder auch die intermittierenden StÃ¶rungen bei der Spinalkanalstenose â sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa AtemfunktionsstÃ¶rungen) sind zusÃ¤tzlich zu berÃ¼cksichtigen. Bei auÃergewÃ¶hnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB Ã¼ber 30 in Betracht kommen.

Ausgehend von diesen MaÃstÃ¤ben entnimmt der Senat dem SachverstÃ¤ndigengutachten des B im Bereich der HWS eine Beweglichkeit fÃ¼r das Vor-/RÃ¼ckneigen von 40-0-20Â° (Norm: 50 bis 70Â°-0-40 bis 50Â°), fÃ¼r das Seitneigen rechts/links von 10-0-10Â° (Norm: 30 bis 40-0-30 bis 40Â°) und fÃ¼r das Drehen rechts/links von 30-0-30Â° (Norm 60 bis 80Â°-0-60 bis 80Â°). Dabei muss jedoch in Rechnung gestellt werden, dass der SachverstÃ¤ndige darauf hinweist, dass sich in unbeobachteten Situationen eine deutliche bessere Beweglichkeit zeigte, als sie in der Untersuchung dargeboten worden ist. Daneben hat er Ã¼berzeugend herausgearbeitet, dass die SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen im Bereich der FÃ¼Ãe der Polyneuropathie zuzuschreiben sind, aber nicht als dermatombezogen gewertet werden kÃ¶nnen, sodass er neurologische Ausfallerscheinungen, die von der WirbelsÃ¤ule ausgehen, schlÃ¼ssig verneint hat und damit der HWS fÃ¼r die EinschÃ¤tzung des mobilitÃ¤tsbezogenen GdB keine ausschlaggebende Bedeutung beizumessen ist.

FÃ¼r die BWS/LWS hat B eine Beweglichkeit fÃ¼r die Seitneigung rechts/links von 20-0-10Â° (Norm: 30 bis 40Â°-0-30 bis 40Â°) ermittelt und fÃ¼r das Drehen im Sitzen rechts/links von 30-0-20Â° (Norm: 30 bis 50Â°-0-30 bis 50Â°). Das Zeichen hat Ott hat er mit 30:31 cm (Norm: 30:32 cm) und das Zeichen nach Schober mit 10:12,5 cm (Norm: 10:15 cm) bestimmt und schlÃ¼ssig dargelegt, dass eine

ausreichende Entfaltbarkeit besteht. Daneben verweist er darauf, dass der dargebotene FBA von nur 40 cm durch den Finger-Zehen-Abstand im Langsitz von 26 cm graduell relativiert wird. Der im Hinblick auf die mobilitÃ¤tsbezogenen EinschrÃ¤nkungen entscheidende Befund der LWS ist daher maximal als mittelgradig zu bewerten, wofÃ¼r die VG einen Teil-GdB von 20 vorsehen.

Die Beweglichkeit der HÃ¼ftgelenke hat B fÃ¼r die Streckung Beugung mit 0-0-100Â° beidseits, fÃ¼r das Abspreizen/AnfÃ¼hrung mit 30-0-20Â° beidseits, fÃ¼r die Drehung auswÃ¤rts/einwÃ¤rts mit 90Â° gebeugtem HÃ¼ftgelenk mit 30-0-10Â° rechts und 40-0-10Â° links und fÃ¼r die Drehung bei gestrecktem HÃ¼ftgelenk mit 30-0-20Â° rechts und 40-0-20Â° links befundet. Nach den VG, Teil B, Nr.Â 18.14 ist eine EinschrÃ¤nkung geringen Grades indessen erst bei einer EinschrÃ¤nkung von Streckung/Beugung bis zu 0-10-90Â° mit entsprechender EinschrÃ¤nkung der Dreh- und SpreizfÃ¤higkeit anzunehmen, die beim KlÃ¤ger nicht vorliegt. Ein Teil-GdB von 20 wird daher nicht erreicht, wie letztlich auch B ausfÃ¼hrt, wenn er auf eine â□□wohlwollendeâ□□ Beurteilung verweist.

Die Beweglichkeit der Kniegelenke ist bei einer NormalmaÃ□en entsprechenden Streckung/Beugung von 0-0-140Â° (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14) nicht eingeschrÃ¤nkt gewesen. Aufgrund der von B erhobenen Beweglichkeit des OSG rechts mit 0-0-20Â° und links mit 15-0-30Â° sowie der unteren Sprunggelenke je mit 2/5, ist seiner EinschÃ¤tzung auf einen Teil-GdB von 30 zu folgen (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14). Dabei ist die FuÃ□heberparese, die sich zunÃ¤chst links zeigte und sich unter Krankengymnastik zurÃ¼ckbildete und nunmehr rechts vorliegt, mitbewertet. Zu berÃ¼cksichtigen ist nÃ¤mlich, dass der KlÃ¤ger die Peroneusschiene wÃ¤hrend der Untersuchung bei B nicht getragen hat, da ihn diese nach eigenem Bekunden beim Autofahren stÃ¶rt, und sich dennoch nur ein leicht rechts hinkendes Gangbild zeigte und eine ausreichende MobilitÃ¤t bestanden hat. Dass der KlÃ¤ger GehstÃ¼tzen nutzt â□□ oder wie zur BerufungsbegrÃ¼ndung vorgetragen â□□ nunmehr einen Rollator, rechtfertigt weder die HÃ¶herbewertung des mobilitÃ¤tsbezogenen GdB, noch die Zuerkennung des Merkzeichens â□□aGâ□□. Herauszustellen ist dabei besonders, dass B keine Muskelatrophien als Zeichen eines relevanten Mindergebrauchs objektivieren konnte, deren Vorliegen W schon in seinem Befundschein 2013 behauptet hat, und keine relevante Umfangsdifferenz an den unteren ExtremitÃ¤ten feststellen konnte. Somit ist weiterhin belegt, dass die beschriebene Polyneuropathie durch den Diabetes zu keinem relevanten Mindergebrauch der unteren ExtremitÃ¤ten fÃ¼hrt, trophische StÃ¶rungen hat der SachverstÃ¤ndige B im Ã¼brigen auch verneint. Nichts anderes folgt aus dem zuletzt vorgelegten Bericht der Kreiskliniken R1. Dieser beschreibt nur eine akute Intervention bei Verschlechterung des diabetischen FuÃ□syndroms, gleichwohl aber auch eine erfolgreich durchgefÃ¼hrte Behandlung. Eine dauerhafte Befundverschlechterung ergibt sich hieraus somit nicht, sodass kein neuer entscheidungserheblicher Sachverhalt vorliegt und sich insbesondere kein weiterer Ermittlungsbedarf begrÃ¼ndet. Ein mobilitÃ¤tsbezogener GdB von wenigstens 80 lÃ¤sst sich daher aus den orthopÃ¤dischen FunktionseinschrÃ¤nkungen nicht herleiten.

Den gegenteiligen AusfÃ¼hrungen des internistischen SachverstÃ¤ndigen W folgt

der Senat nicht, da seine Darlegungen nicht auf einer validen Befunderhebung basieren. Es vermag nicht zu Ã¼berzeugen, wenn er nur einzelne orthopÃ¤dische â□□ und damit fachfremde â□□ Befunde in den Raum stellt und hieraus Schlussfolgerung zieht, ohne einen vollstÃ¤ndigen orthopÃ¤dischen Befund erhoben und die Befunde hinreichend hinterfragt zu haben. Der SachverstÃ¤ndige B hat nÃ¤mlich Ã¼berzeugend darlegen kÃ¶nnen, dass die demonstrierten EinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers nur teilweise mit dem tatsÃ¤chlichen LeistungsvermÃ¶gen korrespondierten.

Soweit W auf eine Herzleistungsminderung verweist, resultiert hieraus kein hÃ¶herer Teil-GdB als 20, wie ihn Z versorgungsÃ¤rztlich schlÃ¼ssig bewertet hat (vgl. VG, Teil B, Nr.Â 9.1.1 Ziff. 2). W berÃ¼cksichtigt bei seinen AusfÃ¼hrungen nicht hinreichend, dass nach seinem eigenen Befund eine Belastbarkeit bis 75 Watt gegeben gewesen ist und der Abbruch wegen muskulÃ¤rer ErschÃ¶pfung erfolgte, ohne dass Herzschmerzen aufgetreten wÃ¤ren. Die SauerstoffsÃ¤ttigung bewegte sich ebenfalls im Normelbereich, wie B1 versorgungsÃ¤rztlich zutreffend herausgestellt hat. Korrespondierend hierzu entnimmt der Senat dem Befundbericht der Kreiskliniken R1, dass nur eine leichtgradig reduzierte linksventrikulÃ¤re Pumpfunktion befundet wurde.

Hinsichtlich des Diabetes hat die S1 eine gesteigerte Compliance des KlÃ¤gers beschrieben, einen erfolgreich gesenkten Langzeitblutzuckerwert und hat darauf verwiesen, dass keine OrganfunktionsstÃ¶rungen bestehen. Wenn W auf eine diabetesbedingte Sehminderung verweist, die bei der Bewertung des mobilitÃ¤tsbezogenen GdB zu berÃ¼cksichtigen sein soll, ist dies schon aufgrund des von ihm selbst vorgelegten Augenarztbefundes des M in keiner Weise nachvollziehbar, der nur eine leichte diabetische Retinopathie an beiden Augen beschreibt. Dass es darÃ¼ber hinaus unschlÃ¼ssig ist, bei dem AusmaÃ□ der vom SachverstÃ¤ndigen W konstatierten EinschrÃ¤nkungen, insbesondere hinsichtlich des SehvermÃ¶gens, die FÃ¤higkeit zum FÃ¼hren eines Kraftfahrzeuges, dass der KlÃ¤ger tatsÃ¤chlich nutzt, zu sehen, kann dahinstehen.

Eine ErhÃ¶hung des mobilitÃ¤tsbezogenen GdB kommt daher auch nicht unter BerÃ¼cksichtigung der internistischen Erkrankungen des KlÃ¤gers in Betracht, sodass hierdurch ein solcher von mindestens 80 ebenfalls nicht erreicht wird. Dass bei dem KlÃ¤ger tatsÃ¤chlich ein Gesamt-GdB von 90 festgestellt ist, kann dahinstehen, da hierbei auch nicht mobilitÃ¤tsbedingte FunktionseinschrÃ¤nkungen berÃ¼cksichtigt sind. Daneben hat B1 versorgungsÃ¤rztlich zu Recht darauf hingewiesen, dass keine Anhaltspunkte dafÃ¼r bestehen, dass der KlÃ¤ger auÃ□erhalb des Kraftfahrzeuges faktisch ab dem ersten Schritt auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen wÃ¤re.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des Â§Â 160Â Abs.Â 2Â SGG nicht vorliegen.

Erstellt am: 15.03.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024