

## L 7 SB 42/04

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

7

1. Instanz

SG Stendal (SAN)

Aktenzeichen

S 4 SB 27/03

Datum

25.08.2004

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 7 SB 42/04

Datum

25.03.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

GdB nach Ablauf der Heilungsbewährung

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 25. August 2004 wird zurückgewiesen.

Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Herabsetzung des Grads der Behinderung nach Ablauf der Heilungsbewährung.

Der 1944 geborene Kläger beantragte am 9. September 1996 bei dem Beklagten die Feststellung von Behinderungen wegen eines Tumorleidens der Wirbelsäule. Der Beklagte zog den Reha-Entlassungsbericht C. vom 28. Oktober 1996 bei, in dem ein Zustand nach Entfernung eines anaplastischen Ependymoms diagnostiziert worden war. Eine Laminektomie (Entfernung des Wirbelbogens mit dem Dornfortsatz) sei im Bereich der Lendenwirbelkörper (LWK) 1 bis LWK 4 erfolgt. Die Nachbestrahlung sei bis zum 17. September 1996 in der Radiologischen Universitätsklinik M. durchgeführt worden. Bei Beendigung der Reha-Maßnahme sei die Wirbelsäule fast schmerzfrei gewesen, es habe sich aber eine Großzehen- und Fußheberschwäche links ohne sensible Ausfälle gezeigt. Daraufhin schlug der beteiligte ärztliche Dienst des Beklagten für eine Erkrankung der Wirbelsäule im Stadium der Heilungsbewährung einen Grad der Behinderung von 50, für die Fußheberschwäche links einen Grad der Behinderung von 20 sowie einen Gesamtgrad der Behinderung von 60 vor. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 31. Januar 1997 bei dem Kläger eine Behinderung mit einem Grad von 60 fest.

Im Juli 2001 veranlasste der Beklagte ein Überprüfungsverfahren (Nachuntersuchung von Amts wegen), indem er Befundbescheinigung der behandelnden Ärzte des Klägers einholte. Unter dem 27. August 2001 diagnostizierte die Fachärztin für Orthopädie/Chirotherapie/Sportmedizin M. bei unauffälligem Röntgenbefund eine Epicondylopathie radialis humeri rechts (Sehnenansatzentzündung der Unterarmstreckmuskulatur) sowie ein subakromiales (unterhalb des Schultergelenks befindliches) Schmerzsyndrom rechts. Die Schultergelenke und die Ellenbogengelenke seien frei beweglich gewesen. Die Rotation der Halswirbelsäule (HWS) sei beidseits bis 50 Grad, die Seitneige beidseits bis 40 Grad sowie die Reklination und die Inklination (Vor- und Rückneigen) beidseits jeweils bis 30 Grad nach der Neutral-Null-Methode möglich gewesen. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Sch. teilte unter dem 6. November 2001 mit, seit 1996 sei die Tumorerkrankung rezidivfrei. Dazu verwies sie auf Magnetresonanztomografie (MRT) - Befunde der Radiologen Dres. E./A. vom 15. Februar 2000 und 24. Januar 2001, die bei unverändertem Befund seit 1998 im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Schädels Rezidive ausgeschlossen hatten. Außerdem hatten sie ausgedehnte postoperative fibrotische (bindegewebsvermehrte) bzw. narbige Strukturen im Bereich der Brustwirbelkörper (BWK) und in Höhe des LWK 2 eine defekt- und membranartige Trennung des Myelon (Rückenmark) festgestellt. Des Weiteren seien Liquorzysten nachzuweisen. Dr. Sch. diagnostizierte außerdem ein lumbales Schmerzsyndrom bei Belastung und ein HWS-Syndrom mit Epicondylopathie radialis humeri rechts. Die Fußheberschwäche links bestehe unverändert, das Zeichen nach Schober betrage 30 cm. Schließlich lag dem Beklagten der MRT-Befund der Radiologen Dres. E./A. vom 14. Januar 2002 vor, wonach keine wesentliche Befundänderung eingetreten sei.

Der beteiligte ärztliche Dienst des Beklagten schlug in Auswertung dieser Unterlagen für Belastungsbeschwerden der Wirbelsäule mit Nervenreizung, Fußheberschwäche links sowie Schulter-Arm-Ellenbogenbeschwerden einen Grad der Behinderung von 30 vor. Daraufhin hörte der Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 4. März 2002 zu einer beabsichtigten Herabsetzung des Grads der Behinderung auf 30 an.

In seiner Stellungnahme vom 22. März 2002 verwies der Kläger auf die durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgestellte erhebliche Minderung seiner Erwerbsfähigkeit.

Der Beklagte zog das durch Dipl.-Med. K. erstellte Sozialmedizinische Gutachten des MDK vom 27. Februar 2002 bei. Dipl.-Med. K. hatte ein lumbales Radikulärsyndrom sowie Hypertonie diagnostiziert und folgende Befunde erhoben: Zeichen nach Schober 10/11 cm, leichter Steppergang links, Finger-Boden-Abstand (FBA) 30 cm, Seitneigung der HWS rechts/links 20/0/20 Grad bei endgradiger Schmerzhaftigkeit (übrige Bewegungen frei), Oberkörperrotation und Rumpfseitneigung jeweils rechts/links 20/0/30 Grad, Hacken- und Zehenstand beidseits nur unsicher ausführbar, Einbeinstand beidseits möglich, Großzehen- und Fußheberschwäche links, freie Beweglichkeit der Extremitäten, Nacken- und Schürzengriff ohne Einschränkungen ausführbar. Links sei der Achillessehnenreflex (ASR) abgeschwächt, außerdem lägen Sensibilitätsstörungen des linken Beins vor.

Nach nochmaliger Beteiligung seines ärztlichen Dienstes hob der Beklagte mit Bescheid vom 3. Juli 2002 den Bescheid vom 31. Januar 1997 auf und stellte ab 1. August 2002 beim Kläger einen Grad der Behinderung von 30 fest. Dagegen erhob der Kläger am 22. Juli 2002 Widerspruch und trug vor, zwar sei bislang kein Tumorrezidiv aufgetreten, doch leide er noch immer an den Operationsfolgen. Er habe beispielsweise beim Treppensteigen, Laufen, Autofahren und Sitzen Schmerzen und Beschwerden. Des Weiteren leide er an Bluthochdruck.

Der Beklagte veranlasste daraufhin eine weitere medizinische Sachaufklärung. Der Facharzt für Neurochirurgie und Spezielle Schmerztherapie Dr. A. diagnostizierte unter dem 11. November 2002 einen normalen Gang, eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS in allen Ebenen (besonders im Bereich von Flexion und Anteflexion), eine Hypästhesie (herabgesetzte Empfindung von Sinnesreizen) im Bereich L 3,4 sowie teilweise im Bereich L 5, Druck- und Klopfschmerzen im Bereich L 2/3/4 und 4/5 sowie eine Miktionsstörung im Sinne einer Harnverhaltensstörung. Für Fußheber und Quadrizeps (Muskel an der Vorderseite des Oberschenkels) hätten sich Kraftgrade von 3 bis 4 nachweisen lassen.

Die Fachärzte für Innere Medizin Dres. Sp. diagnostizierten unter dem 11. November 2002 eine Hypertonie im Stadium 2 (Blutdruck von 150/90 mmHg) mit Linkshypertrophie sowie Zeichen einer diastolischen Dysfunktion. Es liege ein Herzleistungsstadium NYHA II (New York Heart Association-Classifikation - Stadium II: Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, keine Beschwerden in Ruhe) vor. Für schwere Belastungen sei die kardiale Leistungsbreite eingeschränkt. Die Echokardiographie vom 6. November 2002 habe eine Ejektionsfraktion (EF, Auswurffraktion) von 46 % nachgewiesen. Die systolische Funktion sei gering eingeschränkt. Die Ergometriebelastung vom selben Tag sei bis 100 Watt über zwei Minuten erfolgt und wegen starker Rückenschmerzen abgebrochen worden. Rhythmusstörungen und Endteilveränderungen seien nicht festgestellt worden, die Ausgangswerte seien nach fünf Minuten Ruhe erreicht worden. Ergänzend teilten Dres. Sp. mit, die Leistungseinschränkung bestehe hauptsächlich als Folge des Wirbelsäulenbefundes. Der Kopf sei frei beweglich, das linke Bein eingeschränkt beweglich und im rechten Bein seien keine Reflexe festzustellen gewesen.

Der daraufhin nochmals beteiligte ärztliche Dienst des Beklagten schlug für die Belastungsbeschwerden der Wirbelsäule einen Grad der Behinderung von 30, für die Fußheberschwäche links einen Grad der Behinderung von 20 sowie für die Schulter-Arm- Ellenbogenbeschwerden einen Grad der Behinderung von 10 vor. Der Bluthochdruck sei medikamentös gut eingestellt und bedinge einen Grad der Behinderung von unter 10. Dem folgend wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 3. Juni 2003 den Widerspruch des Klägers zurück.

Am 12. Juni 2003 hat der Kläger beim Sozialgericht Stendal Klage erhoben und ergänzend zum bisherigen Vorbringen auf seine kardialen Einschränkungen hingewiesen. Außerdem hat er das Sozialmedizinische Gutachten des MDK vom 22. Dezember 2003 übersandt, in dem der Facharzt für Chirurgie Dr. Ma. ein chronisches lumbales Radikulärsyndrom (Schmerzen im Ausbreitungsgebiet einer Nervenwurzel) mit einer kleiner Bandscheibenprotrusion (Vorwölbung), arterielle Hypertonie und mäßige Adipositas diagnostiziert hatte. Danach seien Herz und Lunge unauffällig gewesen, der Blutdruck habe 165/90 mmHg betragen. Das Zeichen nach Schober sei mit 10/11 cm und der Finger-Boden-Abstand (FBA) mit 25 cm festgestellt worden. Erhebliche Einschränkungen der Wirbelsäulenbeweglichkeit bestünden im ehemaligen Operationsgebiet. Die oberen und unteren Extremitäten seien frei beweglich gewesen. Missempfindungen habe der Kläger beidseitig im hinteren und lateralen Oberschenkelbereich angegeben. Bei einer diskreten Fußheberschwäche links habe ein diskretes Entlastungshinken vorgelegen. Die Psyche des Klägers sei unauffällig gewesen.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers eingeholt. Dres. Sp. haben mit Befundbericht vom 1. September 2003 mitgeteilt, die lumbalen Beschwerden hätten seit Anfang des Jahres zugenommen. In Anlage übersandten sie einen Arztbrief der Radiologen Dres. E./F. vom 22. Januar 2003. Danach habe das MRT der LWS vom gleichen Tag keine Befundänderung gegenüber der Voruntersuchung vom 12. Januar 2002 und insbesondere keinen Hinweis auf ein lokales Rezidiv ergeben. Unverändert bestünden ausgeprägte narbige Veränderungen in Höhe L1 bis L4 mit Verziehung des Conus medullaris (Ende des Rückenmarks) und der Nervenfilamente (Nervenfasern). Es bestünden weiterhin ausgedehnte Zysten im Bereich L3 bis Sakralwirbelkörper (S) 1, die als Operationsfolgen schon seit 1996 nachweisbar seien. Diese führten zu einer hochgradigen Kompression des Duralsacks (Bindegewebschlauch, der das Rückenmark umgibt). Des Weiteren fänden sich im Operationsbereich in Höhe L1 bis L3 postoperative Meningozelen (Vorwölbung von Deckzellen des Rückenmarks) im vorderen und hinteren Subarachnoidalraum. Außerdem übersandten Dres. Sp. den Reha-Entlassungsbericht B. vom 18. November 2002. Dort waren ein Zustand nach einer Operation eines Ependymoms (mit Laminektomie L2/3 und L3/4), eine Epicondylitis humeri radialis links sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert worden. Ein seitengleich mittelbhaft auslösbarer Quadrizesreflex und ein beidseitig erloschener Trizeps-surae-Reflex (Achillessehnenreflex-ASR) seien auffällig gewesen. Zudem seien eine Fuß- und Zehenheberschwäche und Umfangsdifferenzen am Oberschenkel zugunsten links festgestellt worden. Im Bereich der Vorderfläche des gesamten linken Beins habe der Kläger eine Hypästhesie (Verminderung der Berührungs- und Drucksensibilität) und eine Hypalgesie (verminderte Schmerzempfindlichkeit) angegeben. Die allgemeine klinische Untersuchung sowie der psychische Befund seien unauffällig gewesen.

Mit Befundberichten vom 4. und 5. September 2003 hat Dr. Sch. auf die von ihr im Zeitraum vom 19. Dezember 1996 bis 28. August 2003 festgestellten Diagnosen verwiesen. Neben bereits bekannten Diagnosen (Schulter-Arm-Syndrom, HWS-Syndrom, rezidivierendes Lumbalsyndrom, chronisches LWS-Syndrom) hatte sie ein Brustwirbelsäulen-(BWS)-Syndrom (10. und 23. Februar 1998, 1. Oktober 2001), eine Blockierung der BWS (2. und 16. Juli 1998), eine reaktive Depression (5. Oktober 1999), Angstzustände (18. Mai 2000, 28. August 2003)

und eine Hypercholesterinämie (28. August 2003) festgestellt. In Anlage übersandte sie einen Arztbrief des Dr. E. vom 26. März 2002, mit dem dieser aufgrund einer MRT des linken Ellenbogengelenks eine deutliche Verdickung der Muskelsehne im Ansatzbereich am Epicondylus humerus lateralis als Ausdruck einer Tendinitis (Sehnenentzündung) diagnostiziert hatte.

Mit Befundbericht vom 27. Oktober 2003 hat Dr. Ar. die bereits im Verwaltungsverfahren von ihm angegebenen Befunde wiederholt.

Nach Auswertung dieser Unterlagen hat der Beklagte unter Hinweis auf eine prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 26. Februar 2004 mitgeteilt, für die funktionellen Auswirkungen der Wirbelsäule und die Rückenmarksveränderungen könne maximal ein Grad der Behinderung von 30 empfohlen werden. Die diskrete Fußheberschwäche sei hier bereits mitbewertet, ohne diese lägen maximal mittelschwere Auswirkungen vor. Es sei keine spezielle Schmerztherapie erforderlich, auch liege nur ein diskretes Entlastungshinken links vor. Im Bereich der HWS bestünden keine mindestens mittelschweren funktionellen Auswirkungen. Für die gut eingestellte Hypertonie, die bereits zu einer Linksherzhypertrophie geführt habe, sei ein Grad der Behinderung von 20 ab November 2002 festzustellen. Eine Herzleistungsminderung liege nicht vor.

Mit Gerichtsbescheid vom 25. August 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, nach Ablauf der Heilungsbewährung bedingten die Beschwerden der Wirbelsäule nunmehr einen Grad der Behinderung von 30. Es sei von schweren funktionellen Auswirkungen der LWS auszugehen. Dabei sei die Fußheberschwäche links eingeschlossen, da diese eine Folge des Wirbelsäulenschadens sei. Sofern die Fußheberschwäche allein beurteilt werde, sei fraglich, ob diese überhaupt einen Behinderungsgrad von 10 rechtfertige, da nach dem Gutachten des MDK nur eine diskrete Schwäche bestehe. Für die mittelschwere Form des Bluthochdrucks mit Linksherzhypertrophie sei aufgrund der guten medikamentösen Einstellung ein Grad der Behinderung von 20 festzustellen. Die bei Belastung auftretenden Schulter-Arm-Ellenbogenbeschwerden könnten mit einem Behinderungsgrad von 10 bewertet werden. Bei der Bildung des Gesamtgrades sei von dem höchsten Einzelgrad der Behinderung von 30 für die Wirbelsäulenbeschwerden auszugehen. Die Bluthochdruckerkrankung erhöhe nicht den Behinderungsgrad, denn bereits aufgrund des Wirbelsäulenschadens sei dem Kläger keine schwere körperliche Tätigkeit mehr möglich. Zur gleichen Einschränkung führe auch der Bluthochdruck. Schließlich müsse zwischen dem Leistungsvermögen im allgemeinen Erwerbsleben und dem Grad der Behinderung unterschieden werden.

Gegen den am 7. September 2004 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 4. Oktober 2004 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und sein Begehren weiter verfolgt. Er hat vorgetragen, neben dem Tumor seien auch die Dornfortsätze der Wirbelkörper L1 bis L4 vollständig entfernt worden, so dass neben starken Schmerzen eine ständig gefühlte Haltlosigkeit und Labilität in dem betroffenen Wirbelsäulenabschnitt auftrete. Die Bluthochdruckerkrankung müsse wegen der beschriebenen Herzleistungseinschränkung ebenfalls zu einem höheren Einzelgrad der Behinderung führen. Zudem sei zu prüfen, ob die neurologischen Ausfallerscheinungen bei der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mitzubewerten oder dafür ein eigener Behinderungsgrad von 20 festzusetzen sei.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 25. August 2004 sowie den Bescheid des Beklagten vom 3. Juli 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. Juni 2003 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält an seiner bisherigen Auffassung fest.

Der Senat hat das durch die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. C. am 17. Juli 2002 nach ambulanter Untersuchung des Klägers für die Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) erstattete Gutachten beigezogen. Danach habe der Kläger über seit Januar 2002 bestehende ständige Schmerzen im Bereich der LWS, Krämpfe in den Beinen, schnelle Ermüdbarkeit, extreme Schlafstörungen und Probleme beim Sitzen mit häufigem Stellungswechsel geklagt. Darunter leide auch seine psychische Belastbarkeit und Lebensfreude. Dr. C. hatte ein chronisches Schmerzsyndrom bei Zustand nach Ependymom-Operation und eine Fußheberschwäche links diagnostiziert. Die Wirbelsäule sei deutlich druckschmerzhaft im Bereich der LWS und das Rumpfbeugen eingeschränkt gewesen. Der Finger-Boden-Abstand habe 30 cm betragen. Außerdem liege links eine Fußheberschwäche vor. Der Patellarsehenreflex (PSR) sei rechts positiv, links abgeschwächt auslösbar und der ASR sei beidseits negativ gewesen. Links deutlicher als rechts sei eine Hypästhesie im Dermatome L5 und S1 möglich. Links seien kein Zehen- und Hackenstand, rechts seien diese angedeutet ausführbar gewesen. Zudem habe sich links ein leichter Steppergang gezeigt. Psychisch sei eine leicht gedrückte, aber nicht eigentlich depressive, eher unzufriedene und resignierte Stimmungslage aufgefallen. Der Blutdruck sei mit 140/95 mmHg festgestellt worden.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthaft und gemäß [§ 141 Abs. 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt. Sie ist aber nicht begründet, denn der Beklagte hat zu Recht den Bescheid vom 31. Januar 1997 aufgehoben und einen Grad der Behinderung von 30 mit Wirkung ab 1. August 2002 festgestellt. Die angefochtenen Bescheide sowie der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 25. August 2004 verletzen den Kläger daher nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist eine isolierte Anfechtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 SGG](#) gegen einen belastenden Verwaltungsakt. Bei dieser bezieht sich die Prüfung der Rechtmäßigkeit der angefochtenen Bescheide auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 3. Juni 2003 (vgl. BSG - Urteil vom 18. September 2003, [B 9 SB 6/02 R](#) mit weiteren Hinweisen zur Rechtsprechung).

Die angefochtenen Bescheide sind formell rechtmäßig. Insbesondere ist die nach [§ 24](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X) erforderliche Anhörung zu einer beabsichtigten Herabsetzung des Grads der Behinderung auf 30 mit Schreiben vom 4. März 2002 erfolgt. Seine materielle Ermächtigungsgrundlage finden die vom Kläger angefochtenen Bescheide in [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Anlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Als wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes gilt, wobei dies sowohl hinsichtlich der Besserung als auch Verschlechterung anzunehmen ist, jedenfalls eine Veränderung, die es erforderlich macht, den Gesamtgrad der Behinderung um mindestens 10 anzuheben oder abzusenken.

Auf der Grundlage von [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) hat der Beklagte wirksam den Bescheid vom 31. Januar 1997 teilweise aufgehoben. In der Zeit zwischen Erlass dieses Bescheids und dem Widerspruchsbescheid am 3. Juni 2003 ist eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen durch den Ablauf einer Heilungsbewährung eingetreten, die nicht mehr den mit Bescheid vom 31. Januar 1997 festgestellten Grad der Behinderung von 60, sondern ab 1. August 2002 eine Bewertung mit 30 rechtfertigt. Der Ablauf der Heilungsbewährung im Jahre 2001 - die Nachbestrahlung nach der Tumorentfernung erfolgte bis September 1996 - stellt eine tatsächliche Veränderung im Sinne von [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) dar. Die Zeitdauer der Heilungsbewährung bei malignen Erkrankungen basiert auf Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft über die Gefahr des Auftretens einer Rezidivkrankung in den ersten fünf Jahren nach der Erstbehandlung sowie der regelmäßig vorhandenen subjektiven Befürchtung vor einem Rezidiv. Die Heilungsbewährung erfasst darüber hinaus auch die vielfältigen Auswirkungen, die mit der Feststellung, der Beseitigung und der Nachbehandlung eines Tumors in allen Lebensbereichen verbunden sind. Dies rechtfertigt es nach der sozialmedizinischen Erfahrung, bei Krebserkrankungen zunächst nicht nur den Organverlust zu bewerten. Vielmehr ist hier zunächst für einen gewissen Zeitraum unterschiedslos der Schwerbehindertenstatus zu gewähren. Die pauschale, umfassende Berücksichtigung körperlicher und seelischer Auswirkungen der Erkrankung kann jedoch nicht auf Dauer Bestand haben. Da nach der medizinischen Erfahrung nach rückfallfreiem Ablauf von fünf Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit die Krebserkrankung überwunden ist und außerdem neben der unmittelbaren Lebensbedrohung auch die vielfältigen Auswirkungen der Krankheit auf die gesamte Lebensführung entfallen sind, ist der Grad der Behinderung dann nur noch anhand der noch verbliebenen Funktionseinschränkungen zu bewerten (BSG - Urteil vom 9. August 1995 - [9 RVs 14/94](#) - zitiert nach juris).

Für die Feststellung des Grads der Behinderung zum Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung (Widerspruchsbescheid vom 3. Juni 2003) ist das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) maßgebend, das als Artikel 1 des gleichnamigen Gesetzes vom 19. Juli 2001 ([BGBl. I Seite 1046](#)) nach dessen Artikel 68 am 1. Juli des Jahres in Kraft getreten ist. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Diese Regelung knüpft materiellrechtlich an den in [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) bestimmten Begriff der Behinderung an. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) (in der Satzählung der alten Fassung) gelten die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft (bzw. Funktionsbeeinträchtigungen) vorliegen, wird nach [§ 69 Absatz 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehung festgestellt.

Als Grundlage für die Beurteilung der nach diesen Bestimmungen erheblichen medizinischen Sachverhalte dienen der Praxis zum Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheids am 3. Juni 2003 noch die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz", deren Ausgabe von 1996 vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben wurde. Diese Ausgabe war auch noch zum Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheids anzuwenden, da erst unter dem Titel "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" 2004 eine nur in Einzelheiten geänderte neue Ausgabe herausgegeben wurde. Die Anhaltspunkte haben zwar keine Normqualität, sind aber nach ständiger Rechtsprechung des für das Versorgungs- und Schwerbehindertenrecht zuständigen Senats des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, deshalb normähnliche Auswirkungen haben und im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung in ihrer jeweiligen Fassung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden sind (vgl. Urteil vom 18. September 2003, [a.a.O.](#) S.10 ff.; v. 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) = [SozR 3-3870 § 4 Nr.19](#), S.77, jeweils m.w.N.).

Der hier streitigen Bemessung des Grads der Behinderung ist die GdB/MdE-Tabelle der Anhaltspunkte (Nr. 26) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle in Nr. 26.1 (Ausgabe 1996, Seite 48) sind die dort genannten GdB/MdE-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 18 Abs. 4 genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Nr. 26 Abschnitt 1).

a) Das Hauptleiden des Klägers ist dem Funktionssystem Rumpf zuzuordnen. Dafür ist nach Ablauf der Heilungsbewährung ein Grad der Behinderung von 30 festzustellen.

Für Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen sind die maßgeblichen Bewertungskriterien in Nr. 26.18 (Ausgabe 1996, Seite 139 f.) der Anhaltspunkte vorgegeben. Danach folgt der Grad der Behinderung bei Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung der Wirbelsäulenverformung, der Wirbelsäuleninstabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Abschnitte der Wirbelsäule. Erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grads, rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 20. Funktionsstörungen geringeren Grads bedingen allenfalls einen Einzelgrad von 10. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 30, mittelgradige bis schwere in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen Grad der Behinderung von 30 bis 40. Anhaltende Funktionsstörungen

infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch intermittierenden Störungen bei einer Spinalkanalstenose - sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach diesem Maßstab folgt der Senat der Versorgungsärztin Dr. W. in der Bewertung der Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen mit einem Grad der Behinderung von 30. Es liegen beim Kläger mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der LWS, vor. Diese allein rechtfertigen aber zunächst nur einen Grad der Behinderung von 20. Der Kläger leidet nach der Entfernung der Wirbelbögen mit den Dornfortsätzen im Bereich LWK 1 bis LWK 4 an einem chronischen lumbalen Radikulärsyndrom. Das folgt aus dem Befundbericht von Dr. Schauen sowie dem Gutachten von Dr. Mangold. Mehrfach sind durch MRT-Untersuchungen starke Veränderungen im Operationsgebiet nachgewiesen worden (ausgedehnte fibrotische bzw. narbige Strukturen in Höhe von L1 bis L4 mit Verziehung des Conus medullaris und der Nervenfasern, in Höhe des LWK 2 eine defekt- und membranartige Trennung des Myelon, ausgedehnte Liquorzysten im Bereich L3 bis S1 mit der Folge der Kompression des Duralsacks, Menigozelen im Bereich L1 bis L3). Allein diese bildtechnisch nachgewiesenen Veränderungen begründen aber noch keinen Behinderungsgrad. Maßgeblich sind die daraus folgenden Funktionseinschränkungen, die nach den vorliegenden Unterlagen als mittelgradig zu bewerten sind. Ausweislich des durch Dipl.-Med. K. erstellten MDK-Gutachtens vom 27. Februar 2002 hat zwar das Zeichen nach Schober 10/11cm betragen und weist damit auf eine schwere Einschränkung hin. Doch zeigen der Finger-Boden-Abstand von 30 cm eine maximal mittelgradige und die erhobenen Befunde von Rotation und Rumpfseitneigung (jeweils Extension/Flexion von 20/0/30 Grad - Norm 30 bis 40 Grad) nur eine geringe Funktionseinschränkung, sodass in der Zusammenschau der Bewegungsmaße von insgesamt mittelgradigen Einschränkungen ausgegangen werden kann. Darüber hinausgehende Bewegungseinschränkungen hat auch Dr. Arons in seinen Befundberichten nicht mitgeteilt, denn dieser hat zwar auf eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS in allen Ebenen hingewiesen, aber keine einzelnen Bewegungsmaße ausgewiesen. Dr. C. hat in ihrem Gutachten lediglich über eine eingeschränkte Rumpfbeugefähigkeit berichtet, andere Funktionseinschränkungen der LWS hat auch sie nicht mitgeteilt. Im Reha-Entlassungsbericht vom 18. November 2002 wurde gar keine Einschränkung der LWS-Beweglichkeit angegeben, sodass keinesfalls von schweren funktionellen Auswirkungen auszugehen ist. Auch aus dem MDK-Gutachten des Dr. Ma. vom 22. Dezember 2003, wonach wiederum das Zeichen nach Schober mit 10/11cm und einen Finger-Boden-Abstand von 25 cm festgestellt worden sind, lassen sich trotz der verbalen Einschätzung von erheblichen Einschränkungen der Beweglichkeit der LWS im Operationsgebiet jedenfalls keine schweren funktionellen Auswirkungen ableiten.

Erhöhend sind allerdings die motorischen Ausfallerscheinungen infolge der Wurzelkompression zu bewerten. Deshalb ist für das Wirbelsäulenleiden ein Grad der Behinderung von 30 festzustellen. Dies entspricht schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt. Nach den insoweit übereinstimmenden medizinischen Unterlagen leidet der Kläger seit der Wirbelsäulenoperation an einer Großzehenerheber- und Fußheberschwäche links. Doch besteht nach dem Gutachten von Dr. Ma. vom 22. Dezember 2003 kein vollständiger Nervenausfall des Fußhebers, sondern nur eine diskrete Schwäche, die zu einem Entlastungshinken führt. Auch Dr. Ar. hat in seinen Befundberichten für den Fußheber Kraftgrade von 3 bis 4 und damit nur leichte bis mittelgradige Funktionseinbußen festgestellt. Doch auch wenn nur eine diskrete bis maximal mittelgradige Fußheberschwäche vorliegt, ist hier schon der Behinderungsgrad auf 30 zu erhöhen. Denn neben der Fußheberschwäche hat Dipl.-Med. K. am 27. Februar 2002 einen abgeschwächten ASR und Sensibilitätsstörungen mitgeteilt. Auch Dres. Sp. haben auf die im rechten Bein erloschenen Reflexe hingewiesen. Mit diesen Befunden übereinstimmend hatte auch schon zuvor Dr. C. am 17. Juli 2002 links einen abgeschwächten PSR, einen beidseits negativen ASR sowie eine mögliche Hypästhesie im Dermatome L5 und S1 diagnostiziert. Diesen Ausführungen entsprechen auch die Befunderhebungen im Reha-Entlassungsbericht, wonach der ASR erloschen sei und im Bereich der Vorderfläche des gesamten linken Beines verminderte Berührungs-, Druck- und Schmerzempfindlichkeiten vorgelegen hätten. Auch Dr. Ma. hat in seinem MDK-Gutachten vom 22. Dezember 2003 über Missempfindungen beidseitig im hinteren und lateralen Oberschenkelbereich berichtet. Zudem hat Dr. Ar. eine Miktionsstörung im Sinne einer Harnverhaltensstörung diagnostiziert, die zwar für sich allein nicht den Behinderungsgrad weiter erhöhen kann, aber in der Zusammenschau mit den anderen soeben festgestellten Einschränkungen die Annahme eines Behinderungsgrads von 30 für das Wirbelsäulenleiden rechtfertigt.

Die vom Kläger vorgetragene Instabilität aufgrund der Entfernung der Dornfortsätze ist nicht in einem behinderungsgradrelevanten Umfang in den zahlreichen medizinischen Unterlagen zum Ausdruck gekommen, sodass diese Funktionseinschränkung den Einzelgrad der Behinderung nicht weiter erhöhen kann.

Funktionsstörungen in anderen Wirbelsäulenabschnitten, die zumindest als dauerhafte leichte Funktionseinschränkungen mit einem Grad der Behinderung von 10 zu bewerten sind, liegen nicht vor. Zwar sind auch im Bereich der BWS postoperative Veränderungen durch MRT nachgewiesen (ausgedehnte fibrotische bzw. narbige Strukturen im Bereich der BWK) und auch Dr. Sch. hat in den Jahren 1998 und 2001 ein BWS-Syndrom bzw. eine Blockierung der BWS mitgeteilt. Allein die Diagnose begründet aber keinen Behinderungsgrad, da dauerhafte Funktionseinschränkungen - wie z.B. eine verminderte Beweglichkeit - selbst von ihr nicht mitgeteilt wurden. In den zahlreichen anderen Unterlagen ist noch nicht einmal die Diagnose eines BWS-Syndroms gestellt worden. Auch das von Dr. Sch. diagnostizierte HWS-Syndrom begründet keinen Grad der Behinderung von 10. Zur Beweglichkeit der HWS hatte die Fachärztin für Orthopädie M. am 27. August 2001 eine beidseits bis 50 Grad mögliche Rotation (Norm rechts/links 60-80/0/60-80), eine Seitneigung beidseits bis 40 Grad (Norm 45/0/45 Grad) sowie eine Reklination und Inklination beidseits von jeweils bis 30 Grad (Norm 35-45/0/35-45 Grad) mitgeteilt. Doch kann bei einer damit nur endgradig eingeschränkten Seit-, Vor- und Rückneigung und einer maximal leicht eingeschränkten Rotation - unabhängig davon, ob diese Einschränkungen tatsächlich dauerhaft vorliegen - noch nicht einmal von leichten Einschränkungen im Bereich der HWS ausgegangen werden. Dagegen spricht auch, dass bei Untersuchung durch Dipl.-Med. K. am 27. Februar 2002 lediglich die Seitneigung mit Extension/Flexion rechts/links 20/0/20 Grad eingeschränkt und bei Untersuchung durch Dres. Sp. am 11. November 2002 der Kopf sogar frei beweglich war. Schließlich finden sich auch im Gutachten von Dr. C., im Reha-Entlassungsbericht und im Gutachten von Dr. Ma. keine Hinweise auf dauerhafte Funktionseinschränkungen der HWS.

Nach alledem ist aufgrund der Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen und den damit verbundenen Folgeerscheinungen im Funktionssystem Rumpf ein Grad der Behinderung von 30 festzustellen.

b) Das Bluthochdruckleiden mit Herzbeteiligung ist dem Funktionssystem Herz-Kreislauf zuzuordnen und rechtfertigt einen Grad der Behinderung von 20.

Nach Nr. 26.9 der Anhaltspunkte (Ausgabe 1996, Seite 92) ist die leichte Form der Hypertonie, bei der keine oder eine geringe

Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundsveränderungen vorliegen, mit einem Grad der Behinderung von 0 bis zu 10 zu bewerten. Die mittelschwere Form eröffnet je nach Leistungsbeeinträchtigung einen Bewertungsrahmen von 20 bis 40. Kriterien dafür sind Organbeteiligungen leichten bis mittleren Grads (Augenhintergrundsveränderungen – Fundus hypertonicus I bis II- und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) sowie diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung.

Nach diesem Maßstab ist das Bluthochdruckleiden des Klägers mit einem Behinderungsgrad von 20 zu bewerten. Der bereits im Februar 2002 durch Dipl.-Med. K. mitgeteilte Bluthochdruck ist nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen gut eingestellt. So liegen die angegebenen Blutdruckwerte von 140/95 mmHg (Gutachten Dr. C. vom 17. Juli 2002), 150/90 mmHg (Befundbericht Dr. Sp. vom 11. November 2002) und 165/90 mmHg (Gutachten Dr. Ma. vom 22. Dezember 2003) noch im Normbereich. Dennoch ist nach dem Befundbericht der Dres. Sp. bereits von einer mittelschweren Hypertonie auszugehen, weil diese eine Hypertonie im Stadium 2 mit einer Linksherzhypertrophie sowie ein Herzleistungsstadium II angegeben haben. Damit liegt eine Organbeteiligung des Herzens vor, die den Bewertungsrahmen von 20 bis 40 eröffnet. Dieser Bewertungsrahmen kann aber nicht ausgeschöpft werden, denn weitere Organbeeinträchtigungen oder ein diastolischer Blutdruck von mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung sind nicht nachgewiesen. Allein der Hinweis von Dres. Sp. auf Zeichen einer diastolischen Dysfunktion genügt bei fehlenden Messwerten von über 100 mmHg trotz Behandlung nicht. Außerdem ist auch die Leistungsfähigkeit aufgrund der Bluthochdruckerkrankung mit Herzbeteiligung nur gering eingeschränkt. So ergibt sich schon aus der Einordnung durch Dres. Sp. in das Herzleistungsstadium NYHA II, dass nur leichte Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit – nämlich für schwere Belastungen – und keine Beschwerden in Ruhe vorliegen. Auch die Echokardiographie vom 6. November 2002 spiegelt mit einer Ejektionsfraktion von 46 % (normal 55 %, mittelschwer unter 39%, schwer unter 30%) nur eine geringe Beeinträchtigung wider. Dem entspricht auch die Einschätzung von Dres. Sp., die auf eine nur geringe Einschränkung der systolischen Funktion hingewiesen haben. Zudem zeigt die durchgeführte Ergometriebelastung von 100 Watt über zwei Minuten, dass keine zumindest mittelschwere Leistungseinschränkung des Klägers vorliegt. So war der Abbruch des Belastungstests nicht aus kardialen Gründen, sondern wegen starker Rückenschmerzen erfolgt. Rhythmusstörungen und Endteilveränderungen waren bis zu diesem Zeitpunkt nicht festzustellen, auch die Ausgangswerte waren nach fünf Minuten Ruhe wieder erreicht. Schließlich spricht gegen eine Bewertung der Bluthochdruckerkrankung mit einem höheren Behinderungsgrad als 20, dass nach dem Reha-Entlassungsbericht B. und dem Gutachten von Dr. Ma. die Herzleistung unauffällig waren.

c) Weitere Gesundheitsstörungen, die einem anderen Funktionssystem zuzuordnen sind und zumindest und mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 zu bewerten wären, sind nicht erkennbar.

Für das Funktionssystem Arme kann kein Einzelbehinderungsgrad festgestellt werden. Zwar hat die Orthopädin M. bereits am 27. August 2001 bei unauffälligem Röntgenbefund eine Epicondylopathie radialis humeri rechts sowie ein subakromiales Schmerzsyndrom rechts diagnostiziert. Aufgrund der MRT-Untersuchung des linken Ellenbogengelenks vom 26. März 2002 hat auch Dr. E. eine deutliche Verdickung der Muskelsehne im Ansatzbereich am Epicondylus humerus lateralis als Ausdruck einer Tendinitis feststellen können. Doch da bei Funktionseinschränkungen der Schultergelenke (einschließlich des Schultergürtels) der Grad der Behinderung nach den Anhaltspunkten Nr. 26.18 (Ausgabe 1996, Seite 143) in Abhängigkeit von der Fähigkeit ermittelt wird, den Arm heben zu können und auch für den Behinderungsgrad im Ellenbogengelenk die noch verbliebene Beweglichkeit maßgeblich ist (Ausgabe 1996, Seite 144), kann hier kein Behinderungsgrad festgestellt werden. Denn dauerhafte Bewegungseinschränkungen bestehen nicht. Nach den Befunderhebungen von der Orthopädin M., Dipl.-Med. K. und Dr. Ma. waren die Schultergelenke und die Extremitäten frei beweglich gewesen. Auch der Nacken- und Schürzengriff waren bei Untersuchung durch Dipl.-Med. K. frei ausführbar gewesen.

Die von Dr. Sch. diagnostizierte Fettstoffwechselstörung sowie die von Dr. Ma. mitgeteilte Adipositas, die beide dem Funktionssystem Stoffwechsel, innere Sekretion zuzuordnen sind, bedingen nach den Anhaltspunkten Nr. 26.15 (Ausgabe 1996, Seite 119, 120) keinen Einzelbehinderungsgrad, denn behinderungsgradrelevante Folge- und Begleitschäden sind nicht erkennbar.

Schließlich kann auch kein Einzelbehinderungsgrad aus dem Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche angenommen werden. Die aufgrund der Erkrankungen des Klägers bestehenden seelischen Begleiterscheinungen – die gegenüber Dr. C. geschilderte schnelle Ermüdbarkeit, die Schlafstörungen, die eingeschränkte psychische Belastbarkeit und der Verlust der Lebensfreude – sind bereits in den niedergelegten Sätzen der GdB-Tabelle der Anhaltspunkten berücksichtigt (Ausgabe 1996, Nr. 18 Abs. 8, Seite 32). Zwar hat Dr. Sch. eine reaktive Depression am 5. Oktober 1999 und Angstzustände am 18. Mai 2000 und 28. August 2003 diagnostiziert. Doch schon der lange zeitliche Abstand zwischen den Erkrankungen spricht gegen eine dauerhafte Erkrankung. Im Übrigen hat Dr. C. als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie am 17. Juli 2002 nur eine leicht gedrückte, unzufriedene und resignierte Stimmungslage, aber keine Depression feststellen können. Schließlich konnten nach dem Reha-Entlassungsbericht vom 18. November 2002 und dem Gutachten des Dr. Ma. vom 22. Dezember 2003 keine psychischen Auffälligkeiten festgestellt werden, sodass keine eigenständige seelische Erkrankung nachweisbar ist, die mit einem Einzelbehinderungsgrad bewertet werden kann. Dafür sprechen letztlich auch die nicht erfolgte fachpsychiatrische Betreuung und der Umstand, dass keine Behandlung mit Psychopharmaka notwendig war.

d) Da bei dem Kläger Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren Grad der Behinderung vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Gesamtbehinderung zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Nr. 19 der Anhaltspunkte (Ausgabe 1996, Seite 35) anzuwenden. Nach Abschnitt 3 ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt, und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.

Danach ist von einem Behinderungsgrad von 30 für das Funktionssystem Rumpf auszugehen. Dieser ist aufgrund der mit einem Einzelgrad von 20 bewerteten Funktionsstörungen im Funktionssystem Herz-Kreislauf nicht weiter zu erhöhen. Insoweit ist zu beachten, dass eine Einzelbehinderung von 20 nach den Anhaltspunkten Nr. 19 Abs. 4 (Ausgabe 1996, Seite 35) noch als leichte Funktionsstörung angesehen wird, bei der es vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Hier wirkt sich die geringe kardiale Leistungsbeeinträchtigung aufgrund des Bluthochdrucks mit Herzbeteiligung nicht weiter auf die mittelgradig eingeschränkte Beweglichkeit der LWS aus. Auch die Folgeerscheinungen der LWS-Erkrankung, also die Großzehen- und Fußheberschwäche, die ausgefallenen Reflexe und die Sensibilitätsstörungen werden durch den Bluthochdruck nicht weiter verstärkt, sodass insgesamt keine Zunahme des Gesamtausmaßes der Behinderung vorliegt.

Schließlich können auch nicht die Einschränkungen aufgrund der Großzehen- und Fußheberschwäche, die ausgefallenen Reflexe und die Sensibilitätsstörungen, die allesamt das Funktionssystem Bein betreffen, bei einer unabhängigen Bewertung vom Wirbelsäulenleiden zu einem höheren Gesamtbehinderungsgrad führen. Dem steht bereit entgegen, dass die Anhaltspunkte eine ausdrückliche Zuordnung zum Funktionssystem Wirbelsäule in Form einer Erhöhung des Einzelbehinderungsgrads vorsehen, sofern die Auswirkungen Folge der Wirbelsäulenerkrankung sind. Doch selbst eine Bewertung in diesem Funktionssystem hätte keine anderen Auswirkungen: Für das Funktionssystem Rumpf könnte dann nur ein Einzelbehinderungsgrad von 20 festgestellt werden, da die Auswirkungen im Bereich der Beine nicht erhöhend zu berücksichtigen wären (vgl. oben). Für das Funktionssystem Beine wäre ebenfalls ein Behinderungsgrad von 20 festzustellen. Dabei wäre zu beachten, dass der diskrete bis maximal mittelgradige Ausfall des Fußhebers nach Nr. 28.18 der Anhaltspunkte (Ausgabe 1996, Seite 154) nur mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 bewertet werden könnte. Denn erst der vollständige Ausfall rechtfertigt einen Behinderungsgrad von 30, Teilausfälle sind entsprechend geringer zu bewerten. Aufgrund der ausgefallenen Reflexe und der Sensibilitätsstörungen wäre der Behinderungsgrad auf 20 zu erhöhen. Doch käme auch hier keine weitere Erhöhung in Betracht, denn daraus folgende motorische Beeinträchtigungen z. B. bei Feinbewegungen (zu diesem Kriterium Nr. 26.3, Ausgabe 1996, Seite 63) sind nicht erkennbar. Der Behinderungsgrad von 20 für das Funktionssystem Rumpf wäre dann durch den Behinderungsgrad von 20 für das Funktionssystem Beine auf insgesamt 30 zu erhöhen, denn zwischen beiden ist eine verstärkende Wirkung festzustellen. So wird die gesamte statische Belastbarkeit und das Geh- und Stehvermögen, das aufgrund der Einschränkungen im Bereich des Funktionssystems Rumpf bereits betroffen ist, noch weiter vermindert. Die Bluthochdruckerkrankung mit Herzbeteiligung könnte aufgrund der bereits oben dargelegten Gründe auch hier nicht zu einer Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrads herangezogen werden, sodass auch bei einer Einzelzuordnung der Folgeerscheinungen in das Funktionssystem Beine kein höherer Behinderungsgrad festgestellt werden könnte.

Letztlich widerspräche hier die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft dem nach Nr. 19 Abs. 2 der Anhaltspunkte (Ausgabe 1996, Seite 33) zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Im Vergleich mit Gesundheitsschäden, zu denen in der GdB-Tabelle feste Werte angegeben sind, ist beim Kläger kein höherer Gesamtgrad als 30 gerechtfertigt. Die Gesamtauswirkung seiner verschiedenen Funktionsstörungen beeinträchtigt seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) liegt nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-06-16