

L 7 SB 36/10

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7

1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 22 SB 85/06

Datum
16.03.2010
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen
L 7 SB 36/10
Datum
11.12.2013

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Grades der Behinderung (GdB).

Der am ... 1954 geborene Kläger beantragte erstmals am 14. Oktober 1994 beim Beklagten die Feststellung von Behinderungen. Der Beklagte zog einen Befundbericht von der Fachärztin für HNO Dr. M. bei. Hiernach bestehe beim Kläger eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits bei einer berufsbedingten Lärmbelastung. Der Versorgungsarzt des Beklagten Sanitätsrat Dr. R. untersuchte den Kläger am 22. November 1994 und stellte fest: Der Kläger habe Rückenschmerzen seit seiner Lehrzeit und Hörprobleme angegeben. Die Wirbelsäule sowie die Gelenke seien frei beweglich. Beim Kläger bestehe eine mittelgradige Hörminderung. Er könne laute Umgangssprache verstehen. Als wertungsbeachtliche Diagnosen seien eine Hörminderung beidseits (Einzel-GdB 30) und ein degeneratives Wirbelsäulenleiden mit Nerven- und Wurzelreizzuständen (Einzel-GdB 20) vorhanden, die einen Gesamt-GdB von 40 rechtfertigen. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 22. November 1994 einen GdB von 40 fest. Der dagegen gerichtete Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 26. Juni 1995).

Am 13. November 1995 stellte der Kläger einen Neufeststellungsantrag und begründete dies mit einer chronischen Rhinitis (Nasenschleimhautentzündung) und einer chronischen Atemwegserkrankung. Nach medizinischen Ermittlungen des Beklagten wertete die Versorgungsärztin B. die Befunde aus und hielt als neue Erkrankungen eine chronische Bronchitis (Einzel-GdB 20) sowie eine chronische Nasennebenhöhlenentzündung (Einzel-GdB 10) für nachgewiesen. Dies rechtfertige zusammenfassend einen Gesamt-GdB von 50. Dem folgend hob der Beklagte den Bescheid vom 22. November 1994 auf (Bescheid vom 7. Februar 1996) und stellte mit Wirkung zum 13. November 1995 einen GdB von 50 fest.

Am 4. März 1998 beantragte der Kläger erneut eine Neufeststellung, verlangte neben einem höheren GdB das Merkzeichen "G" (erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr) und führte zur Begründung aus: Aufgrund der Verkürzung des rechten Beins habe er eine Gehbehinderung sowie Beschwerden im rechten Knie. Zudem bestünden Gleichgewichtsstörungen, rheumatische Beschwerden der Gelenke und eine schmerzhafte Degeneration des rechten Ellenbogens mit Ausstrahlungen in die Hand sowie ein Asthmaleiden. Die Fachärztin für Orthopädie Dr. K. hat angegeben, seit November 1996 sei es beim Kläger zu einer Zunahme der Beschwerden gekommen, wobei es hierfür kein organisches Korrelat gebe. Der Internist Dipl.-Med. B. gab an, der Kläger habe keine Gehbehinderung. In einem beigelegten Befundbogen berichtete der Facharzt für Orthopädie Dr. M. über einen Röntgenbildbefund aus dem Jahr 1994. Hiernach leide der Kläger an der Lendenwirbelsäule an einer deutlichen Osteochondrose am lumbosakralen Übergang. Die Halswirbelsäule zeige eine ausgeprägte Steilstellung sowie eine Osteochondrose. Dr. J. teilte am 10. Januar 1994 mit, der Kläger zeige ein psychisch auffälliges Verhalten (verlangsamt, kein gezieltes Beantworten der Fragen). Dr. M. gab einen chronischen Tinnitus, eine chronische Rhinitis sowie eine beidseitige Lärmschwerhörigkeit an. Der Versorgungsarzt des Beklagten Medizinalrat Dr. S. wertete die Befunde aus. Aus dem vorgelegten Sprachaudiogramm ergebe sich eine Hörbehinderung, die mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sei. Neue Erkenntnisse über Gesundheitsstörungen im Stütz- und Bewegungssystem lägen nicht vor. Die psychoreaktive Gesundheitsstörung sei mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Der bisherige Gesamt-GdB von 50 sei zutreffend und das Merkzeichen "G" nicht festzustellen. Mit

Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 1996 änderte der Beklagte den Bescheid vom 7. Februar 1996 ab und stellte als Behinderungen fest:

Funktionseinschränkung der Wirbelsäule mit Auswirkungen auf das rechte Bein,

Hörminderung beidseits,

psychoreaktive Gesundheitsstörungen,

Lungenfunktionsstörung bei chronischer Bronchitis,

Atembeschwerden bei chronischer Nasennebenhöhlenentzündung,

Hirndurchblutungsstörung mit Hirnleistungsschwäche.

Der Gesamt-GdB sei wie bisher mit 50 einzuschätzen.

Am 8. September 2003 stellte der Kläger einen Neufeststellungsantrag und begehrte die Merkzeichen "G" sowie "aG" (außergewöhnlich gehbehindert). Der Internist Dipl.-Med. B. gab in einem eingeholten Befundschein am 24. September 2003 an: Eine chronische Bronchitis, Erkrankungen der Wirbelsäule sowie der Kniegelenke gingen aus seinen Unterlagen nicht hervor. Die Lungenfunktionseinschränkung sei wegen einer schlechten Mitarbeit des Klägers beim Spirotest nicht zu objektivieren. Prof. Dr. M. (Universitätsklinikum L.) legte im September 2003 ein Schwellen- und Sprachaudiogramm vor. Der Ärztliche Gutachter des Beklagten Dr. K. hielt in Auswertung der Befunde den bisherigen GdB von 50 für zutreffend und die Vergabe der beantragten Merkzeichen für nicht gerechtfertigt. Mit Bescheid vom 5. März 2004 lehnte der Beklagte eine Neufeststellung ab. Der dagegen gerichtete Widerspruch wurde vom Beklagten zunächst nicht beschieden. Am 19. Mai 2004 zeigte der Kläger eine erneute Veränderung seines gesundheitlichen Zustandes an. Daraufhin holte der Beklagte einen Befundschein vom Facharzt für Orthopädie Dr. H. vom 17. Juni 2004 ein. Hiernach sei es im Jahr 1992 zu einer operativen Entfernung einer Bakerzyste am rechten Kniegelenk gekommen, die dem Kläger Beschwerden bereitet habe. Diagnostisch bestehe seit Januar 2000 eine Innenmeniskusläsion mit Bakerzystenentfernung am rechten Kniegelenk. Aktuell (11. Dezember 2003) sei eine Retropatellararthrose rechts, ein zervikozephalisches Syndrom, Kreuzschmerzen, eine Osteochondrose der Wirbelsäule und sonstige Spondylose, eine Epicondylitis humeri radialis rechts, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine primäre generalisierte (Osteo-) Arthrose zu diagnostizieren. Der zunächst als Bautischler und Zimmermann tätige Kläger sei seit dem Jahr 1995 arbeitslos. Am 28. Januar 2000 habe sich kein Kniegelenkserguss gezeigt. Das Zohlenzeichen sei negativ und die Beweglichkeit der Kniegelenke mit 0/0/140 Grad nicht eingeschränkt. Bei einer Prüfung am 11. Dezember 2003 habe die Beweglichkeit der Kniegelenke 150 Grad beidseits betragen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule habe in der Reklination einen Wert von 50 Grad und in der Rotation von 70/0/60 Grad ergeben. Der Finger-Boden-Abstand betrage 10 cm und die Schultergelenksbeweglichkeit 180/0/70 Grad.

Der Versorgungsarzt OMR Dr. J. wertete den Befund unter dem 29. September 2004 aus und gab an: Aus dem aktuellen Befund sei objektiv keine Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse ableitbar. Die bisherige Bewertung des GdB sei eher zu hoch als zu niedrig. Mit Bescheid vom 13. Oktober 2004 lehnte der Beklagte die Neufeststellung ab. Der dagegen gerichtete Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 29. April 2005 zurückgewiesen. Nach Klageerhebung beim Sozialgericht Halle (S 1 SB 116/05) hob der Beklagte durch Erklärung in der öffentlichen Sitzung vom 14. Oktober 2005 den Widerspruchsbescheid vom 29. Mai 2005 auf und verpflichtete sich, ab September 2003 eine erneute Überprüfung vorzunehmen. Der Beklagte nahm daraufhin medizinische Ermittlungen vor. In einem eingeholten Befundbericht vom 20. Dezember 2005 gab Dipl.-Med. B. an, die Diagnose einer chronischen Bronchitis sowie eines Bronchialasthmas sei von ihm seit 2000 nicht mehr gestellt worden. Gleiches gelte für die Diagnose auf einen hirnorganischen Abbauprozess/Demenz. Der Herz-Lungen-Befund und die Atmung seien unauffällig. Es bestehe jedoch der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung mit depressiven Verstimmungen. In einem beigezogenen Gutachten für das unfallversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Landessozialgericht (LSG) - L 6 U 11/03 - führte der HNO-Arzt Prof. Dr. D. (Universitätsklinikum L.) aus: Zum Zeitpunkt der Untersuchung hätten keine Ohrgeräusche bestanden. Es bestehe eine mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits. Der Beklagte ließ diese Befunde durch den Versorgungsarzt Dr. W. am 8. März 2006 auswerten. Danach sei die bisherige Einschränkung der Wirbelsäule im oberen Bewertungsrahmen. Wesentliche Funktionsstörungen der Kniegelenke seien trotz Bakerzyste nicht nachweisbar. Funktionsstörungen der Ellenbogengelenke sowie der Füße seien ebenfalls nicht erkennbar. Das aktuelle Sprachaudiogramm sei besser als das vom 13. Dezember 2001 und habe keine Ohrgeräusche mehr bestätigt. Hiernach sei ein Einzel-GdB von 10 zu vergeben, jedoch eine Höherbewertung auf einen GdB von mehr als 20 ausgeschlossen. Lungenfunktionsbeeinträchtigungen seien mangels hinreichender Mitarbeit des Klägers nicht beurteilbar. Offenbar bestünden bei ihm eine Persönlichkeitsstörung sowie eine somatoforme Schmerzstörung. Hirndurchblutungsstörungen seien aktuell nicht mehr erkennbar. Der bisher festgestellte Gesamt-GdB von 50 ohne Merkzeichen sei daher zutreffend. Mit Widerspruchsbescheid vom 27. März 2006 wies der Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Bescheide vom 5. März 2004 und 13. Oktober 2004 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 27. April 2006 Klage beim Sozialgericht (SG) H. erhoben und zur Begründung vorgetragen: Ihm stehe ein höherer GdB als 50 zu. Allein die Schwerhörigkeit rechtfertige einen Einzel-GdB von 50. Der Kläger hat eine Erklärung von Dr. M. vom 21. Dezember 2006 vorgelegt, wonach eine HNO-Kontrolluntersuchung eine unverändert hochgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits mit Einschränkung der Sprachverständlichkeit ergeben habe.

In der nichtöffentlichen Sitzung vom 4. September 2007 hat der Kläger angegeben, er trage kein Hörgerät, da er sich finanziell kein hochwertiges Gerät leisten könne. Auf eine Befundnachfrage des SG's hat Dr. M. angegeben, sie halte keine erneute HNO-Begutachtung mehr für erforderlich. Dipl.-Med. B. hat am 24. Juni 2009 mitgeteilt, der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung und depressive Verstimmung bestehe fort. Der Kläger erhalte eine medikamentöse Langzeittherapie (2 x 25 mg Doxepin). Dr. H. hat berichtet, der Kläger habe sich bei ihm letztmalig am 11. Dezember 2003 vorgestellt.

In Auswertung dieser Befunde hat die Versorgungsärztin Dr. W. ausgeführt, dass mittelschwere Funktionsstörungen wegen eines Wirbelsäulensyndroms nicht belegt seien, zumal der Kläger seit Dezember 2003 keinerlei weiteren orthopädischen Behandlungen mehr

habe durchführen lassen. Gleiches gelte für die Funktionsbeeinträchtigungen der Gelenke. Bezüglich der Lungenfunktionseinschränkungen und einer Hirnleistungsminderung fehle es an medizinischen Befunden. Für die Behandlung der depressiven Verstimmungen sei ein Einzel-GdB von 20 vertretbar, obwohl es an einer fachpsychiatrischen Diagnose fehle. Die Hörbehinderung sei mit einem GdB von maximal 20 zu bewerten. Die chronische Nasenschleimhautentzündung werde im HNO-Gutachten nicht mehr aufgeführt. Bei sachgerechter Bewertung sei nur ein Gesamt-GdB von 30 zu rechtfertigen.

In der mündlichen Verhandlung vom 16. März 2010 hat der Kläger auf Befragen angegeben, er traue den zahlreichen Ärzten und Gutachtern aufgrund seiner schlechten Erfahrungen aus der Vergangenheit nicht mehr. Dies gelte insbesondere für HNO-Gutachter. Mit Urteil vom 16. März 2010 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Bezüglich der Diagnosen einer chronischen Magenschleimhautentzündung, Lungenfunktionsstörung bzw. Hirndurchblutungsstörung fehle es an konkreten Befunden. Die Wirbelsäulenerkrankung sei letztmalig im Dezember 2003 fachärztlich behandelt worden. Wäre das Beschwerdebild auf diesem Gebiet deutlich schlechter geworden, hätte es aus Sicht des Klägers nahegelegen, sich orthopädisch behandeln zu lassen. Ein höherer Einzel-GdB als 30 lasse sich daher nicht rechtfertigen. Hinsichtlich der Schwerhörigkeit sei allenfalls von einem mittelgradigen Hörverlust auszugehen. Auf psychiatrischem Gebiet lasse sich wegen der medikamentösen Behandlung mit Doxepin ein Einzel-GdB von 20 rechtfertigen. Zusammenfassend könne aus den vorliegenden Funktionsstörungen kein höherer Gesamt-GdB als 50 abgeleitet werden.

Gegen das ihm am 4. Juni 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, den 5. Juli 2010 Berufung beim LSG Sachsen-Anhalt eingelegt. Zur Begründung hat der Kläger ergänzend vorgetragen: Das SG hätte auf orthopädischem Gebiet den Sachverhalt weiter aufklären müssen. Die fehlende Folgebehandlung bei Dr. H. rechtfertige nicht die Schlussfolgerung des SG, es habe auf diesem Fachgebiet keinerlei Veränderungen gegeben. Auch die Sachaufklärung auf den Fachgebieten der HNO und Psychiatrie sei nicht ausreichend. Unberücksichtigt geblieben seien zudem das Ellenbogenleiden, die Beinverkürzung, die Knieerkrankung, die Kieferarthritis sowie die Lungenfunktionsbeeinträchtigung.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 16. März 2010 sowie die Bescheide des Beklagten vom 5. März 2004 und 13. Oktober 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. März 2006 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihm ab 8. September 2003 einen GdB von mehr als 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält die angegriffenen Entscheidungen für rechtmäßig.

Der Senat hat einen Befundbericht von Dipl.-Med. B. vom 23. Januar 2012 eingeholt. Hiernach habe es hinsichtlich des Herz-Lungen-Systems keine spezifische Therapie gegeben. Weitere Befunde von Fachkollegen seien nicht bekannt. Der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung verbunden mit Konfabulationen (durch Erinnerungstäuschung bedingte Darstellung vermeintlicher Vorgänge) und Logorrhö (starker, oft unstillbarer Rededrang mit Verlust der Selbstkontrolle über die eigene Sprachproduktion) krankhafte Geschwätzigkeit) bestünden fort, würden jedoch therapeutisch nicht mehr behandelt. Der Kläger sei arbeitsfähig und nicht in seiner Gehfähigkeit eingeschränkt.

Der Senat hat die Rentenakte und Unfallversicherungsakte des Klägers beigezogen. Im rentenversicherungsrechtlichen Verfahren vor dem LSG Sachsen-Anhalt (L 3 RJ 157/02) hatte der Facharzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin Dr. D. ein Gutachten vom 14. Dezember 2004 erstattet (Untersuchung vom 10. November 2004) und darin ausgeführt: Der Kläger habe über Rückenbeschwerden geklagt, die in beide Beine verstärkt rechtsseitig ausstrahlen würden. Diese Beschwerden bestünden seit ca. 10 Jahren. Er habe auch über Nackenschmerzen berichtet, die in den linken Arm ausstrahlten. Nach der Bakerzystenoperation sei die rechte Kniekehle verstärkt schmerzhaft. Hinzu kämen Taubheitsgefühle am rechten Kopf über den Nackenbereich bis zum Halsbereich. Die Hörminderung habe sich langsam verschlechtert, wobei er einen ständigen Pfeifton höre. Ein Hörgerät trage er nicht. Auch könne er nicht scharf sehen. Beim Tragen der Brille träten besonders in Stresssituationen Sehstörungen auf. Auch leide er an Gedächtnisstörungen. Nach einer OP der Bakerzyste sei verstärkter Haarausfall aufgetreten. Zu den Untersuchungsergebnissen gab der Sachverständige an: Der Kopf sei aktiv und passiv frei beweglich. Im Bereich der Wirbelsäule bestünden leichtgradige Myalgien im Nackenbereich und mittelgradige Myalgien im Lendenwirbelsäulenbereich. Die Extremitäten seien frei beweglich und bei gleicher Beinlänge in der Bewegung ohne Einschränkungen. Die Fern- und Nahsicht sei gut korrigiert. Die Röntgenaufnahme vom 10. November 2004 zeige im Bereich der Lendenwirbelsäule eine Steilstellung mit Lordoseminderung, Zwischenwirbelraum-Erniedrigungen in allen lumbalen Zwischenwirbelräumen sowie eine Osteochondrose. Gleiches gelte auch für die Halswirbelsäule. Beim Kläger lägen degenerative Verschleißerscheinungen an der unteren Hals- und der gesamten Lendenwirbelsäule vor. Die daraus resultierenden Myalgien im Sinne einer muskulären Dysbalance führten zu den angegebenen Beschwerden, wobei dies von einer starken psychosomatischen Persönlichkeitsstörung deutlich unterstützt werde. Daneben bestehe eine Innenohrschwerhörigkeit mit Tinnitus. In der normalen Umgangssprache ergäben sich keine wesentlichen Einschränkungen. Hinzu trete eine allergische Rhinitis mit Schnupfensymptomatik. Eine wesentliche Beeinflussung des unteren Atemtraktes im Sinne einer chronisch obstruktiven Bronchitis sei nicht nachweisbar. Im Bereich des Halses sei ein Exanthem nachweisbar. Eine Leistungseinbuße im Herz-Kreislauf-System bestehe nicht. Medikamentös sei der Kläger auf Doxepin und Finlepsin eingestellt. Er sei allenfalls noch in der Lage, leichte und nur zeitweise mittelschwere Arbeit, jedoch nicht mehr die Tätigkeit eines Tischlers auszuführen. Die Gehfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Dem Kläger sei ein intensives Bewegungstraining zu empfehlen. Wegen der starken Somatisierung sei eine psychologische Betreuung zur Bewältigung der Schmerzstörung im Rahmen einer Reha-Maßnahme erfolgversprechend. In dem rentenversicherungsrechtlichen Verfahren L 3 RJ 157/02 einigten sich der Kläger und die Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland auf eine Berufsunfähigkeitrente ab dem 1. Dezember 2000.

In der Rentenakte befand sich zudem ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten von Dr. P. vom 20. September 1999 für das unfallversicherungsrechtliche Verfahren L [6 U 91/98](#). Hiernach bestehe im Bereich der Lendenwirbelsäule ein lokales Schmerzsyndrom, wobei nervliche Strukturen nicht beeinträchtigt seien. Die Schmerzausstrahlung könne als unspezifisch und pseudoradikulär charakterisiert werden. Die Taubheitsmissempfindungen des ganzen rechten Unterschenkels- und Fußbereiches seien nicht wirbelsäulenbedingt.

Diagnostisch sei von einem lokalen lumbalen Schmerzsyndrom ohne nervale Schädigung auszugehen. Im Bereich der Halswirbelsäule bestünden degenerative Veränderungen mit Schmerzausstrahlungen im rechten Ellenbogen, die bis in zwei Finger ausstrahlten. Ein Sulcus-ulnaris-Syndrom sei sicher auszuschließen. Der Kläger habe mitgeteilt, dass er in seiner Tätigkeit als Zimmermann im Dezember 1993 wegen einer extremen Holzschutzmittelbelastung eine Vergiftung erlitten habe. Unabhängig von der genauen Ursache der Missempfindungen sei kein MdE-relevanter Körperschaden verblieben. Neben den wirbelsäulenbezogenen und auch ausstrahlenden Schmerzen habe die von der Berufsgenossenschaft bzw. dem Arbeitgeber entschädigungsrechtlich nicht ausgeglichene Vergiftung bei ihm zu einer erheblichen Kränkung geführt. Daneben spielten auch Aspekte in der Lebensbiographie eine Rolle (Kläger trennte sich von Ehefrau wegen derer Stasiverwicklung im Jahr 1995 und lebt seit dem allein). Auf psychiatrischem Gebiet sei von einem somatoform verstärkten Schmerzerleben auszugehen.

Der Senat hat die Unfallversicherungsakte L [6 U 11/03](#), in der der Kläger eine Lärmschwerhörigkeit als Berufserkrankung begehrte, beigezogen. Das SG (S [6 U 116/01](#)) hatte dort ein Sachverständigengutachten von Prof. Dr. B. vom 14. Dezember 2001 eingeholt. Hiernach habe der Kläger von 1973 bis 1994 mit verschiedenen Holzbearbeitungsmaschinen gearbeitet. Im Jahr 1980 habe er seine Schwerhörigkeit bemerkt. In der Untersuchung habe er auf beiden Ohren Geräusche angegeben. Nach der sprachaudiometrischen Prüfung betrage der Hörverlust auf beiden Ohren 40 dB und bei der Prüfung im Sprachaudiogramm die Gesamtverständlichkeit rechts 85 und links 140. Nach den Richtlinien von Boenninghaus und Röser betrage der Hörverlust am rechten Ohr 70 % und am linken Ohr 50 %. Dies führe auf der rechten Seite zu einer hochgradigen und auf der linken Seite zu einer mittelgradigen Schwerhörigkeit. Der wesentliche Hörverlust habe beim Kläger bereits im Jahre 1980 vorgelegen.

In diesem Verfahren hatte das LSG Sachsen-Anhalt ein HNO-Gutachten von Prof. Dr. D. vom 24. Februar 2005 eingeholt (Untersuchung vom 1. Februar 2005). Hiernach hätten zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Ohrgeräusche bestanden. In der sprachaudiometrischen Untersuchung habe der Diskriminationsverlust rechts 5 % und links 10 % betragen. Nach der lückenlosen audiometrischen Dokumentation von 1980 bis 1993 sei der Hörverlust in den ersten sieben Jahren aufgetreten. Danach hätten sich die Werte nicht mehr wesentlich verschlechtert. Es bestehe eine mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits. Für den berufsbedingten Hörschaden sei eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von maximal 15 % anzunehmen. Im Vergleich zu den Untersuchungen von Prof. Dr. B. habe sich die Sprachaudiometrie sogar geringgradig verbessert. Die Hörsituation des Klägers sei zusammenfassend unverändert.

Darüber hinaus hat der Senat ein Sachverständigengutachten des Facharztes für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin Prof. Dr. S. vom 22. April 2013 eingeholt. Der Kläger habe in der Untersuchung angegeben, im Vordergrund der Beeinträchtigungen stünden Schmerzen "sämtlicher Gelenke". Er habe gelernt, mit den Schmerzen umzugehen und lasse "das nicht so an sich ran". Deshalb nehme er auch keine Schmerzmittel. Am schlimmsten seien die Beschwerden an der rechten Kniekehle. Mit den Augen könne er nicht in die Ferne sehen. Die Verständigung in etwas gehobener Stimme sei problemlos möglich. Zu den beiden erwachsenen Kindern bestehe kein Kontakt. Seit zwei Jahren nehme er keine Medikamente mehr. Der Sachverständige hat anlässlich der klinischen Untersuchung einen guten Allgemein- und Ernährungszustand festgestellt. Der Kopf sei aktiv und passiv frei beweglich. Der Fingerboden-Abstand betrage 20 cm mit Schmerzangabe in den Beinen und den Fußsohlen. Das Schoberzeichen betrage 10/12 cm. Die Seitenneigung habe 20/0/20 Grad und die Rotation 10/0/10 Grad im Bereich der Wirbelsäule ergeben. Im Bereich der oberen Extremitäten zeigten sich keine Umfangsunterschiede. Die Griffarten seien schmerzfrei möglich, wobei die grobe Kraft eingeschränkt sei. Die Beweglichkeit der Ellenbogen und Handgelenke sei nicht beeinträchtigt. Im Bereich der unteren Extremitäten bestünden keine Umfangsunterschiede. Die Hüft- und Kniebeweglichkeit sei nicht wesentlich eingeschränkt. Die Lungenfunktion sei normal. Als Diagnosen bestünden:

Degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule bei Osteochondrose und Spondylose ohne radikuläre Schädigung,

Zervicobrachialsyndrom ohne radikuläre Schädigung,

Innenohrschwerhörigkeit,

somatoforme Schmerzstörung,

Verdacht auf Persönlichkeitsstörung (nicht behandelt),

Zustand nach Bakerzystenexstirpation rechtes Kniegelenk mit bestehenden Schmerzen sowie Retropatellararthrose rechts,

Beinverkürzung rechts.

Die klinischen Untersuchungen hätten keine adäquaten Veränderungen ergeben, die das erhebliche Schmerzausmaß des Klägers erklären könnten. Die Entzündungsparameter und Rheumafaktoren seien im Normbereich. Eine orthopädische Behandlung erfolge nicht, auch würden keine Schmerzmittel eingenommen. Der gesundheitliche Verlauf sei nach Angaben des Hausarztes im Wesentlichen unverändert. Der Kläger gab an, sich verfolgt und beobachtet zu fühlen, was im Zusammenhang mit einer Erbschaft stehe. Die Beinverkürzung sowie der Beckenschiefstand hätten keine zusätzliche Auswirkungen auf funktionale Einschränkungen. Eine Lungenfunktionsstörung sei weder klinisch noch funktionell begründbar. Hinweise auf eine Hirndurchblutungsstörung sowie eine Hirnleistungsschwäche habe die klinische Untersuchung nicht bestätigt. Vorhanden seien degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbel-, Lendenwirbelsäule sowie im rechten Knie. Die funktionalen Auswirkungen dieser Veränderungen seien jedoch gering. Die erheblichen Schmerzangaben des Klägers seien organisch nicht erklärbar, so dass bei ihm eine psychosomatische Komponente eine wesentliche Rolle spielen dürfte. Der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung habe sich in der Untersuchung nicht bestätigt. Trotz der Innenohrschwerhörigkeit sei eine Unterhaltung ohne Hörhilfen mit nur gering angehobener Stimme möglich. Für die Schwerhörigkeit sei einen Einzel-GdB von höchstens 20, für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule ein Einzel-GdB von 20 und für die somatoforme Schmerzstörung ein Einzel-GdB von höchstens 20 zu vergeben. In der Zusammenfassung sei von einem Gesamt-GdB von höchstens 50 auszugehen, wobei sich die aufgeführten Gesundheitsstörungen nicht verstärken würden.

Der Sachverständige hat auf Nachfrage des Senats am 15. Mai 2013 ergänzend ausgeführt: Inhaltlich gehe es dem Kläger um einen höheren GdB als 50. Von daher ergebe das Gesamtbild einen GdB von höchstens 50. Es habe seit September 2003 keine relevante gesundheitlichen

Veränderungen gegeben.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Gerichtsakte ergänzend verwiesen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte und gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auch statthafte Berufung des Klägers ist unbegründet. Die angegriffenen Bescheide des Beklagten und das Urteil des SG Halle vom 16. März 2010 sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 50.

Die Klage gegen die Bescheide vom 5. März 2004 und 13. Oktober 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. März 2006 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000, [B 9 SB 3/99](#), juris).

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 7. Februar 1996 einen GdB von 50 festgestellt und damit über den GdB des Klägers entschieden hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach [§ 48](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X)). Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrades um wenigstens 10 ergibt. Die Änderung der Behinderungsbezeichnung oder das Hinzutreten weiterer Teil-Behinderungen ohne Auswirkung auf den Gesamtbehinderungsgrad allein stellen aber noch keine wesentliche Änderung dar (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998, [B 9 SB 18/97](#), juris). Für die wesentliche Änderung kommt es weder auf den Inhalt des Vergleichsbescheides noch auf die von der Behörde bei der Bewilligung oder später angenommenen Verhältnisse, sondern auf die tatsächlichen Verhältnisse und deren objektive Änderung an (KassKomm-Steinwedel, SGB X, § 48 Rdnr. 14 m.w.N.).

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). Der hier anzuwendende [§ 69 SGB IX](#) ist durch die Gesetze vom 23. April 2004 ([BGBl. I S. 606](#)) und vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) geändert worden. Rechtsgrundlage für den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Infolge der verfahrensrechtlichen Änderungen des [§ 69 SGB IX](#) durch das Gesetz vom 23. April 2004 (a.a.O.) hat sich im Übrigen nur die Satzzählung geändert. Im Folgenden werden die Vorschriften des [§ 69 SGB IX](#) nach der neuen Satzzählung zitiert.

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 GdB fest. Diese Vorschrift 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 GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

[§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) ist durch das insoweit am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 (a.a.O.) geändert worden. Nach der früheren Fassung der Vorschrift galten für den GdB die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäben entsprechend. Nach dem Wortlaut der früheren Fassung des ebenfalls durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 geänderten § 30 Abs. 1 BVG war für die Beurteilung die körperliche und geistige Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben maßgeblich, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren. Nach der Neufassung des [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen neuen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) aufgestellt worden, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den dem § 30 BVG durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten Absatz 17 ermächtigt worden ist.

Nach 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt und sind damit nunmehr der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. Zuvor dienten der Praxis als Beurteilungsgrundlage die jeweils vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht", die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten eine normähnliche Wirkung hatten (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2003, [B 9 SB 3/02 R](#), juris). Die in den Anhaltspunkten (letzte Ausgabe von 2008) enthaltenen Texte und Tabellen, nach denen sich die Bewertung des GdB bzw. der Schädigungsfolge bisher richtete, sind – inhaltlich nahezu unverändert – in diese Anlage übernommen worden (vgl. die Begründung [BR-Drucks. 767/08, S. 3](#) f.). Die im vorliegenden Fall heranzuziehenden Abschnitte aus den Anhaltspunkten in den Fassungen von 1996, 2004, 2005 und 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind im Wesentlichen nicht geändert worden. Im Folgenden werden die Vorschriften der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zitiert. GdS und GdB werden dabei nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass sich der GdS kausal auf Schädigungsfolgen und der GdB final auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von deren Ursachen auswirkt (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil A: Allgemeine Grundsätze 2 a).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zugrunde zu legen. Nach den

allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, S. 33) sind die dort genannten GdS-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. 2 e (Teil A, S. 20) 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 (Teil B, Nr. 1 a, S. 33).

Nach diesem Maßstab sind die Funktionseinschränkungen des Klägers nur mit einem GdB von 30 ab 8. September 2003 bis zum jetzigen Zeitraum einzuschätzen. Die vom Beklagten bereits festgestellte Schwerbehinderung mit einem GdB von 50 liegt daher nicht vor. Keinesfalls steht dem Kläger ein noch höherer GdB als 50 zu. Dabei stützt sich der Senat insbesondere auf das Gutachten von Prof. Dr. S., die beigezogenen rentenversicherungs- und unfallversicherungsrechtlichen Verfahren, die Berichte der behandelnden Ärzte des Klägers nebst Anlagen und die Bewertung dieser medizinischen Unterlagen durch die Versorgungsärzte des Beklagten.

1. Für den Funktionsbereich "Rumpf" hat der Sachverständige Prof. Dr. S. degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule bei Osteochondrose und Spondylose ohne radikuläre Schädigung sowie ein Zervicobrachialssyndrom ohne radikuläre Schädigung diagnostiziert. Diese Diagnose wird bereits bestätigt im Gutachten von Dr. D. vom 14. Dezember 2004. Hinweise für eine neuronale Schädigung der Wirbelsäule vermochten beide Gutachter nicht zu finden. Die Schlussfolgerung beider Sachverständigen, das gravierende Beschwerdebild des Klägers im Sinne einer prägenden psychosomatischen Schmerzstörung zu interpretieren, ist vor diesem Hintergrund dem Senat nachvollziehbar. Für diesen Befund hält der Senat einen Einzelbehinderungsgrad von höchstens 10 für die Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule im Funktionsbereich Rumpf für gerechtfertigt. Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (B 18.9, S. 107) rechtfertigen Funktionsstörungen geringeren Grades einen Einzel-GdB von 10. Erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grades, bedingen einen Einzel-GdB von 20.

Hier kann beim Kläger nach dem überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. S. von geringen funktionalen Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule ausgegangen werden. Dabei sind die schmerzbedingten Beschwerden des Klägers in diesem Bereich, sofern sie auf die ebenfalls diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung zurückgeführt werden können, nicht wertungsrelevant. Würde man dieses psychogen geprägte Beschwerdebild im Funktionssystem Rumpf bewerten, würde dies eine unzulässige Doppelbewertung bedeuten. Die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung dürfen daher nur dem Funktionsbereich Psyche zugeordnet werden.

Die funktionalen Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule sind nach den Untersuchungsergebnissen von Prof. Dr. S. als sehr gering einzuschätzen. Dies bestätigen insbesondere die Untersuchungsergebnisse deutlich. So erreichte der Kläger einen Finger-Boden-Abstand von 20 cm. Die Messwerte im Bereich der Seitenneigung 20/0/20 Grad und bei der Rotation 10/0/10 Grad (Lendenwirbelsäule/Brustwirbelsäule) bleiben weitgehend im Normbereich, genau wie das Zeichen nach Ott und nach Schober. Auch die Beweglichkeit der Halswirbelsäule war lediglich endgradig schmerzhaft (Reklination 30 Grad; Seitenneigung 30/0/30 Grad). Hätte sich über Jahre eine erhebliche degenerative Schädigung der Wirbelsäule fortentwickelt, wären die aktuell erzielten Normwerte des Klägers so nicht erklärbar und müssten dem Bewertungsbereich im Funktionssystem "Gehirn und Psyche" zugeordnet werden. Gegen eine erhebliche Beeinträchtigung im Bereich der Wirbelsäule spricht auch, dass der Kläger seit Dezember 2003 keine orthopädische Behandlung mehr aufgesucht hat.

2. Ein weiteres Leiden des Klägers betrifft das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche". Für dieses kann seit Antragstellung bis Oktober 2004 ein Einzel-GdB von 20, ab November 2004 bis April 2011 ein Einzel-GdB von 30 und ab Mai 2011 wieder ein Einzel-GdB von 20 angenommen werden.

Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (B 3.9., S. 43) werden leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20 bewertet. Für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) ist ein Bewertungsrahmen von 30 bis 40 vorgesehen. Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten werden mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit 80 bis 100 bewertet. Psychische Anpassungsschwierigkeiten, die einen Behinderungsgrad von 30 bis 40 rechtfertigen, sind nach dem Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates (BMA am 18./19.03.1998 – zitiert nach Rohr/Sträßer, Teil B: GdS-Tabelle-19, 96. Lfg. – Stand Dezember 2011) durch Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße gekennzeichnet. Dieses Kriterium ist zur differenzierenden Einschätzung von Anpassungsschwierigkeiten analog auch dann heranzuziehen, wenn die Symptomatik der psychischen Störungen ganz unterschiedlich ist (Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates, BMA am 8./9.11.2000, Rohr/Sträßer, a.a.O., GdS-Tabelle-18). Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten setzen neben den Auswirkungen im Berufsleben erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung voraus (Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates, BMA am 18./19.03.1998 – zitiert nach Rohr/Sträßer, a.a.O., GdS-Tabelle-19).

Bereits nach der zeitlich am längsten zurückliegenden Bewertung vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. im Gutachten vom 20. September 1999 hatte sich zu diesem frühen Zeitpunkt bereits ein somatoform verstärktes Schmerzerleben beim Kläger entwickelt. Diese Diagnose hat der Gutachter Dr. D. in seinem Gutachten vom 14. Dezember 2004 nochmals als starke psychosomatische Persönlichkeitsstörung bezeichnet und dabei über eine psychopharmakologische Behandlung mit Doxepin berichtet, was durch den gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. S. nochmals bestätigt wird. Hiernach nimmt der Kläger seit April 2011 keine Psychopharmaka mehr ein. Für die Frage, ob die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung mit einem Einzel-GdB von 20 oder 30 bewertet werden können, hält der Senat die jeweilige Therapieintensität für bedeutsam. Wird eine medikamentöse Behandlung erforderlich, spricht dies eher für eine nachhaltige Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Daher ist die Einnahme von Psychopharmaka durch den Kläger im Zeitraum zwischen November 2004 bis April 2011 als ein gewichtiges Indiz zu werten, dass er während dieses Zeitraums einem vermehrten Leidensdruck in diesem Funktionsbereich ausgesetzt war, was die vom Senat vertretene Einzel-GdB-Staffelung für diesen Funktionsbereich erklärt. Nachdem der Kläger seit April 2011 diese Medikation abgesetzt hat und auch keine Schmerzmittel mehr einnimmt, kann auf eine rückläufige psychische und schmerzbedingte Schmerzbelastung geschlossen werden. Ab April 2011 war daher der Einzel-GdB von 30 auf 20 wieder abzusenken. Mit dieser Einschätzung folgt der Senat im Wesentlichen der Bewertung des Sachverständigen Prof. Dr. S., der sich für den gesamten zeitlichen Prüfungszeitraum für einen einheitlichen Einzel-GdB von 20 in diesem Funktionssystem ausgesprochen hat.

3. Für das Funktionssystem "Ohren" ist ein Einzel-GdB von maximal 20 zu vergeben. Nach der aktuellen Untersuchung des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. S. benutzte der Kläger kein Hörgerät und hatte keine Schwierigkeiten, normale Umgangssprache zu verstehen. Die vom Sachverständigen gestellte Diagnose einer mittelgradigen Höreinschränkung ist daher nachvollziehbar und rechtfertigt einen von Sachverständigen vertretenen Einzel-GdB von höchstens 20. Diese Bewertung steht im Übrigen auch im Einklang mit den beigezogenen fachärztlichen Gutachten. In dem HNO-Gutachten vom 14. Dezember 2001 bezeichnet Prof. Dr. B. die Hörschädigung des Klägers noch als hochgradige (rechts) bzw. mittelgradige Schwerhörigkeit (links). Anlässlich der Untersuchung von Prof. Dr. D. in seinem HNO-Gutachten vom 24. Februar 2005 konnte der Kläger dann jedoch im Sprachaudiogramm deutlich verbesserte Hörwerte erreichen.

4. Für das Funktionssystem "Beine" kann wegen der Knieerkrankung des Klägers ein Einzel-GdB von höchstens 10 festgestellt werden. Diagnostisch ist dabei von einem Zustand nach Bakerzystenentfernung im rechten Kniegelenk sowie einer Retropatellararthrose auszugehen (vgl. bereits Befundbericht Dr. H. vom 17. Juni 2004). Da es an funktionalen Einschränkungen fehlt, insbesondere die Kniegelenksbeweglichkeit unbeeinträchtigt ist (vgl. Feststellungen von Prof. Dr. S.) ist es dabei durchaus vertretbar, entsprechend der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen, den GdB auf 0 abzusenken. Die Einschätzung des Senats, einen Einzel-GdB von zumindest 10 wegen bestehender Druckschmerzen im Kniekehlenbereich mit Schwellungen anzunehmen, ist daher wohlwollend.

5. Die weiteren Erkrankungen des Klägers sind entweder nicht wertungserheblich oder ärztlich nicht einmal bestätigt worden. Bezogen auf die Allergische Rhinitis (Schnupfensymptomatik) hat Dr. D. die Auswirkungen bereits als unwesentlich bezeichnet. Im zeitlich etwas späteren Gutachten von Prof. Dr. D. wird diese Diagnose nicht mehr gestellt. Auch bei der aktuellen Untersuchung des Klägers durch Prof. Dr. S. hat der Kläger keinerlei allergische Beeinträchtigungen angegeben und eine allergene Beeinträchtigung nicht mehr behauptet. Die diagnostizierte chronische obstruktive Bronchitis wird weder von Dipl.-Med. B., noch von Dr. D. oder von Prof. Dr. S. bestätigt. Die behaupteten Sehstörungen vermochten weder Dr. D. noch Prof. Dr. S. festzustellen. Im Übrigen hat der Kläger offenbar auch keine Veranlassung gesehen, vermeintliche Sehstörungen fachärztlich abklären zu lassen. Die von Prof. Dr. S. festgestellte Beinverkürzung/Beckenschiefstand bleiben ohne funktionale Auswirkung und sind daher ebenfalls nicht wertungserheblich. Bezogen auf die weiteren Diagnosen einer Hirndurchblutungsstörung und Hirnleistungsschwäche, einer Persönlichkeitsstörung, einer Magenschleimhautentzündung und einer Ellenbogenschädigung hat Prof. Dr. S. hierfür keine Hinweise gefunden. Der Senat hat keine Veranlassung, von dieser Einschätzung des Sachverständigen abzuweichen.

6. Da bei dem Kläger Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Gesamtbehinderung zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (S. 22) anzuwenden. Nach Nr. 3c 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 kann unter keinen Umständen ein höherer Gesamtgrad der Behinderung als 50 angenommen werden. Für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist zumindest für den Zeitraum November 2004 bis April 2011 wegen der somatoformen Schmerzstörung von einem Einzel-GdB von 30 und für die weiteren Zeiträume von 20 auszugehen. Die daneben bestehenden Erkrankungen in den Funktionsbereichen "Rumpf" sowie "Ohr" sind mit einem jeweiligen Einzel-GdB von höchstens 20 zu bewerten. Hierbei kommt es nach der überzeugenden Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. S. zu keiner Verstärkungswirkung der jeweiligen Erkrankungen in den verschiedenen Funktionssystemen, was eine Erhöhung des festgestellten Gesamt-GdB ausschließt. In der Gesamteinschätzung der Behinderungen darf keine Addition der Einzel-GdB-Werte erfolgen. Vielmehr ist nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen von Folgendem auszugehen: Regelmäßig kann der Gesamt-GdB aufgrund weiterer Erkrankungen, die allenfalls einen GdB von 10 rechtfertigen können, nicht erhöht werden. Denn nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil A, Nr. 3 ee, S. 23) führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Behinderungsgrad von 10 bedingen, grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Selbst bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, daraus auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Einzel-GdB von 10 für das Funktionssystem "Rumpf" und "Beine" spielt daher für die Bildung des Gesamt-GdB keine Rolle. Vielmehr verbleibt es bei einem Gesamt-GdB von 30, so dass der Kläger mit dem vom Beklagten bereits bisher festgestellten Gesamt-GdB von 50 entschieden zu hoch bewertet worden ist. Dies bestätigt auch ein Vergleich mit anderen Gesundheitsschäden in dieser Bewertungsstufe. Beispielsweise ist ein GdB von mindestens 50 bei einer Colitis ulcerosa erst bei schweren Auswirkungen (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle) festzustellen (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 10.2.2, S. 71). Im Falle einer Lungenerkrankung (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 8.3, S. 61) ist für einen GdB von 50 eine mittelgradige Einschränkung der Lungenfunktion zu fordern, die zu einer das gewöhnliche Maß übersteigenden Atemnot bei alltäglicher leichter Belastung führen würde (z.B. Spaziergehen [3 bis 4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit). Für den Bereich der Psyche sind hierfür schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 3.7, S. 42) und im Falle einer Herzerkrankung eine Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung zu verlangen (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 9.12, S. 64). Die Gesamtauswirkung der Funktionsbeeinträchtigungen beeinträchtigt hier die Teilhabe des Klägers am Leben in der Gesellschaft – wie oben ausgeführt – nicht in vergleichbar schwerer Weise.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2014-03-17