

L 7 SB 15/13

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 5 SB 104/12
Datum
17.01.2013
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 15/13
Datum
14.06.2016
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).

Bereits am 21. November 2000 beantragte der am ... 1966 geborene Kläger die Feststellung nach dem Schwerbehindertengesetz und begründete dies mit einem Bandscheibenvorfall sowie einer Knochenmarkverletzung nach einem Unfallereignis am 8. Juli 1999 auf einer Sommerrodelbahn. Nach dem Befundschein des Rehabilitationszentrums O. P. vom 6. Dezember 2000 (stationärer Aufenthalt vom 1. bis 25. November 2000) bestünden beim Kläger chronische Rückenschmerzen nach einer Wirbelsäulenkontusion und eine dissoziierte Sensibilitätsstörung ab dem 10. Brustwirbelkörper rechts (TH 10). Die schmerzfreie Gehstrecke betrage maximal 1 km. In einem Arztbrief vom 11. Januar 2001 hielt der Chefarzt der Klinik f. Neurologie Dr. C. (Klinikum E. v. B., P.) eine unfallbedingte Invalidität von 30 % wegen einer inkompletten Brustmarkschädigung mit einer ausgeprägten dissoziierten Sensibilitätsstörung unterhalb TH 10 rechts sowie einer Dranginkontinenz für gegeben. Die neurologische Untersuchung habe eine Rückenmarksläsion ergeben. Der Orthopäde MR Dr. M. vom O. P. stellte mit Gutachten vom 16. Januar 2001 chronische Lumbalgien fest und gab an, er habe keine Fraktur im Wirbelsäulenbereich und auch keine Veränderung in der Wirbelsäulenstatik nachweisen können. Nach dem Ergebnis einer MRT-Untersuchung bestehe eine Bandscheibenprotrusion L4/5 ohne wesentliche Kompressionseffekte. Aus orthopädischer Sicht sei der Schaden mit 10 % zu bewerten, was zusammenfassend zu einem Unfallschaden von 40 % führe. Der Facharzt für Anästhesiologie Dr. G. diagnostizierte unter dem 8. Februar 2001 eine chronische Schmerzkrankheit. Nach dem Befund der M.-L.-U., H.-W. vom 1. März 2011 liege beim Kläger eine Lumboischialgie rechts ohne neurologisches Defizit und ein thorakales Schmerzsyndrom vor. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Z. berichtete unter dem 4. März 2001 über ein zunehmend schlechteres Gangbild. Der Kläger nutze nunmehr Unterarmstützen. In Auswertung dieser Befunde schlug der Versorgungsarzt des Beklagten Dr. B. einen GdB von 40 wegen einer Funktionseinschränkung der Wirbelsäule mit Sensibilitätsstörung im rechten Bein, einem Dauerschmerzsyndrom und einer Drangharninkontinenz in Folge eines Unfalls vor. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 18. April 2001 einen GdB von 40 fest. Aufgrund des Widerspruchs des Klägers, den er mit einer wesentlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes und der Notwendigkeit der Benutzung eines Rollstuhls begründete, holte der Beklagte weitere Befundunterlagen ein. Dr. Z. berichtete unter dem 29. Mai 2001, dass er die Verordnung eines Rollstuhls zur Teilnahme am öffentlichen Leben für notwendig erachte. In einem Arztbrief vom 30. März 2001 berichtete Oberarzt Dr. L. (H.-U.-Kliniken., S.) über einen stationären Aufenthalt des Klägers vom 26. März bis 2. April 2001. Hiernach habe ein psychologisches Konzil vom 29. März 2001 keine psychopathologischen Auffälligkeiten ergeben. Beim Kläger bestehe angesichts der laufenden Gerichtsverfahren ein Bestätigungsanliegen. Wegen der Schmerzhaftigkeit liege ein sehr hoher Leidensdruck vor und es seien psychologische Gespräche zu empfehlen. Außerdem sei eine subtile neurologische Abklärung zu empfehlen. Nach der Epikrise des Krankenhauses R. (Abteilung für Neurologie und Schmerztherapie) vom 11. April 2001 leide der Kläger an einer chronifizierten Schmerzkrankheit, einer funktionellen Lähmung des rechten Beines und einer medialen Bandscheibenprotrusion ohne Zeichen der Wurzelkompression. Direkt mit dem Beschwerdebild korrespondierende bildgebende Befunde lägen nicht vor. Die Bewegungsstörung des Beines sei auf funktionelle Faktoren zurückzuführen, da weitergehende Untersuchungen eine gravierende Läsion im Bereich des ersten und zweiten motorischen Neurons hätten ausschließen können. Dafür spreche der seitengleiche Reflexstatus, das Fehlen von Pyramidenbahnzeichen sowie das normale EMG/NLG und MEP. Der Kläger habe derzeit eine ungünstige und zu hohe Schmerzmitteldosierung. Nach Beteiligung seines ärztlichen Dienstes, der auf eine

zwischenzeitliche psychiatrische Überlagerung der somatischen Befunde aufmerksam machte, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27. November 2001 den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 20. Dezember 2001 beim Sozialgericht (SG) Dessau (S 5 SB 116/01 bzw. S 5 SB 164/04) Klage. Nach dem dort beigezogenen Arztbrief der Fachärztin für Diagnostische Radiologie Dr. L. über eine MRT der BWS/Lendenwirbelsäule (LWS) vom 19. November 2001 bestehe kein Nachweis für eine Spinalnervenkompression. Posttraumatische Wirbelkörperschäden oder ein posttraumatisches Knochenmarksödem seien nicht festzustellen. Wegen eines Verfahrens auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung, das der Kläger unter dem Aktenzeichen S 4 U 48/02 (SG D.) bzw. L 6 U 167/02 Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt geführt hatte, wurde das Verfahren mit Zustimmung der Beteiligten zunächst ruhend gestellt und am 26. November 2004 auf Antrag des Klägers unter dem Aktenzeichen S 5 SB 164/04 wieder aufgenommen. Das SG hat neuere Befundberichte von Dr. G. vom 13. Mai 2005 und von Dr. Z. vom 12. Mai 2005 eingeholt. In einem beigelegten fachorthopädischem Gutachten vom 22. März 2004 für den Rentenversicherungsträger hat der Privatdozent (PD) Dr. W. beim Kläger ein Wirbelsäulenschmerzsyndrom mit Muskelinsuffizienz, eine krankhafte Veränderung der Psyche sowie einen Morbus Dupuytren beider Hände diagnostiziert. Zur Untersuchung hat er angegeben: Das Ent- und Bekleiden sei mit Hilfe der sehr besorgten Lebensgefährtin erfolgt, die ihn auch während der Untersuchung festgehalten und darauf geachtet habe, dass bei der Bewegungsprüfung keine zusätzlichen Schmerzen aufgetreten seien. Die Schmerzen seien jeweils "theatralisch" geäußert worden. Nach Einschätzung von PD Dr. W. lasse sich kein organisches Substrat für die Beschwerden finden. Es handele sich am ehesten um ein chronisches somatoformes Schmerzsyndrom. In den prüfärztlichen Stellungnahmen vom 21. Juni 2005 und 20. Oktober 2005 hat die Versorgungsrätin des Beklagten Dr. W. die bisherige Einschätzung eines GdB von 40 verteidigt. Es sei für die Einschätzung nicht bedeutsam, ob eine Aggravation oder eine Somatisierungsstörung vorliege. Bei einer Aggravation dürfte gar keine Bewertung erfolgen, während im Falle einer Somatisierungsstörung jedenfalls kein höherer GdB als 40 vertretbar sei. Hierbei seien die nicht objektivierbaren Schmerzen bereits berücksichtigt. Im laufenden Gerichtsverfahren stellte der Kläger mehrere Neufeststellungsanträge, da Magenbeschwerden durch Medikamenteneinnahme, Verschleißschäden der Kniegelenke sowie Stoffwechselstörungen hinzugetreten seien. Nach dem beigezogenen MDK-Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit lägen die Voraussetzungen der Pflegestufe I ab dem Januar 2004 vor. Wegen der Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und der objektiven Befunde lehnte der Beklagte die Neufeststellungsanträge des Klägers ab. Mit rechtskräftigem Urteil vom 13. Dezember 2005 wies das SG (S 5 SB 164/04) die Klage ab. Einen Neufeststellungsantrag des Klägers wegen einer Zyste in der Nasennebenhöhle und damit verbundene starke Kopfschmerzen lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 2. Februar 2006 ab.

Einen erneuten Antrag stellte der Kläger am 8. Februar 2006 wegen einer weiteren Verschlechterung seines Gesundheitszustandes. Nach dem Befundschein des Dr. Z. von April 2006 seien eine weitere Therapie wegen Schmerzmittelmissbrauchs, eine Entzugsbehandlung sowie eine psychologische Betreuung vorgesehen. In einem beigelegten Arztbrief der Universitätsklinikum C. G. C., Klinik und Poliklinik für Neurologie in D., berichtete Prof. Dr. S. unter dem 30. Januar 2006 über eine ambulante Vorstellung des Klägers: Dieser habe sich in einem gutem Allgemeinzustand vorgestellt. Das Geruchsvermögen sei nach einer Nasenoperation subjektiv beeinträchtigt. Während der Kraftgradprüfung des rechten Beins sei es mehrfach zum Nachlassen der Anspannung gekommen. Kurzzeitig sei jedoch eine volle Kraftentfaltung erfolgt. Zusammenfassend ergebe sich keine manifeste Traumafolge. Der Befund spreche eher für eine funktionelle Parese. Therapeutisch sei in erster Linie eine psychosomatische Behandlung wichtig. Die geschilderten Kreislaufbeschwerden sowie Stuhl- und Harnentleerungsstörungen seien Folgen der Schmerzmedikation. Möglicherweise bestehe bereits ein Abhängigkeitssyndrom mit intermittierenden Entzugserscheinungen. Die Pflegekasse des Klägers übersandte dem Beklagten das Pflegegutachten vom 14. Juli 2006. Hiernach seien bei der Demonstration des Toilettengangs sowie des Ein- und Ausstiegs aus der Dusche die Bewegungen ungeübt und unbeholfen durchgeführt worden. So habe der Kläger das Bad mit dem Rollstuhl falsch angefahren und es habe eine Korrektur auf dem Flur erfolgen müssen. Beim Toilettengang habe er nach einem gescheiterten Erstversuch dann die rechte Armlehne entfernt. Auch die Rollstuhlrampe am Hinterausgang habe nicht angelegen. Mit Bescheid vom 2. Oktober 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Oktober 2006 lehnte der Beklagte die begehrte Neufeststellung ab.

Dagegen erhob der Kläger am 13. November 2006 Klage beim SG und verwies auf einen Arztbrief über das MRT der Halswirbelsäule (HWS) vom 27. November 2006. Danach hätten sich im Bereich des Halswirbelkörpers (HWK) 5/6 und HWK 7/ BWK1 geringe Protrusionen mit beginnender sekundärer Einengung des Spinalkanals gezeigt. Im Segment HWK 7 / BWK 1 befände sich zusätzlich ein kleiner Prolapsanteil. Das SG holte ein Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie, Sportmedizin, Rheumatologie und Physikalische Therapie L. vom 11. April 2007 ein. Der Sachverständige stellte folgende Diagnosen:

Ständiges Wirbelsäulensyndrom bei schwerer Unterfunktion der Rumpfmuskulatur, funktionelle Parese und Missempfindungen der gesamten rechten Seite bei voller Kraftentfaltung, regelrechten Eigenreflexen, negativen Pyramidenbahnzeichen und ohne neurogene Läsionen, Palmarfaszienteilresektion beider Hände bei vorbestehendem Morbus Dupuytren ohne Funktionseinschränkung der Hände, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Schmerzsyndrom beider Kniegelenke bei Chondropathie Grad II ohne nennenswerte Funktionseinschränkungen.

Zusammenfassend sei der GdB auf 40 einzuschätzen. Aus den aktuellen Röntgenbefunden vom 4. April 2007 seien im Bereich HWS/BWS/LWS keine nennenswerten degenerativen Veränderungen feststellbar. Auffallend sei die nach wie vor bestehende erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektiv erhobenen Befunden. Die angegebenen Schmerzen, das Schwächegefühl in den Beinen sowie die Missempfindungen an der gesamten rechten Körperseite sowie die Rollstuhlbedürftigkeit seien bei voller Kraftentfaltung mit regelrechten Eigenreflexen und negativen Pyramidenzeichen orthopädisch und nach der Aktenlage auch neurologisch nicht zu erklären. Es sei daher dringend eine psychosomatische Behandlung anzuraten. Dr. Z. erklärte am 5. Juli 2007 in einer beigelegten Stellungnahme: Für den Krankheitsverlauf spiele sicherlich der schlechte psychische Zustand des Klägers eine entscheidende Rolle. Eine somatoforme Schmerzstörung sei eindeutig erkennbar.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 17. Oktober 2007 ab und stützte sich im Wesentlichen auf den Sachverständigen L. Im dagegen gerichteten Berufungsverfahren vor dem LSG rügte der Kläger eine fehlende psychiatrische Begutachtung. Seit dem 1. Oktober 2007 erhalte er die Pflegestufe II. In dem Pflegegutachten der Pflegefachkraft K. vom 30. November 2007 stellte diese als pflegerelevante Diagnosen Frakturen im Wirbelsäulenbereich fest. Das LSG holte im damaligen Berufungsverfahren Befundberichte von Dr. Z. (10. März 2010) und Dr. G. (23. April 2010) ein. Außerdem ließ es durch den Chefarzt der Orthopädie Dr. M., B. S., das orthopädische Fachgutachten vom 21. Januar 2011 erstatten. Der Sachverständige stellte folgende Diagnosen:

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Wirbelsäulenschmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance der Rumpfmuskulatur,

funktionelle Beinparese (rechts stärker als links), Missempfindungen der gesamten rechten Körperseite ab Brustwarzenhöhe bei mäßiger Kraftentfaltung und regelrechten Eigenreflexen mit negativen Pyramidenbahnzeichen ohne nachweisbare neurogene Läsion,

Zustand nach Palmarfaszienresektion beider Hände bei vorher bestehendem M. Dupuytren ohne Funktionseinschränkungen der Hände,

leichtes Schmerzsyndrom beider Kniegelenke bei Chondropathie II. Grades ohne wertige Funktionseinschränkungen,

Cervicalsyndrom bei initialen degenerativen Veränderungen mit beginnender sekundärer Einengung des Spinalkanals ohne neurologische Defizite (laut MRT).

Die durchgeführte Untersuchung habe keine bzw. nur geringe primär pathologische Defekte ergeben. Es bestünden deutliche Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven Beschwerden. Dies zeige sich beispielsweise auch bei der schlechten Beweglichkeit der Hüftgelenke und dem darauf bezogenen Röntgenbild, das keine wertigen degenerativen Veränderungen in dieser Region aufzeige. Die Untersuchung habe keine neuronale Schädigung bestätigt. So hätten regelrechte Eigenreflexe bestanden, auch die Pyramidenbahnzeichen seien negativ. Die Prüfung der Kraftgrade der unteren Extremitäten sei schwer zu bewerten und zudem subjektiv beeinflussbar. Es bestünden keine wertigen Muskelatrophien im Bereich der unteren Extremitäten im Sinne einer kompletten Inaktivität oder Hinweise für eine fehlende Reizweiterleitung in der Muskulatur. Auch seien keine trophischen Störungen, Hyperpigmentierungen oder eine erhöhte Schweißneigung in diesem Bereich festzustellen. Die vom Kläger angegebenen Beschwerden seien auch nach den MRT-Befunden nicht begründbar. Als Funktionssysteme seien die Haltungs- und Bewegungsorgane sowie das Nervensystem und die Psyche betroffen. Ob eine Aggravation oder eine Somatisierungsstörung vorliege, könne nur durch ein psychiatrisches Gutachten abgeklärt werden. Im Falle einer Aggravation dürfe überhaupt keine Bewertung erfolgen. Die Annahme einer Somatisierungsstörung würde keinen höheren GdB als bisher rechtfertigen, da die nicht objektivierbaren Schmerzen in dem hohen GdB von 40 bereits berücksichtigt seien. Zusammenfassend ergebe sich aus den gestellten Diagnosen wegen des ständigen Wirbelsäulenschmerzsyndroms ein GdB von 40. Dieses bleibe aber ohne objektiv-neurologische Defizite. Die festgestellten Veränderungen im HWS-, Knie- und Handbereich seien nicht verstärkend zu berücksichtigen. Die Restharnbildung sei bei der Bildung des Gesamt-GdB bereits berücksichtigt. Objektiv sei bis auf ein Hämatom im Wirbelsäulenbereich, welches operativ ausgeräumt worden sei, kein Hinweis für einen Knochenbruch oder eine Nervenschädigung erkennbar. Der klinische Befund sei zusammenfassend ähnlich wie bei PD Dr. W. oder Herrn L. einzuschätzen. Der Kläger wandte gegen das Gutachten ein: Selbst ein leichtes Wirbelsäulentrauma könne bei einer fehlerhaften Schmerzbehandlung das Schmerzgeschehen "entkoppeln". Dies führe zur Bildung zusätzlicher Schmerzrezeptoren im Rückenmark, die das Schmerzempfinden verstärkten. Dies sei durch Bildbefunde nicht nachweisbar. Die Begutachtung hätte daher von einem Neurologen vorgenommen werden müssen. Auch habe der Radiologe relevante pathologische Veränderungen im Bereich LWS 4/5 festgestellt, die nach dessen Ansicht die Schmerz- und Bewegungsstörungen erklären könnten. Auch dies habe der Sachverständige nicht berücksichtigt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30. März 2011 führte der Sachverständige Dr. M. dazu aus: Er sei als Orthopäde auch im neurologischen Bereich ausreichend ausgebildet, um neurologische Störungen der Wirbelsäule einschätzen zu können. Aus den im Gutachten ausführlich zitierten Vorgutachten auf orthopädischem und neurologischem Gebiet werde deutlich, dass die Gangstörung des Klägers bisher nicht durch entsprechende objektivierbare Befunde erklärbar sei. Im neurologischen Bereich seien bei der EMG/ENG-Untersuchung keine Defizite festgestellt worden. Dies gelte auch für die Befunde auf radiologischem Gebiet, die keine Hinweise für eine posttraumatische Fraktur ergeben hätten. Die dargestellte Entkoppelung des Schmerzgeschehens durch eine falsche Behandlung sei theoretisch möglich. Nach den vorliegenden Unterlagen auf neurologischem, radiologischem und orthopädischem Gebiet habe sich dafür aber kein entsprechender Nachweis ergeben. Die im MRT-Befund beschriebene Tangierung der Nervenwurzel L5 links könne die vorzugsweise auf der rechten Seite bestehenden Beschwerden nicht erklären.

Mit Urteil vom 18. August 2011 wies das LSG Sachsen-Anhalt die Berufung zurück und führte zur Begründung aus: Der Kläger leide an einer somatoformen Schmerzstörung. Die Bewertung mit einem GdB von 40 bewege sich oberen Bewegungsrahmen. Eine kontinuierliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung habe nie stattgefunden. Es sei auch zu keinen stationären Aufenthalten gekommen. Dies spreche gegen ein sich laufend verschlimmerndes Erkrankungsbild und einen ständig steigenden Leidensdruck. Hinweise für eine psychogene Gangstörung habe Dr. M. nicht gefunden. So fehlten ausgeprägte Muskelatrophien, wie sie nach einer kompletten Inaktivität zu erwarten wären. Auch hätten sich keine Anhaltspunkte für eine gestörte muskuläre Reizweiterleitung ergeben, die bei einem intensiven Schonverhalten aufträte. Auch hätten beide gerichtlichen Sachverständigen keine Hinweise für eine schwere psychische Erkrankung ermitteln können. Für das Funktionssystem Rumpf sei wegen eines Zervikalsyndroms und beginnender degenerativer Veränderungen mit beginnender sekundärer Einengung des Spinalkanals ohne neurologische Defizite sowie eines schmerzhaften Wirbelsäulensyndroms ein Einzel-GdB von 10 festzustellen. Die Beschwerdeangaben hätten deutlich von den tatsächlich nachweisbaren objektivierten Befunden im Bereich der Wirbelsäule abgewichen. Die ausgeprägte Schmerzsymptomatik sei bereits im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche bewertet worden, so dass keine unzulässige Doppelbewertung erfolgen könne. Aufgrund der Chondropathie Grad II sei bei fehlenden Funktionseinschränkungen eine GdB von 10 anzunehmen. Insgesamt sei ein GdB von 40 festzustellen, da die Einzel-GdB von 10 den Gesamt-GdB nicht erhöhten. Die Revision des Klägers wurde vom Bundessozialgericht mit Beschluss vom 16. April 2012 als unzulässig verworfen.

Mit Bescheid vom 7. November 2011 lehnte der Beklagte den während des Berufungsverfahrens gestellten Antrag des Klägers vom 18. März 2008 auf Neufeststellung ab, weil seit den im Klage- und Berufungsverfahren eingeholten Gutachten keine wesentlichen Änderungen in dem Gesundheitszustand eingetreten seien. Dagegen erhob der Kläger am 12. Dezember 2011 Widerspruch, den der Beklagte am 8. Mai 2012 mit Widerspruchsbescheid ohne weitere Ermittlungen zurückwies.

Dagegen hat der Kläger am 6. Juni 2012 Klage beim SG erhoben und vorgetragen: Durch die ständigen Schmerzen im Wirbelsäulenbereich habe er ständig Schlafstörungen und könne ohne Begleitperson das häusliche Umfeld nicht mehr verlassen. Er habe Gefühlsstörungen und einen stark verminderten Geruchs- und Geschmackssinn. Er müsse bis zu 20mal und mehr am Tag zur Toilette. Mit Gerichtsbescheid vom 17. Januar 2013 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung auf den Bescheid des Beklagten vom 7. November 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids verwiesen.

Dagegen hat der Kläger am 15. Februar 2013 Berufung beim LSG eingelegt und weitere Ermittlungen auf neurologisch- bzw.

psychiatrischem Sachgebiet angeregt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 17. Januar 2013 sowie den Bescheid des Beklagten vom 7. November 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Mai 2012 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihm ab 19. August 2011 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat zunächst Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers eingeholt. Dr. O. (Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) hat mit Befundbericht vom 9. November 2014 über die Behandlung des Klägers im Zeitraum vom 14. November bis 20. Dezember 2012 berichtet. Dieser hat eine spastische Paraparese der Beine, Kraftgrad III/IV nach Janda und ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert. Es hätten Zeichen einer dauerhaften, nicht mehr rückbildungsfähigen Querschnittslähmung mit Paraparese der Beine und Rollstuhlnotwendigkeit vorgelegen. Der Kläger könne nur noch mit zwei Unterarmstützen einige Schritte laufen. Ob beim Kläger leichtere psychovegetative oder psychische Störungen vorliegen, könne er aktuell nicht einschätzen. Stärke behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und der Gestaltungsfähigkeit oder schwere Störungen hätten sich nicht feststellen lassen. Auswirkungen der psychischen Störungen könne er daher auch nicht feststellen. Ihm sei auch keine Therapie mit Psychopharmaka bekannt. Darüber hinaus hat der Arzt eine neurogene Blase mit einem Restharn von ca. 40 ml diagnostiziert und zur Behandlung Tamsulosin 0,4mg retard verordnet. Dr. Z. hat mit seinem Befundbericht vom 19. November 2014 über seit Jahren gleichbleibende Schmerzen berichtet. Zusätzlich bestehe seit dem Jahr 2008 eine somatoforme Schmerzstörung durch die ständigen Schmerzen. Als Anlage übersandte er Facharztberichte seit dem Jahr 2011. Denen hat unter anderem ein Befund der Schädel-Computertomographie vom 26. Juli 2012 mit unauffälligem Befund beigelegt.

In Auswertung der Befunde hat der Beklagte unter Hinweis auf die prüfärztliche Stellungnahme seiner ärztlichen Gutachterin Dr. W. vom 17. Dezember 2014 ausgeführt: Die Angaben des Dr. O. seien nicht nachzuvollziehen. Eine bildgebende Diagnostik oder gezielte Untersuchungen hätten nicht stattgefunden. Vielmehr habe der Arzt die Angaben des Klägers übernommen. Auch aus dem Bericht des Dr. Z. seien keine Lähmungen der Beine abzuleiten. Organische Korrelate für die schon im Jahr 2010 angegebenen Beschwerden seien nicht zu erkennen.

Schließlich hat der Senat das Gutachten des Facharztes für Neurologie/Psychiatrie Dr. V. vom 7. August 2015 eingeholt. Danach habe der Kläger über ständige Schmerzen berichtet. Seit dem Jahr 2006 oder 2007 benutze er den Rollstuhl ständig außerhalb des Hauses. Er befinde sich in Abständen von sechs bis acht Wochen in schmerztherapeutischer Behandlung. Eine Psychotherapie habe im Jahr 2008 und nochmals im Jahr 2013 stattgefunden, zuletzt aber nur mit drei Sitzungen. Ein Schmerztagebuch habe er vorübergehend im Jahr 2012 geführt. Er habe einen guten und großen Freundeskreis. Man besuche sich gegenseitig, unternehme etwas gemeinsam, gehe gemeinsam essen und telefoniere miteinander. Er habe auch gute Kontakte zur Familie der Ehefrau. Als Hobbys habe er Computertätigkeiten (unter anderem Website-Entwicklungen), Elektronik, Musik und zwei Katzen angeeignet. Er wohne in einem Einfamilienhaus mit Garten. Die Ehefrau und Freunde kümmerten sich um diesen. Er mache auch die Buchhaltung für Freunde und Bekannte. In seiner Zusammenfassung hat der Sachverständige ausgeführt: Es stehe fest, dass es keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen gab oder gebe, die das Beschwerdebild über den Zeitverlauf hinweg erklären könnten. Eine Fraktur durch den Unfall sei zu keiner Zeit nachgewiesen worden. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, die jeweils nur in geringem Ausmaß festgestellt worden seien und sich nicht wesentlich verschlimmert hätten, könnten das Beschwerdebild nicht erklären. Auch die aktuelle Beschwerdekongstellatation mit Angaben zu subjektiven Gefühlsstörungen wichen deutlich von einer solchen kontusionsbedingten Rückenmarksschädigung ab, die zu einer querschnittsförmigen Gefühlsstörung hätte führen können. Abgrenzbare Rückenveränderungen seien zu keiner Zeit, z. B. mit MRT-Befund, dokumentiert. Auch die Blasenstörungen gingen über einen ausgeprägten imperativen Drang mit psychogener Komponente nicht hinaus. Sie seien nicht typisch für eine neurogene Blasenstörung. Insofern bleibe entweder eine schwerwiegende Aggravation oder Simulation oder eine psychische oder psychogene Verursachung ursächlich zu diskutieren. Der Kläger habe sich von Anfang an darauf festgelegt, dass seine gesundheitlichen Beschwerden allein durch den Unfall verursacht worden seien und die Folgestörungen der Beschwerden dauerhaft aufrechterhielten. Dies mit einer destruktiven Abwehr gegenüber jeglicher Interpretation psychischer Verursachung oder Beteiligung, trotz vielfältiger Befunde und Begutachtungen, die genau in diese Richtung zielten - aber auch mit einer querulatorischen Beharrungstendenz und fortlaufendem Kampf um vermeintliches Recht. Diese Grundlage begünstige die Entwicklung einer geradezu systematischen Vermeidungstendenz von Bewegung und Gehen, anfangs mit der Nutzung von Unterarmstützen, tendenziell übergehend auch zur Nutzung des Rollstuhls, verbunden mit einer psychosozialen Konstellation des persönlichen Umfelds, aber auch medizinischer und sozialer Leistungsträger, die zu Ausgleich, Anerkennung und Kompensation animiert worden seien. Es lägen eindeutig keine Paresen und keine Zeichen für Muskelatrophien in den Beinen vor. Auch die normal auslösbaren Muskeleigenreflexe und der Muskeltonus sprächen gegen eine nervale Verursachung der Beschwerden. Die Nutzung von Rollstuhl und Unterarmstützen sowie die partielle Inanspruchnahme der Ehefrau beim An- und Auskleiden, Toilettengängen und für hygienische Maßnahmen im Alltag seien ebenso wenig wie die beklagten schmerzhaften Empfindungen mit einer organischen Verursachung oder Folgen des Unfalls von 1999 erklärbar. Die hier erhobenen Befunde, sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht, stünden ebenfalls in deutlicher Diskrepanz zu dem subjektiven Beschwerdebild. Bei dem Kläger seien auch keine krankheitsrelevante Depressionen, keine Angsterkrankung und keine anderweitige affektive Störungen feststellbar. Allerdings sei ein Teil der Störungen mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vereinbar, die nicht das Alltagsverhalten erkläre. Es gebe Anzeichen für dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörungen, die in der Regel Folge einer schwerwiegenden psychosozialen Traumatisierung seien, die teilweise oder überwiegend ins Unterbewusstsein verdrängt wurden und sich dann durch Bewegungs- und Gefühlsstörungen ausdrückten. Das Verdrängen solcher psychosozialer Auslösefaktoren sei typisch und könne auch für mögliche Partnerschaftskonflikte in der ersten Ehe des Klägers in Frage kommen. Allerdings seien auch Tendenzen nicht nur zur Dissimulation, sondern auch zu Simulation oder zumindest auf der Grundlage von Schmerzhaftigkeit zur ausgeprägter Aggravation unverkennbar, die über eine somatoforme Störung ebenso wie über eine dissoziative Störung hinausgingen und im Sinne einer Vermeidungshaltung, insbesondere in gutachtlichen Situationen, aber auch in Alltagssituationen das Störungsbild mitgestalteten. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Anteilen gemischter dissoziativer Störungen (Konversationsstörungen) führe insbesondere aufgrund der schmerzhaften Beschwerden zu Minderbelastbarkeiten

im Gehen und Stehen, auch mit funktionell gering eingeschränkter Gehfähigkeit. Betroffen sei das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche. Es handele sich um eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, die nur in Kombination und Überschneidung mit einem GdB von 40 zu bewerten seien. Es handele sich insofern um einen Gesamt-GdB für das gesamte Funktionssystem. Es lägen Einschränkungen im Bewegungsradius vor, die aber nicht mit den subjektiven Angaben hierzu und der Bewegungsvermeidung im Alltag identisch seien. Die subjektiven Beschwerden stünden insofern in Diskrepanz zu tatsächlichen und objektivierbar ableitbaren Gesundheitsstörungen auf nervenärztlichem Gebiet, die sich aus psychosomatischen und psychoreaktiven Beeinträchtigungen ergäben. Weder in den Akten noch bei hiesiger Untersuchung hätten sich Hinweise auf weitere Gesundheitsstörungen auf anderem medizinischen Fachgebiet ergeben. Plausibel sei lediglich eine schmerzbedingte Einschränkung der Ganggeschwindigkeit. Das Gangbild sei nicht frei von erheblichen Aggravationstendenzen und sei nur mit dem Hilfsmittel von zwei Unterarmstützen demonstriert worden. Hiermit sei aber keine Einschränkung zu verzeichnen gewesen. Zum Gehen ohne Hilfsmittel sei der Kläger nicht motivierbar gewesen. Eine wesentliche Veränderung seit November 2011 sei nicht feststellbar. Die demonstrierten und anamnestischen Angaben zur Gangstörung seien weder mit der somatoformen Schmerzstörung noch mit den dissoziativen Störungsanteilen erklärbar und insofern nicht als Bestandteil von objektivierbaren Gesundheitsstörungen einzuschätzen.

Der Kläger hat geltend gemacht, er könne dem Gutachten im Ergebnis nicht folgen, weil keine tiefgreifende Untersuchung stattgefunden habe. Das Gutachten weise erhebliche Mängel in der Bewertung der einzelnen Leiden, aber auch in der Wiedergabe der verletzungsbedingten Unfallfolgen auf. So sei schon im Bericht des Reha-Zentrums B. vom 6. Dezember 2000 eine 25tägige Behandlung in Folge der Wirbelsäulenkontusion sowie eine dissoziierte Sensibilitätsstörung rechts diagnostiziert worden. Dadurch erkläre sich eine Tangierung des Rückenmarks, wodurch sich wiederum die Parese bzw. median begrenzte Hypaesthesie erkläre. Da er die Blasenentleerungsstörung auf eine Rückenmarksschädigung zurückführe, sei ein GdB von 60 festzustellen. Aber auch bei einer Einordnung der Beschwerdesymptomatik in die Rubrik der Wirbelsäulenschäden sei ein GdB von mindestens 50 festzustellen. In Anlage hat der Kläger nochmals den Befund der Klinik und Poliklinik für Neurologie D. vom 30. Januar 2014 übersandt.

Der Beklagte sieht sich durch das Gutachten bestätigt und verweist auf die prüfärztliche Stellungnahme seiner ärztlichen Gutachterin S.-S. vom 14. September 2015. Danach erscheine der GdB von 40 großzügig, wenn man die gelungene soziale Einbindung des Klägers berücksichtige, von der er selbst bei der Begutachtung berichtet habe.

In einer ergänzenden Stellungnahme hat der Sachverständige Dr. V. am 6. November 2011 ausgeführt: Der Befund vom Januar 2006 habe ihm bereits vorgelegen. Die Behauptung, dass eine körperliche Befunderhebung nicht stattgefunden habe, sei nachweislich unrichtig. Der körperliche und neurologische Befund habe mehr als 1 ½ Gutachtenseiten umfasst. Die Einschätzung der Wegefähigkeit habe sich hierbei aus den objektiven Befundparametern ergeben. Die Anerkennung der Pflegestufe II sei kein ausreichendes Indiz für erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz. Außerdem sei die Bewertung seiner Behinderung unabhängig vom angegebenen Pflegebedarf einzuschätzen, denn die vermeintliche oder tatsächliche Inanspruchnahme von Pflege oder Unterstützung könne wie hier, auch psychische funktionelle und nicht gesundheitsbedingte Ursachen haben. Insgesamt gebe sich kein Anlass für eine Änderung seiner bisherigen Einschätzung.

Ergänzend hat der Kläger am 28. Dezember 2015 vorgetragen: Es bleibe festzustellen, dass die bislang vorliegenden Gutachten in der Beantwortung wesentlicher Fragen inhaltsgleich seien. Er gehe davon aus, dass die Sachverständigen ohne weitergehende Urteilsbildung abgeschlossen hätten. Insgesamt fehlten aktuelle Befunde. Es wäre notwendig gewesen, die Nervenleitbahn zu messen und weitergehende Untersuchungen zu veranlassen. Dem Sachverständigen habe der Bericht der Klinik O. P. offenbar nicht vorgelegen und hätte zwingend in die Gesamtbegutachtung einbezogen werden müssen.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakten, die Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Akten in dem Verfahren [L 7 SB 106/07](#) verwiesen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Die Klage gegen den Bescheid vom Beklagten vom 7. November 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Mai 2012 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Der Kläger hat aber keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mehr als 40.

Der Senat hat mit Urteil vom 18. August 2011 bereits rechtskräftig entschieden, dass bis zu diesem Zeitpunkt kein höherer GdB als 40 vorlag. Seit diesem Zeitpunkt bis zur Entscheidung des Senates ist keine Veränderung im Gesundheitszustand eingetreten, die eine höhere Bewertung nach [§ 48](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (Sozialverfahren und Sozialdatenschutz - SGB X) rechtfertigen würde. 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 des Gesundheitszustands eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrads 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 R](#), zitiert nach juris). Für die wesentliche Änderung kommt es weder auf den Inhalt des Vergleichsbescheids 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 von dem Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mindestens 50 ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX.

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 in 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.

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 - VMG" (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.

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS (Grad der Schädigung)-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (VMG, Teil B, Nr. 1) 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 Teil A, Nr. 2 e VMG genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen des Klägers kein höherer GdB als 40 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. V., die versorgungszärztlichen Stellungnahmen des Beklagten und die eingeholten Befundberichte.

Das Hauptleiden des Klägers ist dem Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche zuzuordnen und maximal mit einem GdB von 40 zu bewerten.

Nach den VMG (Teil B, Nr. 3.7) werden leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20 bewertet. Für stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen 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).

Der Kläger leidet nach dem Gutachten des Dr. V. an einer somatoformen Schmerzstörung. Auch Dr. Z. hat über eine seit dem Jahr 2008 bestehende somatoforme Schmerzstörung berichtet. Der Senat lässt wiederum – wie bereits in seiner Entscheidung vom 18. August 2011 – ausdrücklich offen, ob und in welchem Grad beim Kläger Simulations- bzw. Aggravationstendenzen bestehen, die zu einer eingeschränkten Verwertbarkeit seiner behaupteten Beschwerden hätte führen können. Stattdessen unterstellt der Senat zu Gunsten des Klägers – entsprechend der zahlreichen und gleich lautenden ärztlichen Diagnosen – das Vorliegen einer ausgeprägten somatoformen Schmerzstörung.

Der Senat hält unter Berücksichtigung der Auswirkungen dieser Erkrankung bei dem Kläger einen Einzel-GdB von 40 für gegeben und bewegt sich damit im oberen Bewertungsrahmen für stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Insoweit folgt der Senat dem Vorschlag des Sachverständigen Dr. V. Angesichts der ausgeprägten somatoformen Schmerzstörung mit erheblichen Bewegungseinschränkungen und einer erheblichen Schmerzmittelmedikation ist die Ausschöpfung des Bewertungsrahmens von 40 gerechtfertigt. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Anteilen gemischter dissoziativer Störungen (Konversationsstörungen) führt insbesondere aufgrund der schmerzhaften Beschwerden zur Minderbelastbarkeiten beim Gehen und Stehen, auch mit funktionell gering eingeschränkter Gehfähigkeit. Es liegen Einschränkungen im Bewegungsradius vor, der allerdings nicht identisch mit den subjektiven Angaben hierzu und der Bewegungsvermeidung im Alltag sind.

Darüber hinaus leidet der Kläger an einem Harndrang, der in die Bewertung des GdB mit 40 einbezogen wurde. Dr. V. hat den ausgeprägten imperativen Drang der psychischen Gesundheitsstörung zugeordnet. Dem hat sich der Senat angeschlossen, weil Dr. V. ausdrücklich eine neurologische Ursache (insbesondere eine Rückenmarkschädigung) ausgeschlossen hat. Auch aus dem Bericht des Dr. O. über die Behandlung des Klägers im November und Dezember 2012 lässt sich keine andere Bewertung ableiten. Der Arzt hatte dem Kläger Medikamente gegen den Harndrang verordnet, sodass von einem Behandlungsleiden auszugehen war. Nachfolgende insbesondere auch

urologische Behandlungen, sind nicht erfolgt, sodass keine weiteren Befunde bezüglich des Harndrangs vorliegen. Eine andere Bewertung der mit dem Harndrang verbundenen Teilhabebeeinträchtigungen als im Rahmen der psychischen Gesundheitsstörung kann daher nicht erfolgen.

Die weitergehenden subjektiven Beschwerden stehen nach der Befunderhebung von Dr. V. in Diskrepanz zu tatsächlichen und objektivierbaren ableitbaren Gesundheitsstörungen auf nervenärztlichem Gebiet, die sich aus psychosomatischen und psychoreaktiven Beeinträchtigungen ergeben. Die vom Kläger geltend gemachte neurologische Schädigung, die das Beschwerdebild erklären könnte, hat Dr. V. ausdrücklich ausgeschlossen. Dabei lagen ihm auch sämtliche medizinische Befunde vor, auf die der Kläger in seinen Stellungnahmen zum Gutachten hingewiesen hat. Dies betrifft auch den Bericht der Klinik O. P., der sich in der Verwaltungsakte befindet und damit von Dr. V. bei seiner Begutachtung einbezogen wurde. Im Ergebnis hat auch Dr. V. darüber hinaus auch keine Hinweise für eine psychogene Gangstörung gefunden, sodass auch weiterhin auf die Ausführungen von Dr. M. zurückgegriffen werden kann. Insoweit wird auf das Urteil des Senates vom 18. August 2011 Bezug genommen. Nach dem Gutachten des Dr. V. ist somit lediglich eine schmerzbedingte Einschränkung der Ganggeschwindigkeit plausibel.

Eine höhere Bewertung als 40 im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche kann nicht erfolgen, da keine schwere Störung mit zumindest mittelgradigen Anpassungsschwierigkeiten vorliegt, die den nächst höheren Bewertungsrahmen von 50 bis 70 eröffnet hätte. Hinweise für eine schwere psychische Störung haben sich an keiner Stelle ergeben. Trotz seiner Erwerbsunfähigkeit und seiner Pflegestufe kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Kläger über seine Bewegungseinschränkungen und den Harndrang hinaus schwerwiegend in der Alltagsbewältigung beeinträchtigt ist. Nach dem Gutachten des Dr. V. hat er einen guten und großen Freundeskreis. Es erfolgen gegenseitige Besuche, Unternehmungen (wie z.B. gemeinsam Essen gehen) und Telefonate. Der Kläger hat gute Kontakte zur Familie der Ehefrau geschildert und als Hobbys Computertätigkeiten (unter anderem Website-Entwicklungen), Elektronik, Musik und zwei Katzen angegeben. Außerdem macht er die Buchhaltung für Freunde und Bekannte. Damit hindern ihn weder die geltend gemachten Schmerzen noch eine andere psychische Beeinträchtigung an einer aktiven Lebensweise. Ein sozialer Rückzug ist nicht erkennbar, sodass insgesamt nicht von einer schweren psychischen Störung ausgegangen werden kann.

Im Übrigen hat nie eine kontinuierliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung stattgefunden. Auch sind in letzter Zeit keine stationären Aufenthalte mehr erfolgt. Dies spricht gegen ein sich laufend verschlimmerndes Erkrankungsbild und einen ständig steigenden Leidensdruck. Das Behandlungsspektrum des Klägers beschränkt sich seit Jahren im Wesentlichen auf seinen Hausarzt Dr. Z. und den Schmerztherapeuten Dr. G. Die Behandlung bei Dr. O. (Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) ist lediglich im Zeitraum vom 14. November bis 20. Dezember 2012 erfolgt. Dieser Arzt hat nicht einmal starke behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und der Gestaltungsfähigkeit und erst recht keine schwere Störungen feststellen können. Auch dieser Arzt hat weder eine Behandlung mit Psychopharmaka noch eine Psychotherapie als notwendig gesehen.

Wegen der weiteren Erkrankungen des Klägers wird auf das rechtskräftige Urteil des Senates vom 18. August 2011 verwiesen. Der Senat hält für den Bereich des Funktionssystems "Rumpf" wegen eines Cervikalsyndroms und beginnender degenerativer Veränderungen mit beginnender sekundärer Einengung des Spinalkanals ohne neurologische Defizite sowie eines schmerzhaften Wirbelsäulensyndroms weiterhin einen Einzel-GdB von 10 für angemessen. Seit dem Urteil vom 18. August 2011 sind keine objektiv nachweisbaren Veränderungen im Gesundheitszustand eingetreten. Weder hat eine fachärztliche orthopädische Behandlung stattgefunden, noch sind in den seit August 2011 eingeholten medizinischen Unterlagen Hinweise auf eine Veränderung des orthopädischen Gesundheitszustandes zu finden. Daher wird auf die im Urteil vom 18. August 2011 getroffenen Feststellungen Bezug genommen.

Nach der Einschätzung von Dr. V. liegen auch keine weiteren Funktionseinschränkungen vor, die einen Einzel-GdB begründen können, sodass es weiterhin bei einem Gesamt-GdB von 40 verbleibt. Denn der GdB von 10 aus dem Funktionssystem Rumpf erhöht nicht den Einzel-GdB von 40 für das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche (dazu VMG, Teil A, Nr. 3 ee). Für einen Ausnahmefall sind keine Anhaltspunkte ersichtlich.

Im Übrigen widerspräche die von dem Kläger begehrte Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft dem nach Teil A, Nr. 3 VMG zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden kann, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung beeinträchtigen. Derartig schwere Funktionsstörungen liegen bei dem Kläger, der einen aktiven Lebensstil mit zahlreichen Teilhabemöglichkeiten pflegt, nicht vor.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2016-07-14