

L 6 SB 5570/05

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 6 SB 2758/04

Datum

24.11.2005

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 5570/05

Datum

21.02.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird der Beklagte unter teilweiser Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Konstanz vom 24. November 2005 und teilweiser Aufhebung des Bescheids vom 24. Mai 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2004 verurteilt, beim Kläger ab dem 23. März 2004 einen Grad der Behinderung von 30 festzustellen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Von den außergerichtlichen Kosten des Klägers aus beiden Rechtszügen trägt der Beklagte ein Viertel.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob beim Kläger statt eines Grads der Behinderung (GdB) von 20 ein GdB von 50 festzustellen ist.

Der 1942 geborene Kläger war bis zum Jahr 2001 als Betriebswirt (Verwaltungsleiter) beschäftigt. Danach war er arbeitslos. Seit 2003 bezieht er eine Altersrente mit Abschlägen.

Am 23. März 2004 beantragte er beim Versorgungsamt F. (VA) die Feststellung seines GdB wegen eines Wirbelsäulenleidens, eines Bluthochdrucks, eines Diabetes, chronischer Kopfschmerzen, einer Schilddrüsen- und einer Stoffwechselerkrankung. Das VA holte Befundberichte vom Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. K. vom 15. April 2004 und vom Facharzt für Orthopädie und Chirurgie Dr. S. vom 28. April 2004 ein. Mit Bescheid vom 24. Mai 2004 stellte das VA den GdB bei dem Kläger ab 23. März 2004 mit 20 wegen nachfolgender Funktionsbeeinträchtigungen fest:

1. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Kopfschmerzsyndrom, 2. Bluthochdruck, 3. Diabetes mellitus (mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbar), 4. Harnsäurenstoffwechselstörung.

Dem lag die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. K. vom 19. Mai 2004 zugrunde, der die Funktionsbeeinträchtigung Nr. 1 mit einem Teil-GdB von 20 und die übrigen Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Teil-GdB von jeweils 10 bewertet hatte.

Hiergegen richtete sich der Widerspruch des Klägers vom 25. Mai 2004. Die Funktionsbeeinträchtigungen an der Wirbelsäule seien mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten, da alle drei Segmente, davon die Lendenwirbelsäule (LWS) und die Halswirbelsäule (HWS) schwer mit weitreichenden Folgeerscheinungen, betroffen seien. Die Kopfschmerzen seien entsprechend einer Migräne mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten. Zusätzlich sei eine reaktive Depression anzuerkennen. Der Kläger legte den ärztlichen Entlassungsbericht von Dr. F. vom 6. Dezember 2000 über eine nach Diagnostizierung eines Bandscheibenvorfalls im Jahr 2000 zu Lasten des Rentenversicherungsträgers in der P. B. durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme vor, ferner den Befundbericht des Dr. K. vom 14. August 2003, den dieser gegenüber dem Rentenversicherungsträger abgeben hatte. Zusätzlich fügte er den ärztlichen Entlassungsbericht des Dr. K. (Facharzt für Orthopädie-Sportmedizin im Gesundheitszentrum G.) vom 30. Juni 2003 bei, in dem dieser über eine stationäre Behandlung wegen einer chronischen Lumbalgie mit Radikulopathie rechts bei Bandscheibenvorfall L5/S1 berichtete. Nach Einholung der weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 8. September 2004 wies der Beklagte den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 12. Oktober 2004). Das Kopfschmerzsyndrom bedürfe keiner besonderen, insbesondere keiner fachärztlichen Behandlung. Eine reaktive Depression werde ärztlicherseits nicht angegeben und der psychische Befund sei unauffällig gewesen. Die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule in einem Abschnitt sei auch unter Berücksichtigung des Bandscheibenvorfalls L5/S1 als mittelgradig einzustufen. Es fänden sich keine wesentlichen neurologischen Ausfallerscheinungen. Wesentliche Beeinträchtigungen der HWS

seien in den medizinischen Unterlagen nicht belegt.

Deswegen erhob der Kläger am 15. November 2004 beim Sozialgericht Konstanz (SG) Klage. Er wiederholte sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren.

Das SG befragte Dr. S. und Dr. K. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. S. berichtete im Schreiben vom 1. Juni 2005 lediglich über Behandlungen wegen Beschwerden an der LWS und bewertete die damit zusammenhängenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 10. Dr. K. verwies im Schreiben vom 27. Juni 2005 auf ein chronisches LWS-Syndrom und daneben auf eine medikamentös behandelte Hypertonie, Hyperurikämie und einen nicht insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen seien mit einem GdB von 60 bis 70 verbunden. Der Beklagte sah sich im Schreiben vom 8. Juli 2005 durch die Aussage von Dr. S. bestätigt. Der von Dr. K. angegebene GdB sei nicht nachvollziehbar.

Mit Gerichtsbescheid vom 24. November 2005 wies das SG die Klage ab. Hinsichtlich der Wirbelsäulenbeeinträchtigung stützte es sich auf die Angaben von Dr. S. ... Zu den internistischen Erkrankungen habe Dr. K. keine wesentlichen Einschränkungen geschildert. Die vergebenen Teil-GdB-Werte von 10 erschienen daher - auch für den nicht insulinpflichtigen Diabetes - ausreichend. Anhaltspunkte für eine Depression lägen nicht vor.

Gegen den ihm am 29. November 2005 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 29. Dezember 2005 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt. Er verweist auf die sachverständige Zeugenaussage von Dr. K. im SG-Verfahren. Die Wirbelsäulenbeeinträchtigungen seien unter Berücksichtigung der Kopfschmerzen mit einem Teil-GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Einen Vergleichsvorschlag des Beklagten vom 12. Oktober 2006 lehnt der Kläger ab, da dieser nicht dem medizinischen Ergebnis des auf seinen Antrag durch Dr. R. erstellten Gutachtens entspreche.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 24. November 2005 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 24. Mai 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2004 zu verurteilen, beim Kläger einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Hinblick auf die im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten legt der Beklagte die versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. B. vom 11. Oktober 2006, des Medizinaldirektors D. vom 4. Mai 2007 und des Dr. G. vom 15. Januar 2008 vor. Bei in etwa mittelgradigen funktionellen Auswirkungen im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und LWS sowie minimalen bis leichten funktionellen Auswirkungen im Bereich der HWS sei ein GdB von 30 anzusetzen. Für eine Funktionsbeeinträchtigung der Schulter könne ab Januar 2006 ein GdB von 20 zugrunde gelegt werden. Zusätzlich könne eine Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform mit einem Teil-GdB von 10 bewertet werden. Ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild bestehe nicht. Vergleichsweise bietet der Beklagte dem Kläger die Feststellung eines GdB von 30 ab 23. März 2004 und von 40 ab Januar 2006 an.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) das Gutachten des Orthopäden Dr. R. vom 11. Juli 2006 eingeholt. Dieser beschrieb im Bereich der LWS eine schwere und in den Bereichen der HWS und der BWS mittelgradige Funktionsbeeinträchtigungen. Ferner bestehe nach den Angaben des Klägers seit Herbst 2005 eine schmerzhafte und erhebliche Bewegungseinschränkung der rechten Schulter. Zudem finde sich eine Funktionsbeeinträchtigung an den Füßen. Im Bereich der Wirbelsäule legte er dabei einen GdB von 40, für die Schulterbeeinträchtigung von 20 und für die Beeinträchtigung an den Füßen von 10 zugrunde. Die Kopfschmerzen seien nicht erkennbar cervikogen und ggf. neurologischerseits einzustufen. Unter Einbeziehung der Störungen auf dem internistischen Fachgebiet wertete er den Gesamt-GdB mit 40 ab 23. März 2004 und mit 50 ab 1. Januar 2006.

Auf weiteren Antrag des Klägers hat der Senat das psychiatrische Gutachten des Dr. B. vom 19. Januar 2007 eingeholt. Dieser beschrieb ein leichtes bis mittelschweres depressives Syndrom, ein mittelschweres Schmerzsyndrom und eine mittelschwere Dyssomnie. Die damit zusammenhängenden Funktionsbeeinträchtigungen bewertete er zusammenfassend psychiatrisch-schmerzpsychologisch mit einem GdB von 30. Insgesamt bestehe ein Gesamt-GdB von 70.

Von Amts wegen hat der Senat sodann das fachneurologische Gutachten von Dr. K. vom 5. Juli 2007 eingeholt. Dieser beschrieb im Bereich der BWS und LWS mittelgradige, im Bereich der HWS leichtgradige Funktionsbeeinträchtigungen. Die Kopfschmerzen seien am ehesten als Cervicocephalgien zu bezeichnen. Sie führten nur zu einer kurzfristigen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und könnten durch kurzes Hinlegen bzw. Einnahme einer Kopfschmerztablette gebessert werden. Die Schlafstörungen seien als sehr leicht zu bezeichnen. Ferner beschrieb er eine leichte Funktionseinschränkung des rechten und eine geringere Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks. Im Bereich der Wirbelsäule legte er einen GdB von 40, im Bereich der Schultergelenke von 20, für die Kopfschmerzen und die Schlafstörungen von 10 zugrunde. Unter Einbeziehung der weiteren Gesundheitsstörungen auf dem internistischen Fachgebiet bewertete er den Gesamt-GdB in Übereinstimmung mit Dr. R. ... Im internistisch-rheumatologischen Zusatzgutachten vom 13. September 2007 beschrieb PD Dr. S. eine minimale Funktionsbeeinträchtigung der HWS sowie mittelgradige Funktionsbeeinträchtigungen der BWS und der LWS. Insgesamt bewertete er die Beeinträchtigungen der drei Wirbelsäulenabschnitte als mittelgradig. Es bestünden Bewegungsbehinderungen beider Schultergelenke sowie intermittierende Reizerscheinungen einer Nervenwurzel durch einen leichten Bandscheibenschaden. Die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule bewertete er mit einem GdB von 40, der Schultergelenke mit einem GdB von 20 und das Nervenwurzelreizsyndrom mit 10. Hinsichtlich des Gesamt-GdB schloss auch er sich der Bewertung durch Dr. R. an.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten des Beklagten sowie auf die Akten beider Rechtzüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig.

Sie ist zum Teil begründet. Da beim Kläger seit Antragsstellung ein GdB von 30 und nicht lediglich von 20 vorliegt, hätte das SG der Klage zum Teil unter Abänderung des Bescheids vom 24. Mai 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Oktober 2004 stattgeben müssen. Soweit der Kläger mit der Berufung einen GdB von mehr als 30 begehrt, ist sie jedoch unbegründet.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen des geltend gemachten Anspruchs unter Hinweis auf die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) zutreffend dargelegt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf den Inhalt des Gerichtsbescheids Seite 3 letzter Absatz bis Seite 4 erster Absatz gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen. Soweit zum 1. Januar 2008 eine Neufassung der Anhaltspunkte herausgegeben wurde, auf die im nachfolgenden abgestellt wird, haben sich keine wesentlichen Änderungen für den vorliegenden Sachverhalt ergeben.

Nach Überzeugung des Senats ist die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule mit einem GdB von 30 zu bewerten. Im Bereich der BWS liegen mittelgradige funktionelle Auswirkungen, die auf deutlichen degenerativen Veränderungen (Morbus Forrester) beruhen, vor. Die Beweglichkeit zeigte sich deutlich, wenn auch nicht schmerzhaft, eingeschränkt. Der Senat folgt bei dieser Bewertung den insoweit übereinstimmenden gutachterlichen Einschätzungen von Dr. R., Dr. S. und Dr. K. ... Im Bereich der LWS liegt nach Überzeugung des Senats ebenfalls "nur" eine mittelgradige funktionelle Beeinträchtigung vor. Nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. K., der hinsichtlich dieser Bewertung in Übereinstimmung mit Dr. S. steht, liegt ein Zustand nach Bandscheibenvorfall LWK 5/SWK 1 mit rechtsseitigen Lumboischialgien und einem sensiblen Defizit im Dermatome L5 und S1, jedoch ohne motorisches Defizit auf der Grundlage von degenerativen Veränderungen der LWS vor. Während Dr. R. das Seitneigen der LWS nach rechts mit "praktisch steif" und nach links um drei Viertel eingeschränkt beschrieb, zeigte sich bei Dr. S. die Rechts- und Linksseitneigung nur ca. hälftig eingeschränkt. Die Verspannung der Muskulatur der LWS wurde von Dr. R. als stark und von Dr. K. als deutlich beschrieben. Unter Zugrundelegung dieser Erhebungen konnte sich der Senat keine Überzeugung davon verschaffen, dass hier im Sinne der AHP schwere funktionelle Auswirkungen (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) vorliegen. Die Beeinträchtigungen sind vielmehr in Übereinstimmung mit Dr. K. und Dr. S. als mittelgradig einzustufen. Nachvollziehbar hält Dr. K. der Einschätzung von Dr. R. entgegen, dass die radiologischen Veränderungen im Bereich der LWS nicht als schwer eingeschätzt werden können. Im Übrigen hat der Kläger die Rückenschmerzen auf Befragung durch Dr. K. selbst mit einer mittleren Schmerzstärke eingeordnet. Der Senat hat bei seiner Beurteilung auch beachtet, dass der behandelnde Orthopäde Dr. S. lediglich von einer endgradigen Einschränkung der Beweglichkeit seitens der LWS ausgegangen ist und sogar eine Bewertung mit einem GdB von nur 10 vornahm. Es mag sein, dass er dabei, wie Dr. S. und Dr. R. anmerken, weitere Erkrankungen nicht berücksichtigte. Der Senat hält es jedoch für ausgeschlossen, dass der behandelnde Orthopäde nicht über schwere funktionelle Beeinträchtigungen in einem Wirbelsäulenabschnitt berichtet hat, obwohl solche vorlagen. Im Bereich der HWS liegen nach übereinstimmender Einschätzung von Dr. K. und Dr. S., der sich der Senat anschließt, nur leichte funktionelle Auswirkungen vor. Bereits Dr. B. hatte in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 11. Oktober 2006 darauf hingewiesen, dass die von Dr. R. mitgeteilten Maße zur Bewegungsprüfung der HWS nur eine leichtgradige Funktionseinschränkung zeigten. Dr. K. wies darauf hin, im Rahmen seiner Untersuchung habe sich die HWS-Beweglichkeit sehr gut und altersentsprechend gezeigt. Auch die radiologischen Veränderungen seien nur diskret.

Zusammenfassend liegen somit mittelgradige Auswirkungen in zwei und leichte Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor. Besondere Umstände, die zusätzlich zu beachten wären, sind nicht ersichtlich. Zwar besteht ein sensibles Defizit im Dermatome L5 und S1. Ein motorisches Defizit konnte Dr. K. jedoch ausschließen. Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom wurde von keinem der Ärzte beschrieben. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Kopfschmerzen als Cervicocephalgien zu sehen sind - so Dr. K., anders Dr. R. -, da sie mit keinen erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen verbunden sind. Dr. K. beschreibt nachvollziehbar, dass mit der Kopfschmerzsymptomatik nur kurzfristige Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, die durch kurzes Hinlegen bzw. durch Einnahme einer Kopfschmerztablette gebessert werden können, gegeben sind. Damit würden diese selbst bei einem Zusammenhang mit den Beschwerden an der HWS keine Erhöhung des GdB rechtfertigen.

In Abweichung zu Dr. R., Dr. S. und Dr. K. sieht der Senat angesichts der festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen für die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule insgesamt nur einen GdB von 30 als gerechtfertigt an. In den AHP ist für Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 vorgesehen. Eine Regelung für mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Abschnitten und leichten Auswirkungen im dritten Abschnitt findet sich in den AHP nicht. In Anlehnung an die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. geht jedoch auch der Senat davon aus, dass ein GdB von 40 bei Wirbelsäulenschäden erst in Betracht kommt, wenn zumindest in einem Abschnitt schwere funktionelle Auswirkungen oder evtl. auch, was hier dahingestellt bleiben kann, wenn mittelgradige Auswirkungen in allen drei Abschnitten vorliegen. Es ist zu beachten, dass die AHP einen GdB von 50 erst bei besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule, anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst) vorsieht. Von einer derartigen Funktionseinschränkung ist der Kläger, der nach eigenen - zum Teil widersprüchlichen - Angaben unter anderem täglich bis zu zweimal Rad fährt, weit entfernt.

Ferner liegen beim Kläger seit Anfang des Jahres 2006 dauerhafte Bewegungseinschränkungen der Schultergelenke vor. Diese sind ab Januar 2006 mit einem GdB von 10, allenfalls - was letztlich dahingestellt bleiben kann - grenzwertig mit 20 zu bewerten. Nach den AHP, Seite 119 ist für Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) ein GdB von 10 vorgesehen, wenn der Arm bei entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit nur um 120° zu erheben ist (Elevation). Bei einer Hebung nur bis 90° sehen die AHP einen GdB von 20 vor. Die von Dr. R., Dr. S. und Dr. K. beschriebenen Bewegungsmaße sind sehr unterschiedlich. Aktive und passive Bewegungsmaße wichen ebenfalls zum Teil deutlich voneinander ab. Die Armhebung rechts aktiv beschrieb Dr. R. mit 90°, Dr. K. mit 110° (mit Schmerzangaben) und Dr. S. mit 120°. Am linken Arm beschrieb Dr. R. die Hebung mit 150°, Dr. K. mit 120° und Dr. S. mit 90°. Dr. R. wertete die Funktionsbeeinträchtigung an der rechten Schulter als mittelgradig. Dr. K. und Dr. S. gingen von einer leichten Einschränkung rechts und einer geringeren Einschränkung links aus. Hinsichtlich der Beurteilung seitens Dr. S.s besteht hier eine Unklarheit, da er die Armhebung aktiv links geringer als rechts beschrieb. Die Innen- und Außenrotation beschrieb Dr. S. im Unterschied zu Dr. R. als nicht eingeschränkt. Weder Dr. R. noch Dr. S. beschrieben aufgrund der von ihnen angewandten bildgebenden Verfahren gravierende degenerative Veränderungen. Während Dr. R. von einer mittelgradigen Schulterreckgelenksarthrose und einer mäßiggradigen

Rotatorenmanschettendegeneration ausging, sah Dr. S. die Rotatorenmanschetten beidseits als intakt an. Hinsichtlich der Diagnose einer Schultergelenksarthrose besteht dann wieder Einigkeit zwischen den Sachverständigen Dr. R., Dr. S. und Dr. K. ... In Zusammenschau dieser Ausführungen konnte sich der Senat letztlich keine Überzeugung davon verschaffen, dass der rechte, geschweige denn der linke Arm nur um 90° zu erheben ist und eine dementsprechende Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit besteht. Zu berücksichtigen sind auch die wechselhaften Angaben des Klägers gegenüber den Sachverständigen. Gegenüber Dr. R. hat er angegeben, die rechte Schulter schmerze beim Aufstützen und Heben von Lasten über Schulterhöhe, was im Übrigen eine Hebung um mehr als 90° bedeutet. Bei der Schilderung seiner Schmerzen gegenüber Dr. B. hat der Kläger Schulterbeschwerden nicht angegeben ... Ein gelegentliches nächtliches Aufwachen wird in Zusammenhang mit Krämpfen im Bein erwähnt. Auch die von Dr. K. wiedergegebene Anamnese ist hinsichtlich Beschwerden von Seiten der Schulter(n) leer. In der vegetativen Anamnese erwähnt Dr. K. Durchschlafstörungen ohne einen Bezug zu konkreten Schmerzen. Im Gegensatz dazu hat der Kläger gegenüber Dr. S. Schulterschmerzen bei der Schilderung der derzeitigen Beschwerden an erster Stelle genannt und berichtet, er wache nachts wegen Schmerzen im rechten Schultergelenk auf. Die von Dr. R. beschriebene mittelgradige Funktionsbeeinträchtigung rechts ist vor diesem Hintergrund nicht sicher nachvollziehbar. Überzeugender ist die übereinstimmende Bewertung von Dr. K. und Dr. S. im Sinne einer leichten Funktionsbeeinträchtigung rechts und einer (noch) geringeren links. Selbst unter Berücksichtigung der Situation an beiden Schultern kommt ein GdB von 20 hier allenfalls grenzwertig in Betracht. Soweit Dr. K. die Bewertung der Beeinträchtigung von Seiten der Schultern mit 20 als gerechtfertigt ansah, da der Arm jeweils nur bis 90° gehoben werden könne, hat er dabei die Abduktion, also das Seitwärtsheben, seiner Bewertung zugrunde gelegt, obwohl nach den AHP die Elevation die entscheidende Größe ist. Die Elevation hat Dr. K. aber mit 110° beschrieben. Die versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. B., Medizinaldirektor D. und Dr. G., die einen GdB von 20 für eine Funktionsbeeinträchtigung der Schulter ab Januar 2006 für gerechtfertigt ansahen, entspricht dem, was auch der Senat - grenzwertig - als möglich erachtet. Die Stellungnahmen sind dabei auch unter dem Gesichtspunkt eines Angebots im Rahmen eines vergleichswisen Nachgebens im Laufe des Rechtsstreits zu betrachten.

Eine erhebliche Funktionsbeeinträchtigung, die auf einer psychiatrischen Erkrankung beruht, liegt nach Überzeugung des Senats nicht vor. Das Gutachten von Dr. B. ist nicht nachvollziehbar. Insbesondere Dr. K. schilderte deutlich, dass er den Kläger in keiner Weise depressiv verstimmt erlebte. Die Schwingungsfähigkeit zeigte sich ihm gut erhalten. Dass ihm der Kläger auch über Phasen der Niedergestimmtheit berichtet hat, ist im Ablauf des menschlichen Lebens nichts Ungewöhnliches. Der Kläger beschrieb sich aber ausdrücklich nicht als depressiv. An der Richtigkeit der Angaben, die der Kläger gegenüber Dr. B. gemacht hat, bestehen erhebliche Zweifel. Der Kläger hat behauptet, er habe im Jahr 2001 realisiert, dass mit ihm psychisch etwas nicht stimme. Im ärztlichen Entlassungsbericht von Dr. K. über die stationäre Behandlung in der Fachklinik für Rehabilitation G. im Jahr 2003 wurde aber ein unauffälliger psychischer Befund ohne erkennbare krankhafte Stimmungsschwankungen beschrieben. Schließlich hat der Kläger gegenüber Dr. B. angegeben, deutliche Konzentrationsstörungen beim Lesen zu haben. Gegenüber Dr. K. hat er hingegen mitgeteilt, er könne sich sehr gut konzentrieren, auch wenn diese Eigenschaft im Alter etwas nachgelassen habe. Bücher könne er jedoch sehr gut lesen. Umgekehrt hat der Kläger jedoch gegenüber Dr. B. ausgeführt, die leichteren Haushaltstätigkeiten mit mäßigem Tempo selbst abzuwickeln, während er bei Dr. K. angegeben hat, seine Ehefrau erledige die anfallenden Hausarbeiten.

Übereinstimmend geht aus den Gutachten von Dr. B. und Dr. K. hervor, dass der Kläger - wenn auch krankheitsbedingt erschwert - Sozialkontakte im üblichen lockeren nachbarschaftlichen Verhältnis und einen Freundeskreis unterhält. Gegenüber Dr. K. hat er mitgeteilt, zuletzt im Jahr 2006 eine Flugreise nach Sizilien mit einer dortigen Rundreise unternommen zu haben.

Im körperlichen Untersuchungsbefund beschrieb Dr. B. langsame vorsichtige Bewegungen, Dr. S. hingegen ein unauffälliges, harmonisches Gangbild ohne Schonhinken. Soweit Dr. B. im psychopathologischen Befund einen etwas zögerlich-abwartenden Kläger beschrieb, der teilweise länger überlegen und nachkorrigieren musste und sich Dr. B. deswegen sogar veranlasst sah, eine deutliche Neigung zur Dissimulation anzunehmen, ist dem entgegen zu halten, dass der Kläger gegenüber Dr. S. einen zugewandten Eindruck machte, die gestellten Fragen korrekt beantwortete und in der Stimmungslage eher positiv erschien. Auch Dr. K. beschrieb einen freundlich zugewandten Kläger mit gut erhaltener Schwingungsfähigkeit. Er habe sich psychomotorisch lebhaft gezeigt. Die Einschätzung einer Dissimulation seitens Dr. B. ist für den Senat nicht überzeugend. Angesichts der dargestellten Ungereimtheiten ergeben sich vielmehr deutliche Hinweise auf eine überwertige Beschwerdeschilderung des Klägers gegenüber Dr. B., die genauso das zögerlich-abwartende Antworten und längerwährendes Überlegen und Nachkorrigieren erklären kann. Zu beachten ist, dass der Kläger ein ernst zu nehmendes wirtschaftliches Interesse an der Feststellung der Schwerbehinderung (GdB von 50) hat. Im Entlassungsbericht von Dr. K. taucht der Hinweis auf, dem Kläger bereite der hohe Abzug bei der Rente Probleme, so dass er weitere Möglichkeiten prüfen lassen und ggf. den Rentenantrag zurückstellen wolle. Letztlich hat der Kläger doch den Rentenantrag gestellt. Insoweit überrascht nun nicht, dass Dr. S. ausführt, der Kläger habe im Rahmen der Begutachtung auf die Erwartung einer höheren Rente im Falle eines GdB von über 50 hingewiesen.

Vom Vorliegen einer leichten bzw. gar mittelschweren depressiven Episode, die einen GdB rechtfertigt, konnte sich der Senat aus den eben dargestellten Gründen nicht überzeugen. Auch die von Dr. B. diagnostizierte Dysomnie ist nicht GdB-relevant. Dr. K. führte nachvollziehbar aus, es liege nur eine leichte Schlafstörung vor. Er sah die Ursache eher in einer gestörten Schlafhygiene, da der Kläger nach eigenen Angaben eine Nachtruhe von 8,5 Stunden anstrebe und sich zusätzlich mittags, wenn auch nur kurz, hinlege. Vor diesem Hintergrund liegt eine GdB-Bewertung aufgrund einer psychovegetativen oder psychischen Störung im Sinne AHP Seite 48 an sich schon fern. Letztlich kann aber dahingestellt bleiben, ob dem Vorschlag von Dr. K., eine Schlafstörung mit einem eigenen GdB von 10 zu bewerten, zu folgen ist, da sich dies nicht erhöhend auf den Gesamt-GdB auswirken würde.

Neben den bislang genannten Funktionsbeeinträchtigungen liegen Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund eines Bluthochdrucks, eines Diabetes, einer Harnsäurestoffwechselstörung und wie durch Dr. R. festgestellt und von Dr. B. bestätigt, durch eine beidseitige Fußfehlform vor, die jeweils entsprechend den AHP nur einen Teil-GdB von 10 bedingen. Dies stand zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Auch der Senat sieht keine Veranlassung, hieran zu zweifeln.

Hinsichtlich des Kopfschmerzsyndroms wurde bereits oben ausgeführt, dass eine Einbeziehung in die Bewertung der Wirbelsäulenbeeinträchtigung nahe liegt. Sofern eine eigenständige Bewertung in Anknüpfung an die Bewertung durch Dr. R. als angebracht angesehen wird, würde sich wegen der bereits erwähnten geringen Auswirkungen allenfalls ein Teil-GdB von 10 ergeben.

Ein eigenständiger GdB von 10 für ein Nervenwurzelreizsyndrom, wie von Dr. S. vorgeschlagen, ist nicht gerechtfertigt. Die Nervenwurzelreizerscheinungen sind bereits bei der Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule mitberücksichtigt worden, ohne dass sie

freilich von besonderer Relevanz gewesen sind.

Der Gesamt-GdB ist einheitlich ab 23. März 2004 mit 30 zu bilden. Auszugehen ist von dem GdB für die Funktionsbeeinträchtigung an der Wirbelsäule. Die weiter vorliegenden GdB-Sätze von jeweils 10 wirken sich nicht erhöhend auf den Gesamt-GdB aus. Auch ein GdB von 20 für die Funktionsbeeinträchtigung an der Schulter wirkt sich nicht erhöhend aus. Nach den AHP ist es bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (AHP S. 26). Dies ist hier der Fall, da dieser Teil-GdB - wie ausführlich dargestellt - nur grenzwertig erreicht wird. Der Gesamtzustand der Behinderung des Klägers ist mit einem GdB von 30 zur Überzeugung des Senats angemessen bewertet.

Nach alledem war der Berufung teilweise in dem im Tenor beschriebenen Umfang stattzugeben. Im Übrigen war sie abzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-11