L 6 SB 987/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 3 SB 290/06

Datum

12.11.2008

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 987/09

Datum

11.03.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 12.11.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) des 1956 geborenen Klägers.

Das ehemalige Versorgungsamt (VA) hatte zuletzt mit Bescheid vom 12.11.2004 den GdB des Klägers mit 40 ab 24.01.2003 festgestellt. Dieser Entscheidung hatten die vom Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingeholten Arztauskünfte des Facharztes für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Dr. U. vom 20.07.2004 und des Facharztes für Psychiatrie Dr. St. vom 27.07.2004 sowie die versorgungssärztliche Stellungnahme des Dr. B. vom 07.10.2004, in welcher dieser als Funktionsbeeinträchtigungen eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und einen Bandscheibenschaden (Teil-GdB 20), eine Schwerhörigkeit (Teil-GdB 20) und eine Heiserkeit (Teil-GdB 20) berücksichtigte, zu Grunde gelegen.

Der Kläger beantragte am 14.04.2005 die Erhöhung seines GdB und gab an, eine Depression, Schmerzen im Rücken, in den Kniegelenken und im rechten Schultergelenk, eine Schilddrüsenerkrankung sowie eine Schwerhörigkeit seien neu aufgetreten. Sodann holte das VA die Befundberichte des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K. vom 10.05.2005 und des Arztes für Orthopädie Dr. W. vom 22.06.2005 ein. Dr. K. führte unter Vorlage der Arztbriefe der Gemeinschaftspraxis Dr. R./Dr. K. vom 25.02.2002 (chronisches rezidivierendes Lendenwirbelsäulensyndrom mit zeitweiliger Ischialgie links bei Degeneration L5/S1) und flachem NPP L5/S1), des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Dr. N. vom 23.12.2003 (Dysphonie), des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. A. vom 24.02.2004 (depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung) und des Dr. St. vom 11.05.2004 (depressive Reaktion) aus, beim Kläger bestehe seit etwa Herbst 2003 eine reaktive Depression meist mäßiger bis leichter Ausprägung, liege eine Einschränkung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule in allen Richtungen um etwa ein Drittel vor, seien eine subtotale Schilddrüsenresektion rechts und eine Hemithyreidektomie links durchgeführt worden und lägen rezidivierende Schmerzen im Bereich der Schulter bei weitgehend freier Beweglichkeit vor. Dr. W. führte aus, der Kläger sei von Juli bis September 2004 wegen einer Gonarthrose im rechten Kniegelenk mit Meniskusrisso und Schmerzen in der rechten Schulter behandelt worden. Von Seiten des Kniegelenks hätten sich eine ausgeprägte Gonarthrose, röntgenologisch mit Verschmälerung des Gelenkspaltes und Osteophytenbildung bei noch freier Streckung und Beugung, jedoch mit deutlichem intraartikulärem Reiben gefunden. Dr. D. berücksichtigte in der versorgungssärztlichen Stellungnahme vom 29.07.2005 als zusätzliche Behinderungen eine depressive Verstimmung (Teil-GdB 20) sowie eine Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks (Teil-GdB 10) und bewertete den Gesamt-GdB weiterhin mit 40. Mit Bescheid vom 11.08.2005 lehnte das zuständig gewordene Landratsamt (LRA) den Antrag des Klägers ab.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Das LRA holte den Befundbericht des Dr. N. vom 15.09.2005 ein. Dieser berichtete über eine seit circa zwei Jahren bestehende Hörminderung links. Dr. W. berücksichtigte in ihrer versorgungssärztlichen Stellungnahme vom 29.11.2005 die depressive Verstimmung lediglich mit einem Teil-GdB von 10 und bewertete den Gesamt-GdB weiterhin mit 40. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.01.2006 wies das Regierungspräsidium St. den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 25.01.2006 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG). Zur Begründung wurde ausgeführt, der Zustand nach der Schilddrüsen-Operation, die Schlafstörung und die Kreislaufstörung seien nicht berücksichtigt worden. Im Übrigen liege nicht nur eine depressive Verstimmung, sondern eine Depression vor.

Das SG hörte Dr. W., Dr. K., Dr. St. und Dr. N. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. W. führte unter dem 14.03.2006 unter Vorlage des Arztbriefs des Radiologen Dr. R. vom 25.08.2004 im Wesentlichen aus, als Behinderungen müssten eine Gonarthrose mit Knorpel- und Meniskusschäden bei alter vorderer Kreuzbandruptur und eine schmerzhaft Minderbelastbarkeit beider Schultern berücksichtigt werden. Dr. K. berichtete am 03.05.2006 unter Vorlage des Arztbriefs der Chirurgischen Abteilung des Diakoniezentrums Sp. vom 28.01.2003 (subtotale Schilddrüsenresektion rechts mit Hemithyreoidektomie links) über die Heiserkeit des Klägers infolge der durchgeführten Schilddrüsenresektion, die depressive Symptomatik mit Schlafstörungen und zum Teil auch körperlichen Symptomen in Form von Herzrasen und Luftnot sowie eine deutliche Cervicocephalgie bei muskulären Verspannungen. Dr. St. berichtete unter dem 10.05.2006 über eine als chronifiziert einzustufende anhaltende depressive resignative Gestimmtheit des Klägers. Wegen der dadurch verminderten Regenerationsfähigkeit, einer raschen Erschöpfbarkeit, häufigen Zuständen von Resignation, phasenweise bis hin zur Suizidalität liege der diesbezügliche GdB zwischen 40 und 50. Dr. Z. führte mit Schreiben vom 17.05.2006 unter Vorlage seines Arztbriefes vom 17.02.2004 aus, die versorgungsärztliche Einschätzung des GdB in Bezug auf die Schwerhörigkeit und Heiserkeit sei ausreichend. Daraufhin bewertete Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 24.08.2006 die depressive Verstimmung mit einem Teil-GdB von 20 und den Gesamt-GdB weiterhin mit 40. Auf nochmalige Anfrage des SG führte Dr. St. unter dem 27.09.2006 aus, der Gesundheitszustand des Klägers habe sich seit seiner letzten Beurteilung nicht verändert.

Sodann holte das SG von Amts wegen das Gutachten des Nervenarztes Dr. B. vom 10.01.2007 ein. Dieser diagnostizierte eine Lumboischialgie ohne radikuläre Störung (Teil-GdB 20) sowie eine Depression leichten Grades (Teil-GdB 20) und bewertete den Gesamt-GdB mit 40. Bei den geklagten Wirbelsäulen-Beschwerden finde sich eine "Verspannung der Lendenwirbelsäule" sowie eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit derselben. Es resultiere hieraus eine allenfalls mittelgradige funktionelle Einschränkung. Die reaktive Depression sei in ihrem Ausprägungsgrad ebenfalls leicht und allenfalls mittelgradig, auf Grund der Testergebnisse aber doch als leichtgradig einzuschätzen. Hierdurch entstehe allenfalls eine leichtgradige Einschränkung ohne psychosoziale Einschränkung, da die Funktionen im täglichen Leben weiter ausgeführt werden könnten.

Sodann holte das SG auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Arztes für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. H. vom 11.12.2007 ein. Er diagnostizierte eine generalisierte Angsterkrankung in schwerer Ausprägung (Teil-GdB 20), eine episodische Panikstörung (Teil-GdB 10), eine mittelgradige depressive Episode (Teil-GdB 20) und eine Somatisierungsstörung (Teil-GdB 10). Die generalisierte Angststörung führe zu einer anhaltenden Unfähigkeit, sich kognitiv von belastenden Gedankeninhalten abzulenken, sich zu entspannen und ausreichend Schlaf zu finden. Infolge davon seien die Funktionen Konzentrationsfähigkeit, Erholungsfähigkeit und emotionale Entlastungsfähigkeit durch Gespräche, ein flexibler Umgang mit anfallenden Arbeitsplatzsituationen, ein Zugang zu Konfliktlösungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz und eine Aufrechterhaltung regenerierender Freizeitaktivität stark beeinträchtigt. Für die episodische Panikstörung bestehe nur punktuell eine Funktionsminderung in Bezug auf vorübergehende leichte Konzentrationseinbußen. Die mittelgradige depressive Episode schränke die Planung und Durchführung zielgerichteter Aktivitäten und die Flexibilität ein. In Bezug auf die Somatisierungsstörung mit dem Erleben anhaltender körperbezogener medizinisch nicht erklärbarer Symptome komme es zu einer anhaltenden Verunsicherung in Bezug auf die eigene körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, was wiederum die Fähigkeit, sich flexibel an veränderte Arbeitsplatzanforderungen beziehungsweise dort bestehende Konfliktsituationen anzupassen, einschränke. Insgesamt betrage der GdB auf psychosomatischem Fachgebiet 50 und der Gesamt-GdB 70. Die veränderte Einschätzung gegenüber derjenigen des Dr. B. ergebe sich insbesondere aus der nunmehr diagnostizierten generalisierten Angststörung.

Dr. W. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.04.2008 aus, der von Dr. H. angenommene GdB von 50 auf psychiatrischem Fachgebiet würde einer schweren seelischen Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten entsprechen. Eine solche könne dem Gutachten in keiner Weise entnommen werden. Insgesamt ließen sich aus dem jetzigen Gutachten auch unter Einschluss einer Angststörung, einer Somatisierungsstörung sowie einer Panikstörung keine so ausgeprägten Funktionseinschränkungen ableiten, als dass damit für sämtliche Funktionsstörungen auf psychiatrischen Fachgebiet ein höherer Teil-GdB als 20 objektiv nachvollziehbar begründet werden könne. Beim psychischem Befund habe Dr. H. eine allenfalls leicht eingeschränkte Schwingungsfähigkeit angegeben. Sozial sei der Kläger in seiner Freizeit laut den anamnestischen Angaben im jetzigen Gutachten gut integriert. Außerdem werde eine medikamentöse Psychopharmakotherapie nicht durchgeführt. Würde tatsächlich eine anhaltende Angststörung vorliegen, hätte dies auch bereits im Gutachten des Dr. B. auffallen müssen.

Mit Urteil vom 12.11.2008 wies das SG die Klage ab. Hinsichtlich des psychiatrischen Fachgebiets sei der Beurteilung des Dr. B. zu folgen, da dessen Darlegungen und Bewertungen schlüssig und nachvollziehbar seien. Demgegenüber sei das Gutachten des Dr. H. nicht schlüssig. Es sei nicht nachvollziehbar, auf welcher Grundlage dieser Sachverständige eine generalisierte Angsterkrankung in schwerer Ausprägung, eine episodische Panikstörung und eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert habe. Der Sachverständige habe in seinem Gutachten einen aktuellen Tagesablauf des Klägers beschrieben, der eine stärker behindernde Störung nicht erkennen lasse. Der beschriebene psychopathologische Befund lasse keine stärkeren Einschränkungen erkennen, als sie Dr. B. in seinem Gutachten dargestellt habe. Auch entspreche das Ergebnis der testpsychologischen Untersuchung den Ergebnissen des Dr. B. in der von ihm durchgeführten Untersuchung. Ferner sei die von Dr. H. vorgenommene Bildung eines GdB auf dem psychiatrischen Fachgebiet mit 50 nicht mit den Grundsätzen des Schwerbehindertenrechts vereinbar.

Gegen das ihm am 19.02.2009 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 19.02.2009 Berufung eingelegt. Das SG habe den von Dr. H. beschriebenen schwerwiegenden Funktionsbeeinträchtigungen auf dem psychosomatischen Fachgebiet keine beziehungsweise eine völlig unzureichende Bedeutung beigemessen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 12.11.2008 und den Bescheid des Landratsamts Rhein-Neckar-Kreis vom 11.08.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Regierungspräsidiums St. vom 16.01.2006 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, den GdB mit 70 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Es ergebe sich kein Raum für eine höhere Bewertung des GdB auf psychiatrischem Fachgebiet.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) die ergänzende Stellungnahme des Dr. H. vom 03.08.2009 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, richtig sei, dass bei Einschätzung der Funktionstüchtigkeit des Klägers im Alltag, beispielsweise Arbeitsfähigkeit, Freizeitgestaltung und Übernahme von Funktionen in der Familie, scheinbar nur eine mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeit vorliege, die mit einem GdB auf psychosomatischem Fachgebiet von höchstens 40 einzuschätzen wäre. Allerdings könne die Funktionstüchtigkeit durch die hohe Leistungsbereitschaft des Klägers und ausgeprägte Ängste vor Arbeitsplatzverlust gerade noch kompensiert werden. Es zeigten sich erste Zeichen einer beginnenden Dekompensation mit Zunahme von am Arbeitsplatz sehr beeinträchtigenden Rückenschmerzen und sehr hoher Stressbelastung. Die Einschätzung des GdB mit 50 auf psychosomatischem Fachgebiet berücksichtige das Zusammenspiel von drei psychosomatischen Störungen, wobei die generalisierte Angststörung zur Zeit im Vordergrund stehe und wesentliche Fähigkeiten der Kompensation von Funktionsbeeinträchtigungen durch die anderen Gesundheitsstörungen, einschließlich der Rückenschmerzen und anderen körperbezogenen Beschwerden, deutlich einschränke. Zusammenfassend könne konstatiert werden, dass unter lediglicher Berücksichtigung der aktuellen Funktionseinschränkungen auch ein GdB von 40 auf psychosomatischem Fachgebiet festgestellt werden könne. Wegen der sich deutlich manifestierenden Anzeichen beginnender Dekompensation und deren Einfluss auf deren Kompensationsmöglichkeit körperlicher Funktionsbeeinträchtigungen sei der GdB mit 50 eingeschätzt worden.

Der Senat hat Dr. K. schriftlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Er hat unter dem 28.10.2009 unter Vorlage der Arztbriefe des Dr. Z. vom 19.07.2006 (Knalltrauma links, Tinnitus auris links, Innenohrschwerhörigkeit beidseits), des Dr. W. vom 27.09.2007 (Verdacht auf Carpaltunnelsyndrom rechts, Periarthritis humeroscapularis rechts) und 24.01.2008 (Periarthritis humeroscapularis rechts, Carpaltunnelsyndrom rechts, Cervicobrachialgie beidseits), des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Neurochirurgie Dr. M. vom 17.11.2007 (C6-Irritation, diskret beginnendes sensibles Carpaltunnelsyndrom rechts, S1-Irritation rechts), des Facharztes für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. J. vom 25.04.2008 (Distorsion rechtes oberes Sprunggelenk), des Facharztes für Innere Medizin Dr. B. vom 04.07.2008 und 26.09.2009, des Facharztes für Pathologie Dr. W. vom 29.09.2008 (mäßige chronische und aktive Gastritis), des Facharztes für Innere Medizin Dr. W. vom 06.10.2008 (Verdacht auf lymphatische Hyperplasie), des Dr. L., Chefarzt der Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie des Krankenhauses Sch., vom 05.11.2008 (Verdacht auf Hämorrhoiden, erhöhter Sphinktertonus) und 11.11.2008, der Chirurgin Dr. Sp. vom 11.02.2009 (akute Analfissur, Hämorrhoiden I bis II, interner Rektumprolaps, Mariske) und des Facharztes für Orthopädie Dr. B. vom 22.07.2009 (Lumboischialgie mit Blockierung, Wurzelreizsyndrom L5 rechts) ausgeführt, dauerhaft leide der Kläger an einem schwergradigen degenerativen Lendenwirbelsäulen-Syndrom mit Wurzelreiz und rezidivierenden Lumboischialgien, einer mittel- bis schwergradigen Cervicobrachialgie mit Wurzelreiz C6, einem mittelgradigen Impingementsyndrom in der rechten Schulter, einem leichtgradigen Carpaltunnelsyndrom rechts, einem leichtgradigen Fersensporn rechts, einer mittelgradigen rezidivierenden Depression, einer Schwerhörigkeit, einer Heiserkeit und einer stabilen Hypothyreose bei Zustand nach Strumektomie unter Substitution.

Dr. W. hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 18.11.2009 ausgeführt, ein höherer Teil-GdB als 20 auf psychiatrischem Fachgebiet könne weiterhin nicht begründet werden. Auch aus den vorgelegten Arztbriefen ergäben sich keine wesentlichen Erkenntnisse, die zu einer Höherbewertung des GdB führen könnten.

Ferner hat der Senat Dr. von H. vom Neurochirurgischen Wirbelsäulenzentrum in Sch. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat den Arztbrief der Radiologen Dres. B. und B. vom 19.10.2009 (degenerativ bedingte Spinalkanalstenose bei L4/5 mit Recessusstenosen links mehr als rechts, aktivierte Facettengelenkarthrose bei L4/5, geringer auch L3/4) sowie seinen Arztbrief vom 05.11.2009 (Radikulopathie S1 links) vorgelegt und unter dem 16.12.2009 ausgeführt, er habe eine Neuroforamenstenose S1 links diagnostiziert und es bestehe ein leichtes Wurzelreizsyndrom. Die Wirbelsäulenschäden seien als gering einzustufen. Soweit bekannt, sei die Lendenwirbelsäule betroffen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40.

Zu Recht hat der Beklagte mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 11.08.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.01.2006 eine Aufhebung des Bescheides vom 12.11.2004 und damit eine Neufeststellung des GdB abgelehnt.

Rechtsgrundlage für eine Aufhebung von Verwaltungsakten wegen einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes ist [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben ([§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)). Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zu Gunsten des Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)).

Eine wesentliche Änderung im Ausmaß der Behinderung liegt nur vor, wenn eine dauerhafte Änderung des Gesundheitszustands zu einer Änderung des GdB um wenigstens 10 führt.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Beurteilung des GdB sind die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und den GdB aus ([§ 69 Abs. 5 SGB IX](#)).

Menschen sind 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 ([§ 2 Abs. 1 SGB IX](#)). Aus dieser Definition folgt, dass für die Feststellung einer Behinderung sowie Einschätzung ihres Schweregrades nicht das Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes entscheidend ist, sondern es vielmehr auf die Funktionsstörungen ankommt, die durch einen regelwidrigen Zustand verursacht werden.

Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 Sätze 3 und 6 SGB IX](#)). Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei ist die seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) 2008" (AHP) getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom 10.12.2008 - [BGBl. I. S. 2412](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) anzuwenden. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 17 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind. Eine inhaltliche Änderung der bisher angewandten Grundsätze und Kriterien ist hiermit - von wenigen hier nicht einschlägigen Ausnahmen abgesehen - nicht verbunden. Vielmehr wurde an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft. In den VG ist ebenso wie in den AHP (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Dabei dürfen die einzelnen Werte bei der Ermittlung des Gesamt-GdB nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet (AHP, Nr. 19 Abs. 1, S. 24; VG Teil A Nr. 3 a). Vielmehr ist darauf abzustellen, ob und wie sich die Auswirkungen von einzelnen Beeinträchtigungen einander verstärken, überschneiden oder aber auch gänzlich voneinander unabhängig sein können (BSG, Urteil vom 15.03.1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#)). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (AHP, Nr. 19 Abs. 3, S. 25; VG Teil A Nr. 3 c). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass, von Ausnahmefällen abgesehen, leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte. Dies auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (AHP, Nr. 19 Abs. 4, S. 26; VG Teil A Nr. 3 d ee).

Unter Berücksichtigung dieser Einzel-GdB-Werte kommt nach Überzeugung des Senats kein höherer Gesamt-GdB als 40 in Betracht.

Auf psychiatrischem Fachgebiet liegt kein höherer GdB als 20 vor. Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7, S. 27 beträgt bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB 0 bis 20, stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (beispielsweise ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB 30 bis 40, schweren Störungen (beispielsweise schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB 50 bis 70 sowie mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB 80 bis 100. Der Kläger leidet ausweislich des Gutachtens des Dr. B. vom 10.01.2007 an einer Depression leichten Grades. Diese Einschätzung ist für den Senat überzeugend, zumal der Sachverständige angesichts des Umstandes, dass der Kläger in der Lage ist, täglich seiner vollschichtigen beruflichen Tätigkeit als Maschinenarbeiter nachzugehen, nachvollziehbar dargelegt hat, die Funktionen im täglichen Leben könnten vom Kläger weiter ausgeführt werden. Demgegenüber folgt der Senat nicht der Beurteilung des Dr. H. in seinem Gutachten vom 11.12.2007 und seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 03.08.2009. Dabei kommt es nicht darauf an, ob differentialdiagnostisch neben der Depression die von ihm diagnostizierte generalisierte Angsterkrankung, episodische Panikstörung und Somatisierungsstörung vorliegen. Entscheidend sind für die Beurteilung des GdB die sich aus dem seelischen Leiden ergebenden Funktionsbeeinträchtigungen. Aus den gegenüber Dr. H. gemachten Angaben des Klägers ergeben sich aber gerade keine einen GdB von mindestens 30 bedingende stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Im Übrigen haben beide Gutachter formale oder inhaltliche Denkstörungen oder wesentliche kognitive Beeinträchtigungen nicht beschrieben. Mithin handelt es sich nach Überzeugung des Senats allenfalls um leichtere psychovegetative oder psychische Störungen, die höchstens einen GdB von 20 bedingen.

Die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule ist nicht höher als mit einem GdB von 20 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9, S. 90 beträgt bei Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität der GdB 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt

(Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) der GdB 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten der GdB 30 bis 40. Beim Kläger liegen ausweislich der Arztauskünfte des Dr. K. vom 10.05.2005 eine Einschränkung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule in allen Richtungen um etwa ein Drittel, vom 03.05.2006 eine Cervicocephalgie bei muskulären Verspannungen sowie vom 28.10.2009 ein degeneratives Lendenwirbelsäulen-Syndrom mit Wurzelreiz und rezidivierenden Lumboischialgien und einer Cervicobrachialgie mit Wurzelreiz C6 vor. Dabei handelt es sich vor dem Hintergrund, dass Dr. B. in seinem Gutachten vom 10.01.2007 dargelegt hat, bei den geklagten Wirbelsäulen-Beschwerden finde sich eine "Verspannung der Lendenwirbelsäule" sowie eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit derselben und hieraus den überzeugenden Schluss gezogen hat, es resultiere hieraus eine allenfalls mittelgradige funktionelle Einschränkung, und dass Dr. von H. unter dem 16.12.2009 ausgeführt hat, beim Kläger liege ein leichtes Wurzelreizsyndrom vor und die Wirbelsäulenschäden seien als gering einzustufen, allenfalls um mittelgradige Auswirkungen in der Lendenwirbelsäule, nicht aber in der Halswirbelsäule, und mithin in einem Wirbelsäulenabschnitt. Soweit Dr. K. die Cervicobrachialgie als "deutlich" beziehungsweise "mittel- bis schwergradig" und das Lendenwirbelsäulen-Syndrom als "schwergradig" umschrieben hat, folgt hieraus keine Höherbewertung des diesbezüglichen GdB, da insoweit keine diese Einschätzung rechtfertigenden dauerhaften Funktionsparameter angegeben worden sind. Auch ergeben sich aus den vielfältigen ärztlichen Unterlagen keine dauerhaften Behandlungsmaßnahmen hinsichtlich der Wirbelsäule.

In Bezug auf die Hörstörung beträgt der GdB des Klägers höchstens 20. Dabei folgt der Senat der Einschätzung des Dr. U. in seiner Arztauskunft vom 20.07.2004, in welcher dieser angegeben hat, die Schallempfindungsschwerhörigkeit des Klägers sei mit einem GdB von 20 zu bewerten, zumal Dr. Z. unter dem 17.05.2006 ausgeführt hat, die versorgungsärztliche Einschätzung des GdB in Bezug auf die Schwerhörigkeit sei ausreichend. In Bezug auf den im Arztbrief des Dr. Z. vom 19.07.2006 angegebenen Tinnitus gilt, dass nach den VG, Teil B, Nr. 5.3, S. 37 für Ohrgeräusche ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen der GdB 0 bis 10, mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen der GdB 20, mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (zum Beispiel ausgeprägte depressive Störungen) der GdB 30 bis 40 und mit schweren psychischen Störungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mindestens 50 beträgt. Nach Ansicht des Senats liegen ausweislich des Gutachtens des Dr. B. vom 10.01.2007 keine tinnitusbedingten erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen vor. Mithin beträgt der GdB wegen der Hörstörung höchstens 20.

Für die Stimmstörung mit dauerhafter Heiserkeit des Klägers ist der GdB ebenfalls nicht höher als mit 20 zu bewerten. Auch diesbezüglich folgt der Senat der Einschätzung des Dr. U. in seiner Arztauskunft vom 20.07.2004, in welcher dieser angegeben hat, die Stimmstörung mit dauerhafter Heiserkeit des Klägers sei mit einem GdB von 20 zu bewerten. Diese GdB-Einschätzung hat auch Dr. Z. unter dem 17.05.2006 bestätigt.

Der Gesundheitsschaden in den Kniegelenken bedingt keinen höheren GdB als 10. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14, S. 100-101 beträgt bei einer einseitigen Bewegungseinschränkung im Kniegelenk geringen Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung bis 0-0-90 Grad) der GdB 0 bis 10, mittleren Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung 0-10-90 Grad) der GdB 20 und stärkeren Grades (zum Beispiel Streckung/Beugung 0-30-90 Grad) der GdB 30 sowie beträgt bei einseitigen ausgeprägten Knorpelschäden der Kniegelenke (zum Beispiel Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen ohne Bewegungseinschränkung der GdB 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkung der GdB 20 bis 40. Der Kläger leidet ausweislich der Arztauskunft des Dr. W. vom 14.03.2006 an einer Gonarthrose mit Knorpel- und Meniskusschäden bei alter vorderer Kreuzbandruptur und an einer zweit- bis drittgradigen femoropatellaren Chondropathie am linken Kniegelenk. Einen höheren GdB als 10 GdB rechtfertigende Bewegungseinschränkungen sind ebensowenig aktenkundig wie anhaltende Reizerscheinungen.

Nicht GdB-relevant sind die weiteren von Dr. W. angegebenen Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet wie Minderbelastbarkeit beider Schultern beziehungsweise Periarthritis humeroscapularis rechts und Carpaltunnelsyndrom rechts sowie die von Dr. B., Dr. W., Dr. W., Dr. L. und Dr. Sp. angegebenen Diagnosen auf internistischem Fachgebiet. Wesentliche Funktionseinschränkungen folgen aus diesen Erkrankungen nicht.

Unter Berücksichtigung dieser Einzel-GdB-Werte (Teil-GdB 20 für die seelische Störung, Teil-GdB 20 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Teil-GdB höchstens 20 für die Hörstörung, Teil-GdB höchstens 20 für die Stimmstörung mit dauerhafter Heiserkeit und Teil-GdB 10 für die Funktionsbehinderung der Kniegelenke) kommt nach Überzeugung des Senats kein höherer Gesamt-GdB als 40 in Betracht.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass ein Gesamt-GdB von 50 beispielsweise nur angenommen werden kann, wenn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich ist wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung, bei Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung. Ein vergleichbares Ausmaß erreichen die vom Senat festgestellten Funktionsbehinderungen des Klägers nicht.

Nach alledem hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-04-09