

L 6 SB 3568/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung

6

1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen
S 6 SB 400/06

Datum
17.07.2009

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen
L 6 SB 3568/09

Datum
21.01.2010

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 17.07.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1945 geborene Kläger begehrt die Neufeststellung seines Grades der Behinderung (GdB).

Das ehemalige Versorgungsamt Heilbronn (VA) stellte unter Zugrundelegung der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. R. vom 19.01.1996, in welcher als Behinderungen eine beidseitige Hörminderung (Teil-GdB 30) sowie degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit wiederkehrenden Reizerscheinungen (Teil-GdB 10) berücksichtigt wurden, mit Bescheid vom 26.01.1996 den GdB des Klägers mit 30 ab 15.11.1995 fest.

Am 14.03.2005 beantragte der Kläger die Neufeststellung seines GdB und wies dabei auf eine Verschlimmerung der beidseitigen Hörminderung und Wirbelsäulenerkrankung sowie auf eine chronische Atemwegserkrankung, eine Kniegelenksarthrose, eine Problematik des vegetativen Nervensystems, eine chronische internistische Erkrankung, eine Netzhautablösung sowie Hautprobleme hin. Das zuständig gewordene Landratsamt H. (LRA) holte die Befundberichte des Arztes für Allgemeinmedizin H. vom Mai 2005 (chronische Kniebeschmerzen, chronisch rezidivierende Wirbelsäulenbeschwerden, Zustand nach linksseitiger Netzhautablösung, rezidivierende Schlafstörungen) und des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. K. vom Juli 2005 (Innenohrschwerhörigkeit mittleren Grades beidseits), welchen Arztbriefe der Augenklinik des Klinikums Am Gesundbrunnen in H., des Zentrums für Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie der Klinik L. und des Dr. M. beigelegt waren, ein. Dr. Sp. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 10.10.2005 als Funktionsbeeinträchtigungen eine Schwerhörigkeit beidseitig (Teil-GdB 30), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Nervenwurzelreizerscheinungen (Teil-GdB 10), eine chronische Bronchitis (Teil-GdB 10), eine Sehminderung beidseitig (Teil-GdB 10), eine Depression (Teil-GdB 10) sowie eine Funktionsbehinderung beider Kniegelenke (Teil-GdB 10) und bewertete den Gesamt-GdB weiterhin mit 30. Mit Bescheid vom 20.10.2005 lehnte das LRA den Antrag ab.

Hiergegen legte der Kläger unter Vorlage eines Attests des Arztes für Allgemeinmedizin H. Widerspruch ein. Das LRA holte den Befundbericht der Fachärztin für Augenheilkunde E. vom 22.11.2005 (Sehschärfe rechts 0,8 und links 0,6, rezidivierende Schmerzen am linken Auge bei Zustand nach Operation bei Netzhautablösung) ein. In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 09.01.2006 wurde ausgeführt, aus dem eingeholten Befundbericht ergebe sich für die Sehminderung ein GdB von 0. Ferner seien die Kniegelenke und die Wirbelsäule nicht wesentlich funktionsbeeinträchtigt. Mit Widerspruchsbescheid vom 24.01.2006 wies das Regierungspräsidium S. (RP) den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 01.02.2006 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Er legte Atteste des Arztes für Allgemeinmedizin H. sowie Arztbriefe von Dr. Sch., des Dr. P. und des Dr. W. vor.

Das SG hörte zunächst den Facharzt für Orthopädie Dr. Sch., die Fachärztin für Augenheilkunde K. und Dr. K. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. Sch. beschrieb unter dem 29.03.2006 eine degenerative Lendenwirbelsäulen-Erkrankung mit rezidivierender Wurzelreizsymptomatik, eine früher vorhandene Schultersteife links sowie einen Knorpelschaden retropatellar im Bereich der Kniegelenke bei Zustand nach Innenmeniskusresektion mit arthroskopischer Sanierung und verzögertem Heilverlauf und dabei nachgewiesener zweit- bis drittgradiger Knorpelschädigung retropatellar und legte seine Arztbriefe sowie Arztbriefe der Orthopädie des Caritas-Krankenhauses in

Bad M. und von Dr. Sch. vor. Die Fachärztin für Augenheilkunde K. teilte unter dem 29.03.2006 die Diagnosen Zustand nach Amotio mit Zustand nach Plombenoperation, Myopie, Astigmatismus und Presbyopie jeweils links sowie die Sehschärfe von rechts 0,8 und links 0,6 mit und legte den Befund hinsichtlich einer Gesichtsfeldmessung sowie einen Arztbrief der Augenklinik des Klinikums Am Gesundbrunnen in H. vor. Dr. K. führte unter dem 12.05.2006 aus, der Kläger leide an einer mittelgradigen Innenohrschwerhörigkeit beidseits und einem Tinnitus.

Daraufhin holte das SG von Amts wegen das Gutachten des Orthopäden Dr. K. vom 08.08.2006 ein. Der Sachverständige diagnostizierte ein chronisches Zervikal- und Lumbalsyndrom, eine Retropatellararthrose links sowie eine Fingergelenksarthrose D II rechts und äußerte den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Für die Wirbelsäulensymptomatik betrage der GdB 10. Die Funktionsstörungen seien als gering einzustufen und ohne Instabilitäten. Die degenerativen Veränderungen überschritten das altersübliche Ausmaß nicht wesentlich. Die zweit- bis drittgradige femoropatellare Chondropathie am linken Kniegelenk sei ohne wesentliche Bewegungseinschränkung oder Instabilität und ohne Schwellung oder Ergussbildung und daher mit einem GdB von 10 einzustufen. Beide Funktionseinschränkungen bedingten insgesamt einen GdB von 10, da sie in der Gesamtbetrachtung keine über die Einzelbeurteilung hinausgehende Beeinträchtigung darstellten.

Ferner holte das SG von Amts wegen das Gutachten des Prof. Dr. L., Chefarzt der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum am W. in W., vom 08.03.2007 ein. Der Sachverständige führte aus, auf psychiatrischem Fachgebiet liege eine histrionische Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen vor, welche sich insbesondere in einer demonstrativen Schilderung und Darstellung der Beschwerden, verbunden mit dem übertriebenen Wunsch nach Aufmerksamkeit und Zuwendung äußere. Da dieser Schmerzstörung in Verbindung mit einem medizinischen Krankheitsfaktor kein eigenständiger Krankheitswert beizumessen sei, sei auch nicht von Auswirkungen in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht auszugehen, die über die Beschwerden durch die körperlichen Erkrankungen hinausgingen. Daher sei diesem Störungsbild aus psychiatrischer Sicht auch kein zusätzlicher GdB zuzuweisen.

Dr. K. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 24.01.2008 aus, Dr. K. habe die seit Jahren unveränderte mittelgradige Schwerhörigkeit beidseits bestätigt. Aufgrund der Angaben der Fachärztin für Augenheilkunde K. sei eine wesentlich andere Beurteilung der Sehinderung nicht begründet. Aus dem Gutachten des Dr. K. ergebe sich für die Einstufung der Gesundheitsstörungen am Bewegungsapparat kein höherer GdB als 10. Auch aus dem Gutachten des Prof. Dr. L. ergebe sich kein höherer GdB. Ferner lägen keine Behandlungsberichte vor, denen Hinweise auf eine Clusterkopfschmerzsymptomatik zu entnehmen wären.

Daraufhin holte das SG auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Facharztes für Neurologie und Anästhesiologie Prof. Dr. L. vom 04.08.2008 ein. Der Sachverständige diagnostizierte ein chronisches Schmerzsyndrom mit sekundär chronischem Clusterkopfschmerz, unspezifischen Dauerschmerzen in der Lendenwirbelsäule, unspezifischen rezidivierenden Nackenschmerzen und Kniegelenksschmerzen beidseits bei Zustand nach Innenmeniskusschaden im linken Kniegelenk und Retropatellararthrose links, eine leichte bis mittelgradige Depression, eine Lungenfunktionsstörung sowie eine Hörminderung. Die Clusterkopfschmerzattacken seien unter Berücksichtigung von Intensität und Dauer sowie deren Häufigkeit mit einem GdB von 30, die Wirbelsäulensymptomatik mit einem GdB von 30, die Knieschmerzen mit einem GdB von 20 und die leichte bis mittelgradige depressive Verstimmung im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms mit einem GdB von 20 zu bewerten. Die Lungenfunktionsstörung sowie die Hörminderung, für die je ein GdB von 30 anerkannt sei, bedingten keine zusätzlichen Funktionseinschränkungen. Der Gesamt-GdB betrage 40.

Dr. K. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 16.10.2008 aus, die Kopfschmerzsymptomatik sei unter Berücksichtigung dessen, dass die Schmerzen unter Medikation weitgehend kompensiert seien, mit einem GdB von 20 zu bewerten. Die mit der Schmerzsymptomatik verbundene psychoreaktive Symptomatik sei in diesem GdB-Wert miteingefasst. Nach dem bereits aktenkundigen psychiatrischen Gutachten des Prof. Dr. L. sei eine leichte bis mittelgradige depressive Verstimmung nicht zu diagnostizieren. Hinsichtlich der Problematik der Wirbelsäule und der Kniegelenke sei der Bewertung des Dr. K. zu folgen. Eine Lungenfunktionseinschränkung mit einem GdB von 30 sei nicht festgestellt. Mithin sei unter zusätzlicher Berücksichtigung des Kopfschmerzsyndroms mit einem GdB von 20 der Gesamt-GdB mit 40 ab 14.03.2005 zu bewerten. Das hierauf beruhende Vergleichsangebot des Beklagten nahm der Kläger nicht an.

Prof. Dr. L. hielt in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 27.01.2009 an seiner Beurteilung fest.

Mit Gerichtsbescheid vom 17.07.2009 verurteilte das SG den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 20.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.01.2006, den GdB des Klägers mit 40 ab 14.03.2005 festzustellen, und wies die Klage im Übrigen ab. Die mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits mit Tinnitus sei mit einem Teil-GdB von 30, sowie die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, die Kniegelenksbeschwerden, die Bronchitis und die Sehinderung jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Das chronische Schmerzsyndrom mit Clusterkopfschmerz sei mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Dabei sei Prof. Dr. L. zu folgen, der sich in seinem Gutachten an den Werten für Gesicht neuralgie und echter Migräne orientiert habe, was sachgemäß erscheine, da Clusterkopfschmerzen üblicherweise eine höhere Schmerzintensität als Migränekopfschmerzen hätten, dafür aber kürzer dauerten. Vorliegend handle es sich um eine mittelgradige Verlaufsform, die mit einem Teil-GdB zwischen 20 und 40 bewertet werde. Für eine hohe Einstufung spreche, dass der Kläger unter zahlreichen Anfällen leide und nur kurze anfallsfreie Intervalle vorlägen. Angesichts dieser Anfallshäufigkeit könnte sogar von einer schweren Verlaufsform ausgegangen werden. Andererseits dauere die Mehrzahl der Anfälle durch die Medikamente nur 20 Minuten und in den übrigen Fällen nur 2 Stunden, was für eine niedrige Einstufung spreche. Daher sei der Clusterkopfschmerz mit einem GdB von 30 zu bewerten. Der Gesamt-GdB betrage 40. Der für die Schwerhörigkeit festgestellte Teil-GdB von 30 sei auf Grund der Clusterkopfschmerzen auf 40 zu erhöhen. Die weiteren ermittelten GdB-Werte von 10 führten nicht zu einer Erhöhung.

Gegen den Gerichtsbescheid des SG hat der Kläger am 06.08.2009 Berufung eingelegt. Das SG habe die Ausführungen des Allgemeinarztes Haupt, des Dr. Sch. und des Prof. Dr. L. nicht zutreffend gewürdigt. Dem SG sei insoweit zuzustimmen, als von einem für die Schwerhörigkeit festgestellten GdB von 30 auszugehen sei. Nicht nachvollziehbar sei, dass orthopädischerseits nur von einem GdB von 10 ausgegangen worden sei. Der Sachverständige Dr. K. habe sich nicht ausreichend mit der Arztauskunft des Dr. Sch., der für den orthopädischen Bereich einen GdB von 20 für angemessen gehalten habe, auseinandergesetzt. Für den zweit- bis drittgradigen Knorpelschaden bestehe eine Bandbreite des GdB zwischen 10 und 30. Dr. K. habe seine GdB-Einschätzung nicht begründet. Ferner sei Prof. Dr. L. in seinem Gutachten hinsichtlich der krankheitsbedingten Auswirkungen der Wirbelsäulenproblematik zu einem diesbezüglichen GdB von 30 und hinsichtlich der Knieschmerzen zu einem GdB von 20 gelangt. Mit dieser GdB-Einschätzung habe sich das SG nicht auseinandergesetzt. Mithin sei der GdB wegen der Wirbelsäulen- und Kniebeschwerden auf 50 zu erhöhen. In Bezug auf die Clusterkopfschmerzen hat der Kläger ausgeführt, er

habe im Rahmen der Begutachtung bei Prof. Dr. L. angegeben, die Clusterkopfschmerzattacken bestünden ab Ende 2005 regelmäßig jede Woche zwei- bis dreimal. Eine Attacke umfasse drei bis vier Anfälle. Ein Anfall dauere 20 Minuten bis 2 Stunden. 60 bis 70 % der Anfälle könnten durch die Gabe von Sauerstoff zeitlich vermindert werden. Der Anfall dauere dann circa 20 Minuten. 30 bis 40 % der Anfälle seien einer Gabe von Sauerstoff nicht zugänglich. Die Anfälle dauerten dann circa 2 Stunden. Bei diesen Anfällen helfe lediglich eine Schmerzmittelinjektion. Daher müsse der GdB für die Clusterkopfschmerzen mindestens mit 40 eingeschätzt werden.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 17.07.2009 abzuändern und den Bescheid des Landratsamtes H. vom 20.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Regierungspräsidiums Stuttgart vom 24.01.2006 aufzuheben und den Beklagten unter weiterer Abänderung des Bescheides des Versorgungsamts Heilbronn vom 26.01.1996 zu verurteilen, den GdB mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die im Rahmen eines auf die Erstattung von Kosten für ein Hörgerät gegen die BG angefallenen Akten des SG (S 3 U 3501/05), insbesondere das vom SG in Auftrag gegebene Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. F. vom 20.11.2006, in dem dieser unter anderem ausgeführt hat, beim Kläger liege eine Hörstörung von circa 50 % beidseits und mithin eine mittelgradige Schwerhörigkeit vor, beigezogen.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist unbegründet.

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

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 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. 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 Grundsätze ist der GdB des Klägers nicht höher als mit 40 zu bewerten.

In Bezug auf die Hörstörung beträgt der GdB des Klägers 30. Nach dem für den Senat überzeugenden Gutachten des Dr. F. vom 20.11.2006 und der Arztauskunft des Dr. K. vom 12.05.2006 leidet der Kläger an einer beidseitigen mittelgradigen Schwerhörigkeit. Nach den VG, Teil B, Nr. 5.2.3., Tabelle D, S. 35 beträgt der GdB 30 bei einer beidseitigen mittelgradigen Schwerhörigkeit. In Bezug auf den 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 Prof. Dr. L. vom 08.03.2007 keine erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen vor. Mithin beträgt der GdB auf hals-nasen-ohren-ärztlichem Fachgebiet insgesamt 30.

Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule ist mit einem GdB von 10 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 weder mittelgradige noch schwere Auswirkungen in einem oder gar zwei Wirbelsäulenabschnitt/en vor. Der Senat stützt sich dabei auf die überzeugenden Ausführungen des Dr. K. in seinem Gutachten vom 08.08.2006, wonach beim Kläger ein chronisches Zervikal- und Lumbalsyndrom vorliegt und die Funktionsstörungen als gering einzustufen und ohne Instabilitäten sind und die degenerativen Veränderungen das altersübliche Ausmaß nicht wesentlich überschreiten. Diese Darlegungen korrespondieren mit den in seinem Gutachten dargestellten Befunden und sind daher in sich schlüssig und nachvollziehbar. Der Senat schließt sich deshalb der von Dr. K. vorgenommenen Beurteilung des GdB mit 10 für den Wirbelsäulenschaden an. Demgegenüber folgt der Senat nicht Prof. Dr. L., der in seinem Gutachten vom 04.08.2008 die Wirbelsäulensymptomatik fachfremd mit einem GdB von 30 bewertet und in seiner Untersuchung keine einen solchen GdB rechtfertigende Bewegungseinschränkungen erhoben hat.

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 StrE.ung/Beugung bis 0-0-90 Grad) der GdB 0 bis 10, mittleren Grades (zum Beispiel StrE.ung/Beugung 0-10-90 Grad) der GdB 20 und stärkeren Grades (zum Beispiel StrE.ung/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 an einer zweit- bis drittgradigen femoropatellaren Chondropathie am linken Kniegelenk. Vorliegend hat aber Dr. K. in der seinem Gutachten vom 08.08.2006 zugrunde liegenden Untersuchung in den Kniegelenken weder eine wesentliche Bewegungseinschränkung oder Instabilität noch eine Schwellung oder Ergussbildung ausgemacht, so dass diesbezüglich kein höherer GdB als 10 zu vergeben ist. Der Senat folgt nicht Prof. Dr. L., der in seinem Gutachten vom 04.08.2008 die Kniebeschmerzen fachfremd mit einem GdB von 20 bewertet und in seiner Untersuchung keine einen solchen GdB rechtfertigende Bewegungseinschränkungen erhoben hat.

Ferner bedingt die beim Kläger gegebene Fingergelenksarthrose D II rechts keine GdB-relevante Funktionsbehinderung.

Die Kopfschmerzsymptomatik bedingt nach Überzeugung des Senats keinen höheren GdB als 30. Nach den VG, Teil B, Nr. 2.3, S. 19-20 bemisst sich der GdB bei einer echten Migräne je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen und beträgt bei einer leichten Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) der GdB 0 bis 10, in mittelgradiger Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) der GdB 20 bis 40 sowie in schwerer Verlaufsform (lang andauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen) der GdB 50 bis 60. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. L. vom 04.08.2008 liegen beim Kläger Clusterkopfschmerzattacken vor. Der Sachverständige hat diese unter Berücksichtigung von Intensität, Dauer und Häufigkeit mit einem GdB von 30 bewertet. Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass der Kläger angegeben hat, er habe 2 bis 3 Anfälle, im Sommer etwas weniger, wöchentlich mit einer Schmerzdauer von 20 Minuten. In 70 % der Fälle helfe eine Sauerstoffinhalation nach 10 bis 15 Minuten. Ansonsten dauerten die Anfälle 1 bis 2 Stunden und endeten erst durch eine Injektion von Imigran. Diese Häufigkeitsangaben hat sich Prof. Dr. L. telefonisch durch den Arzt für Allgemeinmedizin H. bestätigen lassen. Der Senat hat daher keine Zweifel an der Richtigkeit der im Gutachten des Prof. Dr. L. wiedergegebenen Angaben des Klägers. Nach Ansicht des Senats

handelt es sich bei dieser Anfallshäufigkeit und -dauer um eine mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend). Der hierfür von den VG eröffnete GdB-Rahmen zwischen 20 und 40 ist schon deshalb nicht nach oben auszuschöpfen, weil 70 % der Anfälle bereits nach 10 bis 15 Minuten durch Sauerstoffinhalation sowie im Übrigen nach 1 bis 2 Stunden durch Injektion von Imigran beendet werden können und es sich mithin nicht um jeweils einen Tag oder mehrere Tage anhaltende Anfälle handelt. Mithin folgt der Senat der Einschätzung des Sachverständigen, den GdB für die Kopfschmerzproblematik mit 30 zu bewerten.

Auf psychiatrischem Fachgebiet liegt kein höherer GdB als 10 vor. Für die Schmerzsymptomatik ist kein eigenständiger GdB zu vergeben. Der Senat stützt sich auf das schlüssige und in sich widerspruchsfreie Gutachten des Prof. Dr. L. vom 08.03.2007. Danach handelt es sich beim Kläger um eine histrionische Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen, welche sich insbesondere in einer demonstrativen Schilderung und Darstellung der Beschwerden, verbunden mit dem übertriebenen Wunsch nach Aufmerksamkeit und Zuwendung äußert. Zutreffend hat der Sachverständige ausgeführt, dass, da dieser Schmerzstörung in Verbindung mit einem medizinischen Krankheitsfaktor kein eigenständiger Krankheitswert beizumessen ist, auch nicht von Auswirkungen in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht auszugehen ist, die über die Beschwerden durch die körperlichen Erkrankungen hinausgehen. Daher folgt der Senat der Schlussfolgerung des Prof. Dr. L., dass diesem Störungsbild aus psychiatrischer Sicht kein zusätzlicher GdB zuzuweisen ist. Ferner berücksichtigen nach den VG, Teil A, Nr. 2i, S. 9 die in der GdB-Tabelle niedergelegten Sätze bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen und sind außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen nur dann anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen erforderlich ist. Da der Kläger nicht vorgetragen hat, sich in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung zu befinden, ist mithin davon auszugehen, dass außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen nicht vorliegen. Demgegenüber erfolgten die Vorstellungen beim Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W. ausweislich der vorgelegten Arztbriefe im Wesentlichen wegen der Kopfschmerzsymptomatik. Sollte entgegen der Einschätzung des Prof. Dr. L. eine Depression vorliegen, so wäre diese nach Ansicht des Senats nicht mit einem höheren GdB als 10 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7, S. 27 beträgt bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen 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. Prof. Dr. L. ist in seinem Gutachten vom 04.08.2008 von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Verstimmung im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms ausgegangen. Ausgehend hiervon könnte nach Ansicht des Senats der von den VG hierfür eröffnete GdB-Rahmen von 0 bis 20 nicht nach oben ausgeschöpft werden. Mithin beträgt der GdB auf psychiatrischem Fachgebiet allenfalls 10.

Ferner ergibt sich unter Berücksichtigung der Arztauskunft der Fachärztin für Augenheilkunde K. vom 29.03.2006 sowie der aktenkundigen Arztbriefe und Atteste für die Gesundheitsstörungen auf augenärztlichem und lungenärztlichem Fachgebiet jeweils kein höherer GdB als 10.

Unter Berücksichtigung dieser Einzel-GdB-Werte (Teil-GdB 30 für die Hörstörung mit Tinnitus, Teil-GdB 10 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Teil-GdB höchstens 10 für die Funktionsbehinderung der Kniegelenke, Teil-GdB 30 für die Kopfschmerzsymptomatik; Teil-GdB höchstens 10 auf augenärztlichem Fachgebiet und Teil-GdB höchstens 10 auf lungenärztlichem Fachgebiet) kommt nach Überzeugung des Senats kein höherer Gesamt-GdB als 40 in Betracht.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der vom Klägerin begehrte 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 oder bei Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung. Ein vergleichbares Ausmaß erreichen die vom Senat festgestellten Funktionsbehinderungen des Klägers nicht. Vielmehr überschneiden sich die von der Hörstörung mit Tinnitus und der Kopfschmerzsymptomatik ausgehenden Funktionsstörungen weitgehend. Da weder mit dem Tinnitus noch mit dem Clusterkopfschmerz schwere psychische Störungen (VG, Teil B, Nr. 5.3, S. 37 beziehungsweise VG Teil B, Nr. 3.7, S. 27) einhergehen, erreichen diese Funktionsstörungen in der Gesamtschau keinen Gesamt-GdB von 50.

Nach alledem hat der Kläger keinen Anspruch auf die 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