L 6 SB 3982/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 SB 1382/05
Datum
25.04.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 3982/07
Datum
11.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 25.04.2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht, ob der 1963 geborene Kläger einen Anspruch auf Feststellung seines Grades der Behinderung (GdB) mit 50 hat.

Das ehemalige Versorgungsamt R. (VA) hatte unter Zugrundelegung der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 05.05.1999, in der als Behinderungen eine Schwerhörigkeit (Teil-GdB 20) sowie eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und ein Bandscheibenschaden (Teil-GdB 20) berücksichtigt und der Gesamt-GdB mit 30 eingeschätzt worden war/en, mit Bescheid vom 12.05.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.11.1999 den GdB des Klägers mit 30 ab 11.12.1998 festgestellt.

Am 17.10.2003 beantragte der Kläger die Neufeststellung seines GdB. Das VA holte die Befundberichte des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. H. vom November 2003, des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. B. vom 03.11.2003 und des Augenarztes K. vom 19.02.2004 ein. Dr. B. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 26.04.2004 als Behinderungen eine beidseitige Schwerhörigkeit (Teil-GdB 40) sowie eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und einen Bandscheibenschaden (Teil-GdB 20) und beurteilte den Gesamt-GdB mit 40. Das VA stellte mit Bescheid vom 24.05.2004 den GdB des Klägers mit 40 ab 17.10.2003 fest.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Das VA holte die Befundberichte des Augenarztes K. vom 06.07.2004, des Dr. W. vom Juli 2004, des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. B. vom 13.07.2004 und des Dr. H. vom 20.07.2004 ein. Sodann holte das VA die versorgungsärztliche Stellungnahme des Arztes K. vom 04.11.2004 und den Befundbericht des Dr. H. vom 19.11.2004 ein. Dr. G. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 17.02.2005 als Behinderungen eine beidseitige Schwerhörigkeit (Teil-GdB 40) sowie degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und einen Bandscheibenschaden (Teil-GdB 10) und beurteilte den Gesamt-GdB mit 40. Mit Widerspruchsbescheid vom 21.03.2005 wies das Regierungspräsidium Stuttgart (RP) den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 02.05.2005 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG). Das SG hörte zunächst Dr. B. unter dem 29.07.2005 (mittel- bis hochgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit, Schwindel, Tinnitus) und den Arzt für Orthopädie B. unter dem 12.09.2005 (Halswirbelsäulen-Schulter-Arm-Syndrom, Lumboschialgie, Schultergelenkschmerzen) schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Versorgungsarzt D. blieb in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28.12.2005 bei der bisherigen versorgungsärztlichen Beurteilung. Das SG hörte den Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. St. unter dem 07.03.2006 (sinobronchiales Syndrom, unspezifische Hyperreagibilität mit ausgeglichener obstruktiver Ventilationsstörung) schriftlich als sachverständigen Zeugen. Sodann holte das SG auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das orthopädische Gutachten des Arztes für Orthopädie und Rheumatologie Dr. Sch. vom 09.05.2006 ein. Dieser diagnostizierte eine endgradige funktionelle Beeinträchtigung der Lendenwirbelsäule und schätzte den GdB aus orthopädischer Sicht mit 20 ein. Daraufhin hörte das SG Dr. B. unter dem 25.07.2006 (Schallempfindungsschwerhörigkeit, Tinnitus, Vertigo, rezidivierende Infekte der unteren und oberen Luftwege), den Facharzt für Orthopädie B. unter dem 27.07.2006 (Schultergelenkssteife, Brustwirbelsäulensyndrom) und erneut Dr. B. unter dem 29.08.2006 (Tonaudiogramm vom 20.01.2004, keine Änderungen im Gesundheitszustand) schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. G. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 29.12.2006 aus, das von Dr. St. diagnostizierte sinobronchiale Syndrom mit unspezifischer bronchialer Hyperreagibilität bedinge keine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion. Die im Gutachten des Dr. Sch. dokumentierten nur in Abständen von bis zu mehreren Monaten behandlungsbedürftigen Lendenwirbelsäulen- und Brustwirbelsäulenbeschwerden bedingten keine wesentliche

funktionelle Beeinträchtigung der Wirbelsäule, keine neurologischen Ausfälle und nur mäßige degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, so dass der diesbezügliche Teil-GdB von 10 als ausreichend anzusehen sei. Da das von Dr. B. vorgelegte Tonaudiogramm vom 20.01.2004 keine wesentliche Verschlechterung zeige, sei eine höhere Bewertung der Schwerhörigkeit nicht zu begründen. Mit Urteil vom 25.04.2007 wies das SG die Klage ab.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 18.07.2007 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 14.08.2007 Berufung eingelegt. Es liege ein negatives Aufeinanderwirken der Schallempfindungsschwerhörigkeit mit Schwindel und Tinnitus einerseits sowie den degenerativen Wirbelsäulenveränderungen andererseits vor, so dass der Gesamt-GdB 50 betrage. Ferner sei der Sachverhalt hinsichtlich des sinubronchialen Syndroms in Verbindung mit einer unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität mit ausgeglichener obstruktiver Ventilationsstörung nicht ausreichend abgeklärt worden. Inzwischen habe sich der Gesundheitszustand verschlimmert, so dass eine chronische Bronchitis vorliege. Auch hätten sich die Rückenbeschwerden inzwischen verschlechtert.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 25.04.2007 aufzuheben, den Bescheid des Versorgungsamts Rottweil vom 24.05.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Regierungspräsidiums Stuttgart vom 21.03.2005 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, seinen GdB mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Eine Höherbewertung des GdB des Klägers sei nicht begründet.

Der Senat hat zunächst Dr. B. unter dem 18.01.2008 (rezidivierende Bronchitiden mit Husten und Auswurf) sowie den Arzt für Orthopädie B. unter dem 10.06.2008 (Wirbelsäulensyndrom und Schultergelenksschmerzen) und 26.11.2008 (Lendenwirbelsäulen-, Schultergelenks- und Hüftgelenksschmerzen) schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. Wolf hat hierzu in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 13.02.2009 ausgeführt, es liege eine nahezu freie Beweglichkeit der Hüftgelenke vor. Ferner lägen keine detaillierten Funktionsparameter vor, die einen höheren Teil-GdB auf orthopädischem Fachgebiet begründen könnten. Daraufhin hat der Senat erneut Dr. B. unter dem 12.03.2009 (Bronchitis mit Husten und Auswurf, dauernde Einschränkung der Lungenfunktion mittleren Grades) schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört.

Sodann hat der Senat von Amts wegen das orthopädische Gutachten des Dr. D., Oberarzt an der Klinik für Orthopädie und Chirurgie des Marienhospitals S., vom 23.03.2009 eingeholt. Der Sachverständige hat eine endgradig eingeschränkte Rechts-Dreh-Beweglichkeit und ganz endgradig eingeschränkte beidseitige Seit-Neig-Beweglichkeit der Halswirbelsäule, eine 30%ige Entfaltbarkeitshemmung der Lendenwirbelsäule bei allenfalls diskret vermehrten Verschleißerscheinungen im Bewegungssegment L5/S1 im Sinne einer Chondrose mit dadurch bedingter endgradig eingeschränkter Beugung in den Hüftgelenken sowie eine endgradig eingeschränkte Streckung in beiden Kleinfingerendgelenken diagnostiziert. Den GdB auf orthopädischem Fachgebiet hat er mit 10 eingeschätzt. In seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 14.04.2009 hat Dr. D. die Durchführung einer neurologischen Begutachtung vorgeschlagen. Daraufhin hat der Senat von Amts wegen das neurologische Gutachten des , Oberarzt der Klinik für Neurologie des Marienhospitals S., vom 08.06.2009 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, auf neurologischem Fachgebiet lasse sich kein radikuläres lumbales Reizsyndrom verifizieren. Lähmungen, Atrophien oder eine neurogene Schädigung der Muskulatur hätten nicht festgestellt werden können. Protrusionen der Bandscheiben oder spinale und neuroforaminale Engen hätten sich nicht objektivieren lassen. Die auf Grund der anamnestischen Angaben mögliche Irritation der Nervenwurzel sei nicht sehr ausgeprägt. Es lägen keine Paresen oder Reflexdifferenzen vor. Der neurologische Befund gehe über die orthopädische Einschätzung des GdB mit 10 nicht hinaus.

Ferner hat der Senat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) das pneumologische Gutachten des Internisten und Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. B. vom 09.11.2009 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, es finde sich keine schwerwiegende Störung der kardio-pulmonalen Leistungsbreite. Die Lungenfunktion sei in Ordnung gewesen. Auch röntgenologisch und labortechnisch hätten sich keine Hinweise für akut entzündliche Reaktionen, die etwa für ein sinubronchiales Syndrom sprechen würden, gezeigt. Darüber hinaus hätten sich keine relevanten Veränderungen der Bronchienstruktur und Reaktionsfähigkeit gezeigt. Auf seinem Fachgebiet liege daher kein GdB vor. Ferner hat der Sachverständige ausgeführt, hinsichtlich der anerkannten Schwerhörigkeit habe er im Rahmen der Untersuchung keine schwerwiegende Störung im Alltagsgeschehen feststellen können.

Schließlich hat der Kläger den Arztbrief der Fachärztin für diagnostische Radiologie Dr. Steinhoff vom 08.10.2009 vorgelegt. Daraus geht hervor, dass sich im Rahmen einer am 07.10.2009 durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule keine wesentliche Skoliose und kein relevanter Bandscheibenvorfall ergeben habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

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 hat die Versorgungsverwaltung den GdB des Klägers zu Recht lediglich auf 40 und nicht auf 50 angehoben.

In Bezug auf die Hörstörung beträgt der GdB des Klägers nicht mehr als 40. Nach dem Befundbericht des Dr. B. vom 29.07.2005 liegt beim Kläger eine mittel- bis hochgradige Schall-empfindungsschwerhörigkeit vor. Nach den VG, Teil B, Nr. 5.2.3., Tabelle D, S. 35 beträgt der GdB 30 bei einer beidseitigen mittelgradigen Schwerhörigkeit sowie 50 bei einer beidseitigen hochgradigen Schwerhörigkeit und mithin 40 bei einer beidseitigen mittel- bis hochgradigen 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. Der Senat hat keine Anhaltspunkte dafür, dass von dem von Dr. B. angegebenen Tinnitus erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen ausgehen. Mithin beträgt der GdB auf hals-nasen-ohren-ärztlichem Fachgebiet insgesamt nicht mehr als 40. Die von Dr. B. angegebenen Schwindelerscheinungen sind nicht mit objektiven Befunden nachvollziehbar dargelegt und führen daher nicht zu einer GdB-Erhöhung.

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. D. in seinem Gutachten vom 23.03.2009, wonach beim Kläger eine endgradig eingeschränkte Rechts-Dreh-Beweglichkeit und ganz endgradig eingeschränkte beidseitige Seit-Neig-Beweglichkeit der Halswirbelsäule und eine 30%ige Entfaltbarkeitshemmung der Lendenwirbelsäule bei allenfalls diskret vermehrten Verschleißerscheinungen im Bewegungssegment L5/S1 im Sinne einer Chondrose vorliegt und diese Funktionsstörungen als leicht einzustufen sind. 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. D. vorgenommenen Beurteilung des GdB mit 10 für den Wirbelsäulenschaden an, zumal sich aus dem überzeugenden Gutachten des Dr. D. vom 08.06.2009 ergibt, dass kein eine Höherbewertung des GdB rechtfertigendes radikuläres Reizsyndrom vorliegt. Demgegenüber folgt der Senat nicht Dr. Sch., der in seinem Gutachten vom 09.05.2006 die Wirbelsäulensymptomatik mit einem GdB von 20 bewertet, aber in seiner Untersuchung keine einen solchen GdB rechtfertigende Bewegungseinschränkungen erhoben hat. Eine seit der Begutachtung durch Dr. D. eingetretene GdB-relevante Verschlechterung der Wirbelsäulensymptomatik ergibt sich nicht aus dem Ergebnis der durch Dr. Steinhoff am 07.10.2009 durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule. Die Radiologin hat keine wesentliche Skoliose und keinen relevanten Bandscheibenvorfall erhoben.

Dauerhafte und damit GdB-relevante Funktionseinschränkungen im Bereich der Schultergelenke liegen beim Kläger nicht vor. Dies ergibt sich aus dem Gutachten des Dr. D. vom 23.03.2009, wonach die Beweglichkeit in beiden Schultergelenken vollständig war.

Ferner bedingt die beim Kläger vorhandene endgradig eingeschränkte Streckung in beiden Kleinfingerendgelenken keine GdB-relevante Funktionsbehinderung. Auch insoweit folgt der Senat den Ausführungen des Dr. D., der in seinem Gutachten vom 23.03.2009 überzeugend dargelegt hat, dass es sich dabei um einen viel geringfügigeren Funktionsverlust handelt als bei einer nach den VG, Teil B, Nr. 18.13, S. 95 einen GdB von 0 bis 10 bedingenden Versteifung eines Fingers in günstiger Stellung.

Auch die beim Kläger vorliegende endgradig eingeschränkte Beugung in den Hüftgelenken rechtfertigt keinen GdB. Denn bei den von Dr. D. in seinem Gutachten vom 23.03.2009 dokumentierten Bewegungsmaßen handelt es sich nicht um Bewegungseinschränkungen, die nach den VG, Teil B, Nr. 18.14, S. 98 einen GdB von mindestens 10 rechtfertigen.

Auch auf pneumologischem Fachgebiet liegen keine GdB-relevanten Funktionsbeeinträchtigungen vor. Die diesbezügliche versorgungsärztliche und gerichtliche Einschätzung hat sich durch das Gutachten des Dr. B. vom 09.11.2009 bestätigt. Dieser hat keine Einschränkung der Lungenfunktion ausgemacht und auch röntgenologisch sowie labortechnisch keine Hinweise für akut entzündliche Reaktionen, die etwa für ein sinubronchiales Syndrom sprechen würden, objektiviert.

Unter Berücksichtigung dieser Einzel-GdB-Werte (Teil-GdB höchstens 40 für die Hörstörung - gegebenenfalls mit Tinnitus - und Teil-GdB 10 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule) kommt nach Überzeugung des Senats kein höherer Gesamt-GdB als 40 in Betracht.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der vom Kläger 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.

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

2010-06-01