L 8 SB 4155/10

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 7 SB 2238/08

Datum

23.06.2010

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 4155/10

Datum

27.12.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. Juni 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Neufeststellung des Grads der Behinderung (GdB) streitig.

Bei dem am 1950 geborenen Kläger stellte das Landratsamt K. - Amt für Versorgung und Rehabilitation - (VA) mit Teil-Abhilfebescheid vom 31.05.2005 wegen einer seelischen Störung, Kopfschmerzsyndrom und funktionellen Organbeschwerden (Teil-GdB 20), Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20), Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke und des linken Kniegelenks (Teil-GdB 20) sowie einer chronischen Magenschleimhautentzündung, Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 10) den GdB mit 40 fest. Eine hiergegen beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhobene Klage (S 10 SB 3308/05) endete durch Vergleich dahin, dass sich der Beklagte bereit erklärte, die Klageschrift als Neufeststellungsantrag ([§ 48 SGB X](#)) sowie als Zugunstenantrag ([§ 44 Abs. 2 SGB X](#)) anzusehen und dem Kläger einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid zu erteilen. Mit Bescheid vom 07.02.2006 entsprach das VA nach weiteren Ermittlungen den Anträgen nicht. Ein weiterer Antrag des Klägers auf Erhöhung des GdB vom 28.06.2006 blieb durch Bescheid des VA vom 06.10.2006 ohne Erfolg.

Am 28.12.2007 beantragte der Kläger erneut die Erhöhung des GdB. Das VA holte die Befundberichte der Kardiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. R. und Kollegen vom 28.12.2007 und 14.11.2007 sowie von Dr. Kr. vom 27.09.2007 und Dr. Ho. vom 30.07.2007 ein. Nach versorgungsärztlicher Auswertung dieser Unterlagen (gutachtliche Stellungnahme Dr. Ba. vom 13.02.2008) entsprach das VA dem Antrag auf Neufeststellung des GdB mit Bescheid vom 14.02.2008 nicht.

Mit Schreiben vom 25.02.2008 legte der Kläger Widerspruch ein. Das VA zog den Entlassungsbericht des Ambulanten Zentrums für Reha und Prävention am E. K. vom 24.10.2007 bei. Nach versorgungsärztlicher Auswertung (gutachtliche Stellungnahme Dr. C. vom 04.04.2008, in der wegen einer seelischen Störung, Kopfschmerzsyndrom und funktionellen Organbeschwerden (Teil-GdB 20), Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20), Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke und des linken Kniegelenks (Teil-GdB 20) sowie einer chronischen Magenschleimhautentzündung, Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 10) der GdB weiterhin mit 40 vorgeschlagen wurde) wurde der Widerspruch des Klägers vom Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 18.04.2008 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, in den Verhältnissen, die dem Bescheid vom 31.05.2005 zu Grunde lagen, sei eine wesentliche Änderung nicht eingetreten. Die Auswertung der vorliegenden Befundunterlagen habe gezeigt, dass sich eine Verschlimmerung, die eine Erhöhung des GdB rechtfertigen könne, nicht feststellen lasse.

Hiergegen erhob der Kläger am 21.05.2008 Klage beim SG. Er machte einen GdB von mindestens 50 geltend. Die im Bescheid vom 14.02.2008 festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen seien erheblich höher zu bewerten. Der Kläger berief sich auf die ihn behandelnden Ärzte.

Das SG hörte die Internisten Dr. Rad. und Dr. An. , den Nervenarzt Dr. Ra. , den HNO-Arzt Dr. P. , den Orthopäden Dr. Kr. und die Ärztin für

Allgemeinmedizin Wa. schriftlich als sachverständige Zeugen an. Dr. Rad. teilte in seiner am 15.12.2008 beim SG eingegangenen Stellungnahme unter Vorlage weiterer Befundberichte die Diagnosen mit. Er ordnete die Befunde, die durch eine Somatisierungsstörung vom Kläger schwerer empfunden würden, als leicht ein und teilte die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten. Der Chefarzt der Inneren Abteilung des Klinikums G. Dr. An. teilte in seiner Stellungnahme vom 11.12.2008 einen (am 06.07.2004) erhobenen Befund mit (kein wesentlicher Krankheitswert) und schloss sich hinsichtlich der Magenschleimhautentzündung der Bewertung des GdB durch den versorgungsärztlichen Dienst an. Dr. Ra. teilte in seiner Stellungnahme vom 16.12.2008 den Behandlungsverlauf sowie die Diagnosen mit. Er stimmte dem versorgungsärztlichen Dienst dem Inhalt nach zu und hielt für die psychische Störung einen GdB von 20 oder 30 für "diskussionsfähig". Dr. P. teilte in seiner Stellungnahme vom 18.12.2008 die Befunde mit. Hinsichtlich der Schwerhörigkeit bewertete er den GdB mit 20. Hinsichtlich des Tinnitus schätzte er den GdB auf mindestens 20 evtl. auf 30 bis 50 ein. Dr. Kr. teilte in seiner Stellungnahme vom 07.01.2009 die Befunde mit und schloss sich der Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes an. Die Ärztin Wa. teilte in ihrer Stellungnahme vom 10.02.2009 unter Vorlage medizinischer Unterlagen die Diagnosen mit. Sie schätzte für die Depression den GdB auf 50 ein und teilte - sonst- die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes.

Der Beklagte trat unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Be. vom 01.07.2009 der Klage entgegen.

Der Kläger hielt an seiner Klage fest und trug zur Bewertung des Teil-GdB hinsichtlich der Gesundheitsstörungen auf nervenärztlichem Gebiet, der Wirbelsäulenerkrankung, der Tinnitus-erkrankung, einer Herzerkrankung sowie wegen Ernährungsschwierigkeiten ergänzend vor (Schriftsatz vom 09.10.2009).

Das SG holte von Amts wegen das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. Schn. (Arzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) vom 23.03.2010 ein. Dr. Schn. diagnostizierte eine Dysthymia mit somatoformen Störungen (Teil-GdB 20), ein Wirbelsäulensyndrom ohne signifikante sensomotorische Ausfälle, eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke und des linken Kniegelenks (Teil-GdB 20), eine Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20), eine chronische Magenschleimhautentzündung, Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 10) sowie eine arterielle Hypertonie ohne kardiopulmonale Dekompensationszeichen und Folgeerkrankungen. Dr. Schn. schätzte den Gesamt-GdB auf 40 ein. Ein Gesamt-GdB von 50 sei nicht leidensgerecht. Eine wesentliche Änderung der Funktionsbeeinträchtigungen sei seit dem Bescheid vom 06.07.2007 nicht eingetreten.

Mit Urteil vom 23.06.2010 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, nach den durchgeführten Ermittlungen sei eine wesentliche Änderung der Verhältnisse beim Kläger nicht eingetreten. Ein Gesamt-GdB von 40 erscheine zutreffend.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 09.07.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.08.2010 beim SG Berufung eingelegt, die dem Landessozialgericht vorgelegt worden ist. Der Kläger hat sich zur Begründung auf das Vorbringen im Schriftsatz vom 09.10.2009 an das SG berufen. Dieser Schriftsatz sei ausführlich in der mündlichen Verhandlung erörtert worden, dem das SG jedoch im Ergebnis unzutreffend nicht gefolgt sei.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. Juni 2010 sowie den Bescheid des Beklagten vom 14. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. April 2008 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihm den Grad der Behinderung mit mindestens 50 seit dem 28. Dezember 2007 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Mit Hinweisschreiben des Berichterstatters vom 18.10.2010 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen beabsichtigt seien und dass der Senat die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss zurückweisen könne, dass diese Verfahrensweise beabsichtigt sei und ist ihnen Gelegenheit gegeben worden, sich zur Sache und zum beabsichtigten Verfahren bis 20.11.2010 zu äußern.

Mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 17.11.2010 hat der Kläger beantragt, ein weiteres Gutachten von Amts wegen einzuholen. Das vom SG eingeholte Gutachten weiche hinsichtlich der neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen, der Wirbelsäulenerkrankung, der Tinnitus Erkrankung, der Herzerkrankung und der Ernährungsschwierigkeiten erheblich von Stellungnahmen behandelnder Ärzte ab. Weiter hat der Kläger durch seinen Prozessbevollmächtigten mit Schriftsatz vom 08.12.2010 beantragt, das Klinikum am W. W gemäß [§ 109 SGG](#) mit der Erstellung eines Gutachtens zu beauftragen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie ein Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

II.

Gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann der Senat - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten sind auf die Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) mit richterlicher Verfügung hingewiesen worden und haben Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Der Senat hat den Berufungsantrag nach dem erkennbaren Begehren des Klägers sachdienlich gefasst.

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40. Der

streitgegenständliche Bescheid vom 14.02.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2008 ist rechtmäßig.

Rechtsgrundlage ist [§ 48 SGB X](#). Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den rechtlichen und tatsächlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Eine wesentliche Änderung im Hinblick auf den GdB gegenüber einer vorausgegangenen Feststellung liegt nur dann vor, wenn im Vergleich zu den den GdB bestimmenden Funktionsausfällen, wie sie der letzten Feststellung des GdB tatsächlich zugrunde gelegen haben, insgesamt eine Änderung eingetreten ist, die einen um wenigstens 10 geänderten Gesamt-GdB bedingt. Dabei ist die Bewertung nicht völlig neu, wie bei der Erstentscheidung, vorzunehmen. Vielmehr ist zur Feststellung der Änderung ein Vergleich mit den für die letzte bindend gewordene Feststellung der Behinderung oder eines Nachteilsausgleiches maßgebenden Befunden und behinderungsbedingten Funktionseinbußen anzustellen. Eine ursprünglich falsche Entscheidung kann dabei grundsätzlich nicht korrigiert werden, da die Bestandskraft zu beachten ist. Sie ist lediglich in dem Maße durchbrochen, wie eine nachträgliche Veränderung eingetreten ist. Dabei kann sich ergeben, dass das Zusammenwirken der Funktionsausfälle im Ergebnis trotz einer gewissen Verschlimmerung unverändert geblieben ist. Rechtsverbindlich anerkannt bleibt nur die festgestellte Behinderung mit ihren tatsächlichen Auswirkungen, wie sie im letzten Bescheid in den Gesamt-GdB eingeflossen, aber nicht als einzelne (Teil-)GdB gesondert festgesetzt worden sind. Auch der Gesamt-GdB ist nur insofern verbindlich, als er im Sinne des [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) bestandsgeschützt ist, nicht aber in der Weise, dass beim Hinzutreten neuer Behinderungen der darauf entfallende Teil-GdB dem bisherigen Gesamt-GdB nach den geltenden Bewertungsmaßstäben hinzuzurechnen ist (vgl. BSG SozR 1300 § 48 Nr. 29). Die Verwaltung ist nach [§ 48 SGB X](#) berechtigt, eine Änderung zugunsten und eine Änderung zuungunsten des Behinderten in einem Bescheid festzustellen und im Ergebnis eine Änderung zu versagen, wenn sich beide Änderungen gegenseitig aufheben (BSG [SozR 3-3870 § 3 Nr. 5](#)).

Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung, nach Zehnergraden abgestuft, festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)). Die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen und am 01.01.2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008 gelten entsprechend ([§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)), so dass die mit den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 2008" (AHP) inhaltsgleichen "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (Anlage zu § 2 VersMedV - VG -) nun heranzuziehen sind.

Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet (vgl. Teil A Nr. 3 der VG). In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (VG a.a.O.). Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Teil A Nr. 3 der VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung dieser Grundsätze in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (vgl. [BSGE 62, 209, 213](#); BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3-3879 § 4 Nr. 5](#), jeweils zu den AHP).

Nach diesen Grundsätzen ist davon auszugehen, dass im Vergleich zum Behinderungszustand, der Grundlage des Bescheides vom 31.05.2005 mit der Feststellung des GdB von 40 war, beim Kläger keine wesentliche Änderung eingetreten ist.

Entgegen der Ansicht des Klägers liegen bei ihm auf nervenärztlichem Fachgebiet keine Behinderungen vor, die nunmehr einen Teil-GdB von 30 (oder mehr) rechtfertigen. Nach dem Gutachten von Dr. Schn. vom 23.03.2010 an das SG liegt beim Kläger keine originäre neurologische Erkrankung vor. Eine auf neurologischem Fachgebiet liegende Gesundheitsstörung wird auch nicht von Dr. Ra. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 16.12.2008 an das SG und in seinen Befundberichten vom 13.10.2008 sowie 21.01.2009 diagnostiziert. Die beim Kläger bestehende seelische Störung rechtfertigt weiterhin einen Teil-GdB von 20. Nach den VG Teil B Nr. 3.7 (Seite 42) ist bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20 und erst bei stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB mit 30 bis 40 zu bewerten. Zwar besteht beim Kläger nach dem überzeugenden Gutachten von Dr. Schn. vom 23.03.2010, dem der Senat folgt, eine Dysthymia mit somatoformen Störungen bzw. Somatisierungstendenzen, eine Schwindel- und Kopfschmerzsymptomatik sowie klaustrophobische Ängste. Diese Gesundheitsstörungen führen beim Kläger jedoch nicht zu stärker behindernden Störungen. So geht der Kläger nach seinen im Gutachten von Dr. Schn. wiedergegebenen Angaben tagsüber mit seiner Ehefrau spazieren. Es bestehen soziale Kontakte. Am Wochenende besucht er die Kirche. Weiter sieht der Kläger Fernsehen und liest in der Bibel. Nach dem von Dr. Schn. erhobenen psychischen Befund wirkt die Mimik beim Kläger zwar wenig lebhaft und leidend. Sein Verhalten ist beschwedezentriert. In der Grundstimmung ist der Kläger subdepressiv, hoffnungslos wirkend, innerlich vermehrt angespannt, ängstlich und klagsam. Die affektive Resonanzfähigkeit ist eingeschränkt aber nicht aufgehoben. Es bestehen jedoch keine Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, der Auffassung, der Konzentration oder signifikante Gedächtnisstörungen. Auch eine signifikante Antriebsminderung oder psychomotorische Hemmung liegen nicht vor. Das formale Denken ist nicht verlangsamt, sondern folgerichtig. Sinnestäuschungen, eine Ich-Störung oder dissoziative Störungen bestehen nicht. Der Kläger ist sozial integriert. Hinweise für zwanghafte Persönlichkeitszüge oder eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert ergaben sich nicht. Diese Befunde stimmen - entgegen der Ansicht des Klägers - im Wesentlichen mit den von Dr. A. sowie von Dr. Ra. und Dr. Ho. mitgeteilten Befunden überein, die im Übrigen Dr. Schn. bei der Begutachtung des Klägers vorlagen. Der Kläger nimmt zur Nacht ein Antidepressivum nur in niedriger Dosis ein, wie Dr. Schn. in seinem Gutachten weiter ausführt, was gegen eine stärkere Ausprägung der seelischen Störung des Klägers spricht. Danach ist für den Senat überzeugend, dass Dr. Schn. beim Kläger eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit verneint. Der Senat schließt sich dieser Ansicht an und hält mit Dr. Schn. einen Teil-GdB von 20 für die seelische Störung des Klägers für angemessen. Auch Dr. Ra. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 16.12.2008 der Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten dem Inhalt

nach zugestimmt und einen GdB von 20 oder 30 für die psychische Störung des Klägers lediglich für "diskussionsfähig" erachtet. Eine relevante Verschlimmerung seit der Begutachtung durch Dr. Schn. ist nicht ersichtlich. Soweit sich der Kläger auf eine Verschlimmerung beruft, betrifft dies die Zeit vor der Begutachtung durch Dr. Schn. ... Soweit die Ärztin für Allgemeinmedizin Wa. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage beim Kläger eine schwere Depression (mit einem GdB von 50) angenommen hat, ist dies im Gutachten von Dr. Schn., dem als Neurologe und Psychiater für die Beurteilung psychische Leiden die höhere Fachkompetenz zukommt, nicht bestätigt worden, weshalb der Ansicht von Allgemeinärztin Wa. nicht gefolgt werden kann. Auch Dr. Ra., Dr. A. und Dr. Ho. haben eine schwere Depression beim Kläger nicht diagnostiziert.

Beim Kläger liegt auch keine Wirbelsäulenerkrankung vor, die einen Teil-GdB von mindestens 30 hervorruft, wie er geltend macht. Nach den VG Teil B Nr. 18.9 (Seite 107) beträgt bei Wirbelsäulenschäden 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. Funktionelle Auswirkungen die danach hinsichtlich der Wirbelsäule des Klägers einen Teil-GdB von 30 (oder mehr) rechtfertigen, bestehen zur Überzeugung des Senats nicht. Den von Dr. Kr. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 07.01.2009 mitgeteilten Wirbelsäulenbefunden lässt sich eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, die einen GdB von 30 rechtfertigt, nicht entnehmen. Danach ist die Entfaltbarkeit der Lendenwirbelsäule des Klägers nicht wesentlich und die Seitneigung und Pronation jeweils nur leichtgradig eingeschränkt. Nach dem Gutachten von Dr. Schn. bestehen signifikante sensomotorische Ausfälle seitens der Wirbelsäule nicht, die Kopfbeweglichkeit des Klägers ist nicht eingeschränkt. Dr. Kr. hat eine mittelgradige Gesundheitsstörung der Lendenwirbelsäule des Klägers angenommen und (unter zusätzlicher Berücksichtigung einer schmerzhaften Funktionseinschränkung der rechten Schulter) die Ansicht des versorgungszärztlichen Dienstes des Beklagten (Teil-GdB 20) geteilt. Seiner Ansicht, die hinsichtlich der von ihm mitgeteilten Wirbelsäulenbefunde den rechtlichen Vorgaben der VG entspricht, schließt sich der Senat an. Das Vorbringen des Klägers zeigt keine neuen Gesichtspunkte auf, die die Ansicht von Dr. Kr. in Zweifel zieht. Auch Dr. Rad. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG vom 15.12.2008 der Ansicht des versorgungszärztlichen Dienstes des Beklagten zugestimmt und die von ihm genannten Befunde (HWS-BWS-LWS Syndrom, Gonarthrose rechts, Fingerarthrose D2 rechts und V.a. Roemheld-Syndrom) als leicht eingeordnet.

Sonstige auf orthopädischem Gebiet liegende rechtlich relevante Funktionsbehinderungen bestehen beim Kläger nicht. Nach dem Gutachten von Dr. Schn. sind beim Kläger alle Gelenke der oberen und unteren Extremitäten aktiv und passiv frei beweglich. Dem entspricht auch im Wesentlichen der im Entlassungsbericht des Ambulanten Zentrums für Reha und Prävention am E. K. vom 24.10.2007 mitgeteilte Befund (nur mäßige Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke mit Ab-/Adduktion 0-0-100, die nach den VG Teil B Nr. 18.14 Seite 115 noch keinen Teil-GdB rechtfertigt, der bei der Bildung des Gesamt-GdB zu berücksichtigen ist). Auch Dr. Kr. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 07.01.2009 insbesondere hinsichtlich der Knie- und Hüftgelenke eine Funktionseinschränkung des Klägers nicht genannt. Hierzu hat der Kläger im Übrigen Einwendungen auch nicht erhoben.

Auch der Tinnitus des Klägers rechtfertigt für sich (zusätzlich zur Schwerhörigkeit) keinen Teil-GdB von 30, wie er geltend macht. Nach den VG Teil B Nr. 5.4 (Seite 54) rechtfertigen Ohrgeräusche ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen einen GdB von bis 10, mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen einen GdB von 20 und erst mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive Störungen) einen GdB von 30 bis 40. Dass beim Kläger wegen des Tinnitus nennenswerte psychische Begleiterscheinungen vorliegen, die nicht schon bei der seelischen Störung berücksichtigt sind, ist nicht ersichtlich. Bei der Begutachtung durch Dr. Schn. hat sich vielmehr eine Dekompensation der Tinnitusbeschwerden beim Kläger nicht gezeigt. Auch für eine neurologische Ursache der Schwindelproblematik besteht beim Kläger kein Anhalt. Die abweichende Ansicht von Dr. P. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 18.12.2008, der für den Tinnitus ohne Kenntnis der psychischen Befunde den GdB auf 20 bzw. 30 bis 50 eingeschätzt hat, worauf sich der Kläger beruft, entspricht nicht den rechtlichen Vorgaben der VG, weshalb seiner Ansicht nicht gefolgt werden kann. Die Schwerhörigkeit des Klägers mit Ohrgeräuschen ist damit weiterhin mit einem GdB von 20 angemessen bewertet.

Beim Kläger besteht auch keine bei der Bildung des Gesamt-GdB neu zu berücksichtigende Herzerkrankung, wie er außerdem geltend macht. Nach den VG Teil B Nr. 9 (Seite 63f) ist für die Bemessung des GdB weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. Danach ist bei einer Einschränkung der Herzleistung mit einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5 - 6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten) ein GdB von 20 bis 40 anzunehmen. Dass beim Kläger eine solche Einschränkung der Herzleistung besteht, lässt sich den vorliegenden medizinischen Unterlagen und dem hierauf gestützten Vorbringen des Klägers nicht entnehmen. Entsprechendes gilt auch für die vom Kläger geltend gemachten Rhythmusstörungen. So zeigte nach dem Befundbericht von Dr. J. vom 28.12.2007 ein Langzeit-EKG einen unauffälligen Befund ohne behandlungsbedürftige Rhythmusstörungen. Auch dem Bericht des Dr. R. vom 14.11.2007, auf den sich der Kläger beruft, kann eine relevante Herzerkrankung nicht entnommen werden. Vielmehr hat nach diesem Bericht im Stress-Echo bei guter linksventrikulärer Funktion eine Koronarinsuffizienz nicht nachgewiesen werden können. Auch Dr. Rad. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 15.12.2008 eine Herzerkrankung des Klägers nicht genannt, sondern unter Vorlage (u.a.) des kardiologischen Befundberichtes von Dr. Schl. vom 28.11.2007 der Ansicht des versorgungszärztlichen Dienstes des Beklagten zugestimmt.

Schließlich rechtfertigen auch Ernährungsschwierigkeiten (Laktoseunverträglichkeit, Magenschleimhautentzündung und Refluxkrankheit) keinen Teil-GdB von 30, wie der Kläger außerdem geltend macht. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom Dr. An. (Klinikum G.) vom 11.12.2008 ergab eine Gastroskopie einen Befund ohne wesentlichen Krankheitswert, wobei Dr. An. die Ansicht des versorgungszärztlichen Dienstes geteilt hat. Nach dem Befundbericht von Dr. La. vom 29.11.2007 war eine Sonographie des Abdomens beim Kläger ohne pathologischen Befund (mit Ausnahme einer leichten Prostatahyperplasie) geblieben. Auch Dr. Rad., auf dessen Zeugnis sich der Kläger beruft, hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage die geltend gemachten Ernährungsschwierigkeiten nicht als Behinderung genannt. Entgegen der Ansicht des Klägers hat Dr. Be. in seiner dem SG vorgelegten versorgungszärztlichen Stellungnahme vom 01.07.2009 eine Einschränkung des Ernährungs- und Kräftezustandes nicht angenommen. Er ist im Gegenteil davon ausgegangen,

dass eine nennenswerte Einschränkung des Ernährungs- und Kräftezustandes beim Kläger nicht besteht. Diese Ansicht entspricht auch der Befundlage. Nach dem Gutachten von Dr. Schn. betrug das Körpergewicht des Klägers 73 kg bei einer Körperlänge von 168 cm (BMI 26). Damit ist nach den VG wegen der geltend gemachten Ernährungsschwierigkeiten ein bei der Bildung des Gesamt-GdB relevanter Teil-GdB beim Kläger zur Überzeugung des Senats nicht gegeben.

Eine wesentliche Änderung der Gesundheitsverhältnisse des Klägers, die eine Neufeststellung des GdB mit 50 (oder mehr) seit dem 28.12.2007 rechtfertigt, ist danach nicht eingetreten. Ein Gesamt-GdB von 40 ist weiterhin leidensgerecht. Dem entspricht auch die Bewertung von Dr. Schn. ins seinem Gutachten vom 23.03.2010, der sich der Senat anschließt. Gegen eine wesentliche Verschlimmerung sprechen im Übrigen auch die Angaben des Klägers bei der Begutachtung durch Dr. Schn. , die Beschwerden bestünden im Wesentlichen unverändert seit dem Jahr 2001/2002.

Anlass zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen besteht nicht. Der Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens wird abgelehnt. Das Gericht hat im Rahmen der Untersuchungsmaxime lediglich solche Ermittlungen anzustellen, die nach "Lage der Sache" erforderlich sind. Nachforschungen "ins Blaue hinein" sind nicht durch die Amtsermittlungspflicht geboten (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 03.04.2003 - [B 13 RJ 39/02 R](#) -, [SozR 4-1300 § 31 Nr. 1](#); BSG Urteil vom 05.04. 2001, [SozR 3-2600 § 43 Nr. 25](#); BSG, Urteil vom 07.05.1998 - [B 11 AL 81/97 R](#) -, veröffentlicht in juris). Das bedeutet: Das Gericht hat nur, aber auch stets zu ermitteln, soweit Sachverhalt und der Vortrag der Beteiligten Nachforschungen nahelegen. Danach drängen sich weitere Ermittlungen im Falle des Klägers nicht auf. Der für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits maßgebliche Sachverhalt ist durch die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen und die vom SG durchgeführten Ermittlungen geklärt. Entgegen der Ansicht des Klägers liegt eine relevante Abweichung des Gutachtens von Dr. Schn. vom 23.03.2010 zu den Aussagen der von SG gehörten Ärzte nicht vor. Diese haben sich vielmehr im Wesentlichen der Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten angeschlossen, soweit den Aussagen gefolgt werden konnte. Dass eine relevante Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Klägers eingetreten ist, ist nicht ersichtlich und wird von ihr im Übrigen auch nicht substantiiert geltend gemacht.

Auch dem Antrag des Klägers auf Einholung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) war nicht stattzugeben. Der Antrag war nach [§ 109 Abs. 2 SGG](#) abzulehnen. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht einen Antrag ablehnen, wenn durch die Zulassung die Erledigung des Rechtsstreits verzögert werden würde und der Antrag nach der freien Überzeugung des Gerichts in der Absicht, das Verfahren zu verschleppen, oder aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist. Diese Voraussetzungen sind gegeben.

Durch die Einholung des Gutachtens hätte sich die Erledigung des Rechtsstreits verzögert, denn der Senat hätte nicht aktuell durch Beschluss über die Berufung entscheiden können, da das Gutachten einschließlich der Äußerung der Beteiligten zum Beweisergebnis die Prozessdauer verlängert hätte. Zur freien Überzeugung des Senats beruht dies auch auf grober Nachlässigkeit der Klägerseite. Anwaltliches Verhalten ist dem Kläger zuzurechnen.

Der Antrag ist nicht innerhalb der dem Kläger mit dem richterlichen Hinweisschreiben vom 18.10.2010 gesetzten Äußerungsfrist (20.11.2010) gestellt worden. Zwar hat sich der Kläger durch seinen Prozessbevollmächtigten auf das Hinweisschreiben mit Schriftsatz vom 17.10.2010 zur Sache und zum beabsichtigten Verfahren fristgerecht geäußert und die Einholung eines Sachverständigengutachtens von Amts wegen beantragt. Einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) ist dagegen nicht gestellt worden. Einen solchen Antrag hat der Kläger erst auf ein weiteres Hinweisschreiben des Berichterstatters vom 18.11.2010, dass an der beabsichtigten Verfahrensweise festgehalten werde, mit Schriftsatz vom 08.12.2010 gestellt, wobei zudem unterlassen wurde, einen Arzt namentlich zu benennen. Diese verspätete Antragstellung beruht auf grober Nachlässigkeit. Eine grobe Nachlässigkeit ist anzunehmen, wenn die für eine ordnungsgemäße Prozessführung erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen wurde und nicht getan wird, was jedem einleuchten muss (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage, § 109 Anm. 11). Nachdem mit richterlicher Verfügung vom 18.10.2010 dem Klägerbevollmächtigten mitgeteilt worden war, dass keine Ermittlungen von Amts wegen beabsichtigt sind, hätte es ordnungsgemäßer Prozessführung entsprochen, innerhalb der gesetzten Frist einen ordnungsgemäßen Antrag nach [§ 109 SGG](#) zu stellen oder vor Ablauf der Frist unter Hinweis auf etwaige Hinderungsgründe eine Fristverlängerung zu beantragen. Der am 09.12.2010 eingegangene Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten hat die Äußerungsfrist um mehr als zwei Wochen überschritten. Binnen der Frist war auch keinen Verlängerungsantrag gestellt worden. Der Senat hat daher keinen Anlass gesehen, der beantragten Beweiserhebung nach [§ 109 SGG](#) nachzukommen. Daran vermag auch das Vorbringen des Klägers im Schriftsatz vom 14.12.2010 nichts zu ändern.

Nachdem beim Kläger bereits ein GdB von 40 festgestellt ist, ist eine zu niedrige Bewertung seiner Funktionsstörungen mithin zu verneinen. Die Berufung war somit zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-12-29