

## L 8 SB 4961/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 3 SB 7652/08

Datum

21.09.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 4961/09

Datum

20.05.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. September 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) streitig.

Am 26.05.2008 stellte der 1964 geborene Kläger beim Landratsamt R.-M.-K. (LRA) einen Erstantrag nach dem SGB IX und machte starke Schmerzen am rechten Arm/Brustbereich, Schmerzen am Fußknöchel und den Fersen, Schmerzen im Bereich der oberen Wirbelsäule sowie Schlaflosigkeit als Gesundheitsstörungen geltend. Hierzu legte er die anlässlich seinen stationären Behandlungen in der Chirurgischen Klinik W. vom 20.03. bis 28.03.1989 wegen einer akuten Appendicitis und vom 30.08. bis 18.09.1992 wegen eines Abszesses im Bereich der rechten Achselhöhle erstellten Krankenblätter (einschließlich Operationsbericht vom 31.08.1992 und Klinikbericht vom 25.09.1992) und den Bericht von Dr. K. über die Kernspintomographie des rechten Fußes vom 15.06.2007 (Beurteilung: Unauffällige Darstellung der Strukturen des rechten Fußes (OSG, Mittelfuß und Calcaneus, unauffällige Weichteile) sowie das nervenärztliche Attest des Neurologen und Psychiaters H. vom 18.03.2008 (Diagnose: Psychovegetative Anpassungsstörung) vor. Das LRA ließ sich von seinem Hausarzt Dr. A. die ihm vorliegenden fachärztlichen Unterlagen des Pneumologen und Internisten Dr. B. vom 10.03., 24.04. und 17.10.2006, der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dr. H. u.a. aus der Zeit von März 2006 bis November 2007 sowie den Bericht des Medizinischen Versorgungszentrums am Klinikum S. (Strahlentherapie) vom 02.01.2008 und den Untersuchungsbericht des Nervenarztes H. vom 19.02.2008 übersenden. Nach Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme, wonach beim Kläger einen GdB von 10 bedingende psychovegetative Störungen vorlägen, lehnte das LRA den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 15.07.2008 mangels eines GdB von wenigstens 20 ab.

Dagegen legte der Kläger am 22.07.2008 Widerspruch ein und machte geltend, es sei auch zu berücksichtigen, dass seine Krankheiten sich nicht bessern würden. Nach Einholung einer weiteren gutachtlichen Stellungnahme wies das Regierungspräsidium S. - Landesversicherungsamt - den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 30.10.2008 zurück.

Am 14.11.2008 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG), mit der er einen GdB von mindestens 50 geltend machte. Er verwies auf nach der Operation im Bereich der linken (richtig: rechten) Achselhöhle im Jahr 1992 auch heute immer wieder bestehende starken Schmerzen und auf sowohl an der linken als auch an der rechten Achillesferse durchgeführte Operationen. Daraus resultierten Beschwerden, die zwar vorübergehend, aber nicht auf Dauer gebessert werden könnten. Hinzu käme eine psychovegetative Anpassungsstörung, die ebenso wie das Halswirbelsäulensyndrom jeweils mit einem GdB von 20 zu bewerten seien. Der Kläger legte den Kurentlassungsbericht der Reha-Klinik Ü. in I. vom 06.05.2009 vor, in dem als Entlassungsdiagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein rezidivierendes Cervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen, keine Nervenwurzelirritation und ein operativ versorgter Fersensporn links genannt sind.

Das SG hörte den Neurologen und Psychiater H., den Orthopäden Dr. Z., den Internisten Dr. B. und den Chirurgen Dr. N. schriftlich als sachverständige Zeugen. Herr H. schilderte unter dem 22.01.2009 den Krankheits- und Behandlungsverlauf vom 19.02.2008 bis 17.09.2008 und diagnostizierte eine berufsbedingte Anpassungsstörung, einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung sowie eine postoperative Hypästhesie und Schmerzen. Die postoperativen Sensibilitätsstörungen und Schmerzen in der linken (richtig: rechten) Achselhöhle hätten zu einer nachweislichen Schonhaltung des Armes geführt und seien - entsprechend einem GdB von 20 - mittelgradig beeinträchtigend. Die funktionellen psychosomatischen Körperbeschwerden im Rahmen der arbeitsplatzbedingten Anpassungsstörung seien - entsprechend

einem GdB von 10 - leicht bis mäßig ausgeprägt. Die Auffassung des Ärztlichen Dienstes des Beklagten hinsichtlich der Einstufung der psychovegetativen Beschwerden teile er. Die chronischen Schmerzen und Gefühlsstörungen im Bereich der Achselhöhle seien hingegen nicht berücksichtigt. Dr. Z. teilte die von ihm seit Mai 2008 beim Kläger gestellten Diagnosen mit (Aussage vom 04.02.2009) und bezeichnete die entsprechenden Gesundheitsstörungen als leicht. Er teile die Auffassung des Ärztlichen Dienstes des Beklagte auf orthopädischem Gebiet. Am 01.02.2009 gab Dr. B. an, es sei wiederholt eine erschwerte Atmung beschrieben worden, ohne dass sich eine Einschränkung in den klinischen oder apparativen Untersuchungen habe feststellen lassen. Eine Behinderung habe sich nicht nachweisen lassen. Dr. N. diagnostizierte im 4. Quartal 2008 einen Bandscheibenvorfall im Segment C5/C6 mit Auslösung eines sogenannten Schulter-Arm-Syndroms rechts. Nach seiner Einschätzung sei wegen des Bandscheibenvorfalles im Halswirbelsäulenbereich zur Zeit ein GdB von 10 auf seinem Fachgebiet anzunehmen. Die radiologische Untersuchung der rechten Schulter am 17.11.2008 habe einen sogenannten Hochstand des Oberarmkopfes im Gelenk ergeben. Die knöchernen Strukturen seien ohne krankhaften Befund gewesen (Aussage vom 18.02.2009).

Der Beklagte unterbreitete dem Kläger unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 02.06.2009 (chronisches Schmerzsyndrom Teil-GdB 20 und psychovegetativen Störungen Teil-GdB 10) am 12.06.2009 ein Vergleichsangebot (GdB 20 ab 26.08.2008), das der Kläger nicht annahm. Er verwies darauf, dass seine Schulterschmerzen immer schlimmer würden und das chronische Schmerzsyndrom nicht ausreichend berücksichtigt sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 21.09.2009 hob das SG die angegriffenen Bescheide auf und verurteilte den Beklagten, einen GdB von 20 seit 26.08.2008 festzustellen. Es bewertete die chronischen Schmerzen des Klägers im Bereich der rechten Achsenhöhle mit einem GdB von 20 und seine psychovegetativen Störungen mit einem GdB von 10. Eine Funktionsstörung im Bereich der Lunge liege nicht vor. Das Halswirbelsäulensyndrom bedinge mangels Bewegungseinschränkungen keinen GdB von mindestens 10. Auch der Fersensporn am rechten Fuß begründe keinen messbaren GdB. Insgesamt sei ein GdB von 20 anzunehmen.

Gegen den seiner Prozessbevollmächtigten am 28.09.2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 27.10.2009 Berufung eingelegt, mit der er einen GdB von 30 seit 26.08.2008 geltend macht. Er verweist auf die Intensität seiner Schmerzen, die von der Operation im Bereich der linken (richtig: rechten) Achsenhöhle herrührten und bis in die Fingerspitzen des Armes ausstrahlten, so dass er diesen Arm im Wesentlichen auch nicht einsetzen könne. Hinzu komme der Bandscheibenvorfall im Segment C5/C6. Auch im Bereich der Wirbelsäule leide er unter ständigen Schmerzen. Seit er die Arbeit wieder aufgenommen habe, hätten die Schmerzen im linken Schulterbereich drastisch zugenommen, so dass er den Arm kaum heben und bewegen könne. Ferner sei die psychische Seite seiner Beschwerden noch nicht ausreichend untersucht worden. Der Kläger legt neben dem Untersuchungsbericht von Herrn H. vom 17.09.2008 (Diagnose: postoperative Hypästhesie) und dem vorläufigen Entlassbrief der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in W. anlässlich seiner stationären Behandlung vom 23.07. bis 13.08.2009 (Diagnosen: mittelgradige depressive Episode, Somatisierungsstörung) die Bescheinigungen des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. L. vom 29.01.2010 (Beurteilung: depressive Erkrankung mit deutlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit: GdB 30 bis 40), 15.03.2010 (Beurteilung ständige Schmerzen, die belastungsabhängig zunähmen, verursachten eine funktionelle Beeinträchtigung des rechten Armes) und vom 22.09.2010 (Beurteilung leichte depressive Störung (GdB 20) und somatoforme Schmerzstörung im Bereich des rechten Arms (GdB 30); Gesamt-GdB 30) und das vom Rentenversicherungsträger von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. eingeholte Gutachten vom 28.10.2009, der einen leichten depressiven Verstimmungszustand diagnostizierte, vor.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. September 2009 und den Bescheid des Beklagten vom 15. Juli 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Oktober 2008 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, einen Grad der Behinderung von 30 seit 26. August 2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend und macht geltend, die Bewertung der Funktionsstörungen des Klägers mit einem GdB von 20 sei auch angesichts der jetzt vorgelegten medizinischen Unterlagen weiterhin angemessen. Er legt die versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. R. vom 05.08.2010 und Dr. K. vom 22.02.2010 vor.

Der Senat hat Dr. L. und Dr. Z. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. L. hat am 19.08.2010 über die Behandlung des Klägers seit 09.07.2009 berichtet und angegeben, gravierende körperliche sowie psychische Funktionsbeeinträchtigungen lägen beim Kläger derzeit nicht mehr vor. Im Vordergrund stehe derzeit das psychosomatische Schmerzsyndrom, das beim Kläger zu einer subjektiven Beeinträchtigung des rechten Arms geführt habe. Dieses psychogen bedingte Schmerzsyndrom sei anfänglich mit einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung verquickt gewesen, die sich seit Anfang des Jahres 2010 gebessert habe. Derzeit sei von einer leichten depressiven Störung auszugehen. Die Funktionsstörungen des Klägers seien in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 05.08.2010 zutreffend erfasst. Von einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit könne inzwischen nicht mehr ausgegangen werden. Die Bewertung des Beklagten sei somit korrekt. Dr. Z. hat am 28.09.2010 unter Vorlage weiterer ärztlicher Unterlagen den Krankheits- und Krankheitsverlauf seit 02.06.2000 geschildert und angegeben, es lägen beim Kläger ein Bandscheibenvorfall im Segment C5/C6 mit endgradiger Bewegungseinschränkung und Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen Extremität sowie ein beidseitiger Fersensporn mit Druckschmerzen im Bereich beider Fersen mediallyseitig vor. Beide Erkrankungen hätten einen leichten bis mittelschweren Schweregrad. Eine Funktionsstörung im Bereich der linken Schulter sei hier nicht bekannt. Seit Behandlungsbeginn seien in den gesundheitlichen Verhältnissen des Klägers keine wesentliche Änderung eingetreten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz und die Akten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 SGG auch insgesamt zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat den Beklagten - entsprechend seinem Vergleichsangebot vom 12.06.2009 - zu Recht (nur) zur Feststellung eines GdB von 20 verurteilt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 30.

Streitgegenstand ist der Bescheid vom 15.07.2008 (Widerspruchsbescheid vom 13.10.2008), mit dem der Beklagte den Antrag des Klägers auf Feststellung des GdB mangels eines GdB von wenigstens 20 abgelehnt hat. Der Kläger macht demgegenüber geltend, dass seine Funktionsstörungen, insbesondere im Bereich des rechten Armes und der Halswirbelsäule sowie auf psychischem Gebiet, einen GdB von 30 bedingen.

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 nun insoweit die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (Anlage zu § 2 VersMedV - VG -) 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 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 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).

Das SG ist unter Heranziehung der genannten gesetzlichen Vorschriften und der Bewertungskriterien der VG zu dem Ergebnis gekommen, dass die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers mit einem GdB von 20 nicht zu niedrig bewertet sind. Der Senat kommt unter zusätzlicher Berücksichtigung der Ergebnisse der im Berufungsverfahren erfolgten weiteren medizinischen Sachaufklärung zum selben Ergebnis. Die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers rechtfertigen keinen höheren GdB als 20. Diese Beurteilung des Senats gründet sich auf die Angaben der vom SG gehörten behandelnden Ärzte des Klägers, dass vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegte nervenärztliche Gutachten von Dr. S. vom 28.10.2009, die Angaben der vom Senat gehörten Ärzte Dr. L. und Dr. Z. und die aktenkundigen Klinik- und Arztberichte.

Eine Würdigung der genannten ärztlichen Unterlagen ergibt, dass der Kläger in erster Linie durch ein chronisches Schmerzsyndrom und psychovegetative Störungen beeinträchtigt ist. Diese Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers sind im angefochtenen Gerichtsbescheid mit einem GdB von 20 bzw. 10 und insgesamt mit einem GdB von 20 bewertet worden. Diese Bewertungen sind vom SG unter Anwendung der einschlägigen Beurteilungskriterien im Einzelnen näher begründet worden. Die diesbezüglichen Ausführungen des SG hält der Senat für richtig und überzeugend. Er folgt ihnen deshalb und nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung insoweit gemäß § 153 Abs. 2 SGG Bezug.

Im Hinblick auf das Berufungsvorbringen und die weitere medizinische Sachaufklärung im Berufungsverfahren ist noch Folgendes auszuführen: Der Kläger wendet sich mit der Berufung im Wesentlichen nur gegen die Bewertung der bei ihm vorliegenden chronischen Schmerzsyndroms und der psychovegetativen Störungen, nicht aber gegen die Bewertung der übrigen - vom SG nicht als Funktionsstörungen beurteilten - Gesundheitsstörungen.

Der Kläger ist hauptsächlich durch ein chronisches Schmerzsyndrom beeinträchtigt. Dies steht für den Senat aufgrund der aktenkundigen ärztlichen Unterlagen fest. Dieses Leiden bedingt - entgegen der Auffassung des Klägers - keinen höheren GdB als 20. Der behandelnde Nervenarzt H. hat insoweit bei seiner schriftlichen Anhörung durch das SG eine mittelgradige Beeinträchtigung angenommen und entsprechend der für einen (vollständigen) Ausfall des Nervus radialis (mittlerer Bereich oder distal) maßgeblichen Bewertungskriterien in den bis 31.12.2008 geltenden AHP (26.18, S. 122) einen GdB von 20 für angemessen gehalten. Ob der Heranziehung der für Nervenausfälle vorgesehenen Bewertungsgrundsätze zu folgen ist oder ob hier die Kriterien für die Bewertung von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata (vgl. Teil B 3.7 der VG) anzuwenden sind, kann der Senat dahingestellt sein lassen. Ein höherer GdB als 20 ist nämlich in jedem Fall nicht anzunehmen. Zwar hat Dr. L. in seiner vom Kläger vorgelegten Bescheinigung vom 22.09.2010 die somatoforme Schmerzstörung im Bereich des rechten Arms des Klägers mit einem GdB von 30 bewertet. Nachdem die Narbenverhältnisse nach der bereits 1992 erfolgten Abszessspaltung im Bereich der rechten Achselhöhle reizlos (Angaben Dr. Z. vom 04.02.2009) und die knöchernen Strukturen im Bereich der rechten Schulter ohne krankhaften Befund sind sowie auch eine Instabilität des Schultergelenkes nicht vorliegt (Angaben Dr. N. vom 18.02.2009) fehlen Anhaltspunkte für somatische Befunde, die die vom Kläger angegebenen starken Schmerzen auslösen könnten. Der Neurologe/Psychiater H. hatte elektroneurographisch eine zentrale und periphere Ulnarisschädigung sowie geschädigte Hautnerven als Ursache der Schulterbeschwerden ausgeschlossen und eine Schmerzkrankung, nämlich Neuralgie, Kausalgie und Allodynie, verneint (Bericht vom 17.09.2008, Aussage vom 22.01.2009). Er bewertete die funktionellen psychosomatischen Körperbeschwerden insgesamt als nur leicht bis mäßig ausgeprägt (Aussage vom 22.01.2009). Auch im Kurentlassungsbericht vom 06.05.2009 ist davon die Rede, dass die angegebenen Schmerzen und Sensibilitätsstörungen medizinisch unzureichend erklärlich seien. Sie waren nach der ärztlichen Einschätzung während der dreiwöchigen Reha-Maßnahme nicht eindeutig mit emotionalen Konflikten in Zusammenhang zu bringen, denn eine ausgeprägte Ängstlichkeit oder Depressivität lag nicht vor; ebenso wenig anscheinend private Probleme, da die Beziehung zur Ehefrau, den inzwischen erwachsenen Kindern und andere soziale Kontakte positiv aufrechterhalten werden konnten. Eine Arbeitsplatzumsetzung 2000 schein - so der Bericht - einschneidend gewirkt und verstärkte Beschwerden bzw. vermehrtes

demonstratives Beschwerdeverhalten hervorgerufen zu haben. Der Ausprägungsgrad der Schmerzstörung rechtfertigt daher keine höhere GdB-Bewertung.

Hinzu kommt, dass Schmerzen, die - weil subjektiver Natur - nicht objektiv überprüfbar sind, grundsätzlich keine eigenständigen Funktionsbeeinträchtigungen darstellen, die nach den VG einer autonomen, besonders zu bewertenden Kategorie zugeordnet werden können. Vielmehr sind Schmerzen (und auch psychische Folgen) üblicherweise Teil der Bewertung der entsprechenden Funktionsbeeinträchtigung. Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schließen nämlich auch die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände (vgl. Teil A 2 j) der VG). In den Fällen, in denen nach dem Sitz und dem Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können höhere Werte angesetzt werden. Dies gilt insbesondere bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (a. a. O.). Unter Berücksichtigung dieser Beurteilungsgrundsätze - eine laufende spezielle ärztliche Behandlung der Schmerzen findet nicht statt - hält der Senat einen GdB von 30 allein für die Schmerzstörung für überhöht. Auch im von Dr. S. für den Rentenversicherungsträger erstatteten nervenärztlichen Gutachten vom 28.10.2009, in dem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden ist, ist kein Ausmaß dieser Störung beschrieben, die einen höheren GdB als 20 rechtfertigen würde. Darin wird ein leichter depressiver Verstimmungszustand diagnostiziert, in dessen Kontext die geschilderten körperlichen Beschwerden an eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung denken lassen. Primär wirke der Kläger ängstlich und hilflos. Ein krankheitswertiger Befund sei hieraus nicht ableitbar. Weiter heißt es insoweit nur, dass u. a. die Schmerzsymptomatik eine Behinderung darstelle. Dies wird aber auch vom Beklagten nicht in Abrede gestellt, wie die Bewertung der chronischen Schmerzstörung mit einem GdB von 20 zeigt.

Ferner bestehen beim Kläger psychovegetative Störungen, die mit einem GdB von 10 zu bewerten sind. Hierbei handelt es sich um leichtere Störungen, die nach Teil B 3.7 der VG mit einem GdB von 0 bis 20 zu bewerten sind. Stärker behindernde Störungen, die mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten wären, liegen beim Kläger nicht vor. Dies entnimmt der Senat dem bereits genannten Gutachten von Dr. S., der einen depressiven Verstimmungszustand in Belastungssituation(en) diagnostiziert und diesen als leicht und in erster Linie auf seine derzeitige soziale Situation bezogen bezeichnet hat. Auch sein derzeit behandelnder Nervenarzt Dr. L. hat gegenüber dem Senat am 19.08.2010 angegeben, es sei seit Anfang des Jahres 2010 von einer leichten depressiven Störung auszugehen. Von einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit könne inzwischen nicht mehr ausgegangen werden. Dass die depressive Störung des Klägers davor möglicherweise zeitweise stärker ausgeprägt war, wie aus den genannten Angaben von Dr. L. und auch seiner Bescheinigung vom 29.01.2010 sowie dem vorläufigen Entlassbrief der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in W. anlässlich der stationären Behandlung des Klägers vom 23.07. bis 13.08.2009 entnommen werden könnte, rechtfertigt - auf Dauer gesehen - keinen höheren GdB als 10. Hierbei handelte es sich um einen vorübergehend stärkeren depressiven Verstimmungszustand, der angesichts dieser Schwankungen unterliegenden Erkrankung nicht als Maßstab für das Ausmaß der dauerhaften Funktionsstörung herangezogen werden kann. Ein GdB von 10 wird den dauerhaften Auswirkungen dieser psychischen Beeinträchtigung gerecht. Einen GdB von 20 wäre nach Überzeugung des Senats überhöht.

Das Halswirbelsäulenleiden des Klägers und die übrigen Gesundheitsstörungen (Fersensporne rechts und links, Schulterhochstand rechts) bedingen keinen GdB von mindestens 10. Insoweit wird auf die ausführlichen und zutreffenden Darlegungen im angefochtenen Gerichtsbescheid verwiesen. Selbst wenn für die eine oder andere der genannten Gesundheitsstörungen ein GdB von 10 angenommen werden würde, hätte dies keine Auswirkung auf die Höhe des Gesamt-GdB. Insgesamt ergibt sich kein höherer GdB als 20. Bei Teil-GdB-Werten von 20 und 10 kann im Hinblick auf die bei der Bildung des Gesamt-GdB zu beachtenden Beurteilungsgrundsätze (Teil A 3 der VG) ein GdB von 30 nicht angenommen werden. Dies würde einer - nicht zulässigen - Addition gleichkommen. Vorliegend ist darüber hinaus davon auszugehen, dass sich die in dem Teil-GdB-Werten erfassten funktionellen Beeinträchtigungen weitgehend überschneiden, was zusätzlich einer Erhöhung entgegensteht.

Weitere Ermittlungen sind nicht erforderlich. Der medizinische Sachverhalt ist ausreichend geklärt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-05-25