

L 8 SB 1998/10

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 5 SB 3811/07

Datum

29.03.2010

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 1998/10

Datum

21.06.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 29. März 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Der im Jahr 1956 geborene Kläger beantragte am 14.05.2007 die Feststellung seiner Behinderung beim Landratsamt T. (LRA). Er leide unter einem Halswirbelsäulen- (HWS-) Syndrom, einem chronischen Husten, einem wiederkehrenden Karpal-Tunnel-Syndrom (KTS) rechts und links, Ellenbogenbeschwerden links sowie unter Kreislaufbeschwerden mit Schwindel und Kopfschmerzen infolge eines Unfalls. Dazu legte er einen Arztbrief des Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Arztes Dr. v. W. vom 11.10.2004 (Verdacht auf Schlaf-Apnoe-Syndrom, kleine Hiatusgleithernie, Verdacht auf posteriore Laryngitis), einen Herzkatheter-Befund des Klinikums der Stadt V.-S. vom 21.10.2004 (normale Befunde, klinisch atypische Angina pectoris bei Belastung, Dyspnoe NYHA III, kein Ischämienachweis im Belastungs-EKG bis 150 Watt), einen Entlassungsbericht der Lungenfachklinik S. B. vom 29.11.2005 (chronische Bronchitis, chronischer Husten, primäres Schnarchen in Rückenlage mit leichten zyklischen Desaturationen, Gastroösophageale Refluxerkrankung mit axialer Hiatushernie, LWS Schmerzen, Hyperlipidämie, unklare Erhöhung der Leberenzyme, klinisch stumme Sensibilisierung auf Erle, Spitzwegerich, Hausstaubmilbe I und II ohne bronchiale Hyperreagibilität), des Nervenarztes Dr. B. vom 14.07.2006 (KTS rechts, Sulcus-ulnaris-Syndrom), Berichte des Handchirurgen PD Dr. G. vom 08.02.2007 (persistierendes KTS rechts, Tendovaginitis stenosans rechter Daumen) und 24.02.2007 (Operation des KTS rechts und Ringbandresektion A1 Daumen rechts), einen Bericht des Radiologen Dr. S. vom 30.04.2007 über ein MRT der HWS vom 10.07.2006 und des Radiologen Dr. K. vom 02.05.2007 über ein Röntgen des Thorax vom 20.10.2004.

Nach Anhörung des ärztlichen Dienstes (Dr. M., 29.05.2007) stellte das LRA mit Bescheid vom 01.06.2007 einen GdB von 30 seit 14.05.2007 wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Schulter-Arm-Syndrom (GdB 30), chronischen Reizhustens, chronischer Bronchitis (GdB 10) und eines Speiseröhrengleitbruchs, Refluxkrankheit der Speiseröhre (GdB 10) fest.

Dagegen erhob der Kläger am 19.06.2007 Widerspruch, den der Beklagte nach Anhörung des ärztlichen Dienstes (Ärztin W., 23.07.2007) mit Widerspruchsbescheid vom 16.08.2007 zurückwies. Der Widerspruchsbescheid wurde am 27.08.2007 zur Post gegeben.

Am Montag, den 01.10.2007 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG), zu deren Begründung er geltend machte, dass die Beklagte die weitergehenden Gesundheitsstörungen zu Unrecht nicht berücksichtigt habe. Er habe bereits am 04.04.1974 ein offenes Schädel-Hirn-Trauma mit anschließender Meningoencephalitis erlitten. Das posttraumatische Krankheitsbild sei durch eine lebenslange Neurasthenie und Psychasthenie mit wechselnder klinischer Ausprägung sowie wechselnden Schmerzsyndromen gekennzeichnet. Dazu legte er ein Attest des Dr. L., Arzt für Allgemeinmedizin, vom 17.12.2007 sowie Befunde des Krankenhauses R. vom 03.02.1983 und 30.12.1986 und einen Krankenhausbericht aus dem Jahr 1977 vor.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Neurologe und Psychiater Dr. B. gab unter dem 29.01.2008 an, er habe den Kläger wegen des KTS rechts und des leichten Sulcus-ulnaris-Syndroms behandelt. Bei den Untersuchungen hätten sich keine Hinweise auf eine gravierende Wirbelsäulenerkrankung gefunden. Der Orthopäde Dr. S. teilte unter dem 29.01.2008 mit, er habe den Kläger wegen persistierender rezidivierender HWS-Beschwerden mit radikulärer Schmerzsymptomatik und Missempfindungen

im Bereich des Daumens und des Zeigefingers behandelt. Der Kläger gebe auch einen wiederkehrenden Schwindel an.

Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. beantwortete die Anfrage am 07.07.2008. Der Kläger leide sehr an Schwindel und Kopfschmerzen seit einem Schädel-Hirn-Trauma im Jahr 1974, die er als subjektiv sehr belastend beschreibe. Außerdem habe er wiederkehrende Hustenattacken, die jederzeit auftreten könnten und unkontrollierbar würden. Dr. K. legte einen Entlassungsbericht des S.-B.-K. V.-S. vom 25.01.2008 vor, in dem der Kläger ambulant wegen des chronischen Hustens, einer atopischen Rhinitis, eines Zustands nach offenem Schädel-Hirn-Trauma 1974 und eines chronischen Kopfschmerzes und Schwindel behandelt wurde.

Der Augenarzt Dr. S. behandelte den Kläger am 02.03.2007 wegen einer Linsen- und Glaskörpertrübung am rechten Auge. Der Urologe Dr. N. gab in einem Arztbrief die Diagnose einer erektilen Dysfunktion und einer Prostatahyperplasie wieder.

Der Beklagte legte eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. B. vom 10.07.2008 vor.

Der Kläger legte den Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik K. vom 21.07.2008 über eine stationäre Rehabilitationsbehandlung vom 17.06.2008 bis 15.07.2008 wegen eines Zervikalsyndroms bei degenerativen Veränderungen, eines degenerativen Lumbalsyndroms bei muskulärer Dysbalance, einer chronischen Bronchitis und einer Übergewichtigkeit sowie den radiologischen Befundbericht des Dr. O. vom 24.06.2009 über eine Kernspintomographie der HWS vom 18.06.2009 vor.

Der Beklagte übersandte eine Stellungnahme von Dr. K. vom 28.08.2009.

Mit Gerichtsbescheid vom 29.03.2010 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, ein höherer GdB als 30 könne nicht festgestellt werden. Der GdB von 30 für die Wirbelsäulenbeschwerden sei zutreffend und entspreche einem Wirbelsäulenschaden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt. Hinsichtlich des Zustands nach saniertem KTS seien keine postoperativen Beschwerden dokumentiert. Diskussionswürdig sei die vom Kläger vorgebrachte Schwindel- und Kopfschmerzsymptomatik. Auswirkungen des Schädel-Hirn-Traumas seien in den Unterlagen nicht dokumentiert. Die Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik sei mangels anderer Anhaltspunkte im GdB von 30 für die Beschwerden von Seiten der HWS bereits mit berücksichtigt. Außerdem sei im Rehabilitationsentlassungsbericht nur eine geringe morgendliche Schwindelsymptomatik berichtet. Hinsichtlich der Hustenattacken komme eine Höherbewertung nicht in Betracht. Es bestehe allenfalls eine geringe bronchiale Hyperreagibilität, im Rahmen der körperlichen Belastung sei in der Rehabilitation keine Atemnot sondern lediglich gelegentliche Atemnotattacken meistens gegen Morgen aufgetreten.

Gegen den seinen damaligen Prozessbevollmächtigten am 06.04.2010 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 26.04.2010 eingelegte Berufung des Klägers, zu deren Begründung er geltend macht, dass die Berichte der Radiologen ebenfalls berücksichtigt werden müssten. In diesen Berichten werde von einer Osteochondrose der HWS mit erosiver Osteochondrose HWK 5/6 und HWK 6/7 sowie kräftigen ventralen Spondylosen, Dorsospondylosen und Unkarthrosen mit ossärer Foramenstenose ausgegangen. Es bestünden wieder zunehmende Beschwerden der HWS seit April 2009. Kopfschmerzen und der Schwindel erforderten eine regelmäßige Medikamenteneinnahme. Die Diagnosen chronische Bronchitis und Übergewichtigkeit seien zu berücksichtigen. Mittlerweile habe ihm die Deutsche Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zuerkannt. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, warum nur ein GdB von 30 bestehen solle.

Der Kläger hat im Verlauf des Berufungsverfahrens medizinische Unterlagen vorgelegt, u.a. Attest des Dr. K. vom 26.06.2010, in dem dieser einen chronischen Tinnitus und Schwindel bei Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma und degenerativen Veränderungen der HWS bestätigt hat, Arztbrief der Radiologin Dr. H. vom 18.01.2011 über ein Computertomogramm der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie einen solchen des Neurochirurgen Prof. Dr. O. vom 01.09.2011. Letzterer hat eine Lumboschialgie rechts festgestellt. Aus dem durchgeführten MRT seien Bandscheibenprotrusionen im Bereich LWK 3/4, 4/5 und geringer LWK 5/S1 zu erkennen.

Der Kläger beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 29.03.2010 aufzuheben sowie den Bescheid vom 01.06.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.08.2007 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, einen GdB von wenigstens 50 seit 14.05.2007 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung schließt er sich dem angefochtenen Gerichtsbescheid an und legt Stellungnahmen des Dr. G. vom 04.02.2011 sowie des Dr. R. vom 22.02.2012 und 26.02.2013 vor.

Der Senat hat zur Aufklärung des Sachverhalts den Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. Er hat unter dem 15.10.2010 ausgesagt, der Kläger leide an wiederkehrendem Schwindel, HWS-Schmerzen, Tinnitus und Kopfschmerzen. Durch den GdB von 30 seien die Befunde und das darüber hinaus vorliegende degenerative HWS- und LWS-Syndrom, der Zustand nach KTS Operation und die chronische Bronchitis mit häufigen Hustenattacken nicht hinreichend berücksichtigt. Der Kläger werde wegen des Schwindels und Tinnitus mit Medikamenten behandelt. Er gehe von einem GdB von 50 aus. Dazu hat er u.a. einen Arztbrief des Radiologen Dr. O. vom 19.06.2009 über ein MRT der HWS vorgelegt, in dem dieser eine abgelaufene erosive Osteochondrose in den Bewegungssegmenten C5/C6 und C6/C7 mit kräftigen ventralen Spondylosen, Dorsospondylosen und Unkarthrosen festgestellt hat. Im Bewegungselement C6/C7 bestehe eine 50%ige Foramenstenose. Der Spinalkanal sei ausreichend weit. Der Orthopäde E. H. berichtete am 04.05.2009 über eine Osteochondrose der Halswirbelkörper (HWK) 6/7 mit Verschmälerung des Zwischenwirbelsraums und wiederkehrende Schmerzen in der LWS.

Der Senat hat von Amts wegen das neurologische Gutachten des Dr. M. vom 18.04.2011 eingeholt. Er hat ein leichtes degeneratives HWS- und LWS-Syndrom und einen Zustand nach Meningitis festgestellt. Letztere sei mittlerweile vollständig abgeheilt. Von Seiten einer bei einem Autounfall 1977 eingetretenen frakturierten und anschließend operierten Handwurzel sowie von Seiten der KTS und des Sulcus-Ulnaris-Syndroms links bestünden keine Restbeschwerden mehr. Von Seiten der LWS bestehe wahrscheinlich eine leichte Irritation in der Ileosacralfuge rechts, die im Sinne eines pseudoradikulären Syndroms ins Bein ausstrahlen könne. Der Schwindel und die Präsynkopen seien letztendlich medizinisch nicht nachvollziehbar. Der GdB von 30 sei korrekt.

Der Senat hat den Arztbrief der Neurologin J. W. vom 27.06.2011 beigezogen. Darin hat sie die Diagnose einer lumbosakralen Wurzelläsion rechts und eines Bandscheibenvorfalles L4/5 mediolateral rechts gestellt.

Aus einem Arztbrief der Neurochirurgin Dr. H. C. vom 15.02.2011 ergibt sich der Verdacht auf eine Bandscheibenhernie im Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5. Im MRT habe ein Bandscheibenvorfall bei Spondylarthrose ausgeschlossen werden können.

Der Senat hat weiterhin einen Ambulanzbrief des S.-B. K. vom 24.10.2011 beigezogen, das eine Lumboischialgie rechts behandelt und den Verdacht auf eine ISG Affektion rechts geäußert hat. Von Infiltrationen der Wurzeln L5 und S1 habe der Kläger sehr gut profitiert. Dazu hat der Kläger vorgetragen, dass der Effekt nicht von Dauer gewesen sei. Nach Abklingen der Medikation seien Schmerzen und Taubheitsgefühl wieder unverändert vorhanden gewesen.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) das Gutachten des Orthopäden Dr. P. vom 10.12.2012 eingeholt. Er hat ein degeneratives Verschleißleiden der unteren HWS mit ausgeprägter Osteochondrose und Spondylarthrose, insbesondere in Höhe HWK 5/6 mit knöcherner foraminärer Einengung ohne neurologische Defizite, ein degeneratives Verschleißleiden der unteren LWS mit Bandscheibenprotrusionen LWK 4/5 und L5/S1 mit wechselnden pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen und sensibler Irritation der Wurzel L5 rechts ohne Nachweis von motorischen Defiziten oder einer akuten Wurzelreizung, ein operativ versorgtes Nervenkompressionssyndrom des Nervus medianus beidseits und des Nervus ulnaris links, einen Zustand nach Handrückendefektverletzung mit Narbenresiduen im Bereich des Handrückens und der Extensorsehnen der Langfinger rechts ohne funktionelle Defizite und einen Zustand nach Contusio cerebri nach Verkehrsunfall 1974 ohne neurologisch fassbare Defizite festgestellt. Es bestehe auch bei der dortigen Untersuchung kein Anhalt für einen peripheren oder zentralen Schwindel, ein Lagewechselschwindel werde bei der Untersuchung nicht objektiviert. Von Seiten der Halswirbelsäule bestehe seit knapp 20 Jahren ein stabiler Zustand, bei der Untersuchung bestünden in diesem Bereich deutliche Bewegungseinschränkungen mit deutlichen segmentalen Dysfunktionen. Es bestehe ein Taubheitsgefühl in den Beinen bis zur Großzehe, das aber nicht das gesamte Segment L5 betreffe. Hinsichtlich der traumatischen Hirnschädigung müsse eine Teil-MdE von 20 anerkannt werden. Die Wirbelsäulenbeschwerden seien gering bis mittelgradig im Bereich der HWS und LWS, somit im Bereich des GdB von 30 bis 40. Da aber keine Instabilität und in der HWS keine Wirbelsäulensyndrome vorlägen, sei ein GdB von 30 insofern ausreichend. Die alten Verletzungen an der rechten Hand und die Nervenbeeinträchtigungen im Bereich beider Hände sowie des linken Ellenbogengelenks seien in ihrer Funktion regelrecht und bedingen deshalb keinen GdB. Da der Kläger vom Schädel-Hirn-Trauma keine Beeinträchtigungen habe, sei ein Gesamt-GdB von mehr als 30 nicht gerechtfertigt.

Der Kläger hat ein ärztliches Gutachten von Dr. M. für die Deutsche Rentenversicherung vom 24.08.2012 vorgelegt. Dort hat der Kläger Schwindelgefühle vor allem morgens angegeben und starke Kopfschmerzen, die er in Zusammenhang mit einem niedrigen Blutdruck gebracht hat. Er nehme dagegen Effortil ein. Es bestehe ein chronischer Tinnitus seit 2008. Der Kläger hat starke Schmerzen in der LWS mit Ausstrahlung in das rechte Bein angegeben, der rechte Achillessehnenreflex sei nicht auslösbar, außerdem Hustenanfälle, teilweise fast bis zur Bewusstlosigkeit und Probleme mit den Händen.

Der Kläger hat weiterhin den Entlassungsbericht der R. / A. Privatklinik vom 06.11.2012 über eine stationäre Rehabilitation vom 08.10.2012 bis 03.11.2012 vorgelegt, in der er wegen eines HWS-Syndroms und eines chronisch rezidivierenden LWS-Syndroms bei Bandscheibenvorfall L4/L5 behandelt wurde. Es bestehe eine leichte Fußheberschwäche rechts und eine diffuse Hypästhesie im Bereich des rechten Unterschenkels. Es habe weiterhin eine Tinnitus- und Schwindelsymptomatik vorgelegen.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird Bezug genommen auf einen Band Verwaltungsakten des Beklagten, einen Band Akten des Sozialgerichts Reutlingen sowie die beim Senat angefallene Akte.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig ([§ 151 SGG](#)), aber nicht begründet. Dem Kläger steht gegen den Beklagten kein Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 30 zu. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach 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 ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz \(BVG\)](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16](#) des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (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](#)).

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu [§ 2](#) der Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1](#) und [§ 3, § 30 Abs. 1](#) und [§ 35 Abs. 1](#) BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach [§ 30 Abs. 16](#) 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. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere [§](#)

[69 SGB IX](#) - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 – [B 9 SB 3/08 R](#) – Rn. 27, 30 mwN). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des [§ 69 SGB IX](#) auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009, [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#) Rn. 19 und vom 23.4.2009, [aaO](#), Rn. 30).

Nach diesen Kriterien steht dem Kläger ein Gesamt-GdB von 30 zu. Die beim Kläger vorliegenden Beschwerden in der Wirbelsäule sind mit einem GdB von 30, diejenigen durch die chronische Bronchitis mit 10, die Folgen des Schädel-Hirn-Traumas aus dem Jahr 1974 mit höchstens 20 und diejenigen durch den Speiseröhrengleitbruch mit 10 zu bewerten. Die Restbeschwerden in der rechten Hand nach dem Autounfall im Jahr 1977 und in beiden Händen durch das operierte KTS und Sulcus-ulnaris-Syndrom bedingen ebenso wie die Folgen der Glaskörper- und Linsentrübung am rechten Auge und die erektile Dysfunktion nebst Prostatahyperplasie keinen eigenen GdB.

Die Beeinträchtigungen des Klägers in der Wirbelsäule bedingen einen GdB von 30. Nach Nr. 18.9 Teil B VG, der im Wesentlichen Nr. 26.18 AHP entspricht, werden Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität mit einem GdB von 0 bewertet, bei geringen funktionellen Auswirkungen besteht ein GdB von 10, bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt wird ein GdB von 20 festgestellt, bei schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder mittelgradigen bis schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ist ein höherer GdB gerechtfertigt. Mittelgradige Auswirkungen sind dabei Verformung, häufig wiederkehrende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage anhaltende Wirbelsäulensyndrome.

Beim Kläger bestehen Beeinträchtigungen in zwei Abschnitten der Wirbelsäule, nämlich in der HWS und der LWS, die jeweils als gering bis mittelgradig einzuschätzen sind. In der HWS liegen nach den Befunden von Dr. M., die im Wesentlichen mit den Befunden von Dr. P., Dr. M. und der R. sowie Dr. H., Dr. L., Dr. H. C. und J. W. übereinstimmen, Schmerzen vor. Die ursprünglich als Folge von Nervenbeeinträchtigungen in der HWS interpretierten Kribbelmissempfindungen in den Fingern und Händen sowie im Ellenbogen sind nach Operation der KTS und des Sulcus-ulnaris-Syndroms beseitigt. In der HWS finden sich radiologisch umbildende Veränderungen. Der Kläger leidet auch hier unter Schmerzen, die in die Arme und den Kopf ausstrahlen. Die Beweglichkeit ist bei einer Rotationsfähigkeit bis 50° nach rechts und 70° nach links (Rehabilitationsentlassungsbericht der R.) allenfalls endgradig eingeschränkt. Neurologische Defizite konnten von Seiten der HWS nicht festgestellt werden. Das rechtfertigt die Einstufung als gering bis mittelgradige Einschränkung.

Auch in der LWS liegen Beeinträchtigungen vor, die aber im Hinblick auf einen Finger-Boden-Abstand von 20 cm und ein Zeichen nach Schober von 10/13 cm bzw. 10/14 cm nicht zu einer wesentlichen Entfaltungsstörung und auch nur zu geringen Bewegungseinschränkungen geführt haben. Zwischenzeitlich sind beim Kläger Protrusionen in der LWS eingetreten, teilweise wird von einem Bandscheibenvorfall ausgegangen. Die Nerven sind leicht beeinträchtigt, es ist zu einer leichten Zehenheberschwäche und zu Sensibilitätsstörungen im rechten Unterschenkel gekommen. Motorische Ausfälle sind nicht zu verzeichnen. Diese Beeinträchtigungen rechtfertigen die von beiden begutachtenden Ärzten vorgenommene Einschätzung als mittelgradige Auswirkungen in der LWS.

Ein GdB von mehr als 30 ist für die Wirbelsäule nach diesen Befunden und den zutreffenden Ausführungen von Dr. M., denen sich Dr. P. im Ergebnis angeschlossen hat, nicht zu berücksichtigen.

Die Beschwerden durch die chronische Bronchitis mit Hustenanfällen sind mit einem GdB von 10 ausreichend berücksichtigt. Nach Nr. 8.2 Teil B VG (Nr. 26.8 AHP) wird eine chronische Bronchitis als eigenständige Erkrankung ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion in leichter Form (symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf) mit einem GdB von 0 bis 10 berücksichtigt. Eine schwere Form mit fast kontinuierlich ausgiebigem Husten und Auswurf, häufigen akuten Schüben führt zur Feststellung eines GdB von 20 bis 30. Der Kläger berichtet über Hustenattacken, die fast bis zur Ohnmacht führten. In den Gutachtenssituationen traten die Hustenattacken nicht auf, allerdings berichtet Dr. M. in ihrem Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung über vermehrten Husten bei der Lungenfunktionsüberprüfung. Die lungenfachärztliche Untersuchung im Jahr 2005 erbrachte keine wesentliche Lungenfunktionseinschränkung, eine bronchiale Hyperreagibilität konnte allenfalls in leichtem Ausmaß festgestellt werden. Eine wesentliche Atemnot trat bei den kardiologischen und lungenfachärztlichen aber auch während der beiden Rehabilitationen nicht auf. Dauernden bzw. kontinuierlich ausgiebigen Husten gibt auch der Kläger nicht an. Ein GdB von wenigstens 20 lässt sich aus diesen Befunden nicht ableiten.

Die Folgen des Schädel-Hirn-Traumas sind mit einem GdB von 20 ausreichend berücksichtigt. Nach Nr. 3.1 Teil B VG ist ein Hirnschaden nachgewiesen, wenn Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns - nach Verletzung oder Krankheit - festgestellt worden sind. Wenn bei späteren Untersuchungen keine hirnorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind, beträgt der GdB dann 20, nach offenen Hirnverletzungen nicht unter 30. Bestimmend für die Beurteilung des GdB ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallerscheinungen. Nicht nur vorübergehende vegetative Störungen nach Gehirnerschütterung rechtfertigen im ersten Jahr nach dem Unfall einen GdB von 10 bis 20. Nach den vorliegenden Unterlagen ist beim Kläger ein offener Hirnschaden nicht nachgewiesen. Dr. L. hat zwar am 17.12.2007 ein offenes Schädel-Hirn-Trauma bescheinigt. Nach den dazu vorgelegten Berichten aus dem Krankenhaus R. vom 03.02.1983 und 30.12.1986 sowie dem nicht näher bezeichneten Krankenhausbericht aus dem Jahr 1977 wird von einer Kompression cerebri, also einer Hirnquetschung, bzw. von einem Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma ausgegangen. Im Jahr 1986 war im Nativscan des Gehirns ein rechtsbetonter leichtgradiger Hydrozephalus internus und externus communicans "wohl" als Hinweis auf eine traumatisch bedingte Hirnschädigung festzustellen. Im hier maßgeblichen Zeitraum seit Antragstellung im April 2007 waren wesentliche psychische Beeinträchtigungen durch die Folgen des Schädel-Hirn-Traumas nicht mehr festzustellen. Der Kläger und Dr. K. bzw. Dr. H. berichten über Kopfschmerzen, die Dr. M. für den Senat überzeugend eher der HWS-Symptomatik zugeordnet hat. Weiterhin besteht beim Kläger seit 2008 ein Tinnitus. Insofern berichten weder Dr. H. und Dr. K. noch der Kläger selbst bei den verschiedenen gutachterlichen Untersuchungen über besondere Beeinträchtigungen durch dieses Ohrgeräusch. Eine erhöhende Wirkung hat es deshalb nach Nr. 5.3 Teil B VG nicht. Die Schwindelsymptomatik, die der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. M. selbst eher einem zu niedrigen Blutdruck am Morgen zugeordnet hat, während sein behandelnder Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. hier eher eine Folge des Schädel-Hirn-Traumas sieht, hat jedenfalls keine Beeinträchtigung zur Folge, die eine Erhöhung des GdB für das Schädel-Hirn-Trauma rechtfertigen würde. Nach Nr. 5.3 Teil B VG werden Gleichgewichtsstörungen ohne wesentliche Folgen, d.h. bei Beschwerdefreiheit und allenfalls einem Gefühl der Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen, einer leichten Unsicherheit, geringen Schwindelerscheinungen (Schwanken) bei höheren Belastungen und stärkerer Unsicherheit erst bei außergewöhnlichen Belastungen und ohne nennenswerte Abweichungen bei Geh- und Stehversuchen mit einem GdB von 0 bis 10 bewertet. Bei leichter Folge, d.h. leichter Unsicherheit, geringen Schwindelerscheinungen wie Schwanken, Stolpern, Ausfallschritten bei alltäglichen Belastungen und stärkerer Unsicherheit und Schwindelerscheinungen bei höheren Belastungen wird ein GdB

von 20 angenommen. Nach den Untersuchungen von Dr. P., die im Wesentlichen mit den Befunden aus beiden Rehabilitationen übereinstimmen, kann ein Schwindel nicht objektiviert werden. Der Kläger selbst hat bei der Untersuchung durch Dr. M. über Schwindelerscheinungen am Morgen berichtet, die er mithilfe des Medikaments Effortil erfolgreich behandelt. Das entspricht auch den Angaben des Dr. K. im Verwaltungsverfahren, dass dem Kläger gegen den Schwindel Medikamente verschrieben würden. Weiterhin war der Kläger bei einem Teil der Gang- und Standprüfungen unsicher. Diese Unsicherheit kann aber nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. P. auf die Beeinträchtigung durch die Nervenschädigung im Bereich der unteren LWS erklärt werden und steht nicht im Zusammenhang mit dem vom Kläger angegebenen Schwindel.

Nach diesen Befunden kann ein höherer GdB als 20 für die Folgen des im Jahr 1974 erlittenen Schädel-Hirn-Traumas einschließlich Tinnitus und Schwindel am Morgen nicht berücksichtigt werden.

Der GdB von 10 für den Speiseröhrengleitbruch ergibt sich aus Nr. 10.1 VG. Wesentliche Beeinträchtigungen resultieren aus diesem Befund nicht.

Die Folgen des KTS an beiden Händen, des Sulcus-ulnaris-Syndroms links und der Fraktur an der rechten Hand bei dem Autounfall im Jahr 1977 bedingen keinen eigenen GdB. Nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. M., die Dr. P. im Wesentlichen bestätigt hat, sind diese Verletzungen und Beeinträchtigungen durch entsprechende Operationen erfolgreich therapiert. Der Kläger hat davon derzeit nur noch eine Beugehemmung von 0,5 cm in den Langfingern der rechten Hand. Wesentliche funktionelle Beeinträchtigungen der Funktion seiner Hände und seines Ellenbogens bestehen deshalb nicht mehr. Ein GdB von wenigstens 10 ergibt sich daraus nicht.

Auch die Glaskörpertrübung am rechten Auge bedingt keinen eigenen GdB. Nach dem Brief des Augenarztes E. S. vom 02.03.2007 ist mit dieser Trübung keine Beeinträchtigung des Sehvermögens verbunden, so dass ein GdB nach Nr. 4 Teil B VG nicht berücksichtigt werden kann.

Die erektile Dysfunktion und Prostatahyperplasie sind nicht mit einem GdB von mindestens 10 zu berücksichtigen. Die erektile Dysfunktion kann nach den Befunden von Dr. N. mittels Medikamenten behandelt werden. Die Prostata entspricht im Wesentlichen dem Alter des Klägers. Ein GdB von wenigstens 10 ergibt sich daraus nach Nr. 13.2 Teil B VG nicht.

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. Die AHP und die VG führen zur Umsetzung dieser Vorschriften aus, dass eine Addition von Einzel GdB Werten grundsätzlich unzulässig ist und auch andere Rechenmethoden für die Gesamt GdB Bildung ungeeignet sind. 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; 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 (vgl. AHP Nr. 19 Abs. 3). Der Gesamt GdB ist unter Beachtung der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209, 213](#); BSG, [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#)).

Nach diesen Kriterien ist beim Kläger ein höherer Gesamt-GdB als 30 nicht gerechtfertigt. Es liegen Einzel-GdB von 30, 20, 10 und 10 vor. Der GdB von 30 für die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen wird durch die weiteren Behinderungen, die mit einem GdB von je 10 bewertet sind, nicht erhöht. Eine besondere gegenseitige Beeinflussung ist nicht erkennbar. Auch der mit 20 zu berücksichtigende GdB für die Folgen des Schädel-Hirn-Traumas ist nicht geeignet, den GdB weiter zu erhöhen. Nach Angaben des Klägers wirkt sich das Schädel-Hirn-Trauma heute noch durch Kopfschmerzen aus, die ebenfalls als Folge der radiologischen Veränderungen der Halswirbelsäule zu berücksichtigen sind. Eine weiteren Erhöhung des GdB von 30 durch die ansonsten nur sehr geringfügige Beeinträchtigung durch die Folgen des Schädel-Hirn-Traumas einschließlich der Schwindelbeschwerden und des Tinnitus ist deshalb nicht gerechtfertigt. Dem entsprechen auch die Bewertungen von Dr. M. im Gutachten vom 18.04.2011 und Dr. P. vom 10.12.2012, die übereinstimmend den Gesamt-GdB mit 30 bewertet haben. Dr. H. nennt in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 15.10.2010 keine Funktionseinschränkungen, die seine abweichende Bewertung des Gesamt-GdB mit 50 plausibel macht, weshalb der Senat seiner GdB-Bewertung nicht folgt.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-06-27