

L 8 SB 1640/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 SB 7619/08

Datum
14.03.2012

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1640/12

Datum
20.09.2013

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. März 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Neufeststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Bei dem 1964 geborenen Kläger stellte das Versorgungsamt S. mit Abhilfebescheid vom 26.03.2002 den GdB mit 40 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz fest.

Neufeststellungsanträge des Klägers auf Erhöhung des GdB blieben ohne Erfolg (Bescheide vom 23.07.2004 und 06.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.02.2007). Zuletzt wurden vom zuständigen Landratsamt B. - Versorgungsamt in S. - (VA) eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, ein Bandscheibenschaden und ein Fibromyalgie-Syndrom (Teil-GdB 30), eine chronische Magenschleimhautentzündung und Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 20) sowie eine Depression, funktionelle Organbeschwerden und ein Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 20) entsprechend der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. M. vom 29.01.2007 mit einem GdB von 40 bewertet.

Am 28.04.2008 beantragte der Kläger erneut die Neufeststellung eines höheren GdB. Er machte eine Verschlimmerung der Wirbelsäulenschäden und der Depression sowie eine allergische Augenentzündung und ein Ohrenleiden als neue Gesundheitsstörungen geltend.

Das VA zog medizinische Befundunterlagen bei (Bescheinigung Dr. P. vom 18.06.2007, Diagnosen: Chronisches Wirbelsäulensyndrom, Cerviko-Brachialgie, Lumbalgie, NPP L5/S1, Periarthropathia humero scapularis beidseits, Kniegelenkarthralgie beidseits; Berichte Dr. F. vom 14.06.2007 und 13.05.2008, Diagnosen: Lagophthalmus und Hornhautnarbe linkes Auge, Astigmatismus und Blepharokonjunktivitis beidseits; Dr. M. vom 24.09.2007, Diagnosen: Insomnie, dringender Verdacht auf Somatisierungsstörung; Klinikum S. vom 09.08.2007, Diagnose: Oberlidnarbe linkes Auge; Befundbericht des HNO-Arztes Dr. M. vom 26.05.2008). In der vom VA veranlassten gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes, Dr. H., vom 04.07.2008 wurde unter zusätzlicher Berücksichtigung von Ohrgeräuschen/Tinnitus beidseits (Teil-GdB 10) der GdB weiterhin mit 40 vorgeschlagen.

Mit Bescheid vom 15.07.2008 lehnte das VA den Antrag des Klägers auf Neufeststellung des GdB ab.

Gegen den Bescheid vom 15.07.2008 legte der Kläger am 11.08.2008 Widerspruch ein. Er machte wegen unerträglicher Ohrgeräusche sowie einer Verschlimmerung des Wirbelsäulenleidens und der Depression einen GdB von wenigstens 50 geltend.

Das VA holte (auf Anregung des Klägers) den Bericht des Dr. M. vom 09.09.2008 ein, der die Diagnosen Somatisierungsstörung und Insomnie mitteilte.

Entsprechend der weiteren gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes, Dr. K., vom 13.10.2008, wurde der Widerspruch des Klägers vom Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 21.10.2008 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, eine wesentliche Änderung, die eine Erhöhung des bisherigen GdB rechtfertige, sei nicht eingetreten.

Hiergegen erhob der Kläger am 13.11.2008 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Er wiederholte zur Begründung im Wesentlichen sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren und legte die Bescheinigung des Dr. P. vom 12.11.2008 vor.

Das SG hörte den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M., den Augenarzt Dr. D., den Internisten Dr. S., den HNO-Arzt Dr. M. sowie den Orthopäden Dr. P. schriftlich als sachverständige Zeugen an. Dr. M. teilte in seiner Stellungnahme vom 12.01.2009 unter Vorlage von Befundberichten den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen (dringender Verdacht auf Somatisierungsstörung, Insomnie und Tinnitus beidseits) mit. Er teilte die Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes und schätzte auf seinem Gebiet den GdB mit 30 bis 40 ein. Dr. D. teilte in seiner Stellungnahme vom 20.01.2009 den Behandlungsverlauf, die Befunde und die Diagnosen mit. Er schätzte auf seinem Fachgebiet den GdB mit 0 ein. Dr. S. teilte in Stellungnahmen vom 27.01.2009 und 14.02.2011 den Behandlungsverlauf, die Diagnosen (Refluxösophagitis, HWS-Syndrom, Lumboschialgie, Depression, psychosomatische Störungen, Hyperlipoproteinaemie, Dermatitis und Tinnitus) mit. Er schätzte den Teil-GdB für die Refluxkrankheit auf 30 und den Gesamt-GdB auf über 70 ein. Dr. M. teilte in seiner Stellungnahme vom 23.02.2009 den Behandlungsverlauf und die Befunde (unauffälliger Befund bei Angabe beidseitiger Ohrgeräusche und unauffälliger Hörleistung) mit. Dr. P. teilte in seiner Stellungnahme vom 03.03.2009 den Behandlungsverlauf und die Befunde mit. Er schätzte wegen der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule den GdB auf 30, sonst auf nicht mehr als 10 ein und teilte die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes.

Das SG holte von Dr. G. das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 14.09.2009 und dessen ergänzende Stellungnahme vom 15.01.2010 ein. Dr. G. diagnostizierte eine mittelschwere Somatisierungsstörung im Zusammenhang mit einer leicht bis mittelschwer ausgeprägten chronifizierten Depression und Spannungskopfschmerz im Rahmen der Somatisierungsstörung. Er schätzte auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet den GdB auf 30 ein. Unter Berücksichtigung der übrigen Ansätze (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule - Teil-GdB 30 -, Magenschleimhautentzündung und Refluxkrankheit - Teil-GdB 20 - sowie Ohrgeräusche - Teil-GdB 10 -) schätzte Dr. G. den Gesamt-GdB auf 50 seit April 2008 ein.

Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. R. vom 03.06.2009 und 18.12.2009, der unter Berücksichtigung einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 20), einer chronischen Schleimhautentzündung und Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 10), einer Depression, somatoformen Schmerzstörung und Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 30) sowie Ohrgeräusche beidseits (Teil-GdB 10) den Gesamt-GdB weiterhin mit 40 vorschlug, sowie von Dr. G. vom 09.06.2011 weiter entgegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 14.03.2012 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, beim Kläger lägen keine Funktionsbeeinträchtigungen vor, die mit einem höheren GdB als 40 in Ansatz zu bringen seien. Die Depression, somatoforme Schmerzstörung sowie das Kopfschmerzsyndrom seien mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen sowie einen Bandscheibenschaden sei ein Teil-GdB von 20 Ansatz zu bringen. Die vom Beklagten im Gerichtsverfahren vorgenommene Korrektur des Teil-GdB für das Wirbelsäulenleiden und die Erhöhung des Teil-GdB für die Depression und somatoforme Schmerzstörung sei sachgerecht. Der Ansicht von Dr. G. sei nicht zu folgen. Die Magenschleimhautentzündung und die Refluxkrankheit seien mit einem Teil-GdB von 10 zutreffend in Ansatz gebracht. Die abweichende Ansicht von Dr. S. sei anhand der objektiven Befunde nicht nachvollziehbar. Die Ohrgeräusche beidseits (Tinnitus) seien mit einem Teil-GdB von 10 zu berücksichtigen. Die genannten Teil-GdB-Werte führten zu keiner weiteren Erhöhung des Gesamt-GdB von 40.

Gegen den dem Kläger am 21.03.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat er am 19.04.2012 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, er gehe nach wie vor davon aus, dass bei ihm die Voraussetzungen für die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft vorlägen. Er gehe davon aus, dass hinsichtlich eines chronischen Schmerzsyndroms mit Somatisierungsstörung, eines chronischen Lumbalsyndrom mit rezidivierender Ischialgie, einer chronischen Cervikobrachialgie, einer Gonalgie beidseits bei beginnender Retropatellararthrose ein Teil-GdB von 30 gerechtfertigt sei. Der Kläger hat sich auf einen Reha-Entlassungsbericht der R. A. vom März 2010 berufen, den er in Kopie vorgelegt hat. Hinsichtlich der Magenschleimhautentzündung und der Refluxkrankheit sei nach seiner Auffassung eine höhere Bewertung in Ansatz zu bringen. Selbst unter Einnahme von Medikation leide er erheblich an Sodbrennen. Er könne insoweit nicht schlafen und habe auch Herzbeschwerden. Auf die Stellungnahme von Dr. S. vom 14.02.2011 sei zu verweisen, der einen Teil-GdB von 30 angenommen habe. Es müsse eine weitere Magenspiegelung durchgeführt werden. Der Kläger hat den Befundbericht des Dr. P. vom 15.10.2012 (Diagnosen: erosive Antrumgastritis, Kardiainsuffizienz), einen Auszug der Karteikarte des Dr. A. für den 22.01.2013 sowie den Befundbericht des Dr. P. vom 04.02.2013 vorgelegt.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 14.03.2012 sowie den Bescheid des Beklagten vom 15.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.10.2008 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, einen Grad der Behinderung von mindestens 50 seit dem 28.04.2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Der medizinische Sachverhalt sei zutreffend gewürdigt worden. Das Vorbringen des Klägers könne eine abweichende Beurteilung nicht begründen. Der Beklagte hat die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. B. vom 05.12.2012 und von Dr. W. vom 02.07.2013 vorgelegt.

Der Senat hat Dr. A. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dr. A. hat in seiner Stellungnahme vom 15.04.2013 mitgeteilt, beim Kläger liege eine geringgradige Schwerhörigkeit beidseits (Teil-GdB 15) mit Tinnitus (Teil-GdB 10) vor.

Der Rechtsstreit ist durch den Berichterstatter mit den Beteiligten in der nichtöffentlichen Sitzung am 26.07.2013 erörtert worden. Auf die Niederschrift vom 26.07.2013 wird Bezug genommen.

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

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 15.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.10.2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Neufeststellung des GdB von mehr als 40 seit dem 28.04.2008 nicht zu. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 [§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - [9 RVs 15/96](#) -, [BSGE 81, 50](#) bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

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](#) - RdNr 27, 30 m.w.N.). 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](#) RdNr. 19 und vom 23.4.2009, [a.a.O.](#), RdNr 30).

Nach diesen Kriterien steht dem Kläger nach wie vor kein GdB von mehr als 40 zu, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid vom 14.03.2012 ausführlich und zutreffend begründet hat. Der Senat gelangt nach eigener Überprüfung ebenfalls zu dem Ergebnis, dass beim Kläger - entgegen seiner Ansicht - weiterhin keine Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die mit einem höheren GdB als 40 in Ansatz zu bringen sind. Er schließt sich zur Vermeidung von Wiederholungen den Ausführungen des SG in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Gerichtsbescheids an, die er sich zur Begründung seiner eigenen Entscheidung zu Eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend und im Hinblick auf das Berufungsverfahren bleibt auszuführen:

Nach der vom Senat eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage des Dr. A. vom 15.04.2013 ist beim Kläger - neben dem beidseitigen Tinnitus, den Dr. A. mit einem Teil-GdB von 10 bewertet hat - weiter eine bislang noch nicht berücksichtigte Schwerhörigkeit beidseits hinzugetreten. Nach dem von Dr. A. vorgelegten Tonaudiogramm vom 15.11.2012 besteht beim Kläger eine geringgradige Schwerhörigkeit beidseits, die nach der für den Senat nachvollziehbaren Bewertung des Dr. A. einen Teil-GdB von 15 rechtfertigt. Diese Bewertung wird durch die vom Beklagten vorgelegte versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 02.07.2013 bestätigt. Sie steht im Einklang mit den Bewertungsvorgaben der VG Teil B 5.2.2 (Tabelle B: 4-Frequenztabelle nach Röser 1973) und 5.2.4 Tabelle D bzw. den AHP. Soweit Dr. W. in seiner Stellungnahme ein Sprachaudiogramm für erforderlich hält, folgt der Senat dieser Ansicht nicht. Dr. W. stellt seine Ansicht unter die Bedingung ausreichender Deutschkenntnisse des Klägers, die jedoch nicht vorliegen, was für den Senat durch die Notwendigkeit der Beiziehung eines Dolmetschers im Termin am 26.07.2013 feststeht. Hinsichtlich der beim Kläger neu hinzugetretenen geringgradigen Schwerhörigkeit beidseits ist deshalb - entsprechend der Bewertungen durch Dr. A. und Dr. W. - zur Überzeugung des Senats von einem Teil-GdB von 15 auszugehen.

Hinsichtlich des Wirbelsäulenleidens ist - entgegen der Ansicht des Klägers - ein Teil-GdB von 20 ausreichend und angemessen. Zwar hat der Beklagte ursprünglich wegen des Wirbelsäulenleidens des Klägers einen Teil-GdB von 30 für angemessen erachtet (versorgungsärztliche Stellungnahme Dr. K. vom 07.07.2004), zuletzt unter zusätzlicher Berücksichtigung eines Fibromyalgiesyndroms (versorgungsärztliche Stellungnahme Dr. K. vom 13.10.2008). Hiervon ist der Beklagte im weiteren Verlauf des Rechtsstreites abgerückt (versorgungsärztliche Stellungnahme Dr. R. vom 18.12.2009) und hat hinsichtlich einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und einem Bandscheibenschaden einen Teil-GdB von nur noch 20 angenommen. Diese abweichende Bewertung des Teil-GdB verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend ausgeführt hat. Soweit der Beklagte das Wirbelsäulenleiden des Klägers zunächst mit einem Teil-GdB von 30 bewertet hat, ist der Beklagte, wie das Gericht, hieran nicht gebunden. Denn die den einzelnen Behinderungen zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze - welche ihrerseits nicht zum sogenannten Verfügungssatz des Bescheides gehören - erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - [9 RVs 15/96](#) - [BSGE 81, 50](#) bis

54). Hierbei handelt es sich vielmehr nur um einen Bewertungsfaktor, der wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegt. Die Herabsetzung des Teil-GdB wegen des Wirbelsäulenleidens des Klägers trägt dem Umstand Rechnung, dass Dr. G. in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 14.09.2009 auf seinem Fachgebiet den Teil-GdB mit 30 bewertet hat (dem sich Dr. R. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 10.12.2009 angeschlossen hat), wodurch es zu Überschneidungen auf orthopädischem Gebiet kommt, weil hier das Fibromyalgiesyndrom, das mit einer somatoformen Schmerzstörung gleichzusetzen ist, in dem Teil-GdB von 30 bewertet wurde, wie Dr. R. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 10.12.2009 überzeugend ausführt. Dem entspricht die Rechtsprechung des erkennenden Senats. Danach sind die Auswirkungen einer Fibromyalgie entsprechend den Maßstäben der VG bzw. der AHP für psychovegetative oder psychische Störungen zu bewerten (vgl. z.B. Senatsurteil vom 27.01.2012 - [L 8 SB 768/11](#) -, nicht veröffentlicht).

Die beim Kläger bestehenden Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule rechtfertigen keinen Teil-GdB von 30, sondern von 20. Nach dem vom Kläger zur Begründung seiner Berufung vorgelegten Entlassungsbericht der R. A., B. K., an die Deutsche Rentenversicherung über eine stationäre Maßnahme vom 09.03.2010 bis 30.03.2010 bestehen beim Kläger eine unauffällige Wirbelsäulen-Schwingung. Die Wirbelsäule ist lotgerecht. Es besteht eine muskuläre Dysbalance der gesamten Rumpf- und Schultermuskulatur und diffuser Druckschmerz über den Dornfortsätzen der Brustwirbel- und im gesamten Lendenwirbelsäulen-Bereich, auch der Rumpfmuskulatur. Der Fingerbodenabstand beträgt 22 cm, das Maß nach Schober 9/10/12 cm. Die Lateralflexion links/rechts beträgt 30 - 0 - 25° und die Rotation 30 - 0 - 40° ohne wesentliche Schmerzangabe. Die Halswirbelsäule ist hinsichtlich der Rotation links/rechts mit 80 - 0 - 60° beweglich, die Lateralflexion links/rechts beträgt 20 - 0 - 20° mit Schmerzangabe bei sämtlichen Bewegungen. Motorische oder sensible Ausfälle bestehen nicht. Dem entsprechen auch im Wesentlichen die von Dr. P. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG vom 03.03.2009 mitgeteilten Wirbelsäulenbefunde. Danach bestehen beim Kläger nur end-/geringgradige Funktionsbehinderungen der Wirbelsäulenabschnitte, wie Dr. B. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 05.12.2012 nachvollziehbar und überzeugend ausführt. Diese rechtfertigen (allenfalls) einen Teil-GdB von 20. Nach den VG Teil B 18.9 bzw. den AHP ist ein Teil-GdB von über 20 erst gerechtfertigt bei Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome), bzw. mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Teil-GdB 30 bzw. 30 bis 40). Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt bzw. mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten liegen beim Kläger nach dem Ausgeführten jedoch nicht vor. Soweit Dr. P. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 03.03.2009 hinsichtlich der Funktionsbehinderung Wirbelsäule von einem Teil-GdB von 30 ausgeht, berücksichtigt er dabei zusätzlich ein Fibromyalgie-Syndrom des Klägers, das aber, wie bereits oben ausgeführt, bei der Bewertung des Teil-GdB für das Wirbelsäulenleiden des Klägers nicht berücksichtigt werden kann. Funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden, die nach den VG bzw. AHP (für sich) einen Teil-GdB von 30 rechtfertigen, beschreibt Dr. P. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage nicht.

Die chronische Magenschleimhautentzündung sowie Refluxkrankheit des Klägers ist mit einem Teil-GdB von 10 angemessen und ausreichend bewertet, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid weiter zutreffend begründet hat. Der davon abweichenden Ansicht des Klägers kann nicht gefolgt werden. Soweit der Beklagte wegen dieser Gesundheitsstörungen seine ursprüngliche Teil-GdB-Bewertung von 20 auf 10 herabgesetzt hat, gilt das oben zum Wirbelsäulenleiden des Klägers Ausgeführte entsprechend. Nach den VG Teil B 10.1 bzw. den AHP ist bei einer Refluxkrankheit der Speiseröhre mit anhaltenden Refluxbeschwerden je nach Ausmaß der Teil-GdB mit 10 bis 30 zu bewerten. Auswirkungen auf Nachbarorgane sind zusätzlich zu bewerten. Nach den VG Teil B 10.2 bzw. den AHP ist bei organischen und funktionellen Krankheiten des Magen-Darmkanals der GdB nach dem Grad der Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, der Schwere der Organstörung und nach der Notwendigkeit besonderer Diätkost zu beurteilen. Bei einer chronischen Gastritis (histologisch gesicherte Veränderung der Magenschleimhaut) beträgt der GdB 0 bis 10. Refluxbeschwerden, die beim Kläger einen Teil-GdB von über 10 rechtfertigen, sind nach den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen und den vom SG eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen nicht dokumentiert. Nach dem Befundbericht von Dr. H. vom 14.10.2010 bestehen beim Kläger unauffällige Verhältnisse am Ösophagus, des Magens und Duodenum. Nach dem Bericht von Dr. W.-M. vom 18.10.2010 erbrachte eine makroskopische Untersuchung eine geringgradige chronische Antrum-Gastritis mit allenfalls minimaler chronischer Entzündung, ohne Nachweis von *Helicobacter pylori*. Dem entspricht nach dem vom Kläger vorgelegten Befundbericht des Dr. P. vom 15.10.2012 im Wesentlichen auch der Befund einer durchgeführten Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (leicht erosive Antrumgastritis). Anhaltende Refluxbeschwerden, die einen GdB von über 10 rechtfertigen, sind nicht dokumentiert. Dr. S. gibt nur pauschal chronischen Husten, eine Laryngitis (Kehlkopfentzündung) sowie Thorakalschmerzen an und berichtet von einem wechselnden Beschwerdebild unter medikamentöser Behandlung. Seinen Angaben lässt sich eine Beeinträchtigung durch die Refluxerkrankung, die einen höheren GdB rechtfertigt, zur Überzeugung des Senats nicht nachvollziehbar entnehmen. Den von Dr. S. außerdem gemachten allgemein medizinischen Ausführungen zur Refluxkrankheit kommt für die Bewertung des Teil-GdB keine relevante Bedeutung zu. Ebenso wenig sind eine Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, Organstörungen oder die Notwendigkeit besonderer Diätkost belegt. Ein herabgesetzter Allgemeinzustand des Klägers lässt sich den zu den Akten gelangten Unterlagen nicht entnehmen. Vielmehr besteht beim Kläger nach dem von ihm vorgelegten Bericht der R. A. ein ausreichender Allgemeinzustand und übergewichtiger Ernährungszustand. Damit besteht kein Anlass, den nach den VG bzw. AHP für die Refluxkrankheit vorgegebenen GdB-Bewertung-Rahmen (10 bis 30) nach oben auf den Teil-GdB von 20 oder gar 30 auszuschöpfen. Entsprechendes gilt für die chronische Magenschleimhautentzündung. Der abweichenden Bewertung von Dr. S. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 14.02.2011 an das SG, der für die Refluxkrankheit der Speiseröhre einen Teil-GdB von 30 für angemessen erachtet, kann nicht gefolgt werden. Diese Einschätzung lässt keinen Bezug zu den Vorgaben der VG bzw. AHP erkennen, worauf Dr. G. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 09.06.2011 überzeugend hinweist, dem sich der Senat anschließt.

Die seelische Störung des Klägers (Depression, somatoforme Schmerzstörung, Kopfschmerzsyndrom) ist mit einem Teil-GdB von 30 angemessen bewertet, wie das SG weiter zutreffend begründet hat. Nach den überzeugenden Gutachten von Dr. G. vom 14.09.2009 besteht beim Kläger eine Somatisierungsstörung (belastungsabhängige somatoforme Schmerzstörung) mit zahlreichen, mehr diffus lokalisierten Schmerzen, sowie eine im engen Zusammenhang mit der Somatisierungsstörung stehende Depression und Spannungskopfschmerz. Nach dem von Dr. G. beschriebenen psychischen Befund ist der Kläger bewussteinklar, voll orientiert und im Antrieb normal. Die Stimmungslage ist leicht bis mäßig depressiv. Die psychische Belastbarkeit der Lebensqualität ist reduziert. Das Gedächtnis und die Merkfähigkeit sind regelgerecht. Ein Hinweis für eine Abhängigkeitsproblematik besteht nicht. Ebenso keine inhaltliche oder formale Denkstörung. Damit bestehen nach der nachvollziehbaren und überzeugenden Bewertung von Dr. G. insgesamt leichte bis mittelschwere einzuordnende Funktionsstörungen, die nach den VG Teil B 3.7 bzw. den AHP als stärker behindernde Störungen mit wesentlicher

Einschränkung der Erlebnis und Gestaltungsfähigkeit einen Teil-GdB von 30 bis 40 rechtfertigen. Schwere Störungen liegen beim Kläger nicht vor. Dabei erachtet der Senat mit Dr. G. einen Teil-GdB von 30 für angemessen. Anlass, den vorgegebenen GdB-Rahmen nach oben (Teil-GdB 40) auszuschöpfen, besteht auch für den Senat nicht, da die im Vordergrund stehende Somatisierungsstörung nach dem Gutachten von Dr. G. deutlich belastungsabhängig und damit hinsichtlich der Schwere schwankend ist und zudem nur leicht bis mittelgradig ausgeprägt ist. Gegen die Bewertung des Teil-GdB mit 30 auf nervenärztlichem Gebiet hat sich der Kläger im Übrigen im Berufungsverfahren auch nicht substantiiert gewandt. Der von ihm im Berufungsverfahren vorgelegte Befundbericht des Dr. P. vom 04.02.2013 beschreibt keinen psychischen Befund, der abweichend von der überzeugenden Bewertung durch Dr. G. auf nervenärztlichem Gebiet einen Teil-GdB von 40 (oder mehr) rechtfertigt.

Sonstige Gesundheitsstörungen, die einen Teil-GdB von mindestens 10 bedingen, liegen beim Kläger nicht vor. Nach den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen sind beim Kläger keine Funktionsbehinderungen der oberen und unteren Extremitäten dokumentiert, die einen Teil-GdB von wenigstens 10 rechtfertigen. In dem Bericht der R. A. vom März 2010 wird eine nicht eingeschränkte Beweglichkeit der Kniegelenke beschrieben. Entsprechendes gilt für das internistische Gebiet.

Die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen rechtfertigten damit weiterhin einen Gesamt-GdB von 40. Eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 SGB X](#), die die Neufeststellung des GdB mindestens 50 rechtfertigt, liegt beim Kläger nicht vor.

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; VG Teil A Nr. 3). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung dieser Bewertungsgrundsätze 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](#)).

Hiervon ausgehend sind beim Kläger ein Teil-GdB von 30 für seelische Störung sowie ein Teil-GdB von 20 für die Wirbelsäule in die Bildung des Gesamt-GdB mit 40 einzubeziehen. Die übrigen Funktionseinschränkungen (Schwerhörigkeit und Tinnitus, chronische Magenschleimhautentzündung und Refluxkrankheit mit Husten, Laryngitis und Thorakalschmerzen) bedingen keinen Teil-GdB, der bei der Bildung des Gesamt-GdB erhöhend zu berücksichtigen ist. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsstörungen des Klägers auf HNO-ärztlichen Gebiet. Die erstmals im Berufungsverfahren durch die schriftliche sachverständige Zeugenaussage des Dr. A. vom 15.04.2013 dokumentierte geringgradige Schwerhörigkeit beidseits des Klägers bedingt nach dem vorgelegten Tonschwellenaudiogramm vom 15.11.2012 einen Teil-GdB von 15, der nach den dargestellten Grundsätzen bei der Bewertung des Gesamt-GdB nicht erhöhend zu berücksichtigen ist. Dies gilt auch unter Berücksichtigung des außerdem bestehenden Tinnitus des Klägers. Dr. M. und Dr. A. haben nach ihren schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen an das SG bzw. den Senat keine Befunde zum Schweregrad des Tinnitus des Klägers erhoben bzw. mitgeteilt. Das Vorhandensein unerträglicher Ohrgeräusche haben sie nicht bestätigt, so dass insoweit der Teil-GdB von 10 als Maximalwert anzusehen ist. Zur Überzeugung des Senates rechtfertigen die als nur geringgradig einzustufenden Behinderungen des Klägers auf HNO-ärztlichem Gebiet die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft des Klägers nicht. Hierauf hat sich der Kläger im Übrigen zur Begründung seiner Berufung auch nicht substantiiert berufen.

Der abweichenden Ansicht von Dr. G. in seinem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme (Gesamt-GdB 50) schließt sich der Senat nicht an. Dr. G. geht bei seiner Bewertung des Gesamt-GdB von den unzutreffenden Teil-GdB-Ansätzen für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 30) und für die Magenschleimhautentzündung und Refluxkrankheit (Teil-GdB 20) aus, weshalb seiner Gesamt-GdB-Bewertung nicht gefolgt werden kann. Entsprechendes gilt für die nicht nachvollziehbare Gesamt-GdB-Bewertung durch Dr. S. (GdB 70).

Anlass für weitere Ermittlungen besteht nicht. Der Senat hält den entscheidungserheblichen Sachverhalt durch die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen und die vom SG sowie im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen für geklärt. Neue Gesichtspunkte, die dem Senat Anlass zu weiteren Ermittlungen geben, hat der Kläger nicht aufgezeigt. Insbesondere sieht sich der Senat im Hinblick auf den zu den Akten gelangten Bericht des Dr. P. vom 15.10.2012 nicht zu einer erneuten Anhörung des Dr. S. (wegen einer Magenspiegelung des Klägers) gedrängt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-09-26