

L 8 SB 2663/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 SB 3725/10
Datum
27.05.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 2663/13
Datum
28.03.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 27.05.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung seines Grades der Behinderung (GdB 50 seit 29.01.2010 statt bisher 40) zusteht.

Dem 1947 geborene Kläger, portugiesischer Staatsangehöriger mit unbefristeter Aufenthaltserlaubnis, der seit Vollendung des 63. Lebensjahres eine mit Abschlagen behaftete Altersrente bezieht (Blatt 16 der SG-Akte), war erstmals mit Bescheid des Versorgungsamts H. vom 20.09.1991 (Blatt 8 der Beklagtenakte) wegen eines chronisch rezidivierenden Lumbalsyndroms bei Beinverkürzung um 4 cm ein GdB von 20 seit 03.07.1991 zuerkannt worden. Mit Bescheid vom 24.03.1993 stellte das Versorgungsamt H. einen GdB von 30 seit 28.01.1993 wegen eines chronisch rezidivierenden Lumbalsyndroms bei 4 cm Beinverkürzung rechts mit Verschmächtigung der Beinmuskulatur fest (Blatt 30 der Beklagtenakte).

Auf seinen Antrag vom 05.02.2009 (Blatt 36, 37 der Beklagtenakte) hin stellte das Landratsamt L. (im Folgenden: LRA) mit Bescheid vom 07.05.2009 (Blatt 44, 45 der Beklagtenakte) in der Fassung des Abhilfebescheids vom 09.09.2009 (Blatt 116/117 der Beklagtenakte) den GdB seit dem 05.02.2009 mit 40 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen:

- Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Beinverkürzung rechts, Gebrauchseinschränkung des rechten Beines (Teil-GdB von 30), - Funktionsbehinderung beider Kniegelenke (Teil-GdB von 10), - Funktionsbehinderung des rechten Ellenbogens (Teil-GdB von 10), - Erkrankung der Prostata, Erektile Dysfunktion (Teil-GdB von 10), - Sehbehinderung, eingepflanzte Kunstlinse beidseits (Teil-GdB von 10), - Krampfadern (Teil-GdB von 10)).

Am 01.02.2010 beantragte der Kläger erneut die höhere (Neu-)Feststellung seines GdB (Blatt 120/121 der Beklagtenakte). Zu seinem Antrag verwies er auf ein chronisches Wirbelsäulensyndrom, ein Schulter-Arm-Syndrom, eine Meniskopathie, Katarakt, Varikosis und einen Zustand nach Leistenhernie.

Das LRA zog Berichte von Dr. A. von der Klinik für Radioonkologie des Klinikums L. vom 17.12.2009 und 19.01.2010 (Blatt 122, 124 der Beklagtenakte), einen Bericht des Urologen Dr. Ar. vom 17.12.2009 (Blatt 123 der Beklagtenakte), einen Bericht des Internisten Dr. Vo. vom 25.01.2010 (Blatt 125/126 der Beklagtenakte), eine Auskunft des Orthopäden Dr. Bu. vom 12.02.2010 (Blatt 129 der Beklagtenakte), eine Auskunft des Chirurgen Dr. Re. vom 26.05.2010 (Blatt 133 der Beklagtenakte) sowie eine Auskunft der Augenärztin Dipl.Med. Gi., die mitteilte, zum Befundbericht von Juli 2009 sei keine Änderung eingetreten (Blatt 134 der Beklagtenakte), bei. Auf Basis einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. V.-M. vom 25.06.2010 (Blatt 137 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsstörungen: - Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Beinverkürzung rechts, Gebrauchseinschränkung des rechten Beines: (Teil-GdB von 30), - Funktionsbehinderung beider Kniegelenke: (Teil-GdB von 10), - Funktionsbehinderung des rechten Ellenbogens: (Teil-GdB von 10), - Erkrankung der Prostata, Erektile Dysfunktion: (Teil-GdB von 10), - Sehbehinderung, eingepflanzte Kunstlinse beidseits: (Teil-GdB von 10), - Krampfadern, operiert: (Teil-GdB von 10), - Bluthochdruck, Herzklappenfehler: (Teil-GdB von 10)) lehnte das LRA die höhere Neufeststellung des GdB ab (Bescheid vom 30.06.2010, Blatt 134/135 der Beklagtenakte). Die Verhältnisse hätten sich zwar durch das Hinzutreten weiterer Funktionsbehinderungen geändert, Auswirkungen auf den bereits festgestellten GdB ergäben sich jedoch nicht.

Den Widerspruch des Klägers vom 22.07.2010 (Blatt 141 der Beklagtenakte), mit dem dieser u.a. geltend machte (Blatt 143 der Beklagtenakte), in den letzten 18 Jahren seien zahlreiche Funktionsbehinderungen hinzugekommen, wies der Beklagte in Gestalt des Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 17.09.2010 (Blatt 146/148 der Beklagtenakte) zurück. Wie die Auswertung der vorliegenden Befundunterlagen zeige, lasse sich eine Verschlimmerung, die eine Erhöhung des bisherigen GdB von 40 rechtfertigen könne, nicht feststellen. Der GdB für Schäden am Stütz- und Bewegungsapparates sei entscheidend bestimmt durch die Funktionseinbuße (Bewegungsbehinderung, Belastbarkeit) und durch die Auswirkungen auf andere Organsysteme. Bei Sehbehinderungen würde der GdB unter Berücksichtigung aller Störungen des Sehvermögens festgestellt. In erster Linie sei die korrigierte Sehschärfe maßgebend, daneben würden u.a. Ausfälle des Gesichtsfeldes und des Blickfeldes sowie Reizerscheinungen der Augen bewertet. Für die Bemessung des GdB sei weniger die Art der Herz- oder Kreislaufkrankung maßgeblich, als die je nach dem vorliegenden Stadium des Leidens unterschiedliche Leistungseinbuße. Der festgestellte Gesamt-GdB von 40 schließe Schmerzen, seelische Begleiterscheinungen und Beeinträchtigungen bei der täglichen Lebensführung mit ein.

Am 15.10.2010 hat der Kläger beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage erhoben. Es gehe ihm um die Verringerung der Rentenabschläge (Blatt 16 der SG-Akte).

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 21/22 sowie 23/34 der SG-Akte Bezug genommen. Der Internist Dr. M. hat dem SG am 24.02.2011 geschrieben, der Kläger sei seit 2003 in unregelmäßigen Abständen jeweils kurzfristig in seiner Behandlung. Es bestehe eine Hypertonie, ein Zustand nach Herniotomie beider Leisten, ein chronisches Wirbelsäulen-Syndrom, eine Meniskopathie, ein Schulter-Arm-Syndrom, ein Prostataadenom und eine Varikosis der Beine. Diese Erkrankungen hätten ein chronisches Schmerzsyndrom mit vegetativer Dystonie und depressiven Verstimmungszuständen zur Folge. Mit der ihm übersandten versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. V.-M. vom 25.06.2010 stimme er überein. Die Behinderungen seien vollständig erfasst, jedoch sei der GdB mit mindestens 50 zu bewerten. Der Arzt für Orthopädie, Chirotherapie Dr. Bu. hat in seiner Auskunft vom 11.03.2011 angegeben, der Kläger sei in den zurückliegenden Jahren in jährlichen Abständen in seiner Behandlung gewesen (2003 wegen Schulterbeschwerden rechts sowie Entzündung der Fingergelenke beidseits, 2005 wegen Funktionsstörungen der Halswirbelsäule, 2006 wegen einer Epicondylitis am rechten Ellbogen, 2007 erstmals wegen Beschwerden des rechten Kniegelenkes). Nicht nur vorübergehender und nicht rein altersbedingter Natur sei die arthroskopisch gesicherte Gonarthrose des rechten Kniegelenkes (Chondromalazie Grad III) im inneren und äußeren Anteil des rechten Kniegelenkes. Nach seiner Einschätzung sei die Funktionsbehinderung beider Kniegelenke mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten.

Daraufhin hat der Beklagte unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Kö. vom 21.07.2011 (Blatt 40/42 der SG-Akte) ausgeführt, auch unter Berücksichtigung eines Teil-GdB von 20 für die Kniegelenke ergebe sich kein höherer Gesamt-GdB (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Beinverkürzung rechts, Gebrauchseinschränkung des rechten Beines (Teil-GdB von 30), Funktionsbehinderung beider Kniegelenke (Teil-GdB von 20), Erkrankung der Prostata, Erektile Dysfunktion (Teil-GdB von 10), Sehbehinderung, eingepflanzte Kunstlinse beidseits (Teil-GdB von 10), Krampfadern (Teil-GdB von 10)).

Das SG hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des Arztes für Innere Medizin Dr. Na ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 50/62 der SG-Akte Bezug genommen. Dr. Na. hat in seinem Gutachten vom 21.04.2012 ausgeführt, beim Kläger bestehe eine Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit ohne Herzinsuffizienz, eine Hypertonie (Schweregrad II n. WHO), eine Aorteninsuffizienz I-II° sowie eine Mitralsuffizienz I°. Des Weiteren bestehe eine Mikroalbuminurie, eine Hyperurikämie, eine Prostatahypertrophie (Z.n. TUR) und eine Varikosis (Z.n. bds. Operation). Die Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit ohne Herzinsuffizienz, die Hypertonie (Schweregrad II-III nach WHO), die Aorteninsuffizienz I-II° sowie die Mitralsuffizienz I° wirkten sich gegenseitig nachteilig aus. Die Hypertonie sei, da keine Leistungsbeeinträchtigung anamnestisch angegeben werden könne, auch unter Mitberücksichtigung des Aortenfehlers mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Die unkomplizierten Krampfadern (Z.n. gelungener Operation bds.) seien mit einem Teil-GdB von 0, das Prostataadenom/Prostatahypertrophie sei, da kein relevanter Restharn feststellbar gewesen sei und auch keine Miktionsstörung und keine Nierenfunktionsstörung bestünden, mit einem Teil-GdB von 0, der GdB auf seinem Fachgebiet insgesamt mit 20 zu bewerten. Mit der Bewertung der weiteren Funktionseinschränkungen durch den Versorgungsarzt sei er einverstanden.

Der Kläger hat hierzu ausgeführt (Blatt 63/64 der SG-Akte), wegen des von Dr. Na. angenommenen Teil-GdB von 20 für den Bluthochdruck sei nunmehr von einem GdB von 50 auszugehen.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 14.06.2013 Stellung genommen (Blatt 65/67 der SG-Akte) und an der Bewertung mit einem GdB von 40 festgehalten. Wegen der weitreichenden Bewertung der Wirbelsäule, die wohl nur mit 20 zu bewerten sei, lasse sich ein höherer GdB als 40 nicht begründen (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Beinverkürzung rechts, Gebrauchseinschränkung des rechten Beines (Teil-GdB von 30), Funktionsbehinderung beider Kniegelenke (Teil-GdB von 20), Bluthochdruck, hypertensive Herzkrankheit (Teil-GdB von 20), Erkrankung der Prostata, Erektile Dysfunktion (Teil-GdB von 10), Sehbehinderung, eingepflanzte Kunstlinse beidseits (Teil-GdB von 10), Krampfadern (Teil-GdB von 10)).

Der Kläger hat mitgeteilt (Blatt 69 der SG-Akte) dem Gutachten von Dr. Na. sei nicht zu entnehmen, dass dieser eine normale Form und freie Beweglichkeit der Wirbelsäule angenommen habe.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 27.05.2013 die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von 50. Der Gesamt-GdB sei mit 40 zutreffend bewertet. Der Kläger leide an einer Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit ohne Herzinsuffizienz. In Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. Na. sei dies aufgrund der Organbeteiligung mit einem Teil-GdB von 20 v. H. zu bewerten. Dr. Na. beschreibe in seinem Gutachten im Befund vom 02.03.2012 auch eine normale Form und eine freie Beweglichkeit der Wirbelsäule, wofür der vom Beklagten angenommene Teil-GdB von 30 eher im oberen Bereich anzusiedeln sei. Im Hinblick auf die eher großzügige Beurteilung der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, der Beinverkürzung rechts und der Gebrauchseinschränkung des rechten Beines mit einem Teil-GdB von 30 lasse sich eine Bewertung des Gesamt-GdB auf 50 bei der gebotenen integrativen Betrachtung nicht begründen.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 29.05.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 28.06.2013 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Gerügt werde die Bildung des Gesamt-GdB. Entgegen der Auffassung des SG sei die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, der Beinverkürzung rechts und der Gebrauchseinschränkung des rechten Beines keineswegs großzügig bewertet. Der Beklagte habe auf Blatt 137 seiner Akte für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Beinverkürzung rechts, Gebrauchseinschränkung des rechten Beines mit einem Einzel-GdB von 30 angenommen und unter Berücksichtigung von weiteren sechs Funktionseinschränkungen mit jeweils einem Einzel-GdB von 10 auf orthopädisch und internistischem Fachgebiet bereits im Jahre 2010 einen Gesamt-GdB von 40 angenommen. Da in aller Regel Funktionsbehinderungen mit einem Einzel-GdB von 10 nicht zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB führten, müsse daraus geschlossen werden, dass die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit Beinverkürzung rechts und Gebrauchseinschränkung des rechten Beines mit einem Teil-GdB von 30 keineswegs großzügig, sondern eher restriktiv bewertet worden seien. Zwar habe Dr. Na. in seinem Gutachten eine normale Form und freie Beweglichkeit der Wirbelsäule beschrieben, über die Beinverkürzung rechts bzw. die Gebrauchseinschränkung des rechten Beines habe sich Dr. Na. nicht ausgelassen. Hinzu komme, dass es sich um einen Arzt für innere Medizin gehandelt habe, dessen Auftrag nicht darin bestehe, den Kläger orthopädisch zu untersuchen. Bei Zweifeln an einem Teil-GdB von 30 hätte sich das SG gedrängt fühlen müssen, von Amts wegen ein orthopädisches Gutachten einzuholen.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 27.05.2013 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides des Landratsamts L. vom 30.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Beklagten vom 17.09.2010 zu verurteilen, bei ihm den GdB seit 29.01.2010 mit mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Auch wenn möglicherweise die Bewertung im Abhilfebescheid vom 09.09.2009 hinsichtlich der Teil-GdB-Werte und/oder der Bildung des Gesamt-GdB großzügig bzw. eventuell überhöht gewesen sei, könne der Kläger nun nicht verlangen, dass darauf nun die hinzugekommenen Bewertungen "daraufgesattelt" würden. Vielmehr sei beim jetzigen Verfahren nach [§ 48 SGB X](#) jede einzelne Funktionsbeeinträchtigung anhand der aktuellen Befunde (neu) zu bewerten. Bindend sei nur der Gesamt-GdB von 40.

Die Sach- und Rechtslage wurde mit den Beteiligten in einem Termin am 21.10.2013 erörtert. Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Termin wird auf Blatt 23/24 der Senatsakte Bezug genommen.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie der weiteren Einzelheit des Sachverhalts wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat sah sich nicht an einer Entscheidung gehindert. Der im Termin zur mündlichen Verhandlung erschienene Klägerbevollmächtigte hat keine Umstände vorgetragen, die eine Verletzung des Rechts auf rechtliches Gehör des Klägers zu begründen vermögen.

Der Verlegungsantrag des Klägerbevollmächtigten vom 25.03.2014 ist vom Vorsitzenden mit Verfügung vom 26.03.2014 abgelehnt worden. Einem Antrag auf Verlegung eines nach [§ 110 SGG](#) anberaumten Termins zur mündlichen Verhandlung ist dann stattzugeben, wenn erhebliche Gründe im Sinne der [§§ 202 SGG, 227 Abs. 1](#) und 2 Zivilprozessordnung (ZPO) dargetan und glaubhaft gemacht sind (Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 10. Aufl. § 110 Rn. 4b). Nach [§ 227 ZPO](#) kann ein Termin aus erheblichen Gründen vom Vorsitzenden ([§ 227 Abs. 4 ZPO](#)) aufgehoben oder verlegt werden. Sofern der die Verlegung beantragende Prozessbeteiligte erhebliche Gründe geltend gemacht und gegebenenfalls auf Anforderung des Vorsitzenden glaubhaft gemacht hat, ist das Gericht zu ordnungsgemäßem Vorgehen und Aufhebung oder Verlegung des Termins verpflichtet (st. Rspr. des BSG, zuletzt Beschluss vom 18.12.2012 - [B 1 KR 90/12 B](#), Juris Rn. 5). Erhebliche Hinderungsgründe in diesem Sinne sind nicht dargetan worden. Der Kläger war durch seinen Prozessbevollmächtigten im Termin vertreten. Es ist weder vorgetragen worden noch für den Senat sonst erkennbar gewesen, dass zur Ermittlung des entscheidungsrelevanten Sachverhalts das Vorbringen des im Termin persönlich anwesenden Klägers erforderlich ist. Das persönliche Erscheinen des Klägers war nicht angeordnet worden. Außerdem hatte der Kläger Gelegenheit gehabt im Termin zur Erörterung des Sach- und Rechtslage persönlich vorzutragen.

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet.

Der Bescheid des Landratsamts L. vom 30.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Beklagten vom 17.09.2010 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf (Neu-)Feststellung eines GdB von mehr als 40. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden. Der Senat nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung vom 23.03.2011 Bezug und sieht von einer weiteren Darstellung der Gründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend sei lediglich auf Folgendes hingewiesen:

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 BVG](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16 des BVG](#) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der früher im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten AHP 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 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 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 kein GdB von mehr als 40 zu, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend entschieden hat.

Die Bewertung der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, der Beinverkürzung rechts, sowie der Gebrauchseinschränkung des rechten Beines mit einem Teil-GdB von 30 ist nach Überzeugung des Senats nicht zutreffend. Zur Überzeugung des Senats ist die Funktionsbeeinträchtigung durch Erkrankung an der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Die VG sehen unter B Nr. 18.9 folgende GdB-Werte vor: Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität 0 mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) 10 mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) 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) 30 mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten 30-40 mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) 50-70 bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit 80-100

Dr. Na. konnte in seinem Gutachten bei einer orientierenden körperlichen Untersuchung des Klägers eine freie Beweglichkeit und eine normale Form der Wirbelsäule beschreiben, ebenso wie seitengleich ausgeprägte Ober- und Unterschenkel (rechts: OS-Umfang: 49,8 cm, US-Umfang: 38,4 cm, Fessel: 23 cm; links: OS-Umfang: 49,8 cm, US-Umfang: 38 cm, Fessel: 23 cm). Aus diesen Erhebungen lässt sich nicht ableiten, dass Bewegungseinschränkungen oder Verformungen der Wirbelsäule, wie sie von B Nr. 18.9 gefordert werden, vorliegen. Auch lässt sich daraus ableiten, dass beide Beine gleichmäßig belastet werden und nicht in Folge von Wirbelsäulenschäden oder Knieschäden einseitig geschont werden. Da es sich bei der Betrachtung einer Wirbelsäulenverformung und von Bewegungseinschränkungen um eine rein optische Untersuchung handelt, die zum Standard einer jeden ärztlichen Untersuchung gehört, konnte auch der Internist Dr. Na. entsprechende Befunde erheben, weshalb auf orthopädischem Fachgebiet ein Gutachten von Amts wegen nicht einzuholen war.

Bestätigt sieht sich der Senat in seiner Auffassung auch durch die Auskunft von Dr. Bu., der gegenüber dem SG lediglich im Jahr 2005 eine Behandlung wegen Funktionsstörungen der Halswirbelsäule mitteilen konnte. Dr. M. (Blatt 21/22 der SG-Akte) konnte außer einem chronischen Wirbelsäulen-Syndrom keine näheren Angaben machen. Auch aus den umfangreichen medizinischen Unterlagen der Beklagtenakte (Blatt 38/40, 51/106112/114, 122/134 der Beklagtenakte) ergeben sich nur wenige orthopädische Befunde. So berichtet der Orthopädie Dr. Hu. am 18.02.2005 (Blatt 56 der Beklagtenakte) über bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im linken Kniegelenk. Dr. Bu. berichtet am 04.06.2005 (Blatt 62 der Beklagtenakte) über akute Schmerzen am Hinterhaupt (ausdrücklich: "keine Beschwerden an der HWS") bei S-förmiger Wirbelsäule aber endgradig eingeschränkter Rechtsrotation der HWS, Blockierungen C3 ohne sensomotorische Störungen. Er stellte die Diagnose eines HWS-Syndroms. Dr. Bu. berichtet dann am 08.01.2007 (Blatt 72 der Beklagtenakte) über starke Schmerzen am Ellenbogen rechts. In den Jahren 2009 und 2010 berichtet Dr. A. (Blatt 122, 124 der Beklagtenakte) über eine Behandlung eines persistierenden Reizzustandes bei Zustand nach Arthroskopie des rechten Knies (11/07). Dr. Bu. erteilte dem LRA am 12.02.2010 einen Befundschein (Blatt 127/129 der Beklagtenakte) und beschrieb ausschließlich Schmerzen bzw. Schwellungen im rechten Kniegelenk und dorsal bei Verdacht auf Innenmeniskusläsion rechts. Damit hat keiner der behandelnden Ärzte auch nur im Ansatz relevante Bewegungseinschränkungen oder Schmerzen der Wirbelsäule dargestellt. Auch konnte sich der Senat angesichts der Tatsache, dass der Kläger in der Lage war, den seinem Bevollmächtigten im Erörterungstermin unter den Tisch gefallenen Kugelschreiber spontan, schnell, flüssig und ohne Schwierigkeiten aufzuheben (vgl. die Niederschrift des Erörterungstermins Blatt 23/24 der Senatsakte), ersehen, dass relevante Bewegungseinschränkungen nicht vorliegen. Im Übrigen hat auch der Kläger solche nicht behauptet. Für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule konnte sich der Senat nicht von einem höheren Teil-GdB als 10 überzeugen.

Dass der Beklagte bisher hierfür einen Teil-GdB von 30 angenommen hat, steht der Überzeugung des Senats nicht entgegen; zumal die vom Beklagten damals (Blatt 30 der Beklagtenakte) angenommene Beinmuskulverschwächung nicht mehr vorliegt. Denn in Bestandskraft erwachsen ist nur die Feststellung des Gesamt-GdB von 40, nicht dagegen dessen zugrundeliegenden Teil-GdB. Auch dass der Beklagte ausgehend von einem Teil-GdB von 30 - wohl zu großzügig - unter Berücksichtigung weiterer fünf Teil-GdB über jeweils 10 (dazu vgl. Blatt 115 der Beklagtenakte) mit Bescheid vom 09.09.2010 zu einem Gesamt-GdB von 40 gekommen ist, bedeutet keine Bindung des Senats an diese Einschätzung.

Eine Funktionsbehinderung beider Kniegelenke ist nicht nachgewiesen. Die Beeinträchtigung am rechten Kniegelenk ist mit dem Teil-GdB von 20 angesichts der Vorgaben von B Nr. 18.14 VG ausreichend, jedenfalls nicht zum Nachteil des Klägers, bewertet. Die mit der Knieerkrankung im Zusammenhang stehenden Schmerzen sind bereits bei diesem Teil-GdB berücksichtigt. Ein außergewöhnliches oder darüber hinausgehenden Schmerzsyndrom konnten auch Dr. Bu. in seiner Aussage vom 11.03.2011 und Dr. M. in der Aussage vom 24.02.2011 nicht darstellen. Die Behandlung durch Dr. A. wegen Schmerzen am Knie nach Arthroskopie des rechten Knies (dazu vgl. Blatt 122, 124 der Beklagtenakte) hat sich auf das Jahr 2009 und Januar 2010 beschränkt und ist seither vom Kläger nicht weiterverfolgt worden. Die von Dr. Bu. angeführte einseitige Chondromalazie Grad III bedingt keine anhaltenden Reizerscheinungen, was einen höheren Teil-GdB rechtfertigen könnte. Daher konnte der Senat - auch unter Berücksichtigung der Beinverkürzung von 4 cm, die nach B Nr. 18.14 ("Beinverkürzung") mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten war - für die Funktionsbehinderung am rechten Bein in der Gesamtbetrachtung nur einen Teil-GdB 20 als angemessen berücksichtigen.

Die ursprünglich vom Beklagten angenommenen Funktionsbehinderungen des rechten Ellenbogens mit einem Teil-GdB von 10 (vgl. Blatt 115 der Beklagtenakte sowie Bescheid vom 09.09.2009, Blatt 116/117 der Beklagtenakte) war nicht weiter zu berücksichtigen, da - jedenfalls im streitigen Zeitraum - keiner der Ärzte mehr Beschwerde am Ellenbogen bzw. daraus folgende Funktionsbeeinträchtigungen darlegen konnte. Der Senat konnte sich hier nicht von einer bestehenden Behinderung überzeugen.

Der Bluthochdruck und die hypertensive Herzkrankheit sind mit einem Teil-GdB von 20 zutreffend bewertet (dazu vgl. B Nr. 9.3 VG), was auch vom Kläger nicht in Zweifel gezogen wird. Auch die Erkrankung der Prostata, die erektile Dysfunktion, die Sehbehinderung mit eingepflanzter Kunstlinse beidseits und die Krampfadern sind jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zutreffend und ausreichend bewertet.

Anhaltspunkte für eine dem psychiatrischen Formenkreis entstammende Erkrankung liegen nicht vor. Zwar hat Dr. M. gegenüber dem SG ein chronisches Schmerzsyndrom und depressive Verstimmungszustände angegeben, doch finden sich in den ärztlichen Unterlagen keinerlei Hinweise auf entsprechende Erkrankungen, Behandlungen oder Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Auch konnte der Kläger im Erörterungstermin hierzu keine Anhaltspunkte beitragen. Soweit sich Schmerzerkrankungen in Behandlungen niedergeschlagen haben, so standen diese in Zusammenhang mit den Kniebeschwerden des Klägers (vgl. die Berichte von Dr. A. , Blatt 122, 124 der Beklagtenakte) bzw. der durchgeführten Leistenoperation (Blatt 79/80 der Beklagtenakte) und beschränkten sich auf kurzzeitige Behandlungen im Jahr 2009 bis Januar 2010 sowie im Jahr 2007. Daraus kann der Senat aber kein chronisches Schmerzsyndrom oder depressive Verstimmungszustände oder eine andere GdB-relevante Behinderung ableiten.

Sonstige Gesundheitsstörungen mit einer wesentlichen Funktionseinschränkung sind beim Kläger nicht ersichtlich und werden von ihm auch nicht dargetan.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen, nicht mehr für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und dem Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Das Gutachten geht von zutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen aus, enthält keine unlösbaren inhaltlichen Widersprüche und gibt keinen Anlass, an der Sachkunde oder Unparteilichkeit des Gutachters zu zweifeln. Auch sehen die Prozessordnungen - auch das SGG - einen allgemeinen Anspruch auf Überprüfung eines Sachverständigengutachtens durch ein sog. Obergutachten nicht vor (BSG 23.05.2006, [B 13 Rj 272/05 B](#), juris).

Auf Basis dieser festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdB mit 40 zu bewerten. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in 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. 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. 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. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich 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](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt.

Hiervon ausgehend konnte sich der Senat aufgrund der Teil-GdB-Werte von - 10 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, - 20 für die Funktionsbehinderungen des Kniegelenkes rechts, die Beinverkürzung rechts, sowie die Gebrauchseinschränkung des rechten Beines, - 20 für den Bluthochdruck und die hypertensive Herzkrankheit, - 10 für die Erkrankung der Prostata, die erektile Dysfunktion, - 10 für die Sehbehinderung mit eingepflanzter Kunstlinse beidseits und - 10 für Krampfadern - wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken - und unter Berücksichtigung der jeweiligen Funktionsbehinderungen sowie Schmerzen usw. nicht von einem höheren Gesamt-GdB als 40 überzeugen. Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass sich insbesondere die Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet untereinander, wie auch die Behinderungen auf internistischen Fachgebiet untereinander jeweils beeinflussen.

Damit ist im Verhältnis zu dem der Zuerkennung eines GdB von 40 zugrundeliegenden Bescheids vom 09.09.2009 (Blatt 116/117 der Beklagtenakte) eine wesentliche Änderung nicht eingetreten, sodass ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des GdB nicht besteht. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-04-02