

L 8 SB 2246/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 7 SB 2469/11

Datum

10.05.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 2246/13

Datum

28.03.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 10. Mai 2013 aufgehoben. Die Klage des Klägers wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Der 1952 geborene Kläger stellte am 02.09.2010 beim Landratsamt R. - Versorgungsamt - (VA) einen Erstantrag auf Feststellung des GdB. Er machte an Gesundheitsstörungen ein degeneratives HWS/LWS-Syndrom, eine Heberdenarthrose, ein Tinnitus, eine Hiatushernie, Hallux valgus sowie eine abdominale Intercostalneuralgie geltend. Das VA zog medizinische Befundunterlagen bei (insbesondere Berichte Dr. W. vom 08.10.2010 zu Wirbelsäulenbeschwerden; Dr. B. vom 13.07.2010; des Arztes für Chirurgie und Unfallchirurgie H. vom 02.10.2009 und 15.01.2010, Diagnosen: Mittelschwerer Hallux valgus beidseits, Pes adducts beidseits, Korrekturoperation rechts am 19.11.2009; Durchgangsarztbericht Dres. G. und O. vom 07.01.2008; Radiologieberichte PD F. vom 25.08.2010 sowie Befundangaben des Dr. B. vom 17.09.2010 mit Tonaudiogramm vom 13.07.2010) und ließ diese versorgungszärztlich auswerten. Dr. A.-F. schlug in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 29.10.2010 den Gesamt-GdB mit 30 vor.

Mit Bescheid vom 25.11.2010 stellte das VA beim Kläger den GdB mit 30 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 02.09.2010 fest.

Hiergegen legte der Kläger am 09.12.2010 Widerspruch ein. Er machte zur Begründung ein verschlechtertes Hörvermögen, Gleichgewichtsschwankungen sowie eine zunehmende Fingergelenks-Arthrose geltend und legte radiologische Aufnahmen vor. Das VA holte weitere medizinische Befundunterlagen ein (Radiologiebericht Dr. J.-S. vom 30.12.2010; Befundberichte Dr. W. vom 21.01.2011; Dr. B. vom 23.03.2011 mit Tonaudiogramme vom 30.11.2010 und 05.07.2004; Entlassbericht Kreiskliniken E. vom 21.02.2011, Diagnose: Impingement rechte Schulter bei Zustand nach Humeruskopffraktur und beginnender Omarthrose rechts). In der hierzu eingeholten gutachtlichen Stellungnahme seines ärztlichen Dienstes, Dr. G., vom 24.05.2011 wurde wegen degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen und einer Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks (Teil-GdB 30), einer Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20), einer Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform (Teil-GdB 10) sowie Zwerchfellbruch (Teil-GdB 10) der Gesamt-GdB mit 40 vorgeschlagen. Mit Teil-Abhilfebescheid vom 31.05.2011 stellte das VA beim Kläger den GdB mit 40 seit 02.09.2010 fest. Der Kläger hielt unter Vorlage bildgebenden Materials an seinem Widerspruch fest (Schreiben vom 15.06.2011). Mit Widerspruchsbescheid vom 02.08.2011 wies das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch des Klägers gegen die Bescheide vom 25.11.2010 und 31.05.2011 zurück. Die Auswertung der ärztlichen Unterlagen habe ergeben, dass die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 40 angemessen bewertet seien.

Hiergegen erhob der Kläger am 16.08.2011 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG). Er machte zur Begründung einen sich verschlechternden Tinnitus mit Problemen, Unterhaltungen mit Menschen zu folgen, Halswirbelsäulen-Beschwerden, Gleichgewichtsprobleme, schmerzhafte Schulterprobleme rechts, Schmerzen am linken Fuß, Einschränkungen wegen Zwerchfellbruch sowie eine Arthrose der Finger mit Verkürzungen des Daumens, des Zeige- und Mittelfingers rechts nach einem Unfall geltend. Er benötige einen GdB von 50, um Rente zu beantragen.

Das SG hörte vom Kläger benannte behandelnde Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Radiologe Dr. B. berichtete in seiner Stellungnahme vom 21.09.2011 über durchgeführte radiologische Untersuchungen des Klägers und legte hierzu Befundberichte vor. Der HNO-Arzt Dr. B. teilte in seiner Stellungnahme vom 28.09.2011 den Behandlungsverlauf sowie die erhobenen Befunde mit. Er schätzte wegen eines Hörverlustes den GdB auf 15 und unter Einbeziehung des Tinnitus auf 20 ein. Der Allgemeinarzt Dr. W. teilte in seiner Stellungnahme vom 14.10.2011 unter Vorlage von medizinischen Befundunterlagen die im Verlauf der hausärztlichen Behandlung erhobenen Befunde und die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Klägers mit und hielt eine höhere Minderung der Erwerbsfähigkeit als 40 % für gegeben.

Der Beklagte regte unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 11.01.2012 weitere Ermittlungen an.

Das SG holte daraufhin von Amts wegen das chirurgische Gutachten des Dr. A. vom 13.03.2012 ein. Dr. A. gelangte in seinem Gutachten zusammenfassend zu dem Ergebnis, beim Kläger bestünden auf seinem Fachgebiet an Krankheitsbildern ein chronisches HWS-, BWS- und LWS-Syndrom bei zum Teil erheblichen Veränderungen in allen drei Wirbelsäulenabschnitten (Teil-GdB 30), eine chronische Periarthropathia humeroscapularis beidseits mit erheblicher Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit, Druckschmerz des Schultergelenks, Atrophie des Obergrätenmuskels, Gelenkknacken, Minderung der groben Kraft des Armes und leichte Minderung der Hohlhandbeschwellung bei fortgeschrittener Omarthrose und Zeichen einer schweren Rotatorenmanschettendegeneration jeweils rechts, eine Einschränkung der Beugung und Streckung des rechten Ellenbogens um jeweils 10°, ein Zustand nach traumatischer Endglied-Teilamputation des 2. und 3. Fingers rechts und des 1. Fingers links mit klobiger Verdickung des Restendgliedes, eine Heberdenarthrose beidseits mit Schwellung und Druckschmerz einzelner Fingergelenke sowie eine stenosierende Sehnenscheidenentzündung am 3. Finger links - Schnappfinger - (Teil-GdB 30) sowie ein Zustand nach Hallux-valgus-OP beidseits mit gutem Ergebnis (Teil-GdB 10). Unter Berücksichtigung der übrigen Ansätze (Tinnitus, Schwerhörigkeit und Schwindelneigung sowie Zwerchfellbruch - Teil-GdB jeweils 10 -) bewertete Dr. A. den Gesamt-GdB mit 50 seit dem 02.09.2010.

Der Beklagte trat unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S. vom 07.05.2012 der Klage entgegen. Dr. S. schlug in seiner Stellungnahme unter Berücksichtigung degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen (Teil-GdB 20-30), einer Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen beidseits (Teil-GdB 20), einer Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks (Teil-GdB 10), einer Funktionsbehinderung durch beidseitige Fußfehlform (Teil-GdB 10) sowie Zwerchfellbruch (Teil-GdB 10) den Gesamt-GdB mit (30-40) vor.

Zum Vorbringen des Beklagten holte das SG die ergänzende Stellungnahme des Dr. A. vom 15.06.2012 ein, in der Dr. A. im Ergebnis (Wirbelsäule Teil-GdB 30, rechte Schultergelenk Teil-GdB 20, Endgliedverlust D1 links und D2, D3 rechts Teil-GdB 20) an der Bewertung des Gesamt-GdB mit 50 festhielt.

Der Beklagte trat der ergänzenden Stellungnahme des Dr. A. unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 04.09.2012, in der weiterhin von einem Gesamt-GdB von 40 ausgegangen wurde (degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen Teil-GdB 20-30, Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen Teil-GdB 20, Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks und Fingerteilverlust Teil-GdB 20, Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform und Zwerchfellbruch Teil-GdB jeweils 10), weiter entgegen.

Der Kläger hat - durch seine Prozessbevollmächtigten - die Bewertung des Dr. A. verteidigt (Schriftsatz vom 19.09.2012) und machte eine bei einem Unfall am 14.08.2012 erlittene Knieverletzung rechts (Meniskusquetschung sowie Kreuzbandeinriss) mit nachhaltigen Beschwerden als weitere Behinderung geltend (Schriftsatz vom 06.12.2012).

Das SG zog zu den Folgen des Unfalls vom 14.08.2012 medizinische Befundunterlagen bei (ärztlicher Bericht Dr. P. vom 25.09.2012; Radiologiebericht Dr. T. vom 23.08.2012; ambulanter Behandlungsschein Landesklinikum H. vom 14.08.2012). Weiter legte der Kläger den Ärztlichen Entlassungsbericht der m.-Fachklinik I. an die Deutsche Rentenversicherung vom 29.01.2013 über eine stationäre Behandlung vom 08.01.2013 bis 29.01.2013 vor.

Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. R. vom 05.03.2013 und 26.03.2013 weiter entgegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 10.05.2013 verurteilte das SG den Beklagten, beim Kläger einen GdB von 50 ab 02.09.2010 festzustellen. Es führte in den Entscheidungsgründen aus, es sei angemessen, die Behinderungen des Klägers mit einem GdB von 50 zu bewerten. Weitere Ermittlungen dazu, ob infolge des Verkehrsunfalles vom 14.08.2012 eine dauerhafte Behinderung am rechten Kniegelenk verblieben sei, erübrigten sich deswegen, weil bereits aufgrund des bisherigen Beweisergebnisses eine abschließende Entscheidung über das vom Kläger angestrebte Klageziel möglich sei. In Übereinstimmung mit dem Sachverständigen und letztlich auch mit der versorgungsärztlichen Bewertung seitens der beratenden Ärzte des Beklagten seien die Gesundheitsstörungen des Klägers an der Wirbelsäule mit einem GdB von 30 zu bewerten. Für die Funktionseinschränkung des rechten Armes inklusive der Hand sei ein GdB von 20 bis 30 anzusetzen. Insgesamt müsse von einer deutlichen Herabsetzung der Funktionalität des rechten Armes ausgegangen werden. Die zwischen den Beteiligten unstreitige Einschränkung auf HNO-ärztlichem Gebiet einschließlich des Tinnitus sei mit einem GdB von 20 zu bewerten. Der Hallux valgus, Zwerchfellbruch und die stenosierende Sehnenscheidenentzündung seien für die Gesamtbewertung unbeachtlich. Nach Dafürhalten des Gerichts ergebe sich aus den relevanten Einzel-GdB-Bewertungen von (knapp) 30 für die Wirbelsäule, 20-30 für den rechten Arm und 20 für die HNO-ärztlichen Einschränkungen insgesamt eine Schwerbehinderung, mithin ein Gesamt-GdB von 50.

Gegen den dem Beklagten am 16.05.2013 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die vom Beklagten am 27.05.2013 eingelegte Berufung. Der Beklagte hat zur Begründung unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 23.05.2013 vorgetragen, beim Kläger lägen nur geringgradige orthopädische Funktionseinschränkungen vor. Hinsichtlich der Wirbelsäule sei ein höherer Teil-GdB als 20 nicht begründbar. Hinsichtlich der Schultergelenke lägen nach dem Entlassungsbericht I. allenfalls endgradige Einschränkungen vor. Sämtliche Funktionseinschränkungen der oberen Gliedmaßen unter Einschluss des Fingerteilverlustes seien mit einem GdB von 20 zu bemessen. Einen Gesamt-GdB von 50 sei nicht begründbar.

Der Beklagte beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 10. Mai 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Die vom Gutachter Dr. A. vorgenommenen Bewertungen seien entgegen der Auffassung des Beklagten richtig und im Gerichtsbescheid des SG richtig bewertet worden. Neue Argumente trage der Beklagte nicht vor.

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 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Beklagten ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und begründet. Dem Kläger steht gegen den Beklagten kein Anspruch auf Feststellung eines GdB von über 40 seit dem 02.09.2010 zu. Eine Schwerbehinderteneigenschaft des Klägers liegt nicht vor. Der streitgegenständliche Teil-Abhilfebescheid des Beklagten vom 31.05.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.08.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der abweichenden Ansicht des SG im angefochtenen Gerichtsbescheid vermag sich der Senat nicht anzuschließen.

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 kein GdB von mehr als 40 seit dem 02.09.2010 zu.

Das Wirbelsäulenleiden des Klägers rechtfertigt zur Überzeugung des Senats einen Teil-GdB von 20. Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, die einen Teil-GdB von 30 (oder mehr) rechtfertigen, liegen beim Kläger nicht vor. Nach den VG Teil B 18.9 beträgt bei Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität der GdB 0; mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 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) der GdB 20; mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 30; mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten der GdB 30 bis 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]) der GdB 50 bis 70; bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehufähigkeit der GdB 80 bis 100.

Hiervon ausgehend liegen beim Kläger zur Überzeugung des Senats Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die einen Teil-GdB von 30 rechtfertigten, nicht vor. Nach dem Gutachten von Dr. A. vom 13.03.2012 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.06.2012 besteht beim Kläger ein chronisches HWS-Syndrom mit einer Einschränkung der Kopfneigung nach vorne, Einschränkung der Seitneigung um jeweils 1/3 sowie Einschränkung der Kopfdrehung nach links um ca. 1/3. Dem entspricht im Wesentlichen die im Ärztlichen Entlassungsbericht der m. Fachklinik I. vom 29.01.2013 beschriebene Beweglichkeit der HWS des Klägers, bei lediglich endgradiger Einschränkung der Kopfdrehung rechts und links. Danach kann nicht vom Vorliegen mindestens mittelgradiger funktioneller Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden der HWS ausgegangen werden. Hinsichtlich der BWS besteht beim Kläger nach dem Gutachten von Dr. A. und seiner ergänzenden Stellungnahme eine deutliche Einschränkung der Entfaltbarkeit (Zeichen nach Ott 30/30 cm bei nicht wesentlich eingeschränktem Zeichen nach Schober 10/14,5 cm). Ob Dr. A. darin zu folgen ist, dass beim Kläger deswegen funktionell von einer Versteifung der BWS auszugehen ist, was im Hinblick auf die Zeichen nach Schober zweifelhaft erscheint, bedarf keiner näheren Klärung. Denn Dr. A. geht in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.06.2012 hinsichtlich der BWS selbst davon aus, dass Veränderungen der BWS einen GdB von 30 nicht rechtfertigen ("nicht ausfüllen"). Gegen eine höhergradige Funktionsbehinderung der BWS spricht auch der im Entlassungsbericht der m. Fachklinik I. beschriebene Wirbelsäulenbefund mit einem Finger-Boden-Abstand von 0 cm. Hinsichtlich der BWS

ist damit allenfalls von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden auszugehen. Die LWS ist nur leichtgradig bewegungseingeschränkt (Drehung nach links 1/3, Finger-Boden-Abstand 17 cm). Davon geht auch Dr. A. in seiner ergänzenden Stellungnahme aus. Auch dem Ärztlichen Entlassungsbericht der m. Fachklinik I. vom 29.01.2013 lässt sich eine höhergradige Bewegungseinschränkung der LWS des Klägers nicht entnehmen (Finger-Boden-Abstand 0 cm). Hinsichtlich der LWS ist damit lediglich von leichtgradigen funktionellen Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden auszugehen. Das Vorliegen neurologischer Defizite beschreibt Dr. A. nicht. Auch im Ärztlichen Entlassungsbericht der m.-Fachklinik I. wird das Vorliegen eines senso-motorischen Defizits verneint.

Damit ist zur Überzeugung des Senats beim Kläger von allenfalls mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt auszugehen, die nach den rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG und der Rechtsprechung des Senats einen Teil-GdB von 20 rechtfertigen. Nach der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 24.01.2014 - [L 8 SB 2497/11](#) -, veröffentlicht in [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) und juris) kommt es dabei für die Subsumtion unter die Voraussetzungen des GdB-Bewertungsrahmens auf den medizinischen Gesichtspunkt nicht an, ob BWS und LWS funktional als Rumpfwirbelsäule eine Einheit bilden, wie Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 04.09.2012 annimmt. Denn die GdB-Bewertung bei Wirbelsäulen-Einschränkungen ist durch die rechtlichen Vorgaben der VG (und früher der AHP) an die Differenzierung in (drei) Wirbelsäulenabschnitte gebunden. Maßgebend ist damit, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten. Die Verteilung auf zwei Wirbelsäulenabschnitte mit jeweils nur mittelgradigen Auswirkungen bzw. mit mittelgradiger und schwerer Betroffenheit je Wirbelsäulenabschnitt rechtfertigt dagegen beide Male nur den GdB 30, was ebenso für den vergleichbaren, aber nicht gesondert geregelten Fall der Betroffenheit von drei Wirbelsäulenabschnitten gelten muss, in denen jeweils nur mittelgradige Auswirkungen bestehen. Mittelgradige oder gar schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten liegen aber beim Kläger nicht vor.

Ein zusätzlich zu berücksichtigendes außergewöhnliches Schmerzsyndrom (vergleiche hierzu VG Teil A 2j) besteht beim Kläger nicht. Eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit, die eine ärztliche Behandlung erfordert, ist nicht nachgewiesen. Nach den von Dr. A. in seinem Gutachten beschriebenen Angaben benötigt der Kläger vielmehr lediglich durchschnittlich einmal pro Woche ein Schmerzmedikament.

Der abweichenden Bewertung des Teil-GdB durch Dr. A. kann nicht gefolgt werden. Er berücksichtigt bei seiner Bewertung des Wirbelsäulenleidens des Klägers mit einem Teil-GdB von 30 auch zwei Wirbelsäulenabschnitte mit nicht als mittelgradig einzustufenden funktionellen Auswirkungen, was nach der oben dargestellten Rechtsprechung des Senats einen Teil-GdB von 30 nicht rechtfertigt. Außerdem berücksichtigt Dr. A. in seinem Gutachten bei der Bewertung des Teil-GdB von 30 zum Teil erhebliche (degenerative) Veränderungen der drei Wirbelsäulenabschnitte. Allein degenerative Veränderungen oder Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule sind für die Bewertung des GdB jedoch nicht ausschlaggebend. Vielmehr ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem sogenannten Postdiskotomiesyndrom) primär aus dem Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung aus der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität, der Häufigkeit und Dauer von Wirbelsäulensyndromen sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte (vergleiche VG Teil B 18.9).

Weiter besteht beim Kläger eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes sowie ein Fingerteilverlust nach Endgliedteilamputation des 2. und 3. Fingers rechts und des 1. Fingers links, die zur Überzeugung des Senats mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten sind.

Nach den VG Teil B 18.13 rechtfertigt eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen GdB von 10 und Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen GdB von 20. Nach dem Gutachten von Dr. A. vom 13.03.2012 ist die Beweglichkeit des rechten Schultergelenks des Klägers Arm seitwärts/körperwärts mit 90-0-50° und Arm rückwärts/vorwärts mit 45-0-100° eingeschränkt. Weiter ist der Hinterhauptgriff deutlich und der Schürzengriff weniger stark eingeschränkt. Demgegenüber wird im Ärztlichen Entlassungsbericht der m.-Fachklinik I. lediglich eine endgradig eingeschränkte Abduktion und Anteversion beider Schultergelenke bei nicht vollständigem Schürzengriff und möglichem Nackengriff des Klägers beschrieben. Eine relevante Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks besteht nach dem Gutachten von Dr. A. dagegen nicht (Arm seitwärts/körperwärts 150-0-50° und Arm rückwärts/vorwärts 50-0-160°), wovon auch Dr. A. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.06.2012 ausgeht. Damit ist ein Teil-GdB von 20 von Seiten des rechten Schultergelenks nicht belegt, wie Dr. W. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 04.09.2012 überzeugend ausgeführt hat, was der Senat als qualifiziertes Parteivorbringen verwertet. Ein Teil-GdB von 20 für das "Funktionssystem" der oberen Extremitäten/Arme (vergleiche hierzu VG Teil A 2e) lässt sich damit nur unter Berücksichtigung der Endgliedteilamputation des 2. und 3. Fingers rechts und des 1. Fingers links rechtfertigen, wie Dr. W. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 04.09.2012 weiter überzeugend ausgeführt hat, dem der Senat auch insoweit folgt. Weitere zu berücksichtigende Funktionsbehinderungen der oberen Extremitäten des Klägers liegen nicht vor. Eine nach den VG Teil B 18.13 relevante Funktionsbehinderung der Ellenbogengelenke des Klägers (Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk geringen Grades Streckung / Beugung bis 0-30-120° bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit) liegt nicht vor. Nach dem Gutachten von Dr. A. vom 13.03.2012 besteht lediglich eine geringgradige Einschränkung der Beweglichkeit der Ellenbogengelenke (Streckung/Beugung rechts 0-10-130°, links 0-0-140°), die nicht GdB-relevant ist, wovon auch Dr. A. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.06.2012 ausgeht. Entsprechendes gilt für die Heberdenarthrose sowie den "Schnappfinger" (3. Finger links) des Klägers. GdB-relevante Funktionsbeeinträchtigungen lassen sich insoweit dem Gutachten von Dr. A. nicht entnehmen. Auch Dr. A. geht in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.06.2012 wegen der Heberdenarthrose und dem "Schnappfinger" nicht (mehr) von einer zu berücksichtigenden Funktionsbeeinträchtigung des Klägers aus.

Der abweichenden Bewertung von Dr. A., der wegen Funktionsbeeinträchtigungen der Arme des Klägers von einem Teil-GdB von 30 ausgeht, kann auch insoweit nicht gefolgt werden. Der dabei von ihm berücksichtigte Teil-GdB von 20 für die Funktionsbeeinträchtigung des rechten Schultergelenks entspricht nach dem oben Ausgeführten nicht den rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG. Der weiter von ihm für die Endgliedteilamputation des 2. und 3. Fingers rechts und des 1. Fingers links berücksichtigte Teil-GdB von 20 wird den rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG ebenfalls nicht gerecht, wie Dr. W. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 04.09.2012 überzeugend ausgeführt hat, dem sich der Senat anschließt. Die Erwägungen von Dr. A. zu Empfindungsstörungen an den Fingern durch

Verlust des Tastgefühls überzeugen den Senat nicht. Soweit Dr. A. auf Bewertungsmaßstäbe der Minderung der Erwerbsfähigkeit im Bereich der gesetzliche Unfallversicherung abstellt, sind diese an den verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt orientierten Bewertungsmaßstäbe vorliegend nur begrenzt übertragbar. Zudem beschreibt Dr. A. in seinem Gutachten wie auch seiner ergänzenden Stellungnahme relevante Empfindungsstörungen der betroffenen Finger nicht und solche werden nach den im Gutachten wiedergegebenen Beschwerdeangaben vom Kläger auch nicht geltend gemacht. Relevante Empfindungsstörungen der betroffenen Finger, die die Bewertung von Dr. A. tragen, lassen sich auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen. Auch die Erwägung von Dr. A. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.06.2012, die Abduktion im Schultergelenk gegen Widerstand lasse auf eine Reduktion der Muskelkraft schließen, rechtfertigt seine Bewertung des Teil GdB von 30 nicht. Dem steht entgegen, dass Dr. A. in seinem Gutachten vom 13.03.2012 eine seitengleich relativ kräftig entwickelter Armmuskulatur des Klägers bei einer verglichen mit links lediglich etwas herabgesetzter Hohlhandbeschwielung und einer Verkürzung des Muskulus supraspinatus ohne Druckschmerzhaftigkeit beschrieben hat. Deutliche Schonungszeichen des rechten Arms, die einen Teil-GdB von 30 rechtfertigen könnten, liegen damit nicht vor.

Die Hörminderung des Klägers sowie der Tinnitus sind mit einem Teil-GdB von 20 angemessen berücksichtigt. Diese Bewertung hat Dr. B. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 28.09.2011 bestätigt, dem sich der Senat anschließt. Die Bewertung des Teil-GdB von 20 auf HNO-ärztlichen Gebiet ist zwischen den Beteiligten im Übrigen auch unstrittig.

Entsprechendes gilt für den Zwerchfellbruch sowie eine Funktionsbehinderung beidseits durch Fußfehlform des Klägers mit einem Teil-GdB von 10. Anhaltspunkte, die einen höheren Teil-GdB rechtfertigen, liegen nicht vor. Dem entspricht auch die Bewertung von Dr. A. in seinem Gutachten vom 13.03.2012

Eine infolge des Unfalls vom 14.08.2012 eingetretene dauerhafte Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenkes des Klägers liegt zur Überzeugung Senats nicht vor. Nach dem Ärztlichen Entlassungsbericht der m.-Fachklinik I. vom 29.01.2013 sind beide Kniegelenke des Klägers frei beweglich. Es besteht lediglich ein Spannungsgefühl im Bereich des rechten Kniegelenkes bei maximaler Beugung und ein Druckschmerz des medialen Kniegelenkspaltes ohne intraartikulären Erguss. Eine Funktionsbeeinträchtigung des rechten Kniegelenkes des Klägers, die nach den VG Teil B 18.14 einen Teil-GdB rechtfertigt, ist danach durch den Unfall am 14.08.2012 nicht verblieben.

Die Behinderungen des Klägers rechtfertigen damit nicht die Feststellung eines höheren Gesamt GdB als 40. 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 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 und VG Teil A 3) Der Gesamt GdB ist unter Beachtung dieser Grundsätze 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).

Ausgehend von einem Teil GdB von jeweils 20 für das Wirbelsäulenleiden, die Funktionsbehinderung der oberen Extremität sowie die Hörminderung mit Ohrgeräuschen des Klägers ist nach den VG ist ein Gesamt-GdB von 40 zu bilden. Die mit einem Teil-GdB von 10 zu bewertenden weiteren Gesundheitsstörungen (Zwerchfellbruch und Funktionsbehinderung beidseits durch Fußfehlform) führen zu keiner Erhöhung des Gesamt-GdB. Dies gilt auch dann, wenn hinsichtlich des rechten Kniegelenkes des Klägers von einem Teil-GdB von 10 ausgegangen würde. Sonstige zu berücksichtigende Gesundheitsstörungen liegen beim Kläger nicht vor und werden vom Kläger im Übrigen auch nicht geltend gemacht.

Anlass für weitere Ermittlungen besteht nicht. Der Senat hält den entscheidungserheblichen Sachverhalt durch die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen und die vom SG durchgeführten Ermittlungen für geklärt. Neue Gesichtspunkte, die Anlass zu weiteren Ermittlungen geben, liegen nicht vor. Eine dauerhafte Verschlimmerung insbesondere des Wirbelsäulenleidens des Klägers durch den Unfall vom 14.08.2012 lässt sich dem Ärztlichen Entlassungsbericht der m.-Fachklinik I. vom 29.01.2013 nicht entnehmen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-04-07