L 6 SB 1610/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 17 SB 2378/10
Datum
21.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 1610/13
Datum
07.10.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. Februar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

Der Kläger begehrt die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB).

Der Kläger ist vollschichtig als Bühnentechniker mit Schreinerarbeiten beim Kulissenbau im Staatstheater K. beschäftigt. Er befindet sich in gutem Allgemeinen- und gesteigertem Ernährungszustand. Durch Ernährungsumstellung gelang es ihm, seinen Diabetes mellitus Typ II und seine Hypercholesterinanämie ohne Medikamente in den Griff zu bekommen (Gutachten Dr. C. und Dr. W.).

Auf den Erstantrag des Klägers hat der Beklagte mit Bescheid vom 12.09.2003 den GdB wegen eines Bandscheibenschadens und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit 20 festgestellt. Im Widerspruchsverfahren zog der Beklagte den Reha-Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik H., Fachklinik für Innere Medizin und rheumatische Erkrankungen, vom 14.10.2003 bei. Hierin wird zum Reha-Ergebnis ausgeführt, dass sich eine freie Funktion der Halswirbelsäule (HWS), der Brustwirbelsäule (BWS), Zunahme der Rumpf-Reklination, weiterhin mäßig eingeschränkte Rumpfinklination sowie eine freie Funktion in allen großen Gelenken der oberen und unteren Extremitäten objektivieren lasse. Die Beweglichkeit der Rumpfwirbelsäule wurde bei Entlassung mit einer Rotation links/rechts von 40/0/40 Grad (Normalwert: beidseits 30 bis 40 Grad), einer Seitneigung links/rechts von 40/0/40 Grad (Normalwert: beidseits 30 bis 40 Grad) sowie eine Reklination von 30 Grad (Normalwert: 45 bis 70 Grad) bei einem Ott’schen Zeichen von 32 (Normalwert: 32) und einem Schober-Zeichen von 14,5 (Normalwert: 15) angegeben. Dr. K. bewertete in seiner gutachtlichen Stellungnahme den Bandscheibenschaden und die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 30 sowie das Schulter-Arm-Syndrom mit einem Teil-GdB von 10. Mit Teil-Abhilfebescheid vom 07.11.2003 stellte der Beklagte den GdB mit 30 fest. Seinen Widerspruch erklärte der Kläger hierauf für erledigt.

Am 16.10.2009 stellte der Kläger unter Vorlage des weiteren Entlassungsberichts der Rehabilitationsklinik H. vom 30.09.2009 (chronisches HWS-Syndrom, BS-Vorfälle C3/4 und C6/7 mediolateral links, chronisches pseudoradikuläres LWS-Syndrom, Z.n. BSV L4/5 2003, Übergewicht, Diabetes mellitus Typ II, ernährungsbedingte Hypercholesterinämie), des Befundberichts des Neurologen und Psychiaters Dr. K. vom 06.07.2009 (Wurzelkompressions-Syndrom C7 und L5 links, CTS ausgeschlossen) sowie des radiologischen Befundberichts des Dr. B. über die Magnetresonanztomographie (MRT) der HWS vom 01.07.2009 (bei C3/4 beidseits mögliche C4-Irritation durch einen breitbasigen Bandscheibenprolaps und Retrospondylose, bei C6/7 links mediolateral bis foraminal NPP mit wahrscheinlicher C7-Kompromittierung) den hier streitgegenständlichen Änderungsantrag.

Nach Einholung der gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. S. (Bandscheibenschaden, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule Teil-GdB 30, Schulter-Arm-Syndrom Teil-GdB 10, Diabetes mellitus Teil-GdB 10, Gesamt-GdB 30) lehnte der Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 25.11.2009 ab. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und legte das ärztliche Attest der Internistin Dr. E. vom 25.02.2010 vor, in dem ausgeführt wird, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers im Jahr 2009 erheblich verschlechtert habe. Neu hinzugekommen sei ein Diabetes mellitus Typ II, weshalb der Kläger eine konsequente zuckerfreie und kohlenhydratarme Diät einhalten müsse. Außerdem sei im letzten Bescheid nicht ausreichend gewürdigt worden, dass sich zwei Bandscheibenvorfälle im Halswirbelbereich mit radikulärer Schmerzausstrahlung in den linken Arm entwickelt hätten. Nach weiterer gutachtlicher Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. K. wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 07.05.2010 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 07.06.2010 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und zur Begründung geltend gemacht, im Jahr 2003 sei wegen degenerativer Veränderungen und Bandscheibenschäden der Lendenwirbelsäule (LWS) ein GdB von 30 vergeben worden. Nachdem nunmehr an der HWS weitere degenerative Veränderungen und Bandscheibenvorfälle hinzugekommen seien und somit Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorlägen, müssten diese mit einem GdB von 40 bewertet werden. Zusätzlich zu berücksichtigen seien anhaltende Funktionsstörungen infolge von Wurzelkompressionen, so dass sich die Schwerbehinderteneigenschaft ergebe.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers, nämlich den Orthopäden Dr. P. (Impingement-Syndrom rechts, AC-Gelenksarthrose rechts), Dr. K. (Karpaltunnel-Syndrom links), Dr. E. (mittelgradig bis schweres chronisch-degeneratives Cervical-Syndrom, breitbasiger Banscheibenprolaps beidseitig bei C3/C4, Bandscheibenprolaps links mit Wurzelkompression C6/C7 links, mittelgradig bis schweres chronisch degeneratives Lumbalsyndrom mit wiederholten Bandscheibenvorfällen, mittelgradige Periarthropathia humeroscapularis rechts, leichte Hyperlipidämie, bisher mäßiger Diabetes mellitus Typ II, mäßiges Übergewicht, Z.n. Zeckenbiss, Z.n. Distorsion des rechten Sprunggelenks mit Ruptur des Außenbandes, GdB auf internistischem Fachgebiet 10, auf orthopädischem Fachgebiet 40), den Orthopäden K. (endgradige Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenkes rechts sowie endgradige Bewegungseinschränkung der HWS, Gesamt-GdB 40 auf fachorthopädischem Gebiet) und den Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Arzt Dr. W. (Septum deviation, chronische Sinusitis ethmoidalis beidseits, chronische Sinusitis maxillaris beidseits mit akuten Excarbertationen, GdB 10, geringfügige Hochtonhörminderung beidseits sowie mittelgradiger Tinnitus auris links, GdB 10) als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen.

Sodann hat das SG bei dem Orthopäden Dr. C. das fachärztlich-orthopädische Gutachten vom 23.03.2012 eingeholt. Nach ambulanter klinisch-orthopädischer und röntgenologischer Untersuchung am 22.03.2012 sowie Auswertung der von Seiten des Klägers vorgelegten Kernspintomographien hat der Sachverständige eine mittelgradige Funktionseinschränkung der HWS und regionale Muskelverspannungen, jedoch ohne segmentale sensomotorische Ausfälle an den oberen Extremitäten, eine endgradige Funktionseinschränkung der BWS und LWS mit sensibler Irritation der Nervenwurzel S1 links und pseudoradikulären Ausstrahlungen in die linke untere Extremität sowie regionalen Muskelverspannungen, ein Schulter-Arm-Syndrom links mit Hinweisen auf ein initiales Impingement-Syndrom, orthopädischerseits nicht zuzuordnende Sensibilitätsstörungen am linken Oberarm, linken Handrücken und linken Zeige- und Mittelfinger und somit im Vergleich zu den mit Bescheid vom 07.11.2003 festgestellten Behinderungen hinsichtlich der HWS eine deutliche und hinsichtlich der BWS und LWS eine geringgradige Verschlimmerung festgestellt. Diese bestehe in den im Jahr 2009 an der HWS aufgetretenen Bandscheibenvorfällen C3/4 und C6/7, die zwischenzeitlich klinisch stumm seien, aber zu einer Funktionseinschränkung der HWS geführt hätten. Den Gesamt-GdB auf orthopädischem Fachgebiet hat der Sachverständige ab Oktober 2009 auf 30 eingeschätzt.

Schließlich hat das SG auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Neurologen und Psychiater Dr. W. mit der Erstattung des neuropsychiatrischen Gutachtens vom 09.10.2012 beauftragt. Dieser hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 04.10.2012 als klinischen Befund einen Tinnitus links bei erhaltenem Hörvermögen im Vier-Augen-Gespräch, eine endgradig schmerzhafte Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk ohne fassbare Neurologie, keine Paresen oder Muskelminderungen an den oberen und unteren Extremitäten bei seitengleichen mittellebhaften Eigenreflexen, ein leichtes Taubheitsgefühl in den Fingerkuppen des linken Zeige- und Mittelfingers als Zeichen eines rein sensiblen Karpaltunnelsyndroms ohne motorische Ausfälle erhoben. Die vom Kläger noch angegebenen Taubheitsmissempfindungen an der Vorderseite des linken Schultergelenkes seien neurologisch nicht eindeutig erklärbar. Als psychisch-psychiatrischen Befund hat der Sachverständige eine ausgesprochen dysphorisch moros und leicht- bis mittelgradig depressive Stimmung mit starker thematischer Fixierung auf den quälenden Tinnitus und die chronischen Schmerzen im linken Schulter-Nacken-Bereich festgestellt. Der Sachverständige hat den Teil-GdB für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit Bandscheibenschäden auch in Übereinstimmung mit dem orthopädischen Gutachten auf 30 eingeschätzt, den für das Schulter-Arm-Syndrom und den Diabetes mellitus auf jeweils 10. Für den Tinnitus (ab 01.01.2011) hat der Sachverständige einen Teil-GdB von 10 vergeben und die Depression mit einem Teil-GdB von 20 bewertet, da es sich hier um eine psychische Störung handle, die an der Grenze zu einer stärker behindernden Störung anzusiedeln sei. Der hieraus ab 01.01.2011 zu bildende Gesamt-GdB von 40 sei richtig und zutreffend eingeschätzt. Die depressive Symptomatik, die seit 01.01.2011 bestehe und sich in Schlafstörungen, sozialem Rückzug und einer chronifizierten Schmerzsymptomatik äußere, sei von dem Beklagten bislang nicht berücksichtigt. Für die Bewertung des GdB unerheblich sei, ob es sich bei den Taubheitsempfindungen in den Fingerkuppen des linken Zeige- und Mittelfingers um ein sensibles Karpaltunnel-Syndrom oder um sensible Reizerscheinungen bei C6/7-Bandscheibenprotrusionen handle.

In seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme hat Dr. W. ausgeführt, dass die Depression und der Tinnitus mit einem gemeinsamen Teil-GdB von 20 bewertet werden sollten, da der Tinnitus nach den hiermit verbundenen psychischen Auswirkungen zu beurteilen sei. Das fachorthopädische Gutachten des Dr. C. bestätige ansonsten die bisherige versorgungsärztliche Beurteilung. Der Beklagte hat hierauf im Wege des Vergleichs eine Anhebung des GdB auf 40 ab 01.01.2011 angeboten.

Der Kläger hat die radiologischen Befundberichte des Dr. B. von 18.05.2012 zur MRT der HWS vom 16.05.2012 (multisegmental degenerative HWS-Veränderungen, gering progredient zu Juli 2009, neu rechts mediolateraler nach intraforaminär reichender Prolaps C7/TH 1, C8-Wurzelkompromittierung, unverändert subligamentär flacher dorsomedialer Prolaps TH2/3 ohne neuronalen Bezug), des Radiologen B. vom 10.07.2012 zur MRT der LWS nativ vom 10.07.2012 (im Vergleich zum Vorbefund vom 08.12.2000 und 12.08.2003 unveränderter subligamentärer Prolaps L3/4 links paramedian ohne eindeutige Nervenfaserkompromittierung sowie breitbasige rechtsexzentrische Bandscheibenprotrusio übergehend in flachen präforaminären Prolaps L4/5 mit möglicher rezidivierender L5-Kompromittierung rechts rezessal, Spondylarthrose L3/4 und L4/5 beidseits), den Befundbericht von Prof. Dr. T., DRK-Klinik B., vom 18.11.2012 (Impingement linke Schulter, AC-Arthrose links, transmurale SSP-Läsion links, HWS-Beschwerden, Tinnitus links) und den Operationsbericht der Assistenzärztin Dr. H., DRK-Klinik B., vom 12.12.2012 über die im Rahmen der stationären Behandlung vom 07. bis 13.12.2012 durchgeführte Arthroskopie der linken Schulter mit Teilsynovektomie im Humeroglenoidalgelenk und subacromialer Bursektomie, Akromioplastik sowie kaudaler Glättung am AC-Gelenk vorgelegt.

In seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme hat Dr. W. zum Befundbericht von Dr. H. ausgeführt, dass sich hieraus kein GdB, auch nicht für die Zeit vor der Operation ableiten lasse, zumal im Befundbericht vom 18.11.2012 von Seiten der linken Schulter eine freie Beweglichkeit angegeben worden sei. Auch ansonsten ergäben die vorgelegten Unterlagen kein Abweichen von der bisherigen Beurteilung, da sich aus den bildgebenden Befunden eine Höherbewertung nicht ableiten lasse (Bl. 34 LSG).

In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger ein Teil-Anerkenntnis des Beklagten angenommen. In Ausführung des Teil-Anerkenntnisses hat der Beklagte mit Bescheid vom 25.03.2013 den GdB seit 01.01.2011 mit 40 festgestellt.

Mit Urteil vom 21.02.2013 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass die orthopädischen Gesundheitsstörungen des Klägers an der Wirbelsäule wegen mittelgradiger Funktionseinschränkungen der HWS in Zusammenspiel mit den endgradigen Funktionseinschränkungen der BWS und LWS, der sensiblen Irritation der Nervenwurzel S1 sowie den pseudoradikulären Ausstrahlungen einen Einzel-GdB von 30 begründeten. Anzeichen für ein außergewöhnliches Schmerz-Syndrom, bei dem ein höherer GdB in Betracht käme, seien nicht ersichtlich. Das Schulter-Arm-Syndrom an der linken Schulter begründe trotz der weitestgehenden freien Beweglichkeit einen Einzel-GdB von 10. Die Gesundheitsstörungen auf HNO-ärztliches Gebiet, nämlich die Septumdeviation und die chronische Nasennebenhöhlenentzündung beidseits und die dadurch verursachte leichte Behinderung der Nasenatmung bedingten ebenso wie die geringfügige Hochtonhörminderung und der Tinnitus auris links höchstens jeweils einen Teil-GdB von 10. Für die Zeit ab 01.01.2011 komme zu diesen Gesundheitsstörungen noch ein GdB von 20 für die depressive Symptomatik hinzu, so dass für den Zeitraum vom 16.10.2009 bis 31.12.2010 der Gesamt-GdB 30 und für die Zeit ab 01.01.2011 der Gesamt-GdB 40 betrage. Dass die vom Gericht festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen und Teil-GdB-Bewertungen nicht mit denen des Beklagten übereinstimmten, sei nicht entscheidungserheblich, da den für die Festsetzung des Gesamt-GdB im Bescheid zugrundegelegten Einzelgraden der Behinderung keine Bindungswirkung zukomme.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 15.03.2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12.04.2013 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt und zur Begründung nochmals auf die bereits im erstinstanzlichen Verfahren vorgetragenen Bedenken gegen das Gutachten des Dr. C. Bezug genommen, wonach von einem unparteiischen und nach bestem Wissen und Gewissen erstellten Gutachten nicht mehr die Rede sein könne. Beim Kläger lägen in allen drei Wirbelsäulenabschnitten Bandscheibenvorfälle und massive Bandscheibenschädigungen mit doch ganz erheblichen Funktionseinschränkungen vor, so dass für die Wirbelsäule ein Einzel-GdB von 40 maßgebend sei. Dr. C. habe auch bei der Bewertung der Funktionseinschränkungen der Schulter total danebengelegen, wie zwischenzeitlich nachgewiesen sei, da der Kläger sich deswegen sogar einer Operation habe unterziehen müssen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. Februar 2013 sowie den Bescheid vom 25. November 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Mai 2010 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 25. März 2013 zu verpflichten, bei ihm einen Grad der Behinderung von 50 seit 16. Oktober 2009 festzustellen, hilfsweise ein weiteres orthopädisches Gutachten bei Dr. B. nach § 109 Sozialgerichtsgesetz einzuholen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und hat eine weitere versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. vorgelegt, wonach sich allein aus bildgebenden Verfahren keine Höherbewertung ableiten lasse.

Der Senat hat den Orthopäden K. als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen, der in seiner Zeugenauskunft vom 02.07.2013 angegeben hat, den Kläger zuletzt am 08.05.2013 untersucht zu haben. Zur Beweglichkeit des linken Schultergelenks hat er eine Abduktion von 120 Grad sowie eine Flexion von 130 Grad angegeben und von einem endgradigen Bewegungsschmerz des Klägers berichtet bei einem Neurostatus ohne Befund. Die HWS-Rotation links/rechts betrage 50/0/55 Grad. Es bestehe eine Konvergenzstörung C6 links, C7 rechts-konvex gestört sowie eine Hypästhesie am Zeige- und Mittelfinger links mit geringer Kraftminderung der Handstrecker links. Im Verlauf des Jahres 2012 sei die Verschlimmerung im Bereich der HWS sowie die Kraftminderung der linken Hand eingetreten. Bei dem bisher vergebenen Teil-GdB von 30 bei mittelgradig funktionseingeschränkter HWS sei die neurologische Symptomatik angesichts des Bandscheibenvorfalls cervical nicht berücksichtigt worden. Im Rahmen des Schulter-Arm-Syndroms sei der Funktionszustand nach durchgeführter Acromioplastik sowie subacrominaler Bursectomie nicht berücksichtigt worden. Für die radikuläre Symptomatik bei cervicalem Bandscheibenvorfall sei ein Teil-GdB von 40 anzusetzen, das Schulter-Arm-Syndrom mit Funktionseinschränkung des Schultergelenks postoperativ sei mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Der Gesamt-GdB sei mit 50 angemessen bewertet.

Im Erörterungstermin des Berichterstatters vom 30.07.2013 hat der Kläger ergänzend vorgetragen, seit ca. einem Monat in psychiatrischer Behandlung zu sein und sich inzwischen einmal bei dem Psychiater vorgestellt zu haben. Der Focus liege auf der Tinnitus-Behandlung. Wegen des Diabetes mellitus Typ II nehme er derzeit keine Medikamente. Außerdem hat der Kläger die Einholung eines weiteren orthopädischen Gutachtens nach § 109 SGG beantragt und als Sachverständigen mit Schreiben vom 10.08.2013 Dr. B. (Facharzt für Orthopädie) benannt. Mit Verfügung der Vorsitzenden vom 12.08.2013 wurde dem Kläger mitgeteilt, dass das Antragsrecht nach § 109 SGG durch die Einholung des Gutachtens bei Dr. W. verbraucht sei und der Antrag daher abgelehnt werde. Der Rechtsstreit sei zur Entscheidung nach § 153 Abs. 4 SGG vorgemerkt, nachdem der Rechtsstreit ausführlich erörtert worden und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich sei. Der Kläger müsse dann mit einer weiteren abweisenden Entscheidung rechnen. Den Beteiligten wurde Gelegenheit zur Stellungnahme zu dieser Verfahrensweise gegeben.

Der Kläger hat mit weiterem Schreiben vom 20.08.2013 an seinem Antrag nach § 109 SGG festgehalten, da das in der ersten Instanz nach § 109 SGG eingeholte neuropsychiatrische Gutachten einem anderen ärztlichen Fachgebiet angehöre als das nunmehr beantragte zweite Gutachten bei dem Facharzt für Orthopädie Dr. B ... Dr. W. habe gegenüber dem Kläger geäußert, dass er sich in das Fachgebiet von Dr. C. nicht einmischen wolle. Die Funktionseinschränkungen auf neurologisch-psychiatrischem und orthopädischem Fachgebiet seien getrennt voneinander zu beurteilen, die Fachgebiete seien auch nicht eng miteinander verwandt. Im Übrigen habe sich der Sachverhalt im Berufungsverfahren durch die erfolgte Schulteroperation verbunden mit den weiterhin bestehenden Komplikationen auf dem orthopädischen Fachgebiet verändert, so dass das eingeholte orthopädische Gutachten von Dr. C. nicht die aktuellen Beschwerden des Klägers widerspiegle.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegte Behördenakte sowie die

Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet über die Berufung nach § 153 Abs. 4 SGG ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss, weil die Berufsrichter des Senats die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halten. Den Beteiligten ist im Erörterungstermin des Berichterstatters Gelegenheit zur Stellungnahme zu dieser Verfahrensweise gegeben worden. Zudem ist der Kläger darauf hingewiesen worden, dass die Berufung wenig aussichtsreich erscheint (vgl. BSG SozR 3-1500 § 153 Nr. 9).

Die nach § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere statthafte Berufung (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG) ist unbegründet.

Streitgegenstand i. S. der §§ 153 Abs. 1 SGG i. V. m. § 95 SGG ist vorliegend der Ablehnungsbescheid vom 25.11.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.05.2010 sowie gem. § 96 SGG der nach Klageerhebung erlassene, den vorgenannten Verwaltungsakt abändernde Bescheid vom 25.03.2013, mit dem das Teil-Anerkenntnis ausgeführt worden ist.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Kläger hat jedenfalls keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40 ab 01.01.2011.

Rechtsgrundlage für die seitens des Klägers begehrte Neufeststellung des GdB ist § 48 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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.). Dagegen ergibt sich aus der Änderung oder dem Hinzutreten weiterer Behinderungen allein keine wesentliche Änderung des ursprünglichen Bescheids. Denn weder die einzelnen Behinderungen noch die hierfür angesetzten Teil-GdB-Sätze gehören zum sogenannten Verfügungssatz des Bescheides und erwachsen daher nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RVs 15/96 -, BSGE 81, 50). Das Vorliegen einer oder mehrerer neuer Behinderungen begründet einen Anspruch auf Abänderung des ursprünglichen Bescheids nur dann, wenn sich hieraus eine Erhöhung des Gesamt-GdB ergibt. Ob eine wesentliche Änderung in diesem Sinne eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustandes mit dem bindend festgestellten - früheren - Behinderungszustand ermittelt werden. Maßgeblich ist insoweit der letzte Feststellungsbescheid, hier der Bescheid vom 07.11.2003.

Der Anspruch des Klägers auf Feststellung eines GdB richtet sich nach den am 01.07.2001 in Kraft getretenen Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) vom 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), zuletzt geändert durch Gesetz vom 05.08.2010 (BGBl. I S. 1127). Nach § 69 Abs. 1 S. 1 SGB IX stellen auf Antrag des behinderten Menschen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Menschen sind nach § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gem. § 69 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG (bis 30.06.2011 § 30 Abs. 17 BVG) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 01.01.2009 in Kraft getretene Versorgungsmedizin-Verordnung - Vers.MedV - vom 10.12.2008 (BGBl. I S. 2412) erlassen, um u.a. die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellten und fortentwickelten, Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31.12.2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird ebenso wie in den AHP der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - B 9 V 25/98 R -, SozR. 3-3100 § 30 Nr. 22). Hierdurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht. Hinsichtlich der vorliegend einschlägigen Funktionsbeeinträchtigungen enthalten die VG gegenüber den AHP keine inhaltlichen Änderungen, sodass im Folgenden lediglich die maßgeblichen Ziffern der VG angegeben werden.

Liegen - wie im Falle des Klägers - mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach § 69 Abs. 3 SGB IX der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet (vgl. hierzu und zum Folgenden: VG, Teil A, Nr. 3). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und in wieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung 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. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zu einander können unterschiedlich sein: Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung kann die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber auch nicht verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VG nicht nach starren Beweisregeln, sondern auf Grund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigen-Gutachten in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (BSG, Urteil vom 11.11.2004 - B 9 SB 1/03 R -, zit. n. juris).

Unter Zugrundelegung dieser Voraussetzungen hat der Neufeststellungsantrag des Klägers jedenfalls soweit er auf einen höheren als den vom Beklagten anerkannten und durch Bescheid vom 25.03.2013 festgestellten GdB gerichtet ist, keinen Erfolg.

Im Funktionssystem Rumpf sind die Beeinträchtigungen mit einem Teil-GdB 30 zu bewerten.

Nach VG, Teil B, Nr. 18.9 beträgt 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) der GdB 30, mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten der GdB 30 bis 40 und 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 außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (beispielsweise Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Der Kläger leidet in allen drei Wirbelsäulenabschnitten an Gesundheitsstörungen, die jedoch im Hinblick auf die dadurch verursachten Funktionseinschränkungen keinen höheren Teil-GdB als 30 rechtfertigen. Dies ergibt sich für den Senat im Wesentlichen aus den in sich schlüssigen und widerspruchsfreien, gut verständlichen und damit insgesamt überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. C. in dessen Gutachten vom 23.03.2012.

Danach führen die degenerativen Veränderungen der HWS und Bandscheibenvorfälle bei C 3/4 und C 6/7 sowie die regionalen Muskelverspannungen ohne segmentale sensomotorische Ausfälle an den oberen Extremitäten zu einer mittelgradigen Funktionseinschränkung der HWS. Diese Einschätzung korreliert mit den von Dr. C. am 22.03.2012 erhobenen Bewegungsmaßen der HWS, denn er hat die HWS-Rotation beidseits mit 40 Grad (Normalwert 60 bis 80 Grad), die Seitneigung rechts mit 20 Grad, links mit 15 Grad (Normalwert: beidseits 45 Grad) und die Inklination/Reklination bis zum Kinn-Brust-Abstand von 5/15 cm gemessen, wodurch eine fortbestehende, mehr als nur geringgradige Beweglichkeit der HWS in alle Richtungen dokumentiert wird. Verglichen mit den in den Entlassungsberichten der Reha-Klinik H. vom 14.10.2003 und 30.09.2009 und in der Zeugenauskunft des Orthopäden K. nach dessen Untersuchung vom 14.06.2011 angegebenen Bewegungsmaßen hat sich der Bewegungsumfang der HWS zwar bis zur Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. C. verringert. In der Folgezeit ist jedoch eine weitere Verschlechterung der Beweglichkeit nicht festzustellen. Zwar hat der Radiologe Dr. B. in der MRT der HWS vom 16.05.2012 einen neuen rechts mediolateralen nach intraforaminär reichenden Prolaps C7/TH 1 und eine C8-Wurzelkompromittierung erkannt. Hieraus ergibt sich jedoch keine weiterreichende Funktionseinschränkung der HWS. Denn in der vom Senat eingeholten schriftlichen Zeugenaussage vom 02.07.2013 hat der Orthopäde K. als Ergebnis seiner Untersuchung vom 08.05.2013 über eine HWS-Rotation links/rechts von 50/0/55 Grad berichtet ohne Angabe weiterer Bewegungsmaße, sodass eher von einer verbesserten Beweglichkeit, jedenfalls aber nicht von einer weiteren Einschränkung der HWS-Beweglichkeit auszugehen ist. Da der sachverständige Zeuge Klaas darüber hinaus lediglich die bereits von dem Sachverständigen Dr. W. thematisierte Reizerscheinung bei C6/7 in Form einer Konvergenzstörung C6 links, C7 rechts-konvex gestört, befundet hat, führt die von Dr. B. im MRT gesehene C8-Wurzelkompromittierung nicht zu GdB-relevanten Funktionseinschränkungen.

Im Bereich der Rumpfwirbelsäule hat der Sachverständige Dr. C. aufgrund einer frontalen und sagittalen Fehlstatik sowie degenerativen Veränderungen, Residuen juveniler Aufbaustörung an der mittleren BWS, eines kernspintomographisch nachgewiesenen, zwischenzeitlich klinisch stummen Prolaps der Bandscheibe L 4/5 links sowie regionalen Muskelverspannungen die Funktionseinschränkung der BWS und LWS lediglich als endgradig eingestuft. Diese Einschätzung erscheint im Hinblick auf die von ihm erhobenen Bewegungsmaße etwas unterbewertet, da hinsichtlich der LWS eher von einer gering- bis mittelgradigen Bewegungseinschränkung auszugehen sein dürfte. Zum Untersuchungszeitpunkt hat das Zeichen nach Ott 30/31,5 cm (Normalwert: 30) 32), nach Schober 10/13 cm (Normalwert: 10/15) und die Messstrecke mit Mittelpunkt DF-L1 ebenfalls 10/13 (Normalwert: 10/14) betragen. Mithin war die Entfaltung der BWS annährend uneingeschränkt, die Entfaltung der LWS mittelgradig eingeschränkt möglich. Die Seitneigung hat der Sachverständige nach rechts mit 30 Grad, nach links mit 40 Grad (Normalwert: beidseits 60 bis 80 Grad) und die Rotation im Sitzen beidseits mit 40 Grad (Normalwert: beidseits 30 bis 40 Grad) gemessen, wobei sich auch hier die BWS besser als die LWS entfaltet hat. Der Fingerbodenabstand bei der Vorbeugung betrug 55 cm, was wie schon die Messung des Schober-Zeichens und die seitliche Beweglichkeit insoweit auf eine mittelgradige Einschränkung der LWS hinweist, wobei allerdings bei voller Rotationsfähigkeit des Rumpfes diese Einschränkung nicht in allen Bewegungsrichtungen besteht. Auch im Bereich der Rumpfwirbelsäule ist es nach der Untersuchung durch Dr. C. nicht zu einer GdB-relevanten Verschlechterung der Funktionalität gekommen. Dies ergibt sich aus dem radiologischen Befundbericht des Dr. B. vom 18.05.2012, der unverändert einen subligamentären flachen dorsomedialen Prolaps TH2/3 ohne neuronalen Bezug festgestellt hat, sowie der Auswertung der MRT der LWS vom 10.07.2012 durch den Radiologen B., der ebenfalls im Vergleich zum Vorbefund vom 08.12.2000 und 12.08.2003 keine Veränderungen erkannt hat. Der Orthopäde K. hat in seiner schriftlichen Zeugenauskunft bezugnehmend auf die letzte Untersuchung vom 08.05.2013 einen Befund zur Rumpfwirbelsäule nicht genannt, was ebenfalls auf eine unveränderte Situation hinsichtlich der Funktionseinschränkungen insoweit hinweist.

Bei mittelgradiger Funktionseinschränkung der HWS, geringgradiger Funktionseinschränkung der BWS und gering- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung der LWS hält der Senat insgesamt den Wirbelsäulenschaden mit einem GdB von 30 für angemessen, aber auch ausreichend bewertet. Soweit der Orthopäde K. in seiner Zeugenaussage vom 02.07.2013 darauf hingewiesen hat, dass bei einem Teil-GdB von 30 die neurologische Symptomatik angesichts des Bandscheibenvorfalles cervikal nicht berücksichtigt sei, ist dies zwar zutreffend, entspricht jedoch den Festsetzungen der VG. Denn nach VG, Teil B, Nr. 18.9 sind anhaltende Funktionsstörungen infolge von Wurzelkompressionen nur zu berücksichtigen, wenn sie mit motorischen Ausfallerscheinungen verbunden sind. Motorische Störungen an den oberen und unteren Extremitäten hat der Sachverständige Dr. C. jedoch nicht nachweisen können und hat der Sachverständige Dr. W. explizit ausgeschlossen. Im Übrigen haben weder Dr. C. noch Dr. W. anlässlich ihrer neurologischen Untersuchungen die angegebene Hyposensibilität (Dr. C.) bzw. das leichte Taubheitsgefühl (Dr. W.) in den Fingerkuppen des linken Zeige- und Mittelfingers einer radiculären Störung zugeordnet, die auf dem cervikalen Bandscheibenvorfall beruhen könnte, wie von dem Orthopäden K. angenommen. Denn die Wurzel C6 innerviert den Daumen und Zeigefinger, die Wurzel C7 ausschließlich den Mittelfinger. Für den Senat ist daher überzeugend,

wenn Dr. W. das leichte Taubheitsgefühl als Zeichen eines rein sensiblen Karpaltunnelsyndroms deutet und insoweit die Diagnose des Neurologen Dr. K. aufgrund der von ihm gemessenen Nervenleitgeschwindigkeit bestätigt.

Im Funktionssystem Arme beträgt der Teil-GdB 10.

Der Sachverständige Dr. C. hat ein Schulter-Arm-Syndrom links mit Hinweisen auf ein initiales Impingment-Syndrom diagnostiziert, das jedoch ausweislich der von ihm festgestellten Bewegungsmaße vor der am 07.12.2012 durchgeführten Schulteroperation nur mit einer geringgradigen Bewegungseinschränkung des linken Armes im Seitenvergleich einher ging (Vor-/Rückwärtsheben rechts 170/0/40 Grad, links 160/0/40 Grad, Außen-/Innendrehung rechts 90/0/80 Grad, links 90/0/70 Grad, Ab-/Anspreizen rechts 170/0/30 Grad, links 160/0/30 Grad). Nach VG, Teil B, Nr. 18.13 ist eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) bei einer Armhebung nur bis zu 120 Grad mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit mit einem GdB von 10 und bei einer Armhebung nur bis zu 90 Grad mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit mit einem GdB von 20 zu bewerten. Danach kann allenfalls die bei der Untersuchung durch den Orthopäden Klaas vom 08.05.2013 ermittelte Beweglichkeit des linken Schultergelenkes (Abduktion 120 Grad, Flexion 130 Grad) einen GdB von 10 rechtfertigen, wobei der Umstand, dass ausweislich des Befundberichtes des Prof. Dr. T. vom 18.11.2011 noch unmittelbar vor der Schulteroperation eine freie Beweglichkeit der linken Schulter bestand, dafür spricht, dass es sich bei der Bewegungseinschränkung lediglich um einen vorübergehenden operationsbedingten Zustand handelt. Aufgrund der vom Kläger außerdem geklagten weiteren Sensibilitätsstörungen am linken Oberarm sowie am linken Handrücken, die weder orthopädischerseits durch Dr. C. noch neurologisch durch Dr. W. zugeordnet werden konnten, und des durch das Karpaltunnel-Syndrom hervorgerufenen Taubheitsgefühls in den Fingerkuppen des linken Zeige- und Mittelfingers hält der Senat insgesamt im Funktionssystem Arme einen Teil-GdB von 10 für angemessen, einen höheren GdB hingegen nicht für begründet.

Im Funktionssystem innere Sekretion und Stoffwechsel beträgt der GdB 0.

Ausweislich der Befundberichte und schriftlichen Zeugenaussage der Internistin Dr. E. sowie dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. vom 30.09.2009 leidet der Kläger seit dem Jahr 2009 an einem Diabetes mellitus Typ II, der jedoch - auch nach eigener Einlassung des Klägers im Erörterungstermin des Berichterstatters am 30.07.2013 - mit einer zuckerfreien und kohlenhydratarmen Diät allein ohne blutzuckerregulierende Medikamente therapiert wird. Für die Zeit vom 16.10.2009 (Antragstellung) bis zum 21.07.2010 ist der Teil-GdB ebenso wie für die Zeit ab dem 22.07.2010 daher mit 0 zu bewerten. Zu berücksichtigen ist insoweit allerdings, dass als Rechtsgrundlagen für die Feststellung des durch den Diabestes mellitus begründeten GdB formal betrachtet für die Zeit vom 16.10.2009 bis zum 21.07.2010 die vorläufige Neufassung der AHP, Teil A, Nr. 26.15 gemäß Rundschreiben des Bundesministeriums für Arbeit vom 22.09.2008 - IV C 3-48064-3 - unter Beachtung der Grundsätze der höchstrichterlichen Rechtsprechung und ab 22.07.2010 die Regelung in den VG, Teil B, Nr. 15.1 in der Fassung vom 14.07.2010 heranzuziehen ist (zum Ganzen BSG: Urteil vom 02.12.2010 - B 9 SB 3/09 R- zit. n. juris sowie Urteil des Senats vom 20.06.2013 - L 6 SB 458/13). Die am 01.01.2009 in Kraft getretene und im Wortlaut mit der vorläufigen Neufassung der AHP, Teil A, Nr. 26.15 identische Regelung in den VG, Teil B, Nr. 15.1 in der Fassung vom 10.12.2008 ist dagegen nicht zur GdB-Bewertung heranzuziehen, da sie den gemäß § 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX zwingend zu berücksichtigenden Therapieaufwand nicht erfasst und aus diesem Grund nichtig ist (BSG, Urteil vom 23.04.2009 - B 9 SB 3/08 R - zit. n. juris). Sowohl nach der vorläufigen Neufassung der AHP, Teil A, Nr. 26.15 als auch nach der Regelung in den am 22.07.2010 in Kraft getretenen VG, Teil B, Nr. 15.1 in der Fassung vom 14.07.2010 beträgt bei Diabetes mellitus mit Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikamente) bzw. bei einer Therapie, die regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt und die auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung verursacht, die die Feststellung eines GdB rechtfertigt, der GdB 0.

Auch die leichte Hyperlipidämie bedingt keinen GdB, da nach VG, Teil B, Nr. 15.3 bei einer Fettstoffwechselkrankheit der GdB grundsätzlich abhängig von dem Ausmaß der Folgekrankheiten ist, solche aber weder im Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. noch in den Auskünften der Internistin Dr. E. beschrieben werden. Der Senat vermag sich daher ihrer Einschätzung, wonach der GdB auf internistischem Fachgebiet 10 betrage, nicht anzuschließen.

Im Funktionssystem Nase beträgt der Teil-GdB 10.

Dies ergibt sich für den Senat aus der schriftlichen Zeugenauskunft des behandelnden HNO-Arztes Dr. W. vom 26.07.2011, wonach der Kläger an einer Septumdeviation, einer chronischen Sinusitis ethmoidalis beidseits sowie einer chronischen Sinusitis maxillaris beidseits mit leichtem bis mittlerem Schweregrad leidet. Nach VG, Teil B, Nr. 6.2 ist eine Verengung der Nasengänge doppelseitig mit leichter bis mittlerer Atembehinderung mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Hieran orientierend hält der Senat die Einschätzung des Dr. W., der GdB für die Behinderung der Nasenatmung durch die Septumdeviation und die chronische Nasennebenhöhlenentzündung betrage 10, für gerechtfertigt. Eine doppelseitige Verengung der Nasengänge mit starker Atembehinderung, die einen GdB von 20 bedingen würde, hat Dr. W. nicht festgestellt und ist vom Kläger auch nicht geltend gemacht worden.

Auch im Funktionssystem Ohren ist allenfalls ein Teil-GdB von 10 gerechtfertigt.

Zutreffend hat das SG im angefochtenen Urteil darauf hingewiesen, dass die Auswertung des vorgelegten Tonaudiogramms vom 13.05.2011 nach der 4-Frequenztabelle nach Röser (1973) für das rechte Ohr einen prozentualen Hörverlust von 9 v. H. und für das linke Ohr von 7 v. H. ergibt (VG, Teil B, Nr. 5.2.2). Dem entspricht, dass Dr. W. in seiner schriftlichen Zeugenauskunft die beidseitige Hochtonhörminderung als geringfügig eingestuft hat. Dass sich sein Hörvermögen in der Zwischenzeit verschlechtert hätte, hat der Kläger auch im Berufungsverfahren nicht behauptet. Dies wird bestätigt durch die Ausführungen des Sachverständigen Dr. W. in seinem neuropsychiatrischen Gutachten vom 09.10.2012, wonach der Kläger über ein Hörvermögen im Vieraugengespräch verfügt und ohrnahe Uhrgeräusche wahrgenommen hat. Bei Hörverlusten von 0 bis 20 v. H. besteht eine nicht GdB-relevante Normalhörigkeit (VG, Teil B, Nr. 5.2.4).

Darüber hinaus hat Dr. W. angegeben, den Kläger vom 13.05. bis 11.07.2011 wegen eines seit Monaten bestehenden Ohrgeräusches links mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen zu behandeln. Er hat den Schweregrad des von ihm diagnostizierten Tinnitus auris links als mittelgradig eingestuft und den GdB für die Hörminderung und den Tinnitus gemeinsam auf 10 eingeschätzt. Dieser Einschätzung hat sich der Versorgungsarzt Dr. K. in seiner Stellungnahme vom 03.11.2011 insoweit angeschlossen, als er für die Ohrgeräusche (Tinnitus) ebenfalls

einen Teil-GdB von 10 vergeben hat.

Einen höheren GdB hält auch der Senat insoweit nicht für begründet. Nach VG, Teil B, Nr. 5. 3 sind Ohrgeräusche (Tinnitus) ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen mit einem GdB von 0 bis 10, mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen mit einem GdB von 20 und mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Anlässlich der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. W. hat der Kläger angegeben, seit 2011 an einem sehr quälenden Tinnitus links zu leiden, wobei die HNO-fachärztlichen Behandlungsmaßnahmen hier ausgeschöpft seien. Da er auch schlecht schlafe und hier vor allem durch den Tinnitus gequält sei, nehme er regelmäßig in letzter Zeit Zopicion 7,5 mg. Dr. W. hat für die Zeit ab 01.01.2011 für den Tinnitus, der zu Einschlafstörungen führe und die regelmäßige Einnahme von Schlafmitteln notwendig mache, einen Teil-GdB von 10 ebenfalls für gerechtfertigt gehalten. Erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen, die eine höhere Bewertung rechtfertigen würden, vermochte er indes bei dem Kläger nicht festzustellen. Zwar war der Kläger stark thematisch auf den quälenden Tinnitus und die chronischen Schmerzen im linken Schulter-Nacken-Bereich fixiert. Der CI-Test zur Objektivierung cerebraler Insuffizienzen ergab aber nur eine diskrete Minderung der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, sodass bei einer Reproduktionsfähigkeit der Gedächtnisleistungen sowie unauffälliger Konzentration und ordnungsgemäßem Durchhaltevermögen kein Anhaltspunkt für eine mit einem höheren Teil-GdB als 10 zu bewertende Funktionseinschränkung besteht. Dies wird dadurch bestätigt, dass der Kläger im Erörterungstermin des Berichterstatters angegeben hat, nicht zu wissen, ob er sich im Hinblick auf den Tinnitus behandeln lassen wolle, und hierdurch einen nicht allzu ausgeprägten Leidensdruck dokumentiert hat.

Im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche beträgt der GdB allenfalls 20.

Im Untersuchungstermin stellte der Sachverständige Dr. W. bei dem Kläger eine leicht geminderte Schwingungsfähigkeit und einen leicht geminderten Antrieb fest bei ausgesprochen dysphorisch moros und leicht bis mittelgradiger depressiver Stimmung. Der im TSD-Depressionstest erzielte Wert hat einer nur leichten weitgehend somatisierten depressiven Symptomatik zwischen leicht und mittelstark ausgeprägtem Schweregrad entsprochen. Als seit 01.01.2011 bestehende Gesundheitsstörung hat Dr. W. ohne Kodifizierung nach einem anerkannten Klassifikationssystem (z. B. ICD-10, DSM-IV TR) insoweit eine depressiv getönte Somatisierungsstörung genannt, dann aber doch die Behinderung als Depression bzw. depressive Symptomatik bezeichnet und für diese einen Teil-GdB von 20 angesetzt, da es sich um eine psychische Störung handelt, die an der Grenze zu einer stärker behindernden Störung anzusiedeln ist.

Der Senat hat Zweifel, ob dies vollumfänglich mit den VG zu vereinbaren ist, hält aber jedenfalls einen höheren Teil-GdB als 20 insoweit nicht für angemessen. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen sind bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen mit einem GdB von 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Soweit Dr. W. davon ausgegangen ist, dass die depressive Störung des Klägers bereits an der Grenze zu einer stärker behindernden Störung liegt, fehlt es an entsprechenden objektivierbaren Belegen hierfür. Ein soziales Rückzugsverhalten lässt sich aus den anamnestischen Angaben des Klägers nicht ableiten. Der Kläger ist nach wie vor vollschichtig als Schreiner im Staatstheater K. beschäftigt. Allein der Umstand, dass nach Angaben des Klägers das Verhältnis zu den Kollegen angespannter geworden sei, weil er bei vielen schon als krank und nicht ausreichend belastbar gelte, weist nicht auf eine vom Kläger selbst herbeigeführte Isolation im Arbeitsleben hin. Der Kläger nimmt zwar regelmäßig ein Schlafmittel und wegen der chronischen Schmerzen Voltaren ein. Antidepressiva hingegen hat der Kläger bislang nicht verordnet erhalten und auch eine spezielle Schmerztherapie wird von ihm nicht durchgeführt. Soweit er im Erörterungstermin des Berichterstatters am 30.07.2013 angegeben hat, seit ca. einem Monat in psychiatrischer Behandlung zu sein und sich seither einmal vorgestellt zu haben, spricht auch dies nicht für eine ausgeprägtere depressive Störung, zumal nach eigener Einlassung des Klägers die Behandlung nicht die Depression, sondern die Ohrgeräusche zum Gegenstand hat. Ob und inwieweit der depressiven Symptomatik des Klägers ein eigenständiger Charakter zukommt, der isoliert mit einem GdB zu bewerten ist, ist - auch aufgrund der fehlenden Verwendung eines Kodifizierungsschlüssels durch den Sachverständigen Dr. W. und der Unschärfe seiner Diagnose (depressiv getönte Somatisierungsstörung, Depression, depressive Symptomatik) - zumindest fraglich. Anlass für die dysphorische Stimmung sind der Tinnitus und die chronischen Schmerzen. Da der Tinnitus wegen seiner psychischen Auswirkungen bereits mit einem Teil-GdB von 10 bewertet worden ist, wäre eine nochmalige Berücksichtigung ohne Nachweis einer darüber hinausgehenden psychischen Funktionseinschränkung eine unzulässige Doppelbewertung. Im Übrigen sind sowohl seelische Begleiterscheinungen als auch Schmerzen bereits in den angegebenen Werten in der GdB-Tabelle grundsätzlich mit enthalten und können nur außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen oder eine nachgewiesene über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit berücksichtigt werden (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 i und j). Insoweit kann daher nicht nochmals im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche eine Symptomatik (Schmerzen, Verstimmtheit) in die Bewertung einfließen, die bereits - wie hier - in anderen Funktionssystemen GdB-relevant war. Ob allein die vom Kläger geschilderten Vorbehalte der Arbeitskollegen hinsichtlich der Belastbarkeit des Klägers eine depressive Symptomatik auslösen können, hält der Senat für fraglich. Hiergegen spricht der Umstand, dass sich der Kläger psychiatrisch nur wegen der Ohrgeräusche behandeln lässt. Jedenfalls kann sich hieraus im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche kein höherer GdB als 20 ergeben.

Ausgehend von dem für die Wirbelsäulenschäden zu vergebenden höchsten Teil-GdB von 30 war der Gesamt-GdB wegen der von Seiten des Sachverständigen Dr. W. festgestellten Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet seit 01.01.2011 auf 40 anzuheben. Die weiteren GdB-relevanten Funktionsbeeinträchtigungen (Arme, Nase, Ohren) sind jedoch nur jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten und führen nicht zu einer Zunahme der Gesamtbeeinträchtigung (VG, Teil A, Nr. 3 d ee).

Die Berufung des Klägers war nach alledem zurückzuweisen.

Der auch nach Ablehnung des Antrages nach § 109 SGG durch Entscheidung der Senatsvorsitzenden vom 12.08.2013 mit weiterem Schriftsatz des Klägervertreters vom 20.08.2013 aufrechterhaltene Antrag nach § 109 auf Einholung eines Gutachtens auf orthopädischem Fachgebiet bei Dr. B. war erneut abzulehnen (vgl. zur Notwendigkeit wiederholter gerichtlicher Entscheidung über einen aufrechterhaltenen Antrag nach § 109 SGG: BSG, Urteil vom 26.08.1965, SozR Nr. 33 zu § 109 SGG). Denn auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG ist bereits in erster Instanz das neuropsychiatrische Gutachten bei Dr. W. eingeholt worden. Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats ergibt sich aus § 109 SGG nicht die Verpflichtung des Gerichts, in unbeschränkter Zahl medizinische Gutachten auf Antrag eines Beteiligten einzuholen. Dies ergibt sich zwar nicht zwingend aus dem Gesetzeswortlaut, wenn in § 109 Abs. 1 Satz 1 SGG bestimmt wird, dass " ein bestimmter Arzt

gutachtlich gehört werden" muss. Denn ob es sich hierbei um ein Zahlwort oder um einen unbestimmten Artikel handelt, ist nicht zu erkennen. Zu beachten ist auch, dass § 109 Abs. 2 SGG die Ablehnung des Antrages von bestimmten Voraussetzungen abhängig macht und dort keine zahlenmäßige Begrenzung des Antragsrechts enthalten ist. Deshalb ist auch nicht etwa von vornherein ausgeschlossen, dass mehrere Ärzte auf Antrag des Beteiligten nach § 109 SGG gutachtlich gehört werden. Denn einen "Verbrauch" des Antrags nach § 109 SGG kennt das Gesetz nicht (BSG, Urteil vom 30.08.1966 - 1 RA 41/64 -, zit. n. juris). Der für das allgemeine Beweisrecht geltende Grundsatz, wonach ein Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (BSG, Urteil vom 14.05.1991 - 5 RJ 32/90 -, zit. nach juris), besitzt jedoch auch im Rahmen des § 109 SGG Geltung. Das BSG hat deshalb bereits frühzeitig den Umfang des Antragsrechts nach § 109 SGG eingeschränkt (Beschluss vom 06.05.1958 - 10 RV 813/56 -, SozR Nr. 18 zu § 109 SGG): Danach muss im selben Rechtszug das Gericht den bereits auf Antrag des Berechtigten gehörten Arzt nochmals oder einen zweiten Arzt zu derselben Beweisfrage nur dann gutachtlich hören, wenn besondere Umstände das Verlangen des Antragstellers rechtfertigen. Hat im Instanzenzug schon das SG auf Antrag des Berechtigten einen Arzt gutachtlich gehört, so schließt die Anhängigkeit des Rechtsstreits im Berufungsverfahren zwar nicht aus, dass der Berechtigte von seinem Antragsrecht nochmals Gebrauch macht. Denn ihm ist grundsätzlich nicht verwehrt, im zweiten Rechtszug sich derselben Angriffs- und Verteidigungsmittel zu bedienen wie im ersten Rechtszug und neue vorzubringen (§ 157 SGG). Andererseits bedeutet die Pflicht des Berufungsgerichts, den Streitfall im gleichen Umfang wie das SG zu prüfen (§ 157 SGG), nicht, die Sache so zu verhandeln, als habe eine Beweisaufnahme und Verhandlung vor dem SG nicht stattgefunden. Das im ersten Rechtszug auf Antrag des Berechtigten und auf Anordnung des Gerichts erstattete Gutachten wirkt als Beweismittel auch im zweiten Rechtszug fort. Die Rücksicht auf alle Beteiligten und auf die Kostenfreiheit des gerichtlichen Verfahrens fordert, auch in diesem Falle dem Berechtigten das Antragsrecht mehrmals nur dann zuzubilligen, wenn sein neuer Antrag sich in den Grenzen zweckentsprechender Rechtsverfolgung hält (BSG a. a. O.). Es sind vielerlei Fälle denkbar, in denen die wiederholte Ausübung des Antragsrechts gerechtfertigt ist, weil ein Missbrauch ausgeschlossen erscheint, z.B. dann, wenn aus späteren Gutachten, aus dem Urteil des SG oder aus der Verhandlung vor dem LSG neue Tatsachen sich ergeben haben, die in dem ersten auf Antrag des Berechtigten eingeholten Gutachten nicht gewürdigt sind. Hierbei ist es gleichgültig, ob der nämliche Sachverständige wie im erstinstanzlichen Verfahren oder ein anderer gehört werden soll.

Der aufrechterhaltene Antrag des Klägers auf Einholung des orthopädischen Gutachtens bei Dr. B. hält sich nicht mehr in diesen Grenzen zweckentsprechender Rechtsverfolgung. In dem auf Antrag des Klägers eingeholten Gutachten des Dr. W. sind die hier entscheidungserheblichen Funktionsbeeinträchtigungen vollumfänglich aufgeführt und gewürdigt worden. Zwar ist dem Kläger zuzugeben, dass Dr. W. sein Gutachten in einem anderen, nämlich dem neuropsychiatrischen, als dem jetzt von ihm beantragten Fachgebiet erstattet hat. Dieser Umstand allein rechtfertigt jedoch noch nicht die wiederholte Antragstellung. Denn für die Beurteilung des GdB ist nicht die jeweilige Diagnose, sondern sind die aus der gestellten Diagnose resultierenden Funktionseinschränkungen maßgeblich (Senatsurteil vom 13.12.2012 - L 6 SB 5779/10). Vorliegend war Dr. W. durchaus in der Lage, sich mit den im orthopädischen Vorgutachten gestellten Diagnosen und geschilderten Funktionsausfällen auseinanderzusetzen. Insbesondere im Rahmen der Prüfung der Motorik und des Reflexverhaltens haben sich die klinischen Untersuchungen beider Fachärzte überschnitten. Dr. W. musste sich auch im Hinblick auf die von ihm gestellten Diagnosen von der Richtigkeit der orthopädischen Funktionseinschränkungen überzeugen. Wenn er in seinem Gutachten darauf hinweist, dass der Kläger aufgrund der Schmerzen in der linken Schulter bei Schulter-Arm-Syndrom und HWS-Bandscheibenvorfällen sowie aufgrund der Gefühlsstörungen im Sinne eines sensiblen Karpaltunnelsyndroms links bestimmte Arbeiten als Bühnentechniker bzw. Bühnenschreiner nicht mehr oder nur mit Hilfe anderer Kollegen ausüben kann, was zu Spannungen mit den Mitarbeitern und zu sozialem Rückzug führt (vgl. Bl. 110 SG), muss davon ausgegangen werden, dass der Sachverständige die medizinischen Befunde anlässlich seiner Untersuchung bestätigt gesehen hat. Anderenfalls hätte er nicht die Schlussfolgerungen auf psychiatrischem Fachgebiet ziehen können. Darüber hinaus bestehen zwischen orthopädischer und neurologischer Begutachtung erhebliche Schnittpunkte und sind Bewegungseinschränkungen auch für die neurologische Begutachtung durchaus von Bedeutung. Soweit der Kläger den Antrag nach § 109 SGG aufrecht erhalten hat, weil sich durch die erfolgte Schulteroperation der Sachverhalt auf dem orthopädischen Fachgebiet geändert habe, vermag der Senat - wie oben dargelegt - eine Veränderung, die sich auf die Höhe des Gesamt-GdB auswirken könnte, nicht festzustellen. Nachdem der Kläger noch unmittelbar vor der Schulteroperation keine Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk aufwies, wäre eine anhaltende Bewegungseinschränkung als Folge der Operation auch nicht nachvollziehbar.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-04-11