

L 8 SB 4827/13

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

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 7 SB 4198/10

Datum
07.10.2013

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 4827/13

Datum
26.09.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 07.10.2013 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 statt 30) zusteht.

Der 1949 in E. geborene, seit 2005 wegen eines Arbeitsunfalles (MdE 20) nicht mehr erwerbstätige Kläger, deutscher Staatsangehöriger, beantragte erstmals am 07.02.2007 (Blatt 1/2 der Beklagtenakte) die Feststellung eines GdB. Das Landratsamt R. (LRA) stellte daraufhin mit Bescheid vom 27.04.2007 (Blatt 20/21 der Beklagtenakte) ab 07.02.2007 einen GdB von 20 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Diabetes mellitus (mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbar): Teil-GdB: 20, Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks: Teil-GdB: 20; zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 18/19 der Beklagtenakte). Zuletzt stellte das LRA mit Bescheid vom 22.04.2009 (Blatt 61/62 der Beklagtenakte) einen GdB von 30 ab dem 20.10.2008 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Diabetes mellitus: Teil-GdB: 20, Funktionsbehinderung der rechten Schulter: Teil-GdB: 20, Depression: Teil-GdB: 20; zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 59/60 der Beklagtenakte).

Am 02.12.2009 (Blatt 72/75 der Beklagtenakte) beantragte der Kläger beim LRA erneut die höhere (Neu-)Feststellung des GdB. Zu seinem Antrag verwies er auf eine Anpassungsstörung nach längerer depressiver Reaktion, ein Schulter-, Nackensyndrom, den Verdacht auf narzisstische Persönlichkeit, auf einen Diabetes mellitus Typ II sowie ein rezidivierendes Lumbalsyndrom. Der Kläger legte hierzu einen Entlassbericht vom 31.12.2008 der in der Z.-Klinik (Abteilung für Psychosomatik) zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten stationären Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation (Zeitraum 26.11.2008 bis 23.12.2008) vor (Blatt 77/89 der Beklagtenakte).

Das LRA zog Auskünfte und Berichte der behandelnden Allgemeinmedizinerin Dr. Ko. (Blatt 90/91 der Beklagtenakte), des Psychiaters/Psychotherapeuten Dr. F. (Blatt 95/96 der Beklagtenakte) sowie des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin Dr. Ka. (Blatt 98/101 der Beklagtenakte) bei. Dr. F. teilte am 27.01.2010 mit, dass sich der Kläger 2007 zweimal und 2008 dreimal in seiner Behandlung befunden habe. Die Dr. Ko. gab an, der Kläger habe sich zuletzt am 26.02.2007 in ihrer Praxis befunden. Dr. Ka. führte aus, beim Kläger bestehe eine depressive Störung im Sinne einer protrahierten Trauerreaktion sowie ein Diabetes mellitus Typ II der derzeit durch eine antidiabetische Therapie mit Metformin und Glimepirid behandelt werde. Weiterhin übersandte er einen Befundbericht der Fachärzte für Augenheilkunde Dres. Si./Schn. vom 12.05.2009 über eine komplikationslos durchgeführte Kataraktoperation.

Gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. La. vom 15.02.2010 (Blatt 102 der Beklagtenakte) lehnte das LRA mit Bescheid vom 19.02.2010 (Blatt 103/104 der Beklagtenakte) die höhere (Neu-)Feststellung des GdB ab. Zwar hätten sich die gesundheitlichen Verhältnisse geändert, doch ergäben sich keine Auswirkungen auf den festgestellten GdB.

Mit seinem Widerspruch vom 18.03.2010 (Blatt 105, 110/113 der Beklagtenakte) machte der Kläger geltend, die Depression müsse mit einem GdB von mindestens 30 berücksichtigt werden. Aus dem Entlassbericht sei bekannt, wie schwer er die Erlebnisse in der Heimat und die Trennung von der ersten Ehefrau nehme; es verstehe sich, dass der Tod der geliebten Tochter ihn erneut massiv beeinträchtigt habe. Auch für den Diabetes mellitus sei ein GdB von 30 anzusetzen. Insgesamt sei ein GdB von 50 längst erreicht. Hinsichtlich der für das

Schulter-Arm-Syndrom von der Berufsgenossenschaft Metall Nord-Süd (BGM) zuerkannten MdE von 20 strebe der Kläger ebenfalls eine Erhöhung an.

Nach Einholung einer versorgungsrztlichen Stellungnahme von Dr. Si. vom 30.05.2010 (Blatt 115/116 der der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 23.06.2010, Blatt 118/121 der Beklagtenakte). Der mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbare Diabetes mellitus begründe einen Teil-GdB von 20. Die Funktionsbehinderung des Schultergelenks sei zusammen mit der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und dem Schulter-Arm-Syndrom ebenfalls mit einem GdB von 20 zu bewerten. Die Depression führe auch zu einem GdB von 20 und für die eingepflanzte Kunstlinse beidseits sei ein GdB von 10 zuzuerkennen.

Am 13.07.2010 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Stuttgart Klage erhoben. Das Schulter-Arm-Syndrom bedinge eine MdE von 20. Hinzu kämen noch erhebliche Probleme mit der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule, weshalb hier ein GdB von 30 zu beanspruchen sei. Auch für die psychischen Probleme sei GdB von 30 anzusetzen. Insgesamt sei ein GdB-Grad von 50 gerechtfertigt. Der Kläger hat einen Bericht des Orthopäden Dr. P. vom 07.11.2007 (Blatt 15 der SG-Akte) über ein Zervikalsyndrom und eine Osteochondrose der HWS sowie eine Aufstellung der Behandlungstermine in der R.-Klinik B. (Blatt 16/17 der SG-Akte) vorgelegt.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 35/42, 45/46, 47/48 und 91 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Innere Medizin Dr. Ka. hat dem SG zunächst mit Schreiben vom 14.01.2011 die Diagnosen eines oral eingestellten Diabetes mellitus Typ 2, eines bekannten schmerzhaften Wirbelsäulensyndroms, einer ausgeprägten depressiven Störung, derzeit mittelgradiger Episode i.S. einer protrahierten Trauerreaktion wegen des Todesfalles der Tochter im Februar 2007 mitgeteilt. Der Diabetes werde mit Metformin und Glimepirid oral eingestellt. Aus diabetologischer Sicht bestehe ein GdB von 30. Mit Schreiben vom 15.06.2012 hat Dr. Ka. darauf hingewiesen, dass eine nicht optimale Blutzuckerstoffwechsellage bestehe, aber unter der aktuellen oralen antidiabetischen Therapie mit Metformin 850 1-0-1 keine Gefahr von Hypoglykämien bestehe. Dr. Ho., Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der R.-Kliniken hat in seinem Schreiben vom 01.04.2011 angegeben, die Gesamteinschätzung des GdB sei mit 30 sehr knapp gefasst. Auf seinem Fachgebiet sehe er einen GdB von 20, insgesamt einen GdB von 40 bis 50. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. E. hat dem SG am 13.05.2011 geschrieben, es bestünden beim Kläger leicht- bis mittelgradige Funktionseinschränkungen der HWS und mittelgradige Funktionseinschränkungen der rechten Schulter. Er schätze den GdB auf orthopädischem Fachgebiet auf 30.

Das SG hat von der zuständigen Berufsgenossenschaft (BGM) das unfallchirurgische Gutachten von Dr. W. vom 20.01.2010 (Blatt 65/69 der SG-Akte) und das neurologische Gutachten von Prof. Dr. St. vom 22.06.2010 (Blatt 70/79 der SG-Akte) beigezogen.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 25.11.2011 (Blatt 58 der SG-Akte) mitgeteilt, seit einiger Zeit in seiner afrikanischen Heimat zu sein. Mit Schreiben vom 22.12.2011 (Blatt 59/61 der SG-Akte) hat einen Laborbericht vom 21.12.2011 vorgelegt und ausgeführt, nach längerem Aufenthalt in der alten Heimat wieder zurückgekehrt zu sein. In seiner Heimat habe er ein Camp besucht, in dem sich über 1.500 Vollwaisen zwischen 6 und 15 Jahren aufhielten. Er habe dort geholfen, die Kinder und Jugendlichen mit dem Nötigsten zu versorgen. Die Führung eines Blutzuckertagebuches sei ihm nicht möglich, da er die erforderlichen Blutzuckerstreifen nicht bezahlen könne.

Nachdem der Versorgungsarzt Dr. G. in seiner Stellungnahme vom 08.09.2011 (Blatt 53/54 der SG-Akte) einen Gesamt-GdB von 40 für vertretbar angesehen hat, hat der Beklagte mit Schreiben vom 12.01.2012 vorgeschlagen, vergleichsweise beim Kläger ab dem 02.12.2009 einen GdB von 40 festzustellen. Der Kläger hat das Vergleichsangebot nicht angenommen (Schreiben vom 05.03.2012, Blatt 81/82 der SG-Akte).

Das SG hat nunmehr Beweis erhoben durch Einholung eines ein neurologisch-psychiatrischen Gutachten beim Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 12.02.2013 (Blatt 100/108 der SG-Akte) eine Dysthymie - derzeit leichter, langfristig zurückreichend auch mittelschwerer depressiver Symptomatik - festgestellt. Der GdB auf psychiatrischem Fachgebiet sei mit 20 zu veranschlagen, Insgesamt liege ein GdB von 40 vor.

Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 03.05.2013 ausgeführt (Blatt 113 der SG-Akte), am Vergleichsangebot nicht festzuhalten. Unter Berücksichtigung der BG-Gutachten und des Gutachtens von Dr. S. lasse sich die Feststellung eines höheren GdB als 30 nicht begründen.

Der Kläger hat im Hinblick auf eine Fortbildung seines Bevollmächtigten bei einem Richter des 1. Senats des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg von der Stellung eines Antrags nach [§ 109 SGG](#) in erster Instanz abgesehen (Blatt 115 der SG-Akte).

Das SG hat sodann mit Gerichtsbescheid vom 07.10.2013 die Klage abgewiesen. Die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen seien mit einem GdB von 30 angemessen und ausreichend bewertet, eine wesentliche Änderung sei nicht eingetreten. Für die Dysthymie sei ein GdB-Grad von 20 weiterhin angemessen und ausreichend. Dr. S. habe in seinem Gutachten eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit des Klägers nicht darlegen können. Diese Einschätzung decke sich mit den Angaben des Klägers zu seiner Alltagsgestaltung und den erhobenen psychischen Befunden. Der Diabetes mellitus Typ II sei ursprünglich mit einem GdB-Grad von 20 bewertet worden; seit Erlass des Bescheides habe sich die Rechtslage geändert. Da es unter der eingenommenen Medikation zu keiner Erhöhung der Hypoglykämieeigung komme und keine diabetesbedingten Folgeerkrankungen vorlägen sei ein eigener GdB für den Diabetes mellitus nicht zuzuerkennen. Weiterhin bestünden aufgrund eines Unfalls im Februar 2005 eine bleibende Einschränkung des rechten Schultergelenkes, die weiterhin mit einem GdB von 20 zu bewerten sei. Ebenfalls zu berücksichtigen sei eine leichte Einschränkung des Ellenbogengelenks, die einen GdB von 10 bedinge. Die Wirbelsäulenbeschwerden, die ohne aktuelle orthopädische Behandlung und ohne neurologische Beteiligung seien, seien mit einem GdB von 10 zu bewerten. Für die Folgen der Kataraktoperationen der Augen könne ein GdB von über 10 nicht zuerkannt werden. Insgesamt könne kein GdB von mehr als 30 zuerkannt werden.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 10.10.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 05.11.2013 beim SG (Eingang beim LSG am 11.11.2013) Berufung eingelegt. In dem vorgelegten Bericht der Z. Klinik, Abteilung für Psychosomatik sei festgehalten, dass er unter einer längeren depressiven Reaktion, einem Schulter-Nacken-Syndrom, einem Diabetes mellitus Typ 2 und einem rezidivierenden Lumbalsyndrom leide. In einem Rechtsstreit vor dem SG (Az: S 6 U 866/11), sei ein Gutachten von Prof. Dr. B. beigezogen worden, in dem

dieser als unfallabhängige Diagnosen ein chronisches HWS- und LWS-Syndrom, den Diabetes, ein Karpalsyndrom beidseits und eine Pseudophakie beidseits feststelle und zu einer MdE von 30 gekommen sei. Insgesamt sei ein Gesamt-GdB von 50 zu bilden.

Der Kläger beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 07.10.2013 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids des Landratsamts R. vom 19.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 23.06.2010 zu verurteilen, den GdB seit Antragstellung mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Nach der Ladung vom 28.04.2014 (Blatt 22 der Senatsakte) zu einem Erörterungstermin am 22.05.2014 hat der Kläger mit Schreiben vom 21.05.2014 (Blatt 23/23a der Senatsakte) ausführen lassen, er halte sich seit April für mehrere Monate in seiner Heimat Ä. auf. Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Erörterungstermins wird auf die Niederschrift (Blatt 24/25 der Senatsakte) Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich (Blatt 30 und 31 der Senatsakte) mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des LSG (L 1 U 778/09) und des SG sowie der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet.

Der Bescheid des Landratsamts R. vom 19.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 23.06.2010 ist rechtmäßig. In den tatsächlichen Voraussetzungen wie sie bei Erlass des Bescheids vom 22.04.2009, mit dem das LRA einen GdB von 30 festgestellt hatte, ist eine wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nicht eingetreten. Das SG hat die rechtlichen Regelungen zur Bemessung des GdB zutreffend dargestellt, weshalb der Senat hierauf Bezug nimmt.

Nachdem der Kläger das Angebot des Beklagten (Vergleich) über die Feststellung eines GdB von 40 abgelehnt hat, ist auch der Beklagte an sein Angebot nicht mehr gebunden ([§ 146 BGB](#)). Der Senat ist auch nicht verpflichtet, dem Vergleichsangebot des Beklagten zu folgen.

Im Funktionssystem Herz- Kreislauf (vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) ist bei einer Belastbarkeit des Herzens im Belastungs-EKG von bis zu 150 Watt (Auskunft Dr. Ka. , Blatt 35 der SG-Akte) ohne Angina pectoris-Beschwerden, ohne Herzrhythmusstörungen und ohne signifikante ERBS ein Einzel-GdB nach B Nr. 9 VG (insbesondere (B Nr. 9.1.1. VG; 26.9 AHP 2008) nicht anzunehmen; Bluthochdruck- oder sonstige Kreislauferkrankungen wurden auch nicht festgestellt.

Im Funktionssystem der inneren Sekretion und des Stoffwechsel (A Nr. 2 Buchst. e) VG) ist der Kläger durch die Diabetes mellitus Typ II-Erkrankung behindert. Der Kläger wird oral mit Metformin und Glimepirid behandelt. Er ist oral eingestellt und kommt mit der Diabetesmedikation zu recht, wie er dem Gutachter Dr. S. (Blatt 101 RS der SG-Akte = Seite 4 des Gutachtens) angegeben hat. Eine tägliche Überprüfung ist weder erforderlich noch findet eine solche statt. Die Gefahr einer Hypoglykämie hat Dr. Ka. ausdrücklich verneint; zu einer solchen war es auch seit 2009 nicht mehr gekommen (Auskunft Dr. Ka. , Blatt 91 der SG-Akte). Einschränkungen in der Lebensführung bestehen nicht. Auch sind keine diabetesinduzierten Folgeerkrankungen aufgetreten (Auskunft Dr. Ka. , Blatt 91 der SG-Akte). In Anwendung der seit 22.07.2010 geltenden, durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14.07.2010 ([BGBl. I 928](#)) geänderten Regelungen von B Nr. 15.1 VG kann jedenfalls seither für die Diabetes mellitus Typ II-Erkrankung ein Teil-GdB nicht mehr ausgewiesen werden. Diese Regelung ist auch auf den Zeitraum zuvor anwendbar, da die Vorgängerregelung der Verordnung mit der gesetzlichen Grundlage nicht vereinbar war (vgl. BSG 17.04.2013 - [B 9 SB 3/12 R](#)- juris RdNr. 32).

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich Psyche (vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) besteht eine Dysthymie, die zuletzt leichter ausgeprägt war, in der Vergangenheit zeitweise auch die Form einer mittelschweren depressiven Symptomatik angenommen hatte. Dies konnte der Senat auf Grundlage der vorliegenden Arztunterlagen sowie des Gutachtens von Dr. S. feststellen. Eine mittelschwere oder schwere Depression konnte der Gutachter nicht feststellen. Prof. Dr. St. konnte zuvor in seinem für die BGM gefertigten Gutachten vom 07.06.2010 keine wesentlichen Beeinträchtigungen des psychischen Zustandes des Klägers feststellen. Die vom SG befragten Ärzte konnten ebenfalls keine Befunde liefern, die auf eine mittelschwere oder schwere Depression hindeuteten; insbesondere hat der Kläger keinen behandelnden nervenärztlichen Facharzt benannt (Blatt 19 der SG-Akte), wozu auch die Auskunft des Psychiaters/Psychotherapeuten Dr. F. im Verwaltungsverfahren passt, den Kläger zuletzt am 24.07.2008 gesehen zu haben (Blatt 96 der Beklagtenakte) und er dem Gutachter Dr. S. lediglich einen einmaligen Besuch bei Dr. F. - wohl im Jahr 2011 - angegeben hat. Aus dem von Dr. Ka. vorgelegten Bericht von Dr. Hö. vom 27.05.2008 (Blatt 37/40 der SG-Akte) ergibt sich, dass der Kläger zu Beginn des stationären Aufenthalts (18.03.2008 bis 29.04.2008) an einer depressiven Störung, derzeit mittelgradiger Episode i.S. einer protrahierten Trauerreaktion litt, aber auch, dass er von der Behandlung profitiert habe und deutlich gebessert entlassen werden konnte. Auch aus dem Entlassbericht der Z.-Kliniken (Blatt 77/89 der Beklagtenakte) über den stationären Aufenthalt vom 26.11.2008 bis 23.12.2008 wird deutlich, dass der Kläger zwar an einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion litt und der Verdacht einer narzisstischen Persönlichkeit bestand. Doch war die Rehabilitationsmaßnahme damals um einen Tag verkürzt worden, weil der Kläger direkt anschließend einen Medikamententransport nach Afrika durchführen wollte. Dies spricht sowohl für einen Erfolg der Maßnahme, als auch gegen eine bedeutende Schwere der damals angegebenen Diagnosen. Gegen die Schwere der Erkrankung spricht auch, dass die 2008 angeratene Psychotherapie (Blatt 78 der Beklagtenakte) nie durchgeführt wurde (Blatt 103 der SG-Akte = Seite 7 des Gutachtens von Dr. S.). Unter Berücksichtigung der Einzelheiten des vorliegenden Falles ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass der Einzel-GdB mit 20 ausreichend bewertet ist. Ein höherer Einzel-GdB für das zu beurteilende Funktionssystem kommt nicht in Betracht. Denn dafür wäre nach B Nr. 3.7 VG (zuvor: 26.3 AHP 2008) mindestens eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme

Störungen) erforderlich. Hiervon konnte sich der Senat nicht überzeugen. So konnte der Senat einen sozialen Rückzug nicht feststellen. Der Kläger ist in der Lage, trotz der im Heimatland erfahrenen Schicksalsschläge und psychischen Belastungen regelmäßig in die dortigen Flüchtlingslager zu fahren, dort den Kindern und Jugendlichen zu helfen, von Deutschland aus Medikamententransporte, Hilfsmitteltransporte (vgl. z.B. aus neuerer Zeit: <http://peaceandrights.org/unsere-projekte/> dort Bericht "Hilfe für eritreische Kinder und Jugendliche in Ä.") zu organisieren und sich politisch zu engagieren (Blatt 72 der SG-Akte = Seite 3 des Gutachtens von Prof. Dr. St.). Dabei nimmt er es sogar auf sich, Briefe in seine Heimat unter anderem Namen zu schreiben (Blatt 72 der SG-Akte = Seite 3 des Gutachtens Prof. Dr. St.). Der Kläger nimmt keine Psychopharmaka, erledigt den Haushalt alleine (Blatt 104 RS der SG-Akte = Seite 10 des Gutachtens Dr. S.) und trifft beim Schwimmen, in der Krankengymnastik und der Ergotherapie Leute, mit denen er Kontakt aufnehmen kann und seinen Angaben zufolge dann locker und gut gelaunt sei (Blatt 102 RS der SG-Akte = Seite 6 des Gutachtens Dr. S.). Zwar kann der Senat nachvollziehen, dass die Erlebnisse des Klägers während seiner Kindheit und Jugend im Heimatland, der Verlust der Tochter im Jahr 2007 und auch die mit den Hilfstransporten einhergehenden psychischen Belastungen den Kläger bedrücken. Doch zeigt gerade auch die Fähigkeit, sich mittels Hilfstransporten und Besuchen in den Camps zu engagieren, dass eine erhebliche psychische Belastbarkeit besteht und ein sozialer Rückzug gerade nicht stattfindet. Auch fehlt - jedenfalls im hier zu beurteilenden Zeitraum - eine fachärztliche Therapie. Daher konnte sich der Senat nicht vom Vorliegen einer stärker behindernden Störung i.S.d. B Nr. 3.7 VG überzeugen. Dem entspricht auch der von Dr. S. erhobene Befund einer themenabhängig leichten Affektlabilität bei nicht schwerwiegend eingeschränkter affektiver Schwingungsbreite bei Bewusstseinsklarheit und völliger Orientierung zu Zeit, Raum und Person (Blatt 106 der SG-Akte = Seite 13 des Gutachtens Dr. S.).

Im Funktionssystem des Rumpfes (vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG), zu dem der Senat auch die Halswirbelsäule zählt, besteht eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule. Im Oktober 2007 konnte Dr. E. bei einer einmaligen Behandlung (Blatt 47 der SG-Akte) eine geringe bis mittelgradige Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule feststellen ("HWS-Beweglichkeit in allen Ebenen um ca. 1/3 der Norm eingeschränkt"). Prof. Dr. St. hat in seinem Gutachten vom 07.06.2010 (Blatt 70 ff der SG-Akte) Druckschmerzen an der Lendenwirbelsäule vermerkt, wobei die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule mit einem Finger-Boden-Abstand von 10 cm endgradig eingeschränkt war. Die Halswirbelsäule war in der Drehung frei. Hinweise für eine neurologische Beteiligung ergeben sich weder aus dem Gutachten von Prof. Dr. St. (Blatt 77 der SG-Akte = Seite 8 des Gutachtens) noch aus dem Gutachten von Dr. S. (Blatt 106 der SG-Akte = Seite 13 des Gutachtens). Bei der Abschlussuntersuchung der Rehabilitationsmaßnahme in der Z.-Klinik im Dezember 2008 war die Rotationsfähigkeit der Halswirbelsäule mit 40/0/40 um ca. 1/4 und die Seitneigung mit 20/0/20 Grad um ca. die Hälfte eingeschränkt. Die Lendenwirbelsäule war in ihrer Entfaltbarkeit ebenfalls eingeschränkt (Finger-Boden-Abstand von 40 cm, Schober lumbalis 10/13 cm) und es wurden Druckschmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule angegeben. Das Lasague sche Zeichen war negativ. Insoweit ist mit dem SG davon auszugehen, dass rezidivierende Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule bestehen, die weder behandlungsbedürftig sind, noch über ein leicht- bis gelegentlich mittelgradiges Ausmaß hinaus gehen. Insoweit tritt der Senat nach eigener Prüfung der Überzeugung des SG bei, dass es sich vorliegend lediglich um Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) i.S.d. B Nr. 18.9. VG (zuvor: 26.18 AHP 2008) handelt, die auch bei Auftreten in mehreren Wirbelsäulenabschnitten mit einem GdB von 10 zutreffend und ausreichend bewertet sind. Mittelgradige funktionelle Auswirkungen bei häufig rezidivierenden oder anhaltenden Bewegungseinschränkungen oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierenden oder über Tage andauernden Wirbelsäulensyndromen konnte der Senat gerade nicht feststellen.

Im Funktionssystem der Arme (vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG), zu dem der Senat auch die Schultern zählt, besteht eine Behinderung des Klägers durch die Funktionsbehinderungen der Schulter, für die die BGM eine MdE von 20 festgestellt hatte, und eine Funktionsbehinderung der Ellenbogen. Funktionell ist das Ellenbogengelenk des Klägers nach dem von Prof. Dr. W. erhobenen Befund (Blatt 67 der SG-Akte = Seite 3 des Gutachtens) wie folgt beeinträchtigt: Streckung/Beugung rechts/links: 0-0-120 10-0-1050. Da die Beugefähigkeit noch bis zu 120 Grad gegeben ist und die Drehfähigkeit nur leicht eingeschränkt ist, kommt die Zuerkennung eines GdB-Grades von 20 nach B Nr. 18.13 VG nicht in Betracht; es ist ein Teil-GdB von 10 anzunehmen. Hinzu kommt im Funktionssystem der Arme die arbeitsunfallbedingte Funktionsbehinderung der rechten Schulter. Hier hat die BGM bisher lediglich eine MdE von 20 zuerkannt (zu dem noch laufenden Verfahren zur höheren MdE-Feststellung vgl. L 10 U 1381/14); dieser Wert ist nach [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) der GdB-Bemessung zugrunde zu legen. Der Senat konnte sich jedoch nicht davon überzeugen, dass i.S.d. B Nr. 18.13 VG (zuvor: 26.-18 AHP 2008) ein höherer Teil-GdB anzunehmen wäre. Denn die Schultern des Klägers weisen folgende Bewegungsausmaße auf (Gutachten Prof. Dr. W., Blatt 66 der SG-Akte = Seite 2 des Gutachtens): rechts links Arm seitwärts/körperwärts 80-0-20 140-0-20 Arm auswärts/einwärts drehen 80-0-40 170-0-80 (Oberarm anliegend) Arm auswärts/einwärts 20-0-30 80-0-50 (Oberarm 90o abgehoben) Prof. Dr. W. konnte auch von einer seitengleich ausgeprägten Muskulatur bei lediglich im Bereich des rechten Schulterdaches leichter Muskelminderung berichten (Blatt 66 der SG-Akte = Seite 2 des Gutachtens). Prof. Dr. W. hat insoweit eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung dargestellt. Prof. Dr. St. (Blatt 73 der SG-Akte = Seite 4 des Gutachtens) konnte dagegen eine Atrophie der Schulterklappenmuskulatur nicht mehr erkennen, jedoch eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung darstellen. Im Ergebnis entspricht der von den Gutachtern Prof. Dr. W. und Prof. Dr. St. berichtete Befund im Wesentlichen demjenigen, den Dr. Ho. gegenüber dem SG dargestellt hatte (Blatt 45/46 der SG-Akte). Nach B Nr. 18.13 VG (zuvor: 26.18 AHP 2008) sind Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) bei Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit mit einem GdB von 10 und bei Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit mit einem GdB von 20 zu bemessen. Nachdem der Kläger den Arm nur bis 80o anheben kann, ist der Teil-GdB mit 20 zutreffend bemessen. Bezogen auf das gesamte Funktionssystem ist der Einzel-GdB - ausgehend von Teil-GdB-Werten von 20 (Schulter) und 10 (Ellenbogen) nach Überzeugung des Senat mit insgesamt 20 anzusetzen, da gemäß A Nr. 3 Buchst. d) ee) VG) - von hier nicht vorliegenden Ausnahmefällen (z.B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) abgesehen - leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen.

Im Funktionssystem der Augen (vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) besteht eine Funktionsbehinderung durch die Kataraktoperationen (Operationen im Jahr 2009). Hierfür kann jedoch ein GdB von über 10 ebenfalls nicht zuerkannt werden. Nach B Nr. 4.2 VG (zuvor: 26.4 AHP 2008) ist ein Einzel-GdB von mehr als 10 nicht begründet. Denn eine eingepflanzte Kunstlinse bedingt nur dann einen GdB von mehr als 10, wenn dies zu einer Beeinträchtigung der Sehschärfe von weniger 0,4 führt. Hierfür ergeben sich jedoch beim Kläger keine Anhaltspunkte.

Weitere GdB-relevante Erkrankungen und Funktionseinschränkungen, die einen Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, liegen nicht vor. Der Sachverhalt ist geklärt, weitere Ermittlungen waren von Amts wegen nicht durchzuführen.

Nach Überzeugung des Senats ist auch die Feststellung des Gesamt-GdB von 30 zutreffend. Denn nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) 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. Das ist beim Kläger nicht der Fall.

Unter Beachtung der gegenseitigen Auswirkungen ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass der Gesamt-GdB von 30, gebildet aus Teil-GdB-Werten von - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche (Dysthymie), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Rumpfes (Wirbelsäule), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Arme (Schulter/Ellenbogen) und - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Augen - wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken - und unter Berücksichtigung der jeweiligen Funktionsbehinderungen sowie Schmerzen zutreffend bemessen ist. Für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems Herz-Kreislauf und für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der inneren Sekretion/Stoffwechsel (Diabetes mellitus Typ II) war kein Einzel-GdB festzustellen.

Auch wenn sich der Senat mit dieser GdB-Bewertung nicht der Auffassung der befragten Ärzte und des Gutachters Dr. S. angeschlossen hat, war eine weitergehende Beweisaufnahme nicht durchzuführen. Denn auf Grundlage der von den Ärzten und Gutachtern festgestellten Befunde konnte der Senat die rechtliche Bewertung des GdB treffen. Dass z.B. Dr. S. zu einem höheren Gesamt-GdB kommt, liegt dabei auch an der von hier abweichenden - für Dr. S. fachfremden - Berücksichtigung eines Einzel-GdB von 20 für die Funktionsbehinderungen des Rumpfes (Wirbelsäule). Angesichts der erhobenen medizinischen Befunde konnte sich der Senat jedoch nicht den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und der Gesamtbewertung des Gutachters Dr. S. anschließen.

Damit ist im Verhältnis zu dem bis dahin maßgeblichen Bescheid vom 22.04.2009 eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nicht eingetreten, sodass ein Anspruch auf höhere Neufeststellung des GdB nicht besteht. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-10-02