

L 6 SB 4572/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 7 SB 2670/12

Datum

29.09.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 4572/14

Datum

26.02.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 29. September 2014 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Der Beklagte trägt ein Drittel der außergerichtlichen Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) von mindestens 50 im Erstantragsverfahren.

Der am 24.10.1962 in der Türkei geborene Kläger türkischer Staatsangehörigkeit übersiedelte mit 11/12 Jahren in die Bundesrepublik Deutschland, wo er zunächst noch die Hauptschule besuchte, ohne einen Abschluss zu erreichen. Er war als ungelernter Metallarbeiter mit durch Arbeitslosigkeit bedingten, auch mehrjährigen Unterbrechungen bis 2011 erwerbstätig. Nach Bezug von Arbeitslosengeld bis 28.07.2013 ist er nunmehr auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch angewiesen. Am 16.08.2012 stellte er einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, der durch Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg vom 06.09.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.03.2013 abgelehnt wurde. Über die hiergegen beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhobene Klage ([S 2 R 804/13](#)) ist noch nicht entschieden. Der Kläger ist verheiratet, hat vier erwachsene Töchter, die allesamt nicht mehr im Hausverband leben, sowie fünf Enkel (vgl. anamnestic Angaben des Klägers im Rahmen der Begutachtung durch Dr. K., Bl. 87 SG-Rentenakte).

Über die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Z. (im Folgenden: Tagesklinik), wo sich der Kläger vom 24.05. bis 26.07.2011 in teilstationärer Behandlung befand, stellte er am 22.07.2011 den hier streitgegenständlichen Erstantrag nach [§ 69](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) auf Feststellung des GdB. In ihrem Behandlungsbericht vom 26.07.2011 diagnostizierte die Tagesklinik eine mittelgradige depressive Episode. Der Kläger klagt über Müdigkeit und gleichzeitig Nervosität. Er vergesse sehr viel, habe keine Lust, was zu machen, und könne seiner Frau nicht helfen. Er habe den ganzen Tag Langeweile, sitze, rauche und sehe fern. Manchmal gehe er vors Haus, er habe Schlafprobleme und wälze sich des Nachts, er habe nachts immer viel Angst. Er nehme schon seit 10 Jahren Stangyl, trotzdem werde es seit 2 bis 3 Jahren immer noch schlechter. Zum Therapieverlauf wird angegeben, es bestehe eine gedrückte, lust- und freudlose Stimmung. Antriebs- und Interessenlosigkeit sowie fehlende Vitalität verhinderten, dass der Kläger an seinem privaten Alltag etwas ändere. Gelegentlich verlasse er das Haus für Spaziergänge, pflege aber keine Sozialkontakte und gehe keinen regelmäßigen Aktivitäten nach. Er habe sich an der Suche nach Lösungen kaum beteiligt, seine Selbstwirksamkeit und Eigeninitiative seien sehr gering. Arbeitsfähigkeit besteht nicht, ein angemessener Arbeitsplatz täte ihm aber sicher gut. Im eingeholten Befundbericht vom 28.07.2011 hielt die Internistin Dr. K. die seit 2002 bekannten Depressionen für im Vordergrund stehend. Es erfolge eine regelmäßige nervenärztliche Betreuung. Rezidivierend träten Lumboischialgien auf, außerdem habe sich der Kläger 2009 wegen eines Impingement-Syndroms der linken Schulter in orthopädischer Behandlung befunden. Im beigelegten Arztbrief vom 04.04.2011 stellte der Neurologe und Psychiater Dr. Dipl.-Psych. R. die Dauerdiagnosen Schlafstörung und Depression seit 20.03.2002. Die Versorgungsärztin A. bewertete die Depression mit einem Teil-GdB von 30 und die muskulären Verspannungen mit einem Teil-GdB von 10. Mit Bescheid vom 11.11.2011 stellte der Beklagte den GdB daher mit 30 seit 22.07.2011 fest. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und übersandte den ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik A., B., vom 01.12.2011, wo er sich auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung vom 25.10. bis 22.11.2011 in stationärer Behandlung befand. Darin werden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig, Sozialphobie, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Lumboischialgie und Spannungskopfschmerz gestellt. Die Stimmung sei dysphorisch und klagend. Der Kläger fühle sich aktuell durch Depressionen mit chronischer Müdigkeit, Antriebsminderung, Reizbarkeit, Lustlosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, innere

Unruhe, Vergesslichkeit und Konzentrationsproblemen beschwert. Er habe Angst vor Blamagen in sozialen Situationen und Schwierigkeit, sich vor fremden Leuten oder in Gruppen zu äußern. In den Einzelgesprächen habe der Kläger sich kaum vorstellen können, kurz- bis mittelfristig wieder leistungsfähig zu werden. Eine Alternative zur weiteren Arbeits- und Leistungsunfähigkeit sei für ihn nicht vorstellbar gewesen. Auffallende Konflikte im Umgang mit anderen Menschen durch Misstrauen oder Reizbarkeit sowie klinisch relevante mnestiche Auffälligkeiten seien nicht zu beobachten gewesen. Eine aktive lösungsorientierte und bewältigende Compliance habe trotz des deutlichen Leidensdrucks nicht erarbeitet werden können. Im Gegensatz zu seinen angegebenen körperlichen Beschwerden seien bei dem Kläger keine nennenswerten Beeinträchtigungen in seinen psychosozialen, kognitiven und körperlichen Aktivitäten im Klinikalltag festzustellen gewesen. Seine Beschwerden hätten daher nicht objektiviert werden können. Aggravationstendenzen seien auch während des Verlaufs nicht sicher auszuschließen gewesen. Der Kläger wurde wegen der noch bestehenden depressiven Symptome und Schmerzen als arbeitsunfähig entlassen, andererseits wurde er für seine letzte Tätigkeit als Fabrikarbeiter 6 Stunden und mehr täglich für leistungsfähig gehalten. Mit dieser Einschätzung sei der Kläger nicht einverstanden gewesen. Außerdem wurde der Befundbericht der radiologischen Praxis Dres. H. et. al. vom 02.01.2012 nach Kernspintomographie der HWS aktenkundig (Diskusprolaps C5/6, der Irritation der rechten Wurzel von C6 auslösen könne, sowie kleiner Prolaps C4/5). Nachdem die Versorgungsärztin Dr. N. die Depression und funktionellen Organbeschwerden mit einem Teil-GdB von 30 und die muskulären Verspannungen sowie den Bandscheibenschaden mit einem Teil-GdB von 10 bei gleichbleibendem Gesamt-GdB von 30 berücksichtigt hatte, wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 03.09.2012 zurück. Hiergegen hat der Kläger am 26.09.2012 Klage beim SG erhoben. Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen. Der Chirurg und Orthopäde Dr. M. hat angegeben, den Kläger seit 25.01.1996 zu behandeln. In der versorgungsärztlichen Stellungnahme seien das LWS-Syndrom sowie das HWS-Syndrom mit Diskusprolaps in den Segmenten C5/6 und C4/5, der Verdacht auf ein Impingement-Syndrom der linken Schulter, die Varizen der unteren Extremität links sowie das Karpaltunnelsyndrom rechts nicht berücksichtigt. Er bewerte das HWS-, LWS-Syndrom mit einem GdB von 30, die linke Schulter mit einem GdB von 10 und die übrigen Störungen mit einem GdB von unter 10. Dr. K. hat mitgeteilt, die Beeinträchtigungen lägen hauptsächlich auf nervenärztlichem Gebiet. Dr. R. hat ausgeführt, es fänden seit 1996 regelmäßige psychiatrische Kontakte mit dem Kläger statt. Es bestünden rezidivierende Depressionen. Seit der Reha-Behandlung in der Klinik Am schönen Moos bestehe eine ausgeprägte depressive Antriebsminderung und deutliche affektive Verflachung. Der Kläger sei deutlich in den Alltagsfunktionen eingeschränkt. Weitere Erkrankungen seien ihm nicht bekannt. Er gehe von einem GdB von 50 wegen der Depressionen aus. Sodann hat das SG von Amts wegen bei Dr. P. das chirurgisch-orthopädische Gutachten vom 25.07.2013 und im Anschluss bei Prof. Dr. F. das psychiatrische Gutachten vom 10.02.2014 eingeholt. Der Sachverständige Dr. P. hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 18.07.2013 einen Wirbelsäulenschaden bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in drei Wirbelsäulenabschnitten mit einem Teil-GdB von 30, Bewegungsstörungen und eine Belastungsminderung des rechten Armes bei Rotatorensyndrom des Schultergelenkes, rezidivierender Epicondylitis radialis humeri sowie Karpaltunnelsyndrom mit einem Teil-GdB von 10, eine chronisch-venöse Insuffizienz mit geringem belastungsabhängigem Ödem, nicht ulzerösen Hautveränderungen und ohne wesentliche Stauungsbeschwerden ebenfalls mit einem Teil-GdB von 10 sowie eine schwere therapieresistente Persönlichkeitsstörung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem Teil-GdB von 50 und den Gesamt-GdB mit 50 bewertet. Er hat einen athletischen Körperbau und eine gut ausgeprägte symmetrische Muskulatur beschrieben, der Kläger sei zu Ort, Zeit und Person orientiert gewesen, habe sich auflockern lassen, so dass am Schluss ein Lächeln möglich gewesen sei.

Der Sachverständige Prof. Dr. F. hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 06.12.2013 eine rezidivierende depressive Störung, ggw. remittiert (ICD-10 F33.4), eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine nicht-organische Insomnie (ICD-10 F51.0) diagnostiziert. Im Hinblick auf die Depression habe sich keine relevante affektive Symptomatik gezeigt, sodass diese Behinderung weg falle. Die Schmerzstörung und die auf den anamnestischen Angaben beruhende Insomnie seien mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Somit könne auf psychiatrischem Fachgebiet aufgrund des Fehlens einer ausreichenden affektiven Symptomatik eine Funktionseinschränkung nicht mehr begründet werden. Da jedoch noch zusätzliche orthopädische Beeinträchtigungen bestünden, ergebe sich keinerlei Änderung am Gesamt-GdB von 30.

Fast zeitgleich ist der Kläger im Rentenklageverfahren auf seinen Antrag nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Dr. G. nervenärztlich zur Erwerbsfähigkeit begutachtet worden. Dieser hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 17.12.2013 in seinem Gutachten vom 23.12.2013 mit ergänzender Stellungnahme vom 03.04.2014 eine rezidivierende depressive Störung mit Chronifizierung, eine somatoforme Schmerzstörung, eine sozialphobische Störung, ein HWS-Syndrom mit Wurzelreizsymptomatik C6 rechts bei Bandscheibenvorfall HWK 5/6, ein LWS-Syndrom sowie eine Schädigung des Nervus Saphenus links und unklare Schädigung der Nervi Clunii diagnostiziert. Der Sachverständige, dem das Gutachten von Prof. Dr. F. nicht bekannt gewesen ist, hat auf die bisherigen widersprüchlichen Beurteilungen hingewiesen, die sich aus den Berichten der Tagesklinik und der Klinik A. ergäben. Aktuell biete sich ein chronifiziertes depressives Bild mit Antriebsstörungen, soziophobischen Störungen im Rahmen der Depression und auch kognitiven Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik. Er halte den Kläger in der Zusammenschau allenfalls für unterhalbsschichtig in einem quasi beschützten Arbeitsplatz für arbeitsfähig. Das von Seiten des Beklagten nach Einholung der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. B. vom 22.05.2014 abgegebene Vergleichsangebot, den GdB mit 40 ab 22.07.2011 festzustellen, hat der Kläger nicht angenommen.

Mit Urteil vom 29.09.2014 hat das SG den Beklagten verurteilt, über das in der mündlichen Verhandlung erklärte und vom Kläger angenommene Anerkenntnis des Beklagten, den GdB mit 40 festzustellen, hinaus, ab 22.07.2011 einen GdB von 50 festzustellen. Das SG hat die chronifizierte depressive Störung verbunden mit einer soziophobischen Erkrankung und der somatoformen Schmerzstörung mit einem Teil-GdB von 40 bewertet und sich hinsichtlich der Diagnosen auf die Berichte der Tagesklinik sowie der Reha-Klinik A. und der Zeugenauskunft des Dr. R. gestützt. Dem Sachverständigen Prof. Dr. F. hat sich das SG dagegen nicht angeschlossen, da dessen Einschätzung, dass wegen Fehlens einer affektiven Symptomatik von einem Wegfall der seit vielen Jahren bestehenden depressiven Erkrankung auszugehen sei, angesichts des Gutachtens des Dr. G. und der weiteren aktenkundigen Unterlagen nicht überzeuge. Die daneben bestehenden Erkrankungen an der HWS und LWS seien mindestens mit einem GdB von 20 zu bewerten, auch wenn die Einschränkungen im Bewegungsablauf nur geringgradig seien. Denn es lägen wiederkehrende Wirbelsäulensyndrome vor, im Bereich der HWS seien zwei Bandscheibenvorfälle nachgewiesen. Dies rechtfertige es, für die gesamte Wirbelsäule von einem ("starken") GdB von 20 auszugehen. Aufgrund dieser orthopädischen Beeinträchtigung sei eine Erhöhung des GdB auf 50 angemessen, denn es würde dieser den Kläger nicht unerheblich belastenden Erkrankung nicht gerecht, sie bei dem Gesamtleidenszustand außer Acht zu lassen, zumal eine rein somatoforme Schmerzstörung nicht vorliege.

Gegen das dem Beklagten am 09.10.2014 zugestellte Urteil hat dieser am 04.11.2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-

Württemberg (LSG) eingelegt und zur Begründung unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. W. vom 29.10.2014 vorgetragen, dass der auf psychischem Gebiet angenommene Teil-GdB von 40 im Hinblick auf den von Prof. Dr. F. erhobenen Befund als zu weitgehend anzusehen sei. Im Vordergrund der Begutachtung durch Dr. G. habe die Erwerbsfähigkeit des Klägers gestanden. Gegen die Annahme einer Schwerbehinderung spreche der Umstand, dass der Kläger bisher keine psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen habe. Ein kompletter sozialer Rückzug liege nicht vor.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 29. September 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hat zur Begründung auf das angefochtene Urteil des SG und das bei Dr. G. eingeholte Gutachten Bezug genommen.

Der Senat hat die Gerichtsakte des SG zum Rentenverfahren ([S 2 R 804/13](#)) beigezogen. Hieraus ergibt sich, dass das SG von Amts wegen ein weiteres neurologisch-psychiatrisches Fachgutachten bei Dr. K. vom 20.09.2014 eingeholt hat. Dieser hat nach ambulanter Untersuchung am 09.09.2014 ausgeführt, es stehe psychopathologisch eine ängstlich-depressive Symptomatik und ein passives Vermeidungsverhalten im Vordergrund, wobei der ängstliche Anteil dominiere. Eine schwerergradige Depressivität sei jetzt nicht zu erkennen. Eine intensivere Behandlung der Angstsymptomatik mit soziophobischem Charakter und der Antriebsstörung finde derzeit nicht statt. Der Kläger erhalte keine höher dosierte antidepressive Medikation und keine medikamentöse Behandlung der Angstsymptomatik. Aus seinem therapeutischen Umfeld würden seine passiven Mechanismen eher dysfunktional chronifiziert mit hochdosierten sedierenden Antidepressiva und Schlafmedikamenten. Dabei sei im Gespräch doch immer wieder affektive Erregbarkeit auch mit einem gelegentlichen Lächeln und einem dem Kläger eigenen Humor festzustellen. Es liege aufgrund der soziophobischen Symptomatik zwar eine qualitative Einschränkung vor, eine quantitative Einschränkung für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten sei jedoch nicht abzuleiten. Berentung ohne Therapie würde eher chronifizierend wirken und wäre kontroproduktiv. Die therapeutischen Möglichkeiten erschienen keineswegs ausgeschöpft. Eine gravierende Verlangsamung der Bewegungs- und Denkabläufe sei im Gespräch nicht zu erkennen gewesen. Zwar habe der Kläger über kognitive Störungen und eine massive Vergesslichkeit geklagt, dies habe sich aber im Gespräch nicht objektivieren lassen. Der die kognitiven Fähigkeiten messende DemTect-Test habe einen Score von 2 und damit einen Wert aus dem schwerst dementiellen Bereich ergeben, der sich aber mit dem Gesprächseindruck nicht gedeckt habe, in dem keine gravierende kognitive Störung zu erkennen gewesen sei.

Auf die hiergegen erhobenen Einwände des Klägers hat der Sachverständige Dr. K. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20.11.2014 ausgeführt, die vom Kläger genannten Medikamente Trimipramin und Melperon seien vorwiegend sedierende und dämpfende Antidepressiva, die hauptsächlich als Schlafmittel eingesetzt würden, es handle sich nicht um stärker antidepressiv wirksame Antidepressiva. Es hätten sich beim Kläger eindeutige Diskrepanzen zwischen der Befunderhebung und dem Selbstbeurteilungstest DemTect, der mit einem Score von "2" eine schwergradige Alzheimer-typische Leistungsbeeinträchtigung bedingen würde, ergeben. Im psychopathologischen Befund habe der Kläger voll orientiert und nicht verlangsamt in seinen Gedankengängen gewirkt, er sei präzise in der Beschwerdeschilderung ohne Auffälligkeit in Auffassungsgabe und Merkfähigkeit gewesen.

Ebenfalls im Rentenklageverfahren wurde der Dipl.-Psych. N. als sachverständiger Zeuge schriftlich vernommen, der über eine einmalige Untersuchung am 24.11.2014 berichtet. Während die neuropsychologische Untersuchung Hinweise auf recht deutliche Beeinträchtigungen in allen untersuchten Bereichen ergeben habe, habe der klinische Eindruck nicht dem einer deutlichen Demenz entsprochen. Er gehe von einer Überlagerung der Testresultate durch eine depressive Entwicklung aus.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegte Behördenakte sowie die Gerichtsakten des SG ([S 7 SB 2670/12](#) und [S 2 R 804/13](#)) und die Senatsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt sowie auch im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)), und begründet. Denn der Kläger hat jedenfalls keinen Anspruch auf die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50). Ob der Beklagte zu Recht im Wege des Anerkenntnisses einen GdB von 40 unter Abänderung des Bescheides vom 11.11.2011 festgestellt hat, ist ebenfalls zweifelhaft, bedarf aber vorliegend nicht der Entscheidung, da der Kläger hierdurch nicht in seinen Rechten verletzt wird.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 69 Abs. 1, 3 und 4 SGB IX](#). Danach 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. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. 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 - VersMedV - 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 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.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und alten Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, d. h. für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, d. h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (z. B. "Altersdiabetes", "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). 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. 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 zueinander 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 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](#) - (juris)). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind (st. Rspr., vgl. BSG, Beschluss vom 09.12.2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) - (juris)). Bei dem auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- bzw. Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen.

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer (unbenannten) Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzelfall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24.06.1998 - [B 9 SB 17/97 R](#)). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungs-erheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- bzw. Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Gesundheitsschäden des Klägers jedenfalls keinen höheren GdB als 40 rechtfertigen.

Die im Vordergrund stehende Funktionseinschränkung des Klägers besteht auf psychiatrischem Fachgebiet. Der Senat hält den hier von Seiten des SG angesetzten Teil-GdB von 40 jedoch nicht für befundadäquat im Hinblick auf die hierfür nach den VG erforderlichen Voraussetzungen.

Sowohl die depressive als auch die Schmerzerkrankung sind nach VG, Teil B, Nr. 3. 7 zu bewerten. Danach sind Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen 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 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 zu bewerten. Da nach VG, Teil B, Nr. 18.4 die Fibromyalgie und ähnliche Somatisierungs-Syndrome jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen sind, berücksichtigt der Senat diese regelmäßig ebenfalls im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche, sodass insoweit ein einheitlicher Teil-GdB zu bilden ist.

Aufgrund der beiden Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. F. und Dr. K. ist das Vorliegen einer ausgeprägteren Depression, die mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten wäre, nicht erwiesen. Beide Sachverständige haben den Kläger in unterschiedlichen gerichtlichen Verfahren im zeitlichen Abstand von ca. 9 Monaten auf nervenärztlichem Fachgebiet begutachtet. Anders als der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. R., der die von ihm gestellte Diagnose einer rezidivierenden Depression zu keinem Zeitpunkt näher begründet und weder ausgeführt hat, worauf er die Annahme einer depressiven Erkrankung stützt, noch dargelegt hat, weshalb trotz seiner fast 15-jährigen Behandlung keinerlei Besserung im Gesundheitszustand des Klägers eingetreten ist, haben sich die Sachverständigen Prof. Dr. F. und Dr. K. mit den Diagnosevoraussetzungen einer depressiven Episode nach ICD-10 F32 auseinandergesetzt und für den Senat überzeugend und schlüssig für das Vorliegen einer solchen Erkrankung aktuell keine Anhaltspunkte erkannt. So hat Prof. Dr. F. darauf hingewiesen, dass bei

seiner gutachterlichen Untersuchung keinerlei Störung des Affekts vorhanden gewesen ist, der Kläger vielmehr gut schwingungsfähig war. Auch eine Anhedonie (Unfähigkeit, Freude oder Lust zu empfinden) ließ sich nicht feststellen, vielmehr hat der Kläger darüber berichtet, dass ihm der Besuch seiner Enkelkinder viel Freude bereitet und dass er sich weiterhin für türkischen Fußball interessiert. Da die Diagnose einer Depression das Vorliegen von mindestens zwei der drei Hauptsymptome Beeinträchtigung der Stimmung, Anhedonie und Antriebsverlust/verstärkte Ermüdung erfordert, konnte er eine solche Diagnose nicht und nur unter Einbezug des Entlassberichtes der Tagesklinik als Diagnose eine rezidivierende Depression, gegenwärtig remittiert, nach ICD-10 F33.4 stellen. Die von der Tagesklinik diagnostizierte mittelgradige Depression (ICD-10 F32.1) hält der Senat allerdings zu keinem Zeitpunkt für nachgewiesen. Die Diagnose stützt sich ausschließlich auf das Beschwerdevorbringen des Klägers, ohne dass aus dem Bericht vom 26.07.2011 deutlich wird, ob das Lebensumfeld des Klägers in die Betrachtung eingestellt worden ist und ob sich der Beschwerdevortrag mit den eigenen Wahrnehmungen der behandelnden Therapeuten deckt. Keinerlei Angaben finden sich in dem Bericht zur familiären Situation des Klägers und seiner Tagesstruktur, sodass die gestellte Diagnose in keiner Weise nachvollziehbar ist. Auch lässt sich aus dem Bericht nicht mit der notwendigen Zweifelsfreiheit ableiten, dass es sich um einen nicht nur vorübergehenden, also länger als sechs Monate anhaltenden oder wechselnden krankheitswertigen Zustand handelt, was für die Berücksichtigung im Rahmen der GdB-Bewertung jedoch nach VG, Teil A, Nr. 2f Voraussetzung ist. Dem entspricht, dass auch im Entlassungsbericht der Klinik Am schönen Moos keine mittelgradige Depression nach ICD-10 F31.1, sondern eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig nach ICD-10 F33.1 diagnostiziert worden ist und auch Dr. R. in seiner Zeugenauskunft von rezidivierenden Depressionen berichtet hat, jedoch ohne Verwendung eines Diagnoseschlüssels. Der Senat ist allerdings auch nicht davon überzeugt, dass der Kläger im Verlauf seines Aufenthaltes in der Klinik A. an einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradigen Ausmaßes gelitten hat. Denn sein Beschwerdevortrag ist durch die Beschreibung des Klinikalltags nicht bestätigt worden, sodass im Entlassungsbericht ausdrücklich festgehalten worden ist, dass seine Beschwerden nicht objektiviert werden konnten und Aggravationstendenzen nicht sicher auszuschließen gewesen sind. Da im Verlauf der stationären Behandlung keine nennenswerten Beeinträchtigungen in den psychosozialen, kognitiven und körperlichen Aktivitäten des Klägers aufgefallen sind, ist der Nachweis für eine mittelgradige depressive Störung selbst für den Behandlungszeitraum vom 25.10 bis 22.11.2011 nicht erbracht. Nachdem der Sachverständige Dr. K. die von Prof. Dr. F. 9 Monate zuvor erhobenen Befunde bestätigt und ohne Kenntnis von dessen Gutachten inhaltlich zum selben Diagnoseergebnis gekommen ist, was dem SG zum Zeitpunkt seiner Entscheidung allerdings noch nicht bekannt gewesen ist, lässt sich die vom SG vertretene Auffassung nicht mehr halten. Hinzu kommt, dass Dr. K. und Dr. G. in ihren Gutachten in Auswertung der Behördenakten auf ein nervenärztliches Gutachten des Dr. Z. für die Agentur für Arbeit vom 30.07.2012 hingewiesen haben, in dem lediglich eine Dysthymie diagnostiziert worden ist, und auf ein durch die Deutschen Rentenversicherung veranlassetes Gutachten des Dr. M. vom 30.11.2012, der ebenfalls lediglich eine Dysthymia diagnostiziert und ausgeführt hat, Antrieb und Psychomotorik erschienen normal, die Stimmungslage wirke leicht gedrückt mit Anzeichen einer Verdeutlichungstendenz ohne Gedankenkreisen, der Kläger könne seine letzte Tätigkeit als Maschinenbediener weiterhin 6 Stunden und mehr ausüben. Hiermit im Einklang steht die Einschätzung von Dr. K., wonach es sich bei dem Kläger um eine ängstlich-neurasthenische Grundpersönlichkeit mit soziophobischer Symptomatik und ausgeprägtem, passivem Vermeidungsverhalten handelt, das sich jedoch nicht völlig der Steuerungsfähigkeit des Klägers entzieht. Hierfür spricht, dass in der Exploration ausreichende Fähigkeiten in der Alltagsbewältigung nachzuweisen gewesen sind. Die depressive Symptomatik wirkt dagegen nur leichtgradig. Dies hat der Sachverständige Dr. K. überzeugend u. a. mit der dem Kläger verordneten Medikamenteneinnahme begründet, die gerade keine wirksame antidepressive Behandlung bewirkt, sondern vielmehr eine sedierende und dämpfende Wirkung hat. Dass der Kläger über Tagesmüdigkeit klagt, ist im Hinblick auf die jahrelange Einnahme solcher Medikamente daher nachzuvollziehen, jedoch als Folge der Medikamentengabe und nicht einer depressiven Erkrankung zu berücksichtigen. Auch der persönliche Eindruck, den der Sachverständige im Laufe der Begutachtung vom Kläger erhalten hat, spricht gegen eine mehr als leichtgradige depressive Störung. Denn nach anfänglichem matten Erstkontakt mit leiser, fast monotoner Sprechweise sind dann im weiteren Verlauf Mimik und Gestik durchaus lebhafter geworden, der Kläger hat immer wieder ein Lächeln und den Anflug von Humor gezeigt. Die biographischen Zusammenhänge hat er präzise im Zeitzusammenhang geschildert und es waren keine Störungen von Auffassungsgabe oder Merkfähigkeit zu erkennen.

Ähnliche Wahrnehmungen hat der Sachverständige Dr. P. anlässlich der chirurgisch-orthopädischen Begutachtung gemacht, mit anfangs sehr zurückhaltender Begegnung, dann aber verbesserter Kontaktaufnahme und zwischenzeitlichen Momenten einer immer wiederkehrenden Auflockerung, auch wenn er einen abrupten Abschluss mit Verfall in die Ausgangssituation geschildert hat. Soweit er eine schwere therapiereisente Persönlichkeitsstörung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten festgestellt und diese mit einem Teil-GdB von 50 bewertet hat, steht dies allerdings im Widerspruch zu sämtlichen fachärztlichen Befunden und ist daher nicht überzeugend, zumal bereits die Diagnose nicht mittels eines Diagnoseschlüssels spezifiziert worden ist und in Folge dessen die Diagnosevoraussetzungen auch nicht näher begründet worden sind.

Ebenfalls für nicht überzeugend hält der Senat das auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) im Rentenklageverfahren eingeholte nervenärztliche Gutachten des Dr. G. ... Er hat die von ihm diagnostizierte rezidivierende Störung mit Chronifizierung ebenfalls nicht mit Diagnoseschlüssel gekennzeichnet und zunächst auch keinen Schweregrad der Erkrankung angegeben. Erst mit der wenige Zeilen ausmachenden ergänzenden Stellungnahme wird nachgetragen, der geschilderte psychische Befund sei ein üblicher Befund bei mittelgradiger depressiver Störung. Woraus der Sachverständige diesen Befund allerdings abgeleitet hat, ergibt sich aus seinen Ausführungen nicht. Zu Recht hat der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. N. vom Ärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung in seiner Stellungnahme vom 24.02.2014 eingewandt, dass der psychopathologische Befund des Gutachtens außer einer Herabstimmung keine wesentlichen Anknüpfungstatsachen erkennen lässt, der für eine quantitative Leistungseinschränkung sprechen würde, und unklar ist, worauf sich die Aussage eines reduzierten Antriebs bezieht. Ein psychisches Krankheitsbild wird nicht offenbar, allenfalls kann eine Dysthymie diagnostiziert werden. Auch die übermittelte Anamnese des Klägers erbringt zwar subjektive körperliche Beschwerden, der körperliche Untersuchungsbefund ist allerdings fast unauffällig. Eine Beschwerdemitteilung, die zu einem depressiven Krankheitsbild nach den Kriterien der ICD-10 passen würde, wird nicht geschildert. Die mitgeteilten Testergebnisse sind insoweit nicht ausreichend, da sie mangels nachvollziehbarer Befunde nicht bewertet werden können und sich keine Konsistenzprüfung findet. Da Dr. G. all dem nicht mit substantiierter Begründung entgegen getreten ist, hält der Senat die Einwendungen für gerechtfertigt.

Eine ausgeprägtere Depression ist daher nicht erwiesen, sodass nach VG, Teil B, Nr. 3.7 der Bewertungsrahmen 0 bis 20 beträgt. Soweit Dr. B. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.05.2014 die Depression mit einem GdB von 30 bewertet hat, ist dies daher nur dann vertretbar, wenn hierdurch sämtliche Erkrankungen des Klägers auf psychiatrischem Fachgebiet, d. h. die von Dr. K. als vorrangig bezeichnete, mehrfach fachärztlicherseits diagnostizierte soziophobische Symptomatik sowie die somatoforme Schmerzstörung als mit erfasst werden. Bei isolierter Betrachtung würde die rezidivierende depressive Störung keinen GdB von 20 rechtfertigen. Nach VG, Teil A, Nr.

Zf ist Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidenszustand mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen. Da die Tagesklinik und die Klinik A. von einer mittelgradigen Depression ausgegangen sind, wobei wie oben ausgeführt dies den mitgeteilten Befunden nicht entspricht, und die Sachverständigen Prof. Dr. F. und Dr. K. keine bzw. lediglich eine leichtgradige depressive Störung erkannt haben, ist der Durchschnittswert unterhalb des GdB von 20 zu bilden. Dem entspricht, dass der Kläger durchaus über soziale Kontakte verfügt und auch seine Kontaktfähigkeit bei objektiver Betrachtung nicht nennenswert eingeschränkt ist. Der Kläger hat vier Töchter und fünf Enkelkinder, die allesamt in der Nähe wohnen und die ihn besuchen. Außerdem bekommt er nach eigenen Angaben im Rahmen der Begutachtung durch Dr. K. gelegentlich Besuch von Hausgenossen und trifft Freunde. Hiermit wiederum in Einklang steht, dass der Kläger im Verlauf der stationären Behandlung in der Klinik A. zu anderen Rehabilitanden türkischer Herkunft recht gut Anschluss gefunden hat und keine relevanten Beeinträchtigungen seiner sozialen Aktivitäten zu beobachten waren. Wenn im Bericht der Tagesklinik ausgeführt wird, dass der Kläger kaum Kontakt zu Gruppenmitgliedern aufgenommen habe, ist dies ggf. auf Sprachhindernisse zurückzuführen und nicht Ausdruck sozialen Rückzuges. Auch die weiteren Angaben des Klägers zu seiner Tagesstruktur erlauben nicht die Annahme einer mit einem GdB von 20 zu bewertenden Beeinträchtigung aufgrund depressiver Störungen, sondern legen nur nahe, dass sich der Kläger mit seiner jetzigen Situation der Arbeitslosigkeit abgefunden hat und keine Änderung dieses Zustandes anstrebt. Nachdem er zwischen 6.00 und 9.00 Uhr die erholsamsten Stunden im Bett verbracht hat, steht er zwischen 9.30 Uhr und 10.00 Uhr auf, sieht etwas Fernsehen, wobei er Wert auf die Feststellung gelegt hat, sowohl deutsche als auch türkische Nachrichten zu sehen. Dann frühstückt er, liest am Morgen die Zeitung, die ihm seine Tochter bringt, geht dann etwas spazieren und hält sich bei schönem Wetter auf der Terrasse auf. Gelegentlich trifft er dann auch Freunde. Längere Zeit bleibt er nicht draußen, sondern geht dann lieber ein zweites Mal später nochmals nach draußen. Die Einkäufe macht er meist zusammen mit seiner Ehefrau, allein geht er selten einkaufen. Wenn seine Frau von ihrer beruflichen Tätigkeit als Reinigungskraft einer Arztpraxis gegen 21.00 nach Hause kommt, essen sie gemeinsam zu Abend. Erst gegen 2.00 Uhr nachts geht der Kläger zu Bett. Wenn der Kläger abschließend angibt, er fühle sich unter Leuten nervös, zu Hause dagegen sei er glücklich, spricht dies allenfalls für eine mit einem GdB von unter 20 zu bewertende krankheitswertige depressive Störung. Auch hinsichtlich der soziophobischen Symptome sind die für die Einstufung des GdB relevanten hierauf beruhenden Funktionsbeeinträchtigungen gering. Der Kläger hat selbst angegeben, nie Probleme mit Kollegen gehabt zu haben, als er noch gearbeitet hat. In diesem Umfeld hat sich die Angststörung daher nicht ausgewirkt. Auch die Aufenthalte in der Tagesklinik und der Klinik A. haben nicht angstbedingte Lebensbeschränkungen des Klägers gezeigt, sodass wohl nur in besonders extremen Situationen, die jedoch nur höchst selten auftreten dürften und auch nicht zwangsweise vom Kläger zu erleben sind, die soziophoben Störungen überhaupt zum Tragen kommen. Dass es sich insoweit nicht um eine gravierende Beeinträchtigung handelt, ergibt sich auch aus dem Umstand, dass bislang zu keinem Zeitpunkt die Angstsymptomatik Gegenstand fachärztlicher Behandlung gewesen ist, worauf Dr. K. zutreffend hingewiesen hat. Schließlich kann sich auch aus der somatoformen Schmerzstörung keine wesentliche Anhebung des für die rezidivierende depressive Störung anzunehmenden Teil-GdB ergeben. Anlässlich der Begutachtung durch Dr. K. hat der Kläger vor allem über einen Kopfdruck und eher leichtgradig wirkende Schmerzen im Nacken und der Wirbelsäule geklagt, wofür sich kein organisches Korrelat gefunden hat. Die Bewegungsabläufe bei der Untersuchung waren aber unauffällig und im Gespräch waren keine schonbedingten Änderungen der Körperhaltung als Ausdruck eines Schmerzerlebens zu beobachten, sodass es sich auch insoweit nicht um eine gravierende Beeinträchtigung handeln kann. Dies wird durch die vom Kläger anlässlich seiner Untersuchung bei Dr. P. angegebene Medikamenteneinnahme von Diclofenac, einem bei leichten bis mittleren Schmerzen eingesetzten Schmerzmittel, bestätigt, von dem der Kläger lediglich eine Tablette täglich einnimmt. Die durch Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet bedingten Funktionsbeeinträchtigungen können daher in der Summe nach VG, Teil B, Nr. 3.7 allenfalls mit einem Teil-GdB von 30 bewertet werden. Eine Anhebung dieses GdB wegen kognitiver Beeinträchtigungen lässt sich nicht begründen, nachdem im Rentenverfahren sowohl Dr. K. als auch der Dipl.-Psych. N. eine erhebliche Abweichung zwischen den Ergebnissen in den Testverfahren und dem tatsächlichen klinischen Eindruck, den der Kläger hinterlasse und der keine auffälligen kognitiven Störungen erkennbar mache, festgestellt haben.

Der Teil-GdB von 30 ist jedoch aufgrund der orthopädischen Funktionsbeeinträchtigungen um 10 auf einen dann maximalen Gesamt-GdB von 40 anzuheben. Hierbei stützt sich der Senat auf die von Dr. P. anlässlich seiner Begutachtung erhobenen Befunde.

Im Funktionssystem Rumpf rechtfertigen diese einen Teil-GdB von 20.

Nach VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme bestimmt, wobei sich das Funktionsausmaß der Gelenke nach der Neutral-Null-Methode bemisst. Auch bei Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem sogenannten Postdiskotomiesyndrom) ergibt sich nach VG, Teil B, Nr. 18.9 der GdB primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Dementsprechend 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 kurzdauernde 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 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten der GdB 30 bis 40.

Nach der von Dr. P. vorgenommenen Bewegungsprüfung der Wirbelsäule besteht bei der Vorneigung der HWS eine hälftige, bei der Seitneigung rechts/links eine Einschränkung um ein Drittel und bei der Drehbewegung rechts/links um ca. ein Drittel. Ebenfalls um ein Drittel ist die Beweglichkeit der LWS/BWS beim Drehen im Sitzen rechts/links eingeschränkt, der Fingerspitzen-Bodenabstand (FBA) weist mit 25 cm auf eine noch fast altersgemäße Vorneigefähigkeit hin, was mit dem Ott'schen Maß von 30/34 cm im Hinblick auf die Entfaltbarkeit der BWS korreliert. Der Sachverständige entnimmt diesen Bewegungsmaßen eine endgradige Einschränkung der HWS sowie eine ausreichende Entfaltbarkeit der BWS bei vermehrter langstreckiger Kyphose und sieht eine an sich günstige Beweglichkeit der LWS mit einem Schober'schen Zeichen von 9/10/14 cm (Tabellenangabe: 9/10/13) trotz Einschränkung der Gesamtwirbelsäule mit einem FBA von 25 cm. Während die Funktionseinschränkungen der HWS unter Mitberücksichtigung der durch die nachgewiesenen Bandscheibenschäden in den Segmenten C4/5 und C5/6 hervorgerufenen Schmerzen und die Steilstellung der HWS bei beginnender Osteochondrose C4/5/6 als mittelgradig eingestuft werden können, sind die Beeinträchtigungen an der BWS und LWS noch nicht derart gravierend. Der Befund der BWS

wird im Wesentlichen nur die deutliche Rundrückeneinstellung mit palpationsbedingter Schmerzauslösung bestimmt, die allerdings nur mit einer endgradigen Bewegungseinschränkung verbunden ist. Auch die LWS weist keine erhebliche Bewegungseinschränkung bei einem FBA von 25 cm auf. Zwar wird hier nach der HWS die Hauptschmerzregion lokalisiert, eine radikuläre Symptomatik im Sinne eines positiven Lasègue'schen oder Bragard'schen Zeichens oder pathologische Eigenreflexe bestehen jedoch nicht, sodass der von Dr. P. für das Funktionssystem Rumpf vergebene Teil-GdB von 30 zu hoch bemessen ist. Weder können die Beeinträchtigungen des Klägers mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt noch mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten gleichgesetzt werden. Dies wird dadurch bestätigt, dass Dr. K. keine Probleme des Klägers beim Bücken beim An- und Entkleiden und eine freie Wirbelsäulenbeweglichkeit festgestellt hat und der Kläger selbst bei seiner Begutachtung angegeben hat, ein "bissle" habe er auch Rückenschmerzen und könne deshalb nicht länger sitzen oder stehen. Ein höherer Teil-GdB als 20 ist daher im Funktionssystem Rumpf nicht gerechtfertigt.

Im Funktionssystem Arme hat der Sachverständige Dr. P. aufgrund von Bewegungsstörungen und einer Belastungsminderung des rechten Armes bei Rotatorensyndrom des Schultergelenkes, rezidivierender Epicondylitis radialis humeri und Carpalunnelsyndrom einen Teil-GdB von 10 angenommen. Die Belastungseinschränkung des rechten Schultergelenkes bei angegebenen Schmerzen erreicht jedoch nicht einen GdB von 10, da es unter Zugrundelegung der gemessenen Schulterbeweglichkeit an einer anhaltenden funktionellen Beeinträchtigung fehlt. Dasselbe gilt für die Erkrankung des rechten Ellenbogens, die nicht mit Bewegungseinschränkungen verbunden sind. Die vermutete verminderte Belastungsfähigkeit ist nach VG, Teil B, Nr. 18.13 kein den GdB beeinflussendes Kriterium. Lediglich aufgrund der deutlichen Auslösung einer Sensibilitätsstörung D3/D4 der rechten Hand, die der Sachverständige als Hinweis auf ein Carpalunnelsyndrom wertet, für das nach Aussage des Klägers neurologischerseits eine Operationsindikation gestellt worden ist, ist die GdB-Bewertung des Sachverständigen Dr. P. insoweit überzeugend (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.13 "Nervenausfälle Nervus medianus"). Sie führt jedoch ebenso wenig wie der von ihm angenommene Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem Herz-Kreislauf wegen der nach VG, Teil B, Nr. 9.2.3 zu bewertenden chronisch-venösen Insuffizienz zu einer weiteren Anhebung des Gesamt-GdB (vgl. VG, Teil A, Nr. 3 d ee).

Nach alledem hat der Kläger jedenfalls keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40.

Die Berufung des Beklagten war daher erfolgreich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Der Senat hat insofern den teilweisen Erfolg des Klägers in erster Instanz berücksichtigt, wobei nach der Senatsrechtsprechung bei einer - wie hier - erstrebten Erhöhung des Gesamt-GdB von 30 auf 50 nur ein Drittel der außergerichtlichen Kosten dem Beklagten aufzuerlegen sind, wenn der Gesamt-GdB dann nur auf 40 angehoben wird, weil mit der Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft umfassende Vergünstigungen verbunden sind (Urteil vom 20. Juni 2013 - [L 6 SB 458/13](#)- zit. nach Juris).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-04-07