

L 8 SB 3403/14

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

1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 2 SB 3744/12

Datum
21.03.2014

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 3403/14

Datum
18.12.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21.03.2014 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 des Grades der Behinderung (GdB; 50 statt 40) seit 14.12.2011 zusteht.

Auf Antrag des 1957 geborenen Klägers, deutscher Staatsangehöriger, vom 17.04.2009 (Blatt 1/4 der Beklagtenakte) stellte das Landratsamt H. (LRA) mit Bescheid vom 03.08.2009 (Blatt 37/38 der Beklagtenakte) in der Fassung des Abhilfebescheids vom 22.03.2010 (Blatt 73/74 der Beklagtenakte) beim Kläger einen GdB von 30 seit 16.04.2009 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Depression (Einzel-GdB 20); Chronische Bronchitis, Bronchialasthma (Einzel-GdB 10); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Wirbelsäulenverformung (Einzel-GdB 20); zur versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 09.03.2010 vgl. Blatt 70/71 der Beklagtenakte). Ein späterer (Neufeststellungs-)Antrag vom 09.06.2011 (Blatt 86/89 der Beklagtenakte) war nicht erfolgreich (Bescheid vom 12.08.2011, Blatt 103/104 der Beklagtenakte).

Am 14.12.2011 beantragte der Kläger beim LRA erneut die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 107/110 der Beklagtenakte). Zu seinem Antrag verwies er auf einen Tinnitus mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen wie Schwindel, Kopf-weh und Konzentrationsproblemen sowie eine Patellasehnenruptur am 03.07.2010, die immer noch erhebliche Probleme bereite.

Das LRA zog eine Auskunft des den Kläger behandelnden Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. T. (zu seiner Auskunft vgl. Blatt 112 der Beklagtenakte) sowie des behandelnden HNO-Arztes Dr. B. (zu dessen Auskunft vgl. Blatt 114/118 der Beklagtenakte) bei und lehnte, nachdem Dr. H. in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 02.02.2012 (Blatt 120/121 der Beklagtenakte) einen GdB von 30 vorgeschlagen hatte (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Depression (Einzel-GdB 20); Chronische Bronchitis, Bronchialasthma (Einzel-GdB 10); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Wirbelsäulenverformung (Einzel-GdB 20); Ohrgeräusche (Tinnitus) (Einzel-GdB 10)), mit Bescheid vom 13.02.2012 (Blatt 122/123 der Beklagtenakte) die Neufeststellung des GdB ab.

Auf den Widerspruch des Klägers vom 01.03.2012 (Blatt 124 der Beklagtenakte) zog das LRA von Dr. B. Befundunterlagen mit Audiogramm vom 08.03.2012 bei (dazu vgl. Blatt 126/128 der Beklagtenakte). Auf der Grundlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Berg vom 13.07.2012 (Blatt 131/132 der Beklagtenakte), der vorschlug die Funktionsbehinderungen wie folgt zu bewerten: Depression Einzel-GdB 20 Chronische Bronchitis, Bronchialasthma Einzel-GdB 10 Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Wirbelsäulenverformung Einzel-GdB 20 Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen Einzel-GdB 20 stellte das LRA den Gesamt-GdB mit 40 seit 14.12.2011 fest (Bescheid vom 23.07.2012, Blatt 135/136 der Beklagtenakte).

Auf Bitten des Klägers (Blatt 139 der Beklagtenakte) zog das LRA dann noch einen Befundbericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M bei (zu dessen Auskunft vgl. Blatt 142 der Beklagtenakte) und holte eine weitere versorgungsärztliche Stellungnahme ein (Blatt 144/145 der Beklagtenakte). Mit Widerspruchsbescheid vom 07.11.2012 (Blatt 147/149 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt - den Widerspruch zurück.

Der Kläger hat am 16.11.2012 beim Sozialgericht (SG) Heilbronn Klage erhoben. Die Depression sei mit einem Einzel-GdB von 20 nicht

angemessen berücksichtigt. Tat-sächlich liege eine erhebliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfreiheit vor. Er leide unter Schlafstörungen und Antriebslosigkeit. Unberücksichtigt sei eine Gonarthrose. Auch die Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen sei mit einem Einzel-GdB von 20 nicht ausreichend bewertet.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 22/23, 24/25, 26/28 und 31/33 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M hat in seiner Antwort vom 06.03.2013 eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig ausgeprägt, beschrieben. Der GdB sei mit 20 zu niedrig bewertet. Der jahrelange Verlauf ohne eine komplette Remission spreche eher für einen GdB von 40. Der HNO-Arzt Dr. B. hat dem SG in seiner Antwort vom 12.03.2013 mitgeteilt, es bestehe eine Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits und einen chronischen Tinnitus beidseits (zu den überlassenen Audiogrammen vgl. Blatt 31/33 der SG-Akte). Der Tinnitus führe zu Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen. Die Schwerhörigkeit sei mittelgradig, der Tinnitus ebenfalls mittelgradig ausgeprägt. Er stimme mit den ihm überlassenen Feststellungen des versorgungsärztlichen Dienstes überein. Dr. T., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat in seinem Schreiben vom 25.03.2013 ausgeführt, beim Kläger liege eine Patellasehnenruptur links mit konsekutiver Patelladislokation vor. Dies führe zu einer endgradigen Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks und belastungs- und spannungsabhängigen Beschwerden im Patellarsehnenbereich. Das SG hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens beim Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin Dr. W ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 07.08.2013 (Blatt 42/63 der SG-Akte) eine Anpassungsstörung, einen schädlichen Gebrauch von Alkohol und einen intermittierenden Tinnitus beidseits beschrieben. Die Anpassungsstörung hat er mit einem GdB von 20, den schädlichen Gebrauch von Alkohol und den intermittierenden Tinnitus jeweils mit einem GdB von 10 bewertet und den Gesamt-GdB auf 30 geschätzt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18.10.2013 (Blatt 69/71 der SG-Akte) hat Dr. W. ausgeführt, der Umstand, dass der Kläger nach der Begutachtung angegeben habe, der Tinnitus trete 15 bis 20 Mal pro Woche und nicht pro Monat auf und er habe bei der Untersuchung ein Hörgerät getragen, ändere nichts an seiner gutachterlichen Einschätzung.

Das SG hat mit Urteil vom 21.03.2014 die Klage abgewiesen. Der Beklagte habe den GdB mit 40 seit 14.12.2011 zutreffend festgestellt. Das SG hat für die psychischen Erkrankungen einen Einzel-GdB von 20 angenommen, für den schädlichen Alkoholgebrauch einen GdB von 10, für die chronischen Bronchitis und das Bronchialasthma einen GdB von 10 und für "die orthopädischen Leiden des Klägers" einen GdB von 20 angenommen. Darüber hinaus seien die Schwerhörigkeit und der Tinnitus mittelgradig ausgeprägt. Im Rahmen einer Gesamtwürdigung ergebe sich ein Gesamt-GdB von allenfalls 40.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 01.08.2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12.08.2014 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die Behinderungen im orthopädischen Bereich seien mit einem Einzel-GdB von 20 nicht ausreichend bewertet. Insbesondere sei festzuhalten, dass Ausprägung und Schwere der Patellasehnenruptur dahingehend zu berücksichtigen seien, dass der bisher angenommene Einzel-GdB von 20 auf 30 zu erhöhen sei. Unberücksichtigt sei geblieben, dass er unter einer chronischen Bronchitis nebst Reizhusten leide. Die Auswirkungen seien mittel- bis schwergradig und es sei von einem Einzel-GdB von mindestens 20 auszugehen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21.03.2014 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheid des Landratsamts Heilbronn vom 13.02.2012 in der Fassung des Bescheids vom 23.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbeseids vom 07.11.2012 zu verurteilen, den GdB ab 14.12.2011 mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

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

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 20/35, 42/46 und 49/55 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. S., Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Schlafmedizin und Allergologie, hat in seiner Auskunft vom 05.01.2015 angegeben, die erhobenen Lungenfunktionen zeigten normale statische und dynamische Lungenvolumina. Nach der unspezifischen Provokation mit Metacholin habe sich kein hyperreagibles Bronchialsystem gezeigt. Ein Hinweis für ein Asthma bronchiale ergebe sich somit nicht. Die letzte Lungenfunktionsmessung von November 2014 habe ebenfalls normale statische und dynamische Lungenvolumina ergeben. In der Bronchoskopie habe neben einer chronisch nicht obstruktiven Bronchitis ein instabiles Bronchialsystem nachgewiesen werden können. Dies sei die Ursache des chronischen Hustens. Einen Hinweis für eine cardiale Ursache des Hustens habe sich nicht ergeben. Der Chirurg Dr. E. hat in seiner Antwort vom 06.02.2015 ausgeführt, der Kläger habe seit 2010 Schmerzen im linken Knie. Ursprünglich habe er eine Patellasehnenruptur, damals operativ versorgt. Schmerzen im rechten Knie bestünden dann weiter seit 2013. Ein weiterer Unfall sei nicht einprägsam. Schmerzen bestünden vor allem beim Treppen runter laufen. Zusätzlich Bewegungsbeeinträchtigung bestünden bei der endgradigen Beugung und Streckung. Am 21.10.2014 sei eine Arthroskopie und eine arthroskopische Operation des linken Kniegelenks erfolgt. Bei der Kontrolle am 15.01.2015 sei das Knie gut abgeschwollen gewesen. Insgesamt sei eine bessere Beweglichkeit (0-10-130°) vorhanden, das Auftreten sei normal gewesen. Der Kläger gebe noch ein Spannungsgefühl, wie auch vor der Operation, an. Die Schmerzen sind medial verschwunden.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 03.02.2015 (Blatt 38 der Senatsakte), 17.02.2015 (Blatt 56/59 der Senatsakte) und 15.04.2015 (Blatt 60/61 der Senatsakte) auf schwere Schlafstörungen und Aussetzer sowie die Verordnung einer Schlafmaske hingewiesen und einen Bericht von Dr. S. vom 20.01.2015 sowie eine Polysomnographie-Auswertung vom 10.04.2015 vorgelegt.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 29.05.2015 ausgeführt (Blatt 62/65 der Senatsakte), ein Schlafapnoe-Syndrom könne mit einem Einzel-GdB von 20 berücksichtigt werden, was aber nicht zu einer Erhöhung des GdB führe.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines internistischen Gutachtens bei Dr. S ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 02.10.2015 (Blatt 68/85 der Senatsakte) ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mit einem Einzel-GdB von 20 und eine chronische Bronchitis mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet. Unter Mitberücksichtigung der außerhalb seines Fachgebietes angenommenen Ansätze hat er den

Gesamt-GdB auf 40 geschätzt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 87, 88 der Senatsakte).

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) über die Berufung ohne mündliche Verhandlung entscheiden, denn die Beteiligten haben dem zugestimmt und der Senat hält eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich.

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

Gegenüber dem der GdB-Feststellung zuletzt zugrundeliegenden Bescheid des LRA vom 22.03.2010, mit dem das LRA beim Kläger einen GdB von 30 festgestellt hatte, ist eine rechtserhebliche wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) eingetreten. Dem Kläger steht seit 14.12.2011 ein Anspruch auf Feststellung eines GdB von 40 zu. Dieser Änderung haben das LRA und der Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 13.02.2012 in der Fassung des Bescheids vom 23.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.11.2012 ausreichend Rechnung getragen, der Kläger wird daher nicht in ihren Rechten verletzt.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 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.). Die den einzelnen Behinderungen welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 - [9 RVs 15/96 - BSGE 81, 50](#) bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Da-nach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die zu-nächst im Allgemeinen nach Funktionssystemen (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) getrennt, später nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt GdB durch alle Funktions-beeinträchtigungen 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.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die Funktions-beinderungen, die im Allgemeinen in den einzelnen Funktionssystemen (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) und anders als das SG meint auch nicht in medizinischen Fachbereichen bewertet werden, in ihrer Gesamtschau beim Kläger einen Gesamt-GdB von 50 nicht rechtfertigen, weshalb er keinen Anspruch auf Feststellung eines entsprechenden GdB hat und die Berufung zurückzuweisen war.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (A Nr. 2 Buchst. e) VG) besteht eine Anpassungsstörung sowie ein schädlicher Gebrauch von Alkohol. Die anhaltende Anpassungsstörung mit neurotischem Fehlverhalten (Blatt 58 der SG-Akte = Seite 17 des Gutachtens Dr. W.) bedingt keinen Teil-GdB von mehr als 20. Denn nach B 3.7 VG gilt folgendes: Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen GdB 0-20 Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) GdB 30-40 Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten GdB 50-70 mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten GdB 80-100

Beim Kläger bestehen keine wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Denn der Kläger steht voll im Berufsleben. Er kann Beruf und Freizeit organisieren. So arbeitet der Kläger mit einer Kollegin zusammen, hat darüber hinaus täglich

Personenkontakte und gestaltet seine Freizeit (z.B. Walken) in Abhängigkeit von den Arbeitszeiten seiner Ehefrau. Familiäre Kontakte, auch zu den Kindern der Ehefrau aus erster Ehe, bestehen. Auch am Wochenende macht er mit seiner Frau Radtouren mit Einkehr in einer Gaststätte (zum Tagesablauf vgl. Blatt 48/49 der SG-Akte = Seite 7/8 des Gutachtens Dr. W.). Dazu hat Dr. W. auch keine formalen oder inhaltlichen Denktstörungen gefunden, ebenso wenig Symptome aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Stimmungslage war dysphorisch verstimmt, das Antriebs- und Interessevermögen war ausreichend erhalten, das Freudevermögen eingeschränkt (zum Ganzen vgl. Blatt 54 der SG-Akte = Seite 13 des Gutachtens). Vor diesem Hintergrund konnte der Senat keine stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit feststellen. Der Teil-GdB war mit 20 anzusetzen. Dem widerspricht nicht, dass der Neurologe und Psychiater Dr. M eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Episode angegeben hatte (Blatt 22 der SG-Akte). Denn im Ergebnis hat er mit einer Antriebsminderung, mit Stimmungsschwankungen und reduzierter Belastbarkeit, mangelnder Umstellungsfähigkeit und eingeschränkter Motivation und Ausdauer denselben Befund geliefert, wie auch Dr. W. ... Jedoch konnte Dr. M keine näheren Angaben zu seiner Behauptung einer eingeschränkten Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit machen. Auch die (Blatt 142 der Beklagtenakte) von Dr. M angegebenen mehrmonatigen beruflichen Ausfallzeiten (dazu vgl. die Angaben des Klägers gegenüber Dr. W. (Blatt 45/56 der SG-Akte = Seite 4/5 des Gutachtens) zu seiner Arbeitsunfähigkeit in Folge eines Arbeitsplatzkonfliktes von 01.12.2008 bis Juni 2009) betreffen nicht mehr den vorliegend streitigen Zeitraum. Darüber hinaus bedeutet auch die – wohl verständliche – berufliche Demotivation für sich keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Denn trotz dieser fehlenden Motivation, die Dr. W. therapeutisch für behebbar hält, ist der Alltag des Klägers nicht im Hinblick auf psychische Erkrankungen eingeschränkt. Der schädliche Gebrauch von Alkohol bedingt – wie Dr. W. angegeben hatte – allenfalls einen Teil-GdB von 10. Denn psychische oder neurologische Störungen sind dadurch nicht verursacht, ebenso wenig eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Damit ergibt sich im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche integrierend ein Einzel-GdB von 20.

Der Senat konnte auf Grundlage der Angaben der behandelnden HNO-Arzt Dr. B. gegenüber dem SG im Funktionssystem der Ohren eine beidseitige Schwerhörigkeit sowie einen Tinnitus beidseits feststellen. Aus dem von Dr. B. überlassenen Tonaudiogramm vom 14.02.13 lässt sich für das rechte Ohr ein prozentualer Hörverlust von 91 % und links 79 % entnehmen. Das widerspricht – worauf der Versorgungsarzt Dr. Wolf in seiner Stellungnahme vom 13.05.2013 (Blatt 35 der SG-Akte) hingewiesen hat – dem Sprachaudiogramm vom gleichen Tag. Das Sprachaudiogramm ergibt für das rechte Ohr allenfalls einen Hörverlust von 50 % und links 40 %. Daraus kann aber eine höhergradige Hörminderung nicht abgeleitet werden. Dazu passt auch, dass der Kläger beim Gutachter Dr. Suermann angegeben hatte (Blatt 69 der Senatsakte = Seite 2 des Gutachtens), dass er wegen seiner Schwerhörigkeit keine Hörgeräte benutze, normale Gespräche könne er gut hören. Damit konnte der Senat geringe bis mittelgradige Schwerhörigkeit feststellen, die nach B 5.2.4 VG einen Teil-GdB von lediglich 20 rechtfertigt. Der Tinnitus beidseits rechtfertigt nach B 5.3 lediglich einen Teil-GdB von 10. Denn er tritt nur intermittierend auf, ist also nicht dauernd vorhanden. Auch konnte der Senat keine wesentlichen Folgestörungen feststellen. So hat Dr. W. keine Konzentrationsstörungen, Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörungen feststellen können (Blatt 54 der SG-Akte = Seite 13 des Gutachtens). Die von Dr. B. genannten Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und Schwindelgefühle konnte der Senat insoweit nicht objektivieren. Die von Dr. B. angegebenen Schlafstörungen erscheinen aus heutiger Sicht eher als Folge des Schlafapnoesyndroms und sind daher dort zu bewerten. Auch fehlt eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Vor dem oben dargestellten Hintergrund konnte der Senat eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht feststellen und musste vielmehr erkennen, dass der Tinnitus beidseits keine nennenswerten Begleiterscheinungen, insbesondere nicht auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet, bewirkt. Daher konnte der Teil-GdB allenfalls mit 10 angenommen werden, was auch der Bewertung durch Dr. W. entspricht. Im Funktionssystem der Ohren war daher integrierend ein Einzel-GdB von 20 zu bilden.

Im Funktionssystem des Rumpfes, wozu der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, hat der Beklagte einen Einzel-GdB von 20 angenommen, was nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig zu niedrig war. Denn die von Dr. S., Arzt für Orthopädie, (Blatt 61, 92 der Beklagtenakte) angegebenen Befunde entsprechen im Ergebnis lediglich mittelshweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt. So hat Dr. S. zunächst eine Dorsolumbalgie bei degenerativen Veränderungen, eine Skoliose der Wirbelsäule, eine NPP L5/S1 sowie multiple Bandscheibenprotrusionen und eine Spondylolisthese L5/S1 Grad 1 nach Meyerding angegeben, dabei aber lediglich Werte nach Schober von 10/14 cm, nach Ott von 30/32 cm sowie eine HWS-Seitneigung bds. von 25° mit Schmerzangabe bei Linksneigung darstellen können. Neurologische Ausfallerscheinungen konnten nicht nachgewiesen werden. Später (Blatt 92 der Beklagtenakte) hat Dr. S. dann nur noch eine Cervikalgie bei C1/2 Blockierung mitgeteilt. Die Rotation der HWS war nach rechts bis 80°, links bis 85° möglich, die Seitneigung rechts bis 30°, links bis 25°. Der Kinn-Jugulum-Abstand betrug 1-13 cm. Auch jetzt konnten neurologische Ausfallerscheinungen nicht beschrieben werden. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat in diesem Funktionssystem keinen höheren Einzel-GdB als 20 annehmen.

Die Kniebeschwerden des Klägers sind weder im Rahmen eines orthopädischen Gesamt-GdB noch im Funktionssystem des Rumpfes zu erfassen. Diese sind vielmehr im Funktionssystem der Beine zu bewerten. Beim Kläger besteht insoweit aber keine Versteifung der Kniegelenke, keine Lockerung des Kniebandapparates (Blatt 112 der Beklagtenakte), kein Kniescheibenbruch und auch keine habituelle Kniescheibenverrenkung. Der Senat konnte lediglich die operierte Patellarsehnenruptur links nach konsekutiver Patelladislokation links objektivieren (vgl. Auskunft Dr. T., Blatt 26/28 der SG-Akte; vgl. auch dessen Auskunft gegenüber dem LRA, Blatt 112 der Beklagtenakte). Die vom Kläger angegebene Gonarthrose (vgl. dessen Klagebegründung) konnte der Senat dagegen nicht feststellen. Mithin bestehen vorliegend Funktionsbehinderungen lediglich in einer endgradigen, schmerzhaften Bewegungseinschränkung, wie sie auch Dr. Eyok zuletzt nach der Operation im Jahr 2014 noch berichten konnte. Hierzu hat Dr. E. keinen Gelenkerguss beschreiben können und eine Beweglichkeit des linken Kniegelenks von 0-10-130° angegeben. Schon vor der Operation war die Beweglichkeit des Knies links als endgradig und schmerzhaft eingeschränkt beschrieben worden (vgl. Dr. T., Blatt 27 der SG-Akte: 0-5-130°). Vor diesem Hintergrund konnte der Senat nach B 18.14 VG lediglich einen Einzel-GdB von 10 annehmen.

Im Funktionssystem der Atmung konnte der Senat zunächst das vom Beklagten angenommene Bronchialasthma nicht feststellen. Denn dieses konnten Dr. S. in seinem Gutachten, wie auch der behandelnde Lungenfacharzt Dr. S. ausschließen. Die bestehende chronische Bronchitis bedingt jedoch keine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion, die sich einer reduzierten Belastbarkeit äußern würde. Denn insoweit war der Kläger bei der Begutachtung durch Dr. S. in der Lage, bis 179 Watt auf dem Laufband belastet zu werden, ohne dass die anaerobe Schwelle überschritten wurde. Die kardio-respiratorischen Parameter waren dabei komplett im Normbereich, der Blutdruck war mit 140/85 mmHg unter Belastungsbedingungen normal (Blatt 80 der Senatsakte = Seite 13 des Gutachtens). Eine Atemnot war dabei nicht beschrieben worden. Ebenso wenig konnte Dr. S. mitteilen, dass die statischen und dynamischen Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger wären als die Sollwerte; auch der behandelnde Dr. S. hat keine Einschränkungen der Lungenfunktionswerte angeben

können. Damit konnte der Senat mit Dr. Suermann gemäß B 8.3 VG einen Teil-GdB von allenfalls 10 annehmen. Im Funktionssystem ist des Weiteren das im Schlaflabor festgestellte Schlafapnoesyndrom zu berücksichtigen, das zur Notwendigkeit einer nächtlichen Beatmung mittels Maske führt. Nach B 8.7 VG ist bei einem Schlafapnoe-Syndrom (Nachweis durch Untersuchung im Schlaflabor) mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung ein GdB von 20 anzunehmen. Vor diesem Hintergrund ist der vom Be-klagten (Blatt 62/65 der Senatsakte) und Dr. Suermann zuletzt angenommene Teil-GdB von 20 nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig zu niedrig. Im Funktionssystem der Atmung war daher auch unter Berücksichtigung des Schlafapnoe-Syndroms integrierend ein Einzel-GdB von 20 anzunehmen.

Weitere - bisher nicht berücksichtigte - GdB-relevante Funktionsbehinderungen, insbesondere z.B. alkoholbedingte Störungen oder Leberschäden, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen, nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen.

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen mit 40, gebildet aus Einzel-GdB-Werten von - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Ohren, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Rumpfes, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Beine und - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Atmung - wobei Einzel-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken -, zu bemessen. Da bei hat der Senat berücksichtigt, dass lediglich Einzel-GdB von 20 berücksichtigungsfähig festgestellt werden konnten. Zwar liegen nur geringe Überschneidungen vor - allenfalls zwischen der psychischen Funktionsbehinderungen und dem Tinnitus - doch fehlt dem Kläger ein Einzel-GdB von 30. Mit den festgestellten Funktionsbehinderungen ist aber nach der Rechtsprechung des Senats (Senatsurteile vom 21.05.2010 - [L 8 SB 2171/08](#) - juris; und vom 17.12.2010 - [L 8 SB 1549/10](#) - juris) die Feststellung der vom Kläger angestrebten Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50) nicht gerechtfertigt. Die schwerwiegendste Funktionsstörung ist hier eines der vier mit einem GdB von 20 bewerteten Leiden. Ein höherer GdB als 20 bedingt keine davon. Wenn mit einem GdB 20 bewertete Behinderungen nach A 3 Buchst d) Doppelbuchst ee) VG es vielfach nicht rechtfertigen, den Gesamt-GdB zu erhöhen, ist es grundsätzlich nicht geboten, aus einer Häufung solcher Behinderungen die Schwerbehinderteneigenschaft zu folgern. Eine besondere Fallkonstellation, die wegen sich gegenseitig funktionell verstärkenden Auswirkungen einen belastenderen Behinderungszustand ergibt, liegt nicht vor. Ein GdB von 50 kann daher nach der ständigen Rechtsprechung des Senats ohne zumindest eine mit einem GdB von 30 bewertete einzelne Funktionsstörung in der Regel nicht angenommen werden (vgl. Senatsurteile a.a.O.). Auch der vom BSG geforderte Vergleich der Funktionsbehinderungen des Klägers mit den in den VG normativ mit einem GdB von 50 bewerteten Behinderungen macht dabei für den Senat deutlich, dass die Behinderungen des Klägers auch unter Berücksichtigung aller seiner Erkrankungen und funktionellen Defizite nicht denjenigen eines schwerbehinderten Menschen entsprechen.

Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB von 40 hat der Kläger keinen Anspruch auf eine Änderung des angefochtenen Bescheid und höhere (Neu-)Feststellung des GdB.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-01-19