

L 8 SB 2060/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 3 SB 350/13

Datum

27.04.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 2060/15

Datum

26.02.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

für Recht erkannt: Tenor: Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 27.04.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, mit welchem Grad der Behinderung (GdB) die bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen zu bewerten sind.

Bei dem 1954 geborenen Kläger britischer Staatsangehörigkeit war auf seinen Erstantrag ein GdB von 30 seit 05.12.2012 aufgrund der Funktionsbeeinträchtigungen degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Wirbelgleiten, Nervenwurzelreizerscheinungen, WK-Hämangiome (Bescheid vom 05.03.2003, Bl. 10 VA) festgestellt worden. Anträge auf Neufeststellung des GdB vom 18.05.2005 und 07.01.2008 hatten keinen Erfolg.

Am 27.06.2012 stellte der Kläger erneut einen Antrag auf Erhöhung des GdB. Zur Begründung führte er Osteochondrosen, Bandscheibenvorfall, und Uncovertebralarthrosen und eine Streckhaltung der Halswirbelsäule an. Der Kläger legte den Bericht des Röntgeninstituts Dres. V. und T. vom 03.05.2012 über eine Kernspintomographie der HWS vom 02.05.2012 (Bl. 45 VA) vor.

Mit Bescheid vom 09.08.2012 lehnte das Landratsamt Reutlingen – Versorgungsamt – (LRA) den Antrag ab, da die Voraussetzung für eine höhere Bewertung des GdB nicht vorlägen.

Gegen den Bescheid legte der Kläger am 23.08.2012 Widerspruch ein. Hauptgrund für die Feststellung des GdB von 30 mit Bescheid vom 05.03.2003 sei das festgestellte Wirbelgleiten im unteren LWS-Bereich gewesen. Es sei ein Antrag auf Erhöhung angezeigt gewesen, da sich im Halswirbelsäulenbereich eine extreme Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben habe. Die Bewegungsfähigkeit des Kopf- und Nackenbereiches sei stark eingeschränkt. Des Weiteren leide der Kläger teilweise unter Lähmungserscheinungen in beiden Armen. Auch die Beweglichkeit der Schulter sei stark eingeschränkt. Darüber hinaus leide er im gesamten oberen Körperbereich unter sehr starken Schmerzen. Zudem bestünden neurologische Funktionsbeeinträchtigungen mit blitzartigen Kopfschmerzattacken, einhergehend mit Schwindelanfällen, und gelegentlichen Beeinträchtigungen des Gleichgewichtssinnes.

Das LRA zog Berichte der orthopädischen Praxis R. vom 01.09.2010 und 14.01.2011 [Diagnosen: Persistierendes myogenes und degeneratives Cervikalsyndrom, Cervicocephalgien, knöchern bedingte Foramen-Stenosen HWK 4/5 rechts und HWK 5/6 links sowie HWK 3/4 beidseits (MRT 12/07), myogenes, fehlstatisches und blockierungsbedingtes Thorakalsyndrom, rezidivierendes Lumbalsyndrom bei eigenanamnestisch Gleitwirbel, aktuell SIG-Blockierung rechts, Bl. 60, 62 VA] sowie den Bericht der Praxis für Neurochirurgie vom 14.05.2012 (Diagnose: Degeneratives Cervikalsyndrom, Bl. 63 VA) bei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.01.2013 wies das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch zurück.

Am 11.02.2013 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG). Zur Begründung wiederholte er im Wesentlichen die Ausführungen zur Begründung des Widerspruchs. Durch die hinzugetretenen Funktionsbeeinträchtigungen stehe fest, dass der Kläger zumindest in 2 Wirbelsäulenabschnitten an erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen leide. Aufgrund der Beeinträchtigungen in mehreren

Wirbelsäulenabschnitten sei ein GdB von 50 zu gewähren, da hierdurch besonders schwere Auswirkungen auf den Gesundheit- und Allgemeinzustand des Klägers bestünden. Der Kläger werde seit längerer Zeit schon mit bestimmten Schmerzmitteln therapiert. Allerdings leide er immer wieder und regelmäßig unter heftigsten Schmerzattacken, wobei sich der Schmerz über den gesamten Schulter- und Nackenbereich und über den Kopf hinweg ausbreite. Bei solchen Schmerzattacken sei der Kläger völlig unfähig, sich weiter zu bewegen. Er müsse sich anschließend hinlegen. Die Beeinträchtigungen dauerten zum Teil bis zu zwei Tagen am Stück an.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als verständige Zeugen befragt.

Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. teilte unter dem 10.04.2013 (Bl. 16 SG-Akten) mit, er schätze den GdB auf mindestens 50. Es bestünden chronische Schmerzen im Bereich der LWS und zuletzt verstärkt im Bereich der HWS mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung nach allen Richtungen.

Dr. B. (Gemeinschaftspraxis für Neurochirurgie) schrieb dem SG unter dem 23.04.2013 (Bl. 17 SG-Akten), der Kläger habe sich ab 27.06.2012 weder in ambulanter noch in stationärer Behandlung in der Praxis befunden, weshalb die Beweisfragen nicht beantwortet werden könnten.

Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. M. gab im Schreiben vom 22.05.2013 (Bl. 19 SG-Akten) an, der Kläger befinde sich seit 26.01.2009 in seiner regelmäßigen chirurgischen Behandlung. Im Laufe der Behandlung habe sich beim Kläger keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingestellt, zurzeit bestehe wieder eine deutliche Schmerzverschlechterung. Er halte aus neurochirurgischer Sicht einen GdB von 40 gegeben.

Der Beklagte unterbreitete ein Vergleichsangebot vom 29.07.2013, dass der GdB 40 ab 27.06.2012 betrage. Der Kläger stimmte dem Vergleich nicht zu.

Das SG holte das chirurgisch-orthopädische Gutachten des Dr. H. vom 06.11.2013 (Bl. 37/52 SG-Akten) mit Ergänzung vom 18.12.2013 ein. Aufgrund der Untersuchung des Klägers am 09.10.2013 stellte der Gutachter folgende Gesundheitsstörungen fest:

- Stark schmerzhaftes LWS-Syndrom mit Wirbelgleiten und Retrolisthese sowie Bandscheibenvorfall L4/5, - anhaltendes myogenes und degeneratives Cervikalsyndrom mit Cervikocephalgien und kernspintomographischem Nachweis aktivierter Uncovertebralarthrosen HWK 4/5, 5/6 und C6/7 beidseits, rechtsbetont in Höhe HWK 6/7, auch gering aktivierter Osteochondrose, foraminale Stenose für C6 rechts, relativ foraminale Enge für C5 beidseits, C6 links und C7 beidseits, deutliche degenerative Veränderungen der Bandscheibenfächer HWK 4-7.

Es bestünden eine stark schmerzhaft eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit, eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule, Druckschmerzhaftigkeit der Dornfortsätze und erhebliche Muskelverspannungen. Das schmerzhaftes Lumbosakralsyndrom sei ebenso wie das Cervikalsyndrom mit einem GdB von 30 zu bewerten. Vorgeschlagen werde ein Gesamt-GdB von 40 ab 27.06.2012

Zusätzlich erstattete Prof. Dr. W. im Auftrag des SG das nervenärztliche Gutachten vom 13.07.2014 (Bl. 69/86 SG-Akten). Die Gutachterin stellte folgende Diagnosen:

- Chronische Lumboischialgie mit radikulären Symptomen (Rücken-Beinschmerzen mit Sensibilitätsstörung in L4 links bei Wirbelgleiten und Bandscheibenvorfall L4/5), - chronische Cervicobrachialgie und Cervicocephalgie mit radikulären Symptomen (Nacken-Arm und Nacken-Kopfschmerzen mit Sensibilitätsstörung in C6 und C8 rechts bei degenerativen Veränderungen), - chronische leichte bis mittelschwere depressive Episode.

Den Teil-GdB wegen des Wirbelsäulenschadens mit mittelschweren Funktionsstörungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten bewerte sie mit 40. Der Teil-GdB wegen der chronischen depressiven Störung werde mit 20 bewertet. Der Gesamt-GdB werde mit 50 bewertet, weil die Behinderungen des Klägers unterschiedliche Funktionsbereiche betreffen und sich die Beschwerden gegenseitig verstärkten.

Der Beklagte legte die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. R. vom 14.10.2014 (Bl. 93 SG-Akten) vor, wonach ein höherer Gesamt-GdB als 40 nicht vorgeschlagen werden könne. Insbesondere könne unter Berücksichtigung des psychopathologischen Befundes sowie der Selbstauskunftsbögen der Einschätzung mit einem Teil-GdB von 20 nicht gefolgt werden.

Prof. Dr. W. hat daraufhin unter dem 06.01.2015 ergänzend zum Gutachten Stellung genommen (Bl. 96/98 SG-Akten).

Der Beklagte hielt unter Vorlage der weiteren Stellungnahme des Versorgungsarztes des Dr. R. vom 12.02.2015 (Bl. 101 SGB-Akten) daran fest, dass das über das Angebot vom 29.07.2013 hinausgehende Begehren unbegründet sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 27.04.2015 verurteilte das SG den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 09.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.01.2013, den GdB bei dem Kläger mit 40 ab dem 27.06.2012 festzustellen. Im Übrigen wies es die Klage ab. Es lägen die Voraussetzungen für die Feststellung eines GdB von 40 vor. Von einem höheren Gesamt-GdB habe sich das SG nicht überzeugen können. Die Funktionsbeeinträchtigungen an der Wirbelsäule bedingten einen Teil-GdB von 40. Soweit Dr. H. das Lumbosakralsyndrom und das Cervikalsyndrom gesondert mit Teil-GdB-Werten von jeweils 30 in Ansatz bringe, entspreche dies nicht den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Es lägen Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vor. Schwere funktionelle Auswirkungen seien nicht ersichtlich. Zwar könne ein Teil-GdB von 40 veranschlagt werden, ein solcher Wert werde jedoch nicht vollständig ausgefüllt, sondern gerade noch erreicht. Die chronisch depressive Störung des Klägers bedinge einen Teil-GdB von 20. Der GdB von 40 durch die im Vordergrund stehende Funktionsbeeinträchtigung durch den Wirbelsäulenschaden werde wegen der seelischen Störung nicht erhöht. Dies folge daraus, dass der Teil-GdB von 40 nur knapp erreicht werde und zudem Überschneidungen bezüglich der Schmerzen infolge des Wirbelsäulenschadens und der depressiven Störung vorlägen.

Gegen den den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 04.05.2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 08.05.2015 Berufung

zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Allein auf orthopädischem Fachgebiet bestehe aufgrund der Feststellungen des Gutachters Dr. H. ein GdB von 40. Prof. Dr. W. habe zusätzlich zum fachorthopädischen Gutachten noch Rücken, Beinschmerzen mit Sensibilitätsstörung in L4 links, Nacken-Arm und Nackenkopfschmerzen mit Sensibilitätsstörungen in C6 und C8 rechts bei degenerativen Veränderungen und insbesondere eine leichte bis mittelschwere depressive Episode festgestellt. Daraus sei zu ersehen, dass Schmerzen bereits im orthopädischen GdB von 40 mit einbezogen seien. Die meist mittelgradige depressive Episode sei nicht nur wenigstens mit einem GdB von 20, sondern wegen der erheblichen Auswirkungen im Alltag und im Berufsleben mit einem GdB von 30 zu bewerten. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb das Gericht zu einem Gesamt-GdB von 40 komme. Überschneidungen der Gutachten in der Einschätzung gebe es nicht. Die gesamten Beeinträchtigungen auf mehreren Wirbelsäulenabschnitten seien schwer. Es sei nicht nachvollziehbar, dass das Gericht lediglich mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten erkennen wolle. Der Teil-GdB von 40 werde hier voll erreicht und nicht nur "gerade noch". Die chronische depressive Störung des Klägers bedinge nur dann einen Teil-GdB von 20, wenn sie leichtgradig sei. Die mittelgradige depressive Episode sei aber mit einem Wert von 30 heranzuziehen, da diese Phasen häufiger aufträten und gerade deswegen der höher zu veranschlagende GdB-Wert für die mittelgradige Episode zur Bemessung des Gesamt-GdB zu berücksichtigen sei. Weiter sei darauf hinzuweisen, dass bei einer Berücksichtigung des orthopädischen GdB von "gerade noch" 40 die erheblichen Schmerzen nicht mitberücksichtigt sein könnten. Die Schmerzen seien nicht in Einklang mit den Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule zu bringen, sie gingen weit darüber hinaus. Deswegen seien sie zusätzlich zu berücksichtigen und verfestigten den GdB-Wert von 40. Zu berücksichtigen sei dann bei der Depression, dass die Schmerzen eben nicht berücksichtigt worden seien. Nicht nachvollziehbar sei, dass das Gericht annehme, dass die Depression nicht behandelt werde. Mit ganz erheblichen Schmerzmedikamenten würden in der Regel gleichzeitig auch psychopharmazeutische Wirkungen erzielt. Die Annahme des SG, dass bei einem Einzel-GdB von 40 ein weiterer Einzel-GdB von 20 nicht automatisch zu einer Erhöhung auf 50 führen müsse, sei zumindest im vorliegenden Fall willkürlich. Der Kläger leide schon seit vielen Jahren ganz erheblich unter chronischen Schmerzen, habe Angst vor dem Arbeitsplatzverlust und insbesondere auch eine ganz erhebliche Angst vor der weiteren Verschlechterung der Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der HWS entwickelt, die sich sehr nachteilig auf sein allgemeines Befinden ausgewirkt habe. Im Laufe der Jahre habe sich hierdurch eine Depression entwickelt, die als mittelgradige Depression zu klassifizieren sei. Insoweit seien auch die Voraussetzungen für die Gewährung eines GdB von 20 auf psychiatrischem Fachgebiet mehr als erfüllt.

Der Senat hat die behandelnden Ärzte des Klägers erneut schriftlich als sachverständige Zeugen befragt.

Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. M. hat unter dem 15.06.2015 (Bl. 33/38 der Senatsakten) mitgeteilt, die Lendenwirbelsäule und die Halswirbelsäule seien schmerzhaft bewegungseingeschränkt. Der auf seinem Fachgebiet bestehende Schweregrad liege bei 30.

Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. hat im Schreiben vom 03.07.2015 (Bl. 39/41 der Senatsakten) mitgeteilt, es bestehe ein schweres HWS- und LWS-Syndrom mit mehr oder weniger Dauerschmerzen. Es bestehe eine psychische Überlastung aufgrund von chronischen Schmerzen. Er gehe mittlerweile von einem GdB von 80 aus.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 27.04.2015 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 09.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.01.2013 zu verurteilen, einen GdB von 50 seit 27.06.2012 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung bezieht er sich auf die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. R. vom 29.10.2015 (Bl. 58/59 der Senatsakten).

Das Streitverhältnis ist durch die Berichterstatterin mit den Beteiligten am 22.12.2015 erörtert worden. Wegen der Angaben des Klägers wird auf die Niederschrift (Bl. 66/68 der Senatsakten) Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet.

Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG vom 27.04.2015 ist nicht zu beanstanden. Die beim Kläger eingetretene Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes seit dem im letzten Feststellungsbescheid vom 05.03.2003 berücksichtigten Gesundheitszustand ist mit einem Gesamt-GdB von 40 ausreichend bewertet. Die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50), wie der Kläger geltend macht, liegen nicht vor.

Rechtsgrundlage für die von dem Kläger begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 [§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen, welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören, zugrunde gelegten Einzel-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 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 Rechtsgrundlage für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die 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) mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die zunächst nach Funktionssystemen (dazu vgl. Teil 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 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 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 Beweismäßigung 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 Funktionsbehinderungen, die im Allgemeinen in den einzelnen Funktionssystemen (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) bewertet werden, in ihrer Gesamtschau keinen Gesamt-GdB von mehr als 40 rechtfertigen, weshalb ein Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB nicht besteht.

Beim Kläger bestehen im Wesentlichen Schäden im Bereich der Wirbelsäule sowie eine seelische Störung.

Soweit von den Beteiligten und dem SG der Teil-GdB für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit 40 bewertet wird, kann der Senat dem nicht folgen. Die vorliegenden Beeinträchtigungen bedingen lediglich einen Teil-GdB von 30. Nach Teil B Nr. 18.9 VG bedingen Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) einen Teil-GdB von 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) einen GdB von 30. Bei Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ist ein Teil-GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Die Obergrenze des GdB 40 ist dabei erst erreicht bei schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Senatsurteil vom 24.01.2014 – [L 8 SB 2497/11](#), juris). Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (z. B. Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen. Besonders schwere Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]), die nach Teil B Nr. 18. 9 einen GdB von wenigstens 50 rechtfertigen könnten, liegen beim Kläger nicht vor. Derartige Auswirkungen wurden weder von den Gutachtern noch von den sachverständigen Zeugen mitgeteilt und sind aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht ersichtlich. Vielmehr bestehen beim Kläger Wirbelsäulenschäden in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit mittelgradigen bis schweren Auswirkungen.

Für den Bereich der Halswirbelsäule sind schwere funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden festzustellen. Im Bereich der Halswirbelsäule besteht ein stark schmerzhaftes HWS-Syndrom mit Schmerzausstrahlung in den Hinterkopf bei kernspintomografisch deutlichen Uncovertebralarthrosen HWK 4 – 7, enge Neuroforamina, deutliche degenerative Veränderungen der Bandscheibenfächer HWK 4 – 7 mit breitbasigen dorsalen Bandscheibenprotrusionen bzw. Bandscheibenvorfällen sowie eine Steilstellung der Halswirbelsäule. Es bestehen eine anhaltende schwergradige Bewegungseinschränkung sowie häufig rezidivierende und lang andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome. Der Gutachter Dr. H. hat Druckschmerzen über den Dornfortsätzen, erhebliche Verspannungen der Nacken-/Schultermuskulatur und der langen Halswirbelsäulenstrecker- und Rumpfmuskulatur festgestellt. Die Beweglichkeit war erheblich eingeschränkt, das Rückneigen überhaupt nicht möglich, das Seitneigen nach rechts stark schmerzhaft eingeschränkt und nur zu 1/3 möglich, ebenso die Seiddrehung jeweils um 1/3 eingeschränkt und stark schmerzhaft. Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen Extremitäten und motorische Ausfälle waren nicht feststellbar. Nach dem Gutachten der Prof. Dr. W. war die Beweglichkeit der Halswirbelsäule allseits reduziert. Schmerzen wurden bei der Kopfdrehung und LWS-Schmerzen bei Bewegungen angegeben. Der vom Senat schriftlich vernommene sachverständige Zeuge Dr. M. hat das Bestehen starker Verspannungen im HWS-Bereich und im Schulterblattbereich beidseits sowie rezidivierenden Kopfschmerz, Nackenhinterkopfschmerzen und Schwindel angegeben. Schwere neurologische Ausfälle durch die Wirbelsäulenschäden liegen darüber hinaus nicht vor. Motorische Ausfallerscheinungen sind nicht festzustellen. Es bestehen allenfalls neurologische Auswirkungen in Form von Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen Gliedmaßen. Nach dem Gutachten der Prof. Dr. W. wurde ein vermindertes Schmerz- und Berührungsempfinden am rechten Arm, betont in den Dermatomen C6 und C8 angegeben. Die Pallästhesie am Daumengrundgelenk war nicht herabgesetzt. Paresen oder Atrophien hat die Gutachterin nicht festgestellt. Bei

Begutachtung durch Dr. H. lagen weder sensible noch motorische Störungen vor.

Im Bereich der Lendenwirbelsäule sind keine schweren Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden festzustellen. Die LWS-Beschwerden sind nur als mittelgradig einzustufen. Zwar hat der Beklagte die Schäden im Bereich der Lendenwirbelsäule bislang allein mit einem Teil-GdB von 30 bewertet, so dass er insoweit von schweren funktionellen Auswirkungen im LWS-Abschnitt ausgegangen ist. Solche liegen jedoch nicht vor. Im Bereich der Lendenwirbelsäule besteht ein LWS-Syndrom mit Bandscheibenvorfall bei L4/5, Retrolisthese bei L4 auf L5 sowie ein vorderes Wirbelgleiten von L5 auf S1. Schwere Bewegungseinschränkungen bestehen nicht. Zwar sind die Bewegungen der Lendenwirbelsäule schmerzhaft, jedoch ist eine mehr als geringe Einschränkung der Beweglichkeit nicht dokumentiert. Der Gutachter Dr. H. hat eine in allen Richtungen endgradig eingeschränkte Beweglichkeit festgestellt, wobei die Beweglichkeit schmerzhaft war. Der Finger-Boden-Abstand wurde mit 25 cm, der Schober als Maß für die Entfaltbarkeit der Wirbelsäule mit 10/14 cm festgestellt. Nach dem Gutachten der Prof. Dr. W. war die Lendenwirbelsäule beim Vorbeugen vermindert entfaltet, wobei das Ausmaß der Verminderung dem Gutachten nicht zu entnehmen ist. Im Bereich der paravertebralen Muskulatur lumbal wurde Druckschmerz angegeben, wobei auch ein Hartspann tastbar war. Schwere neurologische Ausfälle durch die Wirbelsäulenschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule liegen ebenfalls nicht vor. Motorische Ausfallerscheinungen sind nicht festzustellen. Es bestehen neurologische Auswirkungen in Form von Nervenwurzelreizerscheinungen und Missempfindungen im Bereich der unteren Gliedmaßen. Bei Begutachtung durch Dr. H. war der Laseguè rechts bei 30°, links bei 40° schmerzhaft. Prof. Dr. W. hat eine Hypalgesie und ein vermindertes Berührungsempfinden im Dermatom L4 links mitgeteilt. Das Vibrationsempfinden am Großzehengrundgelenk beidseits war nicht beeinträchtigt. Dafür, dass die Auswirkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule geringer sind als im Bereich der Halswirbelsäule spricht auch, dass der Kläger nach seinen Angaben im Erörterungstermin zwar im letzten Jahr für längere Zeiten aufgrund der Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich arbeitsunfähig war, nicht jedoch wegen Lendenwirbelsäulenbeschwerden. Seine Angaben bei der Untersuchung durch Prof. Dr. W. am 11.06.2014 bestätigen diese Einschätzung, denn er berichtete von HWS-Syndromen mehrfach im Jahr mit einer Dauer von 3 bis 4 Wochen, dagegen von mehrfacher Schmerzattacke (der LWS) im Monat mit einer Dauer von länger als 3 Tagen, aber nicht von Wochen. Mehr als mittelgradige funktionelle Auswirkungen der LWS-Schäden könne sonach nicht festgestellt werden.

Schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten lassen sich insgesamt damit nicht feststellen. Es liegt auch kein außergewöhnliches Schmerzsyndrom vor, dass die Annahme schwererer funktioneller Auswirkungen rechtfertigen könnte. Das Bestehen eines chronischen Schmerzsyndroms wurde von den sachverständigen Zeugen nicht angegeben und von den Gutachtern nicht diagnostiziert. Insbesondere die Gutachterin Prof. Dr. W., welche den Kläger auch in Bezug auf die Beurteilung der Schmerzen untersucht hat, hat ein chronisches Schmerzsyndrom bzw. eine somatoforme Schmerzstörung nicht festgestellt. Der Kläger hat bei der Begutachtung im Rahmen des deutschen Schmerzfragebogens die Schmerzstärke auf einer Skala von 0 (gar kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) mit maximal 7 angegeben. Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom lässt sich damit nicht feststellen.

Im Bereich der Psyche liegen keine Funktionsbeeinträchtigungen vor, die einen höheren Teil-GdB als 20 rechtfertigen. Nach Teil B Nr. 3.7 VG, welcher die Bewertung von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen regelt, bedingen leichtere psychovegetative oder psychische Störungen einen GdB von bis zu 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) einen GdB von 30 bis 40. Das Bestehen einer stärker behindernden Störung lässt sich beim Kläger nicht feststellen. Die Gutachterin Prof. Dr. W. hat lediglich eine leichte bis mittelschwere depressive Episode festgestellt. Der psychiatrische Befund ist weitgehend unauffällig. Die Gutachterin hat keine Aufmerksamkeit- und Konzentrationsstörungen oder Störungen des Kurzzeit- oder Langzeitgedächtnisses festgestellt. Der formale Denkablauf war ungestört. Die affektive Resonanzfähigkeit war lediglich leicht reduziert. Eine Antriebsstörung bestand nicht. Auch die fehlende ärztliche Behandlung spricht dafür, dass das diagnostizierte seelische Leiden des Klägers über eine leichtere psychische Störung bisher nicht hinausgegangen ist und keine bereits stärker behindernde Störung im Sinne der GdB-Bewertungsgrundsätze darstellt. Einen entsprechenden Leidensdruck des Klägers, der bei einer stärker behindernden psychischen Störung zu erwarten ist, kann der Senat dem Gutachten der Prof. Dr. W. nicht entnehmen. Zwar hat die Gutachterin angeführt, dass die fehlende Behandlung insofern nicht gegen das Vorhandensein eines Leidensdrucks spreche, als der Kläger aus Angst davor, dass traumatische Ereignisse wieder aufgewühlt werden, therapeutische Gespräche über seine Kindheit vermieden habe. Sie hat aber gleichzeitig angegeben, dass der Kläger weitgehend in der Lage gewesen sei, arbeitsfähig zu sein. Er sei über viele Jahre in seinen privaten und beruflichen Zusammenhängen – ohne eine Behandlung versucht zu haben – gut zurechtgekommen. Dass die depressive Störung überwiegend mittelgradig ausgeprägt sei &8722; wie vom Kläger geltend gemacht &8722; hat die Gutachterin nicht bestätigt. Medizinische Unterlagen liegen bezüglich einer depressiven Störung nicht vor, so dass die Behauptung des Klägers nicht durch medizinische Befunde gestützt wird. Vor diesem Hintergrund kann der Senat eine stärker behindernde Störung nicht feststellen.

Weitere GdB-relevante Gesundheitsstörungen sind nicht festzustellen.

Die nach den Angaben des sachverständigen Zeugen Dr. K. vorliegende Gastritis ist Helicobacter-induziert. Eine dauerhafte Heilung oder Beschwerdefreiheit sei mit der antibiotischen Therapie nicht erreicht worden. Nach dem Bericht über die Gastroskopie vom 19.02.2014 (Bl. 40 Senatsakten) war die Schleimhaut im gesamten Magen und Ösophagus intakt. Nach Teil B Nr. 10.2.1 VG ist ein GdB von bis zu 10 vorgesehen bei einer chronischen Gastritis mit histologisch gesicherter Veränderung der Magenschleimhaut. Eine solche kann beim Kläger jedoch nicht festgestellt werden.

Ebenso wenig sind dauerhafte Beeinträchtigungen aufgrund einer nach den Angaben des Dr. K. bestehenden Sinubronchitis ersichtlich. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund eines Prostataadenoms Grad I, welches insbesondere der Gutachter Dr. H. bestätigt hat, sind nicht ersichtlich. Insbesondere Harnentleerungsstörungen und Rückwirkungen auf die Nierenfunktion sind nicht erkennbar.

Hiervon ausgehend ergibt sich unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen ein Gesamt-GdB von 40, gebildet aus den Teil-GdB von 30 für die Wirbelsäulenschäden und dem Teil-GdB von 20 für das seelische Leiden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-03-03