

## L 6 SB 4267/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 10 SB 2638/12

Datum

11.09.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 4267/14

Datum

17.11.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 11. September 2014 aufgehoben, soweit er verpflichtet worden ist, den Grad der Behinderung beim Kläger mit 50 ab 16. Januar 2014 festzustellen, und die Klage umfassend abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Beklagte wendet sich mit seiner Berufung gegen die Verpflichtung zur Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) beim Kläger mit 50 seit 16. Januar 2014.

Der Kläger wurde 1958 geboren. Sein Vater war vor der Umschulung zum Werkstattschreiber in den 1960er Jahren Bäckermeister und betrieb mit der Mutter des Klägers eine Bäckerei, welche diese von ihrem verstorbenen ersten Ehemann geerbt hatte. Der Kläger studierte nach dem Abitur Elektrotechnik und war danach zunächst von 1985 bis 1992 als Entwicklungsingenieur bei der B. M. AG in München beschäftigt. Seit 1992 arbeitet er als Lehrer für Nachrichten- und Informationstechnik an der Gewerblich-Technischen Schule in Offenburg, einer Berufsschule; zeitweise unterrichtete er auch Sport. Anfangs war er im Angestelltenverhältnis tätig. Nach der Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe 1995 wurde er zwei Jahre später als Beamter auf Lebenszeit ernannt. 2004 war er Fachgruppenleiter für Mechatronik. Ab dem Schuljahr 2010/11 betrug sein Deputat 85 %, aufgrund der im Mai 2016 amtsärztlich attestierten nur noch begrenzten Dienstfähigkeit ab dem Schuljahr 2016/17 noch 65 %. Er hatte 1985 geheiratet, im Folgejahr wurde der gemeinsame Sohn geboren. 1995 trennte er sich von seiner Ehefrau und ließ sich schließlich 1998 von ihr scheiden. Bereits kurze Zeit nach der Trennung ging er eine neue Partnerschaft ein, welche mit getrennten Wohnungen bis aktuell besteht.

Das Landratsamt Ortenaukreis hatte mit Bescheid vom 18. Januar 2010 den GdB mit 30 seit 1. August 2009 festgestellt. Dem lag die versorgungsärztliche Einschätzung von Dr. K. von Mitte Januar 2010 zugrunde, wonach die Depression und das psychovegetative Erschöpfungssyndrom mit einem Teil-GdB von 30 sowie die Verletzung des rechten Sprunggelenkes als Folge eines Unfalles im Sportunterricht im Juni 2000 mit einem Teil-GdB von 10 bewertet wurden. Der Einschätzung der psychiatrischen Erkrankungen lag der Entlassungsbericht von Prof. Dr. A., Chefarzt im Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des S.-Zentrums in Bad Säckingen über den stationären Aufenthalt des Klägers vom 23. Januar bis 6. März 2008 zugrunde. Danach wurde eine akute Dekompensation einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) vor dem Hintergrund einer zwanghaft-narzisstischen Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F60.8) diagnostiziert. Als somatische Beschwerden hätten Wurzelreizsyndrome im Bereich des 6. und 7. Halswirbelkörpers (ICD-10 M54.2) und lumbal (ICD-10 M54.1), eine Distorsion des rechten Daumens (ICD-10 S63.6), eine Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0) sowie eine Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) vorgelegen. Die Medikation bei der Entlassung habe aus Laif, 900 mg (1-0-0) und Magnesiumkapseln, 150 mg (2-0-2) bestanden.

Am 15. Dezember 2011 beantragte der Kläger die Neufeststellung des GdB. Nachdem das Landratsamt Ortenaukreis seine ihn behandelnden Ärzte angehört hatte, bewertete Dr. K. Mitte Januar 2012 zwar zusätzlich eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einen Bandscheibenschaden und eine Fingerpolyarthrose mit einem weiteren Teil-GdB von 10, den Gesamt-GdB indes weiterhin mit 30. Mit Bescheid vom 24. Januar 2012 lehnte der Verwaltungsträger daher den Antrag auf Neufeststellung des GdB ab. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und legte zur Begründung das für das Landratsamt Ortenaukreis - Gesundheitsamt erstellte Gutachten von Prof. Dr. W., Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Freiburg, vom 10. August 2002 vor, wonach als Folgen des Dienstoffalles von Juni 2000 ein leichter Reizerguss, eine lockere Bandführung und ein Knorpelschaden im Bereich des dorsalen Abschnittes des Talus rechts verblieben seien. Die

Minderung der Erwerbsfähigkeit sei auf 20 % einzustufen, welche ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit Mitte Mai 2001 bestünde.

Daraufhin bewerte die Versorgungsärztin L. im April 2012 das Funktionssystem "Beine" mit einem Teil-GdB von 20, weshalb wegen des Teil-GdB von 30 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ein Gesamt-GdB von 40 gerechtfertigt sei. Daraufhin half das Regierungspräsidium Stuttgart dem Widerspruch teilweise ab und stellte den GdB mit 40 seit 15. Dezember 2011 fest; im Übrigen wies es den Widerspruch zurück (Teilabhilfe- und Widerspruchsbescheid vom 9. Mai 2012).

Hiergegen hat der Kläger am 29. Mai 2012 beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben, welches schriftliche sachverständige Zeugenaussagen von dem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie Dr. B. sowie den Fachärzten für Orthopädie Dr. R. und Dr. E. eingeholt hat, welche im Oktober und November 2012 sowie Januar 2013 vorgelegt worden sind.

Dr. B. hat ausgeführt, der Kläger habe sich bei ihm ab November 2007 bis Juni 2010 in Behandlung befunden. Er habe eine schwere chronifizierte Depression festgestellt. Den GdB schätze er auf 60. Der Kläger sei durch die Erkrankung sozial eingeeengt und teilweise isoliert. Im sozialen Kontext komme er sehr schnell durch kleine Belastungen an seine Grenzen.

Dr. R. hat kundgetan, den Kläger von März 2007 bis Juli 2012 behandelt zu haben. Bei ihm lägen ein leichtes Karpaltunnelsyndrom, rechts mehr als links, ein leichter Morbus Dupuytren rechts ohne wesentliche Funktionsbehinderung, ein leichter Morbus Ledderhose ohne Funktionsbehinderung und eine leichte Fingerpolyarthrose mit intermittierenden Reizzuständen vor, welche insgesamt mit einem GdB von 10 ausreichend bewertet seien.

Dr. E. hat mitgeteilt, die einzige Behandlung habe im Juli 2010 stattgefunden. Im Bereich des Handgelenkes habe es sich um eine Tendovaginitis im Bereich des linken Daumengelenkes mit initialer Rhizarthrose gehandelt. Im Bereich des oberen Sprunggelenkes habe sich keine frische knöcherne Verletzung gezeigt. Eine mäßige Verschmälerung des Gelenkspaltes ohne osteophytäre Randkantenauziehungen habe vorgelegen. Der genaue Bewegungsumfang sei nicht erhoben worden. Nach den ihm vorliegenden Unterlagen handele es sich um eine Beeinträchtigung mittleren Grades. Die Funktionsbehinderung der Hand sei mit einem GdB von 15 und diejenige des Sprunggelenkes mit einem solchen von 20 zu bewerten. Wegen Wirbelsäulenerkrankungen habe er den Kläger nicht behandelt.

Das SG hat Prof. Dr. Sch. beauftragt, ein orthopädisch-unfallchirurgisches Gutachten zu erstatten. Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 5. Juli 2013, einschließlich einer psychologischen Evaluation durch Dipl.-Psych. Sch., psychologische Psychotherapeutin, am 11. Juli 2013, hat er ausgeführt, bei diesem liege eine Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet, mit mehreren Lokalisationen im Bereich der Wirbelsäule (ICD-10 M53.9), eine posttraumatische Arthropathie rechts des oberen Sprunggelenkes (ICD-10 M25.97), ein beidseitiger Morbus Dupuytren, rechts im Stadium I und links im Stadium N (ICD-10 M72.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) und eine nicht näher bezeichnete phobische Störung (ICD-10 F40.9) vor. Die weiteren nach Aktenlage beschriebenen orthopädischen Erkrankungen wie ein Karpaltunnelsyndrom, ein Morbus Ledderhose und ein Wurzelreizsyndrom hätten bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung nicht nachvollzogen werden können. Aktuell habe er an Medikamenten das nicht-steroidale Antirheumatikum Celecoxib, 200 mg nach Bedarf, etwa drei bis fünf Mal je Woche, und täglich eine Magnesiumtablette eingenommen. Die Beschwerden im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes und die funktionellen muskulären Beeinträchtigungen im Bereich der Wirbelsäule seien chronisch. Der Morbus Dupuytren im Bereich beider Hände sei ebenfalls eine fortschreitende Erkrankung. Die rezidivierende depressive Störung habe die Teilhabe geringgradig eingeschränkt. Die Depression sei durch eine Antriebsstörung und Störung des emotionalen Erlebens und der Gestaltungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Dadurch würden die Teilhabe am sozialen Leben, etwa neue Kontakte zu knüpfen, oder die Kommunikation am Arbeitsplatz und das Durchhaltevermögen beeinträchtigt. Aus der leichtgradigen depressiven Episode folgten geringe Funktionseinschränkungen. Wegen der festgestellten Phobie mit Versagensängsten am Arbeitsplatz falle es ihm schwer, mit Mitmenschen zu kommunizieren und soziale Kontakte zu pflegen. Anamnestisch seien zwei depressive Episoden 1998 und 2006/2007 aufgetreten. Die letzte sei von Prof. Dr. A. auch wegen Suizidgedanken als schwer eingestuft worden. Bei der psychologischen Evaluation sei die Auffassung ungestört gewesen. Es hätten sich ein ausgeprägtes Grübeln und eine Antizipation von Versagen sowie dadurch leichte Beeinträchtigungen der Merkfähigkeit und Konzentration gezeigt. Ansonsten hätten keine mnestischen Defizite und inhaltliche Denkstörungen bestanden. Der mimische Ausdruck sei angespannt gewesen. Affektiv habe der Kläger konsistent mit seinen Angaben belastet und bedrückt gewirkt. Die Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt, jedoch noch vorhanden gewesen. Es hätten sich ein überhöhter Selbstanspruch und ein vermindertes Selbstwertgefühl offenbart. Aktuell seien suizidale Tendenzen glaubhaft verneint worden. Phobische Ängste vor Anforderungs- und Leistungssituationen seien geäußert worden. Ein Vermeidungsverhalten sei berichtet worden. Die Ergebnisse der psychologischen Evaluation sprächen für ein Residualsyndrom mit jahreszeitlich bedingten Rezidiven. Darüber hinaus lägen sozialphobische Symptome vor, welche wegen der eng gefassten ICD-10-Kriterien für eine soziale Phobie nur als sonstige phobische Störung verschlüsselt werden könnten. Die Störung beeinträchtige mit den damit einhergehenden typischen Erwartungsängsten, Versagensgedanken, körperlichen Angstsymptomen und dem Vermeidungsverhalten die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers. Diese Symptomatik werde nach Aktenlage nicht therapiert. Der Kläger stamme aus eher einfachen Verhältnissen und habe sich zielstrebig hochgearbeitet. Es fehle ihm aber offenbar seit seiner frühen Jugend ein stabiles Selbstwertgefühl und ein Zutrauen in seine kognitive Leistungsfähigkeit. Soziale Ängste würden durch ein schüchternes Temperament und den Erziehungsstil begünstigt. Zu Letzterem habe sich der Kläger nicht geäußert. Neben den möglicherweise objektiv schwierigen Arbeitsbedingungen an der Berufsschule erschwerten zusätzlich die narzisstisch-zwanghaften Persönlichkeitsanteile und die Bewältigungsversuche eine funktionale Anpassung an diese Gegebenheiten. Die zwanghaft perfektionistische Vorbereitung stelle einen Bewältigungsversuch der Versagensängste dar, sei jedoch unökonomisch und überfordernd. Der habituelle Alkoholkonsum beeinträchtige die Leistungsfähigkeit und Schlafqualität. Nachdem bereits eine psychodynamisch orientierte Therapie erfolgt sei, erschienen verhaltenstherapeutische Interventionen in Bezug auf das Risikoverhalten und eine verhaltenstherapeutische, spezifische Therapie der sozialen Ängste indiziert, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Durch die Beschwerden im Bereich des Sprunggelenkes sowie der Nacken- und Lendenwirbelsäulenregion bestünden leichtgradige Beeinträchtigungen, welche die Mobilität zu Fuß gering eingeschränkten und die Belastbarkeit für Heben und Tragen minderten. Die Beweglichkeit der Sprunggelenke für Beugung und Streckung sei nach der Neutral-0-Methode passiv mit 40-0-15° rechts und 40-0-25° links gemessen worden. Die Gesamtbeweglichkeit der Sprunggelenke habe 2/3 rechts und 1/1 links betragen. Der Finger-Boden-Abstand habe 10 cm eingenommen. Die Zeichen nach Ott und Schober seien mit 33 cm und 14 cm bestimmt worden. Die Links- und Rechtsdrehung der Halswirbelsäule sei bis 60°, die Links- und Rechtsneigung bis 30° sowie die Beugung und Streckung bei der Vor- und Rückneigung bis 50-0-40° gelungen. Das Streckdefizit der rechten Langfinger bei vorhandenem Morbus

Dupuytren im Stadium I führe zu einer geringen Einschränkung der manuellen Fähigkeiten. Die Nacken- und Rückenschmerzen seien mit einem Teil-GdB von 20 sowie die Beschwerden in den Bereichen des Sprunggelenkes und der Hände jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Die Depression und die phobische Störung hätten einen Teil-GdB von 30 zur Folge. Insgesamt erscheine ein Gesamt-GdB von 40 angemessen und ausreichend. Am Tag der psychologischen Evaluation hätten sich lediglich die Symptome einer leichtgradigen Depression gezeigt, weshalb ein Teil-GdB von 60, wie ihn Dr. B. angenommen habe, nicht nachvollziehbar sei.

Der Kläger hat im weiteren erstinstanzlichen Verfahren den Entlassungsbericht von Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg über seinen stationären Aufenthalt vom 28. November 2013 bis 16. Januar 2014 vorgelegt, wonach eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) diagnostiziert sowie ein beidseitiger Morbus Dupuytren, rechts mehr als links, ein Wirbelsäulensyndrom, Myotendopathien der Schulter-Nacken-Muskulatur, eine posttraumatische Arthrose im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes bei einem Zustand nach einer Verletzung im Jahre 2000 mit Operation im Folgejahr sowie ein Meniskoid im linken oberen Sprunggelenk bei einem Zustand nach einer Fraktur im März 2013 festgestellt worden sind. Bei der Aufnahme habe der psychische Befund einen vollkommen erschöpften, in seinem Selbstwahrerleben in hohem Maße verunsicherten, freundlich-zugewandten Menschen gezeigt. Hinsichtlich des Affektes habe sich eine krankheitswertige depressive Auslenkung der Stimmung mit weiteren Vitalzeichen einer Depression wie Antriebs- und Konzentrationsstörung, allgemeine Verlangsamung sowie Schlafstörungen gefunden. Der Kläger habe zudem über immer wieder auftretende Schmerzen, insbesondere im Magen- und Schulter-Nacken-Bereich, berichtet. Für eine akute Suizidalität habe kein Hinweis bestanden. Während der stationären Behandlung habe eine gewisse körperliche und psychische Stabilisierung erreicht werden können. Die depressiven Beschwerden bestünden indes genauso wie die somatoforme Symptomatik weiterhin fort. Der Kläger sei in seiner Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit nach wie vor in einem hohen Maße eingeschränkt. Die beschriebenen Gesundheitsstörungen führten zu einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit im beruflichen Bereich und bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben. Insbesondere die körperliche Beschwerdesymptomatik begründe darüber hinaus Einschränkungen in der Gestaltung des Freizeitens und von sozialen Beziehungen. Die depressiven Symptome verstärkten die genannten Funktionsstörungen. Wegen der Schwere der Grunderkrankungen und der hieraus längerfristig resultierenden Beeinträchtigungen in der Gestaltung des Alltages sei ein Gesamt-GdB von 50 angemessen. Nach der Entlassung bestehe noch Dienstunfähigkeit im Lehrerberuf mit der Notwendigkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung. Diese sollte Mitte März 2014 beginnen und Ende Januar 2015 abgeschlossen sein, bevor das zweite Schulhalbjahr beginne. Danach sei von einer vollen Wiederherstellung der Dienstfähigkeit auszugehen. Bei der Entlassung habe die ausschließliche Bedarfsmedikation aus dem entzündungshemmenden Schmerzmittel Celebrex, Magnesium Verla und dem pflanzlichen Arzneimittel zur Beruhigung Sedonium bestanden.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 11. September 2014 sinngemäß unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 24. Januar 2012 in der Gestalt des Teilabhilfe- und Widerspruchsbescheides vom 9. Mai 2012 den Beklagten verpflichtet, unter weiterer Abänderung des Bescheides vom 18. Januar 2010 den GdB beim Kläger mit 50 ab 16. Januar 2014 festzustellen, sowie die Klage im Übrigen abgewiesen. Dem Beklagten ist die Hälfte dessen außergerichtlicher Kosten auferlegt worden. Der Gesundheitszustand des Klägers habe sich zwischenzeitlich verschlechtert, was der Entlassungsbericht von Prof. Dr. W. bekräftigt habe. Es sei dessen Einschätzung und derjenigen des behandelnden Psychiaters Dr. B. gefolgt worden, welche von einer schweren psychischen Störung mit mittelgradig sozialen Anpassungsschwierigkeiten ausgegangen seien, wodurch ein Teil-GdB von 50 gerechtfertigt sei. Bei der Begutachtung durch Prof. Dr. Sch. habe der Kläger zwar noch eine bessere Tagesform aufgewiesen, mit dem Gesamtbild der seelischen Erkrankung habe seit 2007 bis zur aktuellen Dekompensation 2014 jedoch insgesamt eine schwerwiegendere Erkrankung vorgelegen. Wie auch der Versorgungsarzt des Beklagten Dr. R. bekräftigt habe, sei eine Längsschnittbetrachtung mit einem Gesamtblick über das Erkrankungsbild erforderlich gewesen, welche der den Kläger langjährig behandelnde Dr. B. am besten habe vornehmen können. Prof. Dr. W. habe den Kläger nach einer erneuten Dekompensation ab Ende November 2013 über sieben Wochen beobachten, beurteilen und dessen aktuelle Entwicklung verfolgen können. Danach sei das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" mit einem Teil-GdB von 50 angemessen bewertet, wodurch sich ein Gesamt-GdB ebenfalls in dieser Höhe stützen lasse. Der Nachweis hierüber sei indes erst nach dem am 16. Januar 2014 endenden stationären Aufenthalt des Klägers im Universitätsklinikum Freiburg belegt, weshalb die Feststellung erst ab diesem Tag zu treffen sei.

Gegen die dem Beklagten am 16. September 2014 zugestellte Entscheidung hat dieser am 13. Oktober 2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt.

Auf Nachfrage des LSG bei Dr. B. hat dieser im November 2014 weiterhin einen GdB von 50 als angemessen erachtet und ergänzend ausgeführt, er sei mittlerweile 45 Jahre beruflich tätig und vertraue inzwischen seiner Wahrnehmung, um welche psychische Störung es sich handle. Bereits die enorme Über-Ich-Konstellation des Klägers treibe ihn immer wieder zu Leistungen, welche ihn im Grunde überforderten. Er nehme täglich Antidepressiva in Form von Laif, 900 mg ein. Ab Januar 2014 hätten dreizehn tiefenpsychologische Sitzungen von jeweils 50 Minuten stattgefunden.

Das LSG hat Dr. W. beauftragt, ein nervenärztliches Gutachten zu erstatten. Nach der ambulanten neurologischen, psychiatrischen und ansatzweise tiefenpsychologischen Untersuchung des Klägers am 13. August 2015 hat er ausgeführt, gestützt auf die erhobene Anamnese, die Verlaufsbeobachtung, das Kontaktverhalten und den geschilderten Tagesablauf lasse sich keine chronifizierte, schwere depressive Störung, wie vom behandelnden Psychotherapeuten Dr. B. diagnostiziert, feststellen. Demgegenüber seien ein Zustand nach rezidivierenden depressiven Episoden, derzeit remittiert, und anhaltende Anpassungsstörungen bei Schmerzen seitens des Stütz- und Bewegungsapparates und Problemen in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung in Form von Konflikten am Arbeitsplatz festgestellt worden. Daneben hätten ein Halswirbelsäulensyndrom mit sensiblen Reizungen im Dermatome C7 rechts, eine leichtgradige sensible Polyneuropathie, vermutlich äthyloxisch bedingt, ein schädlicher Gebrauch von Alkohol mit Alkoholabhängigkeit, eine rechtsbetonte Dupuytren'sche Kontraktur beidseits und geklagte Beschwerde im Bereich des rechten Sprunggelenkes nach einer Knorpeloperation 2001 vorgelegen. Der Kläger habe angegeben, seit neunzehn Jahren mit seiner jetzigen Partnerin zusammen zu sein. Sie habe eine eigene Wohnung. Jetzt während der Sommerferien stehe er gegen 7 Uhr auf, frühstücke und lese ausgiebig Zeitung, insgesamt zwischen 60 und 90 Minuten. Anschließend mache er gymnastische Übungen und verlasse dann für etwa eine Stunde das Haus. Er suche die Natur, gehe wandern oder joggen, fahre auch Fahrrad. Gegen 12 Uhr kehre er nach Hause zurück. Er koche sich ein Mittagessen. Gelegentlich, etwa zwei bis drei Mal in der Woche, lege er sich am frühen Nachmittag für höchstens eine Stunde hin und ruhe sich aus. Am Nachmittag halte er Termine ein und treffe sich mit Freunden. Er habe immer etwas zu tun, so seien etwa die Hausarbeiten zu erledigen. Er

motiviere sich, um mit anderen Menschen Kontakt zu haben. Einmal in der Woche nehme er mit seiner Partnerin einen Gymnastiktermin in einem Sportverein wahr. Alle zwei Wochen gehe er mit ihr eineinhalb Stunden tanzen. Jetzt am Wochenende sei ein Besuch mit einem Ehepaar in einer Besenwirtschaft vorgesehen. Nach dem Abendessen zwischen 18 Uhr und 19 Uhr sehe er noch etwas fern, bevor er zwischen 21:30 Uhr und 22 Uhr zu Bett gehe. Während der Schulzeit stehe er zwischen 6 Uhr und 6:30 Uhr auf, verlasse je nach Arbeitszeit, die entweder um 9:30 Uhr oder um 11:15 Uhr beginne, eine Stunde zuvor das Haus und lege den 42 km lange Weg zur Berufsschule innerhalb von etwa 45 Minuten zurück. Den Montag nutze er für die Korrektur von Klassenarbeiten. Dienstags arbeite er vier, mittwochs und donnerstags drei sowie freitags vier Stunden. Nach der Rückkehr von der Arbeit lege er sich regelmäßig eine Stunde hin und ruhe sich aus. Innerhalb der anschließenden zwei Stunden erledige er Nacharbeiten für die Schule. Montagabends betreibe er in einem Sportverein Gymnastik. Alle vierzehn Tage gehe er mit seiner Partnerin zum Tanzen. Abends sehe er generell fern und gehe gegen 22 Uhr ins Bett. Seit 2008 trinke er abends regelmäßig vier bis fünf Bier, gelegentlich auch mehr, das erste zwischen 18 Uhr und 19 Uhr. Derzeit habe er an Medikamenten Celebrex, 200 mg, 2 x 1 und Novaminsulfon, 3 x 1 eingenommen. Die psychotherapeutischen Einzelsitzungen im Abstand von vierzehn Tagen seien aktuell in den sechswöchigen Sommerferien ausgesetzt. Die Kontaktaufnahme am Tag der gutachterlichen Untersuchung sei problemlos gelungen. Es seien keine Auffassungs-, Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen aufgefallen. Die Stimmungslage sei stabil und nicht krankheitswertig depressiv ausgelenkt sowie das Antriebs- und Interessesvermögen erhalten gewesen. Das Freudevermögen sei als aktuell mäßiggradig eingeschränkt vermittelt worden. Befürchtungen und Sorgen hinsichtlich seiner Gelenkbeschwerden und seiner beruflichen Belastbarkeit seien geäußert worden, eine krankheitswertige Grübelneigung oder Zwangsphänomene hätten indes nicht vorgelegen. Es sei von einer Durchschlafstörung berichtet worden. Eine Tagesmüdigkeit habe er nicht angegeben. Es habe ein normales emotionales Schwingungsvermögen bestanden. Im Verlauf des Untersuchungsgesprächs seien keine pathologisch affektiven Schwankungen aufgefallen. Eine zirkadiane Tagesverlaufsschwankung sei nicht zu eruieren gewesen. Eine Suizidalität habe nicht vorgelegen. Es hätten sich Hinweise für das Vorliegen einer leistungsorientierten Persönlichkeit mit hohem Anspruch an die eigene berufliche Tätigkeit ergeben. Schwerergradige Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit hätten damit nicht bestanden. Daher sei die Einschätzung des GdB durch Dr. B. mit 50 nicht ansatzweise nachvollziehbar. Dessen zum Teil emotional und persönlich gehaltenen Ausführungen könnten nicht als Grundlage einer Begründung für eine Erhöhung des Gesamt-GdB herangezogen werden. Die psychischen und körperlichen Beschwerden, welche Ende 2013 zur stationären Aufnahme im Universitätsklinikum Freiburg geführt hätten, hätten sich im Laufe der stationären Behandlung nicht nur nach dem Entlassungsbericht von Prof. Dr. W., sondern auch nach den ihm gegenüber vom Kläger gemachten Äußerungen gebessert. Ab Januar 2014 habe nach dem weiteren Verlauf keine dauerhafte schwere psychische Störung vorgelegen. Bei einem solchen Schweregrad wäre der Kläger nicht in der Lage, weiterhin die verantwortungsvolle Tätigkeit als Berufsschullehrer auszuüben, auch wenn diese inzwischen seit Anfang 2015 auf vierzehn Wochenstunden zusätzlich täglich etwa zweistündiger vor- und nachbearbeitender Tätigkeiten reduziert worden sei. Der Auffassung des Versorgungsarztes Dr. R. von März 2015 sei zuzustimmen, wonach ein GdB von 50 für ein psychisches Leiden bei schweren psychischen Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten angenommen werde. Solche Funktionsstörungen beinhalteten, dass in diesem Ausmaß betroffene Personen keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen könnten und die Beziehungen im engeren sozialen Umfeld erheblich gestört seien. Der Kläger sei ein sehr leistungsbewusster und engagierter Berufsschullehrer mit einem hohen kritischen Anspruch. Er versuche, seine beruflichen Aufgaben so auszufüllen, dass ihm trotz Konflikten am Arbeitsplatz und mit der Schulleitung die Arbeit noch Freude bereite. Sie mache ihm Spaß. Er brauche das Engagement und den Kontakt zu den Schülerinnen und Schülern. Seine Leistungen im Schuldienst seien ein Resultat seiner persönlichen Motivation und Persönlichkeitsentwicklung, aber nicht mit einem GdB zu bewerten. Die Einnahme des pflanzlichen Psychopharmakons Laif, 900 mg stütze keinen höheren GdB. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, wie sie Prof. Dr. W. Mitte Januar 2014 gestellt habe, stehe nicht im Einklang mit dem dort erhobenen Befund. Nur bei der Aufnahme sei eine Erschöpfung dokumentiert worden. Zutreffender hätte es demgegenüber Zustand nach schwerer depressiver Episode bei rezidivierender depressiver Störung lauten müssen, weil der Kläger am Ende des stationären Aufenthaltes, nach den Angaben im Entlassungsbericht zu Therapie und Verlauf sowie nach seinen ihm gegenüber getätigten Äußerungen, mit Sicherheit nicht mehr schwergradig depressiv gewesen sei. Im weiteren Verlauf habe sich das psychische Befinden nicht wesentlich verschlechtert. Der Kläger habe seine berufliche Tätigkeit im Rahmen einer Regelung zur Rekonvaleszenz wieder aufnehmen und diese sogar steigern können. Die von ihm angegebene Dauer der Rekonvaleszenz von zwei Jahren ab Januar 2014 sei indes nicht nachvollziehbar. Nach dessen Angaben habe seit 2008 ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vorgelegen, weshalb inzwischen von einer Alkoholabhängigkeit auszugehen sei. Es bestehe zwar Problembewusstsein, eine Abstinenz liege jedoch nicht vor. Die Alkoholkrankung sei behandelbar. Auf körperlicher Ebene sei in diesem Zusammenhang eine leichte sensible Polyneuropathie festzustellen gewesen. Beide Erkrankungen bedingten indes keine Erhöhung des GdB. Die seelische Störung sei mit einem Teil-GdB von 30 ausreichend bewertet. Das Wirbelsäulensyndrom, die sensible Polyneuropathie und die Alkoholabhängigkeit bedingten jeweils einen Teil-GdB von 10, weshalb ein Gesamt-GdB von 30 angemessen und ausreichend sei. Dies gelte insbesondere auch für die Zeit nach dem Ende des stationären Aufenthaltes im Universitätsklinikum Freiburg im Januar 2014.

Im Berufungsverfahren hat der Kläger Befundberichte von Dr. N., Facharzt für Diagnostische Radiologie, nach Magnetresonanztomographien (MRT) der Halswirbelsäule am 17. August 2015 und der Lendenwirbelsäule am 29. August 2015 vorgelegt.

In der nichtöffentlichen Sitzung beim LSG am 20. November 2015 hat der Kläger bekundet, den ersten richtigen Zusammenbruch wegen einer Erschöpfung 2007 gehabt zu haben. Deswegen sei er schließlich Ende Januar 2008 stationär im Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des S.-Zentrums in Bad Säckingen aufgenommen worden. Das nächste vergleichbare Intensivereignis sei im November 2013 gewesen, weswegen er stationär in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg aufgenommen worden sei. Dr. W. habe ihm Suggestivfragen gestellt. Dieser habe seine Schilderungen zum Gesundheitszustand bei der Entlassung aus dem Universitätsklinikum Freiburg falsch wiedergegeben. Es sei ihm nicht deutlich besser gegangen. Das Medikament Laif, 900 mg habe er nach März 2015 zwischenzeitlich wieder eingenommen. Wegen des Alkoholgenusses sei er derzeit nicht in fachärztlicher Behandlung.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat Prof. Dr. B. nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 4. April 2016, einschließlich der testpsychologischen Untersuchung durch Master of Science (M. Sc.) Psychologie E. am 20. April 2016, ein psychosomatisch-psychiatrisches Gutachten erstattet. Bei ihm lägen klare und eindeutige Hinweise auf eine rezidivierend-depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), eine somatoforme autonome Funktionsstörung des Herz- und Kreislaufsystems (ICD-10 F45.30) und eine somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems (ICD-10 F45.31) vor. Der Kläger habe angegeben, typischerweise stehe er morgens zwischen 6 Uhr und 6:30 Uhr auf. Er werde aber bereits zwischen 3 Uhr und 4 Uhr wach. Er bleibe dann liegen und mache Atemübungen. Manchmal gelinge es ihm, nochmals

einzuschlafen. Montags habe er unterrichtsfrei. Er nutze den Tag für Unterrichtsvorbereitungen und zur Korrektur von Klassenarbeiten, da er dies an Tagen, an denen er unterrichte, nicht noch zusätzlich bewältigen könne. Wenn er am Schulort sei, kehre er zwischen 15 Uhr und 15:30 Uhr nach Hause zurück. Er fühle sich dann sehr erschöpft. Er schaffe es nicht, sich etwas zu kochen, weshalb er meistens kalt esse. Oft lege er sich nachmittags noch einmal kurz hin. Ansonsten erledige er Arbeiten am Computer. Abends versuche er, früh ins Bett zu gehen. Davor trinke er jeden Abend etwa fünf Bier von jeweils 0,5 l. Der Alkoholkonsum beschränke sich auf den Abend. Tagsüber trinke er äußerst selten, etwa in den Ferien zu einem besonderen Anlass. Nach den abendlichen Bieren falle es ihm leichter, ein- und durchzuschlafen. In der Fastenzeit vor Ostern habe er das Biertrinken sein lassen, was ihm ohne Probleme gelungen sei. Es sei ihm wichtig, nie so viel zu trinken, dass er seinen Pflichten am nächsten Tag nicht mehr nachkommen könne. Nach dem Genuss von Alkohol würde er niemals ein Kraftfahrzeug benutzen. Er sei sehr bedacht, nicht abhängig zu werden, da er sich vor dem Kontrollverlust fürchte. Er habe sich mehr in sich zurückgezogen, in Gesellschaft sei er stiller und in sich gekehrt gewesen. Aktuell nehme er jeden Morgen eine Tablette des antidepressiv wirkenden Laif, 900 mg (Johanniskraut) ein, welches er aber absetzen wolle, da es ihn zu empfindlich auf Sonnenlicht reagieren lasse. Seinen Sohn, der bei seiner geschiedenen und mittlerweile verstorbenen Frau gelebt habe, habe er in dessen Ausbildung finanziell unterstützt. Er habe sich um ihn gekümmert, als diesem in der Probezeit gekündigt und er gleichzeitig von seiner Freundin verlassen worden sei. Heute hätten sie einen guten Kontakt zueinander. Sie würden sich ab und an treffen sowie regelmäßig telefonieren oder E-Mails schreiben. An vier Tagen in der Woche greife er auf das Antirheumatikum Celebrex, 200 mg (1-0-1) zurück. Das Schmerzmittel Novaminsulfon, 500 mg nehme er bei Bedarf, gegebenenfalls über den Tag verteilt sechs Tabletten. Der Kläger habe über eine stark beeinträchtigte Konzentrations- und Merkfähigkeit berichtet. Sonstige Gedächtnisstörungen seien nicht erkennbar gewesen. Inhaltlich sei das Denken eingengt gewesen, was für eine Depression typisch sei. Die Affektivität sei insgesamt stark zum depressiven Pol hin verschoben gewesen. Die Schwingungsfähigkeit sei stark eingeschränkt sowie der Antrieb, die Interessen, die sozialen Kontakte und die Libido stark gemindert gewesen. Der Kläger habe berichtet, sich gedanklich häufig mit dem Tod zu befassen. Von Suizidabsichten habe er sich indes klar und glaubhaft distanzieren können. Des Weiteren habe er diverse somatische, das Herz und den Verdauungstrakt betreffende Beschwerden geschildert sowie Nerven- und Muskelschmerzen angeführt, welche sich unter psychischer Belastung verstärkten und als sehr belastend erlebt würden. Er sei durch die psychischen Störungen in seiner Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Die Konzentrations- und Merkfähigkeit seien ebenfalls reduziert und der Antrieb erheblich gemindert. Es bestünden chronische Schmerzen und diverse somatoforme Symptome. Hieraus folgten eine stark ausgeprägte quantitative und qualitative Leistungsminderung sowie eine stark ausgeprägte Reduzierung der Durchhaltefähigkeit. Die Schwere und Chronifizierung der rezidivierenden depressiven Episoden hätten sich seit 2010 nicht nennenswert verändert. Ob die nun von ihm diagnostizierten somatoformen Störungen, welche die Leistungsfähigkeit langfristig einschränkten und in Wechselwirkung mit der depressiven Symptomatik stünden, bereits 2010 vorgelegen hätten, könne er nicht sagen. Möglicherweise sei dies der Fall gewesen, indes nur nicht beachtet oder diagnostiziert worden. Die somatoformen Störungen lägen mindestens seit Anfang 2014 vor, wie sich dem Entlassungsbericht von Prof. Dr. W. entnehmen lasse. Die depressive Störung bedinge einen Teil-GdB von 50 und die somatoformen Störungen einen solchen von 20. Insgesamt rechtfertigten die Gesundheitsstörungen auf seinem Fachgebiet einen GdB von insgesamt 60.

Der Kläger hat des Weiteren das Attest der Amtsärztin N.-D., Ärztin im Gesundheitsamt des Landratsamtes Ortenaukreis, vorgelegt. Nach seiner ambulanten klinischen Untersuchung am 11. April 2016 hat diese ausgeführt, wegen des umfassenden Krankheits- und Beschwerdebildes sei er als Lehrer grundsätzlich noch dienstfähig, jedoch im Rahmen einer begrenzten Dienstfähigkeit von 65 %, was sechzehn Wochenstunden entspreche. Bei diesem chronischen Krankheitsbild mit den vorhandenen Einschränkungen sei mit keiner wesentlichen Besserung der Krankheitszeichen und Befunde zu rechnen.

Der Beklagte trägt, zuletzt auf die versorgungärztliche Stellungnahme von Dr. R. von September 2016 gestützt, im Wesentlichen vor, Dr. W. habe die versorgungärztliche Einschätzung umfänglich bestätigt. Wegen der noch möglichen Alltagsbewältigung und des psychosozialen Umfeldes sei ein höherer GdB als 30 für die psychiatrischen Erkrankungen nicht gerechtfertigt. Eine erhebliche familiäre Problematik durch Kontaktverlust, eine affektive Nivellierung und ein bei einer schweren Störung zu erwartender sozialer Rückzug lägen nicht vor. Die von Dr. W. und Prof. Dr. Sch., einschließlich der psychologischen Evaluation durch Dipl.-Psych. Sch., erhobenen psychischen Befunde stimmten im Wesentlichen überein und stützten ebenfalls keinen höheren GdB als 30. Der gegenüber Prof. Dr. B. geschilderte Tagesablauf decke sich in keiner Weise mit dem Dr. W. mitgeteilten. Aktuell habe er angegeben, nur wenige soziale Kontakte zu haben. Es falle ihm schwer, jemanden anzurufen. Für gemeinsame Unternehmungen fehle ihm der Antrieb. Demgegenüber habe der Kläger sämtlichen sonstigen Sachverständigen eine strukturierte Alltagsbewältigung beschrieben. Dass er wegen seiner hohen beruflichen Anforderungen dauerhaft Überforderungssituationen ausgesetzt sei, werde für den GdB nicht zusätzlich berücksichtigt. Die hiermit verbundene affektive Belastung mit seinen Aufgaben und die dadurch bedingte eingeschränkte Schwingungsfähigkeit sei bereits in dem GdB von 30 im Sinne einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit in allen Lebensbereichen abgebildet. Eine schwere depressive Störung lasse sich der Verhaltensbeobachtung und dem psychischen Befund nicht entnehmen.

Der Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 11. September 2014 aufzuheben, soweit er verpflichtet worden ist, den Grad der Behinderung beim Kläger mit 50 ab 16. Januar 2014 festzustellen und die Klage umfassend abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung des Beklagten zurückzuweisen.

Er trägt im Wesentlichen vor, die bei ihm vorhandenen behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen rechtfertigten die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft. Prof. Dr. B. stütze überzeugend sein Begehren, was sich bereits nach den Ausführungen von Dr. B. ergeben habe. Die Auffassung des Versorgungsarztes Dr. R. stehe dazu in diametralem Widerspruch. Jener verfüge ohnehin nicht über die gleiche Spezialisierung wie Prof. Dr. B. ... Er greife nicht zu schweren Psychopharmaka, da er diese schlichtweg ablehne. Zum Besuch der Tanzkurse müsse er von seiner Partnerin immer motiviert werden. Wegen seiner psychiatrischen Erkrankung habe er mittlerweile keine Pausenaufsichten zu übernehmen, sei von den Tätigkeiten eines Klassenlehrers entbunden und müsse, abgesehen von der das Schuljahr abschließenden Notenkonferenz, nicht mehr an Zusammenkünften des Lehrpersonals teilnehmen. Hierdurch erhalte er mehr Zeit, um sich zwischen den Unterrichtsstunden zu erholen. Dr. W. habe seine ihm gegenüber gemachten Äußerungen an mehreren Stellen im Gutachten unzutreffend wiedergegeben. Ohnehin habe er den Eindruck, dass er von der vorherigen Expertise des Prof. Dr. Sch. beeinflusst gewesen

sei. Beide seien in der Heidelberger Arbeitsgemeinschaft medizinischer Sachverständiger tätig. Im Gegensatz zu Prof. Dr. W. und Dr. B. seien weder Prof. Dr. Sch. noch Dr. W. Fachärzte für Psychotherapie, Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere statthafte Berufung ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)) des Beklagten, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist begründet. Dessen Bescheid vom 24. Januar 2012 in der Gestalt des Teilabhilfe- und Widerspruchsbescheides vom 9. Mai 2012 ist insgesamt rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Voraussetzungen für die Feststellung eines höheren GdB als 40 liegen auch nach dem 15. Januar 2014 nicht vor. Das SG hätte die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) erhobene Klage daher umfassend abweisen müssen.

Gegenstand des ausschließlich von dem Beklagten angestrebten Berufungsverfahrens sind der Gerichtsbescheid des SG vom 11. September 2014, soweit er sinngemäß unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 24. Januar 2012 in der Gestalt des Teilabhilfe- und Widerspruchsbescheides vom 9. Mai 2012 verpflichtet worden ist, beim Kläger unter weiterer Abänderung des Bescheides vom 18. Januar 2010 den Grad der Behinderung mit 50 ab 16. Januar 2014 festzustellen. Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34).

Grundlage für den Klageanspruch ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt. Von einer wesentlichen Änderung ist im vorliegenden Zusammenhang bei einer Verschlechterung im Gesundheitszustand des Klägers auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt - teilweise - aufzuheben und durch die zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 - [9a RVs 55/85](#) -, juris, Rz. 11 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des - teilweise - aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - [B 9 V 2/10 R](#) -, juris, Rz. 38 m. w. N.; Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 4). Bei dem Bescheid vom 18. Januar 2010 über die Feststellung des GdB mit 30 seit 1. August 2009 handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 31 m. w. N.). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass dieser Verwaltungsentscheidung vorlagen, ist indes eine wesentliche Änderung allenfalls insoweit eingetreten, dass ab 15. Dezember 2011, dem Tag des Neufeststellungsantrages, der GdB 40 beträgt, wie er bereits vom Beklagten festgestellt ist. Die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers bedingen nach dem 15. Januar 2014 keinen höheren Gesamt-GdB.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 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 gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG (bis 30. Juni 2011: § 30 Abs. 17 BVG) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem 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 Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 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 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, 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 älteren 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, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also 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" (etwa "Altersdiabetes" oder "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 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 inwieweit 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 muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend 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 aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.). 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. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) -, juris, Rz. 5).

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 Einzel-fall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) -, juris, Rz. 13). 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 entscheidungserheblich, 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- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze und unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers auch nach dem 15. Januar 2014 keinesfalls einen höheren als den bereits mit Bescheid vom 24. Januar 2012 in der Gestalt des Teilabhilfe- und Widerspruchsbescheides vom 9. Mai 2012 festgestellten GdB von 40 begründen.

Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" hat einen Teil-GdB von 30 zur Folge.

Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass der Kläger bei zwanghaft-narzisstischer Persönlichkeitsstruktur (ICD-10-GM-2016 F60.8), wie sie bereits Prof. Dr. A. nach dem stationären Aufenthalt im Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des S.-Zentrums in Bad Säckingen Anfang 2008 diagnostizierte, an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10-GM-2016 F33.-) leidet, wie dies die Sachverständigen Prof. Dr. Sch., gestützt auf die psychologische Evaluation durch die Dipl.-Psych. Sch., Dr. W. und Prof. Dr. B. übereinstimmend diagnostiziert haben. Allein dadurch, dass Prof. Dr. Sch. und Dr. W. in der Heidelberger Arbeitsgemeinschaft medizinischer Sachverständiger zusammenarbeiten, sieht der Senat bei der vorliegend maßgeblichen Begutachtung noch keinen Anhaltspunkt dafür, dass sich Dr. W. durch das Gutachten von Prof. Dr. Sch. hat beeinflussen lassen und seine Expertise daher weniger aussagekräftig ist. Die Gemeinschaft entstand aus der Erfahrung heraus, dass sehr oft eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich ist und nur bei einer integrierenden, fachübergreifenden Betrachtungsweise der medizinische Sachverhalt adäquat dargestellt und beurteilt werden kann (vgl. im Internet unter "[www.hams-gutachten.de](http://www.hams-gutachten.de)"). Eine Beeinflussung der eigenen sachverständigen Meinung des Dr. W. ist allein hieraus nicht ableitbar. Indes trat beim Kläger nach dem 15. Januar 2014, also mit Beendigung des stationären Aufenthaltes in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg bis aktuell keine schwere Episode auf, was demgegenüber Prof. Dr. B. und der sachverständige Zeuge Dr. B. nicht nachvollziehbar angenommen haben. Auch konnte der Kläger nach nur siebenwöchiger stationärer Behandlung in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden, nämlich mit der Empfehlung einer stufenweisen Wiedereingliederung, was das SG nicht ausreichend beachtet hat.

Nach ICD-10-GM-2016 leiden Betroffene bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust sowie Gewichts- und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Bei der leichten depressiven Episode (F32.0) sind gewöhnlich mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Betroffene sind im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen. Bei der mittelgradigen depressiven

Episode (F32.1) sind gewöhnlich vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und die Betroffenen haben meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Schwer (F32.2) ist eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

Prof. Dr. B. ist danach im April 2016 nicht nachvollziehbar von einer gegenwärtig schweren Episode ausgegangen. Der hierbei typischerweise bestehende Verlust des Selbstwertgefühls lag nicht vor, demgegenüber nur die abgeschwächte Form der Beeinträchtigung. Selbst bei der stationären Aufnahme in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg Ende November 2013, als der Kläger vollkommen erschöpft war und nach dem Aufenthalt im Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des S.-Zentrums in Bad Säckingen Anfang 2008 die bislang gravierendste Episode erfuhr, zeigte sich Prof. Dr. W. ein lediglich in seinem Selbstwörterleben in hohem Maße verunsicherter Kläger. Häufig bestehende Suizidgedanken und -handlungen konnten ebenfalls nicht festgestellt werden. Er berichtete zwar, sich häufig mit dem Tod zu befassen. Von Suizidabsichten distanzierte er sich indes klar und glaubhaft. Zudem hat Prof. Dr. B. somatische Symptome angeführt, welche indes nicht objektiviert sind. Er hat sich allein und unzureichend auf die Angaben des Klägers gestützt, wonach dieser diverse somatische, das Herz und den Verdauungstrakt betreffende Beschwerden geschildert sowie Nerven- und Muskelschmerzen angeführt habe. Dr. B., der eine schwere chronifizierte Depression beschrieb, konnte nicht gefolgt werden, da er in seiner ergänzenden sachverständigen Zeugenauskunft im Berufungsverfahren offenbart hat, keinen psychopathologischen Befund erhoben zu haben, sondern allein auf seine Wahrnehmung aufgrund langjähriger Berufserfahrung vertraut hat, um welche psychische Störung es sich handelt. Nach den schlüssigen, sich auf die psychologische Evaluation der Dipl.-Psych. Sch. im Juli 2013 stützenden Ausführungen von Prof. Dr. Sch. ist die beim Kläger vorhandene Depression bei den auftretenden Episoden durch eine Antriebsstörung und Störung des emotionalen Erlebens und der Gestaltungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Des Weiteren ist der Schlaf gestört, denn der Kläger wacht morgens nicht willentlich bereits zwischen 3 Uhr und 4 Uhr auf. Gegenüber Prof. Dr. B. hat der Kläger zwar angegeben, dass seine Libido stark vermindert, somit aber eben noch vorhanden ist. Der Kontakt zu seiner Partnerin ist aktuell ohnehin wegen deren beruflicher Tätigkeit und der Pflege ihrer Mutter reduziert. Da auch bei einer leichtgradigen depressiven Episode das Selbstwertgefühl wie das Selbstvertrauen fast immer beeinträchtigt sind und sogar bei dieser leichten Form Gedanken über die eigene Wertlosigkeit vorkommen, ist die Bewertung als leichtgradige depressive Episode für den Senat nachvollziehbar; zumal Betroffene bei einer mittelgradigen depressiven Episode meist große Schwierigkeiten haben, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Dem Kläger ist es demgegenüber möglich, seine berufliche Tätigkeit als Lehrer, wenn auch im Deputat gemindert, ohne größere krankheitsbedingte Ausfälle regelmäßig auszuüben und eine Befriedigung durch den Umgang mit seinen Schülern zu erleben. Bei der Begutachtung durch Dr. W. während der Schulferien im August 2015 lag sogar ein remittierter Zustand vor.

Die von Prof. Dr. B. und Prof. Dr. W. gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10-GM-2016 F45.40) liegt zur Überzeugung des Senats nicht vor, da die Anforderungen für diese Diagnosestellung nicht erfüllt sind. Die vorherrschende Beschwerde ist nach den ICD-10-Kriterien ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Der zu fordernde andauernde, schwere und quälende Schmerz ist weder von Prof. Dr. B. noch Prof. Dr. W. hinreichend belegt worden noch nach den sonstigen medizinischen Befundunterlagen nachvollziehbar. Beim Kläger ist bislang keine intensive schmerztherapeutische Behandlung vorgenommen worden. Er hat lediglich das entzündungshemmende Schmerzmittel Celebrex, 200 mg (1-0-1), die schmerzlindernde und entzündungshemmende Arznei Novaminsulfon, (1-1-1), zuletzt bedarfsweise sechs Tabletten über den Tag verteilt, und das nicht-steroidale Antirheumatikum Celecoxib, 200 mg bei Bedarf eingenommen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liegt daher nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vor.

In Anlehnung an die VG, Teil B, Nr. 3.7, wonach Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata 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 sowie bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80 bis 100 zu bewerten sind, rechtfertigen die wegen der Erkrankungen des Klägers auf psychiatrischem Fachgebiet bestehenden Funktionsstörungen keinen höheren GdB als 30, da eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zwar noch vertretbar angenommen werden kann, die Ausschöpfung des GdB-Rahmens nach oben indes nicht begründbar ist. Für schwere Störungen mit mindestens mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten fehlt jeglicher Anknüpfungspunkt, weshalb der Senat der Einschätzung des GdB mit 50 beziehungsweise 60 durch Prof. Dr. B. und Dr. B. nicht gefolgt ist. Einen Mehrwert vermochte der Senat in den Facharztbezeichnungen für Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin bei beiden nicht zu erkennen. Im Gegenteil muss der therapeutische Ansatz von Dr. B. wie im Übrigen auch von Prof. Dr. W. bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden. Denn solche Personen müssen anders als forensisch tätige Sachverständige ein Vertrauensverhältnis zu den Probanden aufbauen und stellen demzufolge deren Angaben nicht kritisch in Frage (vgl. Urteil des Senats vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 1013/15](#) -, juris, Rz. 77 m. w. N.).

Der Tagesablauf des Klägers ist nach der jeweils von Dr. W. und selbst von Prof. Dr. B. erhobenen Anamnese, unter Berücksichtigung seiner Einwendungen, sowohl zu Unterrichtszeiten als auch in den Ferien hinreichend strukturiert. Darüber hinaus liegt weder im familiären Bereich noch sonst ein gravierender sozialer Rückzug vor. Dr. W. hat der Kläger von regelmäßigen Kontakten zu seinen Freunden berichtet, auch fährt er regelmäßig in den Urlaub, musste diesen sogar für die Begutachtung unterbrechen. Gegenüber Prof. Dr. B. gab der Kläger an, noch immer einen guten Kontakt zu seinem Sohn zu haben. Sie treffen sich ab und an, telefonieren regelmäßig oder schreiben sich E-Mails. Er hält seit mittlerweile annähernd zwanzig Jahren eine Partnerschaft aufrecht; dass beide in getrennten Wohnungen leben, entstammt einer bewussten Entscheidung. Der Kläger hat zwar vorgetragen, dass die Kontakte weniger geworden sind. Dies liegt jedoch daran, dass seine Partnerin beruflich eingespannt ist und vermehrt ihre Mutter pflegt. Der Kläger geht weiter regelmäßig zur Gymnastik und mit seiner Partnerin zum Tanzen, auch wenn sie ihn angeblich jedes Mal hierzu motivieren muss. Ferner geht er wandern, joggen und fährt Fahrrad. Selbst bei Berücksichtigung des von Prof. Dr. B. erhobenen psychischen Befundes, wonach das Denken inhaltlich eingengt, die Affektivität insgesamt stark zum depressiven Pol hin verschoben, die Schwingungsfähigkeit stark eingeschränkt sowie der Antrieb, die Interessen, die sozialen Kontakte und die Libido stark gemindert gewesen seien, rechtfertigt sich, unter zusätzlicher Beachtung des von Prof. Dr. Sch.

beschriebenen ausgeprägten Grübelns und der Antizipation von Versagen sowie der dadurch bedingten leichten Beeinträchtigungen der Merkfähigkeit und Konzentration, allerdings aufrechterhaltener beruflicher Tätigkeit, allenfalls ein GdB von 30. Ein höherer ist nicht angemessen, zumal der Kläger wegen der psychiatrischen Erkrankungen bislang nur auf das pflanzliche Psychopharmakon Laif, 900 mg zurückgegriffen, es zuletzt sogar abgesetzt hat sowie von ihm lediglich eine psychodynamisch orientierte Therapie, zuletzt vierzehntägig, und bei Dr. B. ab Januar 2014 dreizehn tiefenpsychologische Sitzungen von jeweils 50 Minuten wahrgenommen worden sind. Die von Dipl.-Psych. Sch. angeregte verhaltensmedizinische Intervention ist noch nicht erfolgt, so dass es am erforderlichen Leidensdruck fehlt, welcher weitergehende Funktionseinschränkungen plausibel erklären könnte.

Eine Erhöhung des Teil-GdB für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" wegen des erhöhten Alkoholkonsums ist nicht vorzunehmen. In Anlehnung an die VG, Teil B, Nr. 3.8 bedingt der schädigende Gebrauch psychotroper Substanzen ohne körperliche oder psychische Schädigung keinen GdB. Dr. W. hat schlüssig dargelegt, dass die behandelbare Alkoholerkrankung auf körperlicher Ebene bislang allenfalls zu einer leichten sensiblen Polyneuropathie geführt hat. Hinzu kommt, dass der habituelle Alkoholkonsum zwar, gestützt auf die Ausführungen von Prof. Dr. Sch., anders als die Schlafqualität nachvollziehbar auch die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Negative Auswirkungen auf Ersterer liegen im Falle des Klägers, welcher den Alkohol trinkt, um besser einschlafen zu können, gerade nicht vor. Nach den eigenen Angaben des Klägers in der nichtöffentlichen Sitzung beim LSG im November 2015 ist er deswegen bislang jedoch nicht in fachärztlicher Behandlung. Gegenüber Prof. Dr. B. hat er zudem kundgetan, in der Fastenzeit vor Ostern dieses Jahres ohne Probleme auf den Bierkonsum verzichtet zu haben. Daher sind jedenfalls keine solchen Funktionsstörungen objektiviert, welche für den GdB von Relevanz wären.

Die beim Kläger wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf die Funktionssysteme "Rumpf", "Arme" und "Beine" jeweils keinen höheren Teil-GdB als 10.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßen Gelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen. Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein. Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Beim Kläger liegt seit der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. Sch. und damit auch seit Mitte Januar 2014 aufgrund dessen schlüssiger Ausführungen eine Krankheit des Rückens, nicht näher bezeichnet, mit mehreren Lokalisationen im Bereich der Wirbelsäule (ICD-10-GM-2016 M53.9) vor. Ein Wurzelreizsyndrom konnte nicht mehr objektiviert werden. Aus der festgestellten Gesundheitsstörung resultieren indes allenfalls geringgradige funktionelle Auswirkungen im Bereich der Halswirbelsäule, so dass kein höherer GdB als 10 erreicht ist. Der Finger-Boden-Abstand betrug 10 cm. Die Links- und Rechtsdrehung der Halswirbelsäule wurde bis 60°, die Links- und Rechtsneigung bis 30° sowie die Beugung und Streckung bei der Vor- und Rückneigung bis 50-0-40° vorgenommen (vgl. Backup, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln, 5. Aufl. 2012, S. 23 ff.). Die Zeichen nach Ott und Schober wurden mit 33 cm und 14 cm bestimmt, so dass wegen dieser dokumentierten weitgehenden Entfaltbarkeit keine Anhaltspunkte für wenigstens geringe funktionelle Auswirkungen im Brust- und Lendenwirbelsäulenbereich vorhanden sind. Aus den vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten Befundberichten von Dr. N. über MRT der Hals- und Lendenwirbelsäule von August 2015 ergibt sich nichts anderes, da mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen allein noch nicht die Annahme eines GdB rechtfertigen (VG, Teil B, Nr. 18.1), zumal jedenfalls eine höhergradige Stenose ausgeschlossen werden konnte.

Der GdB bei Gliedmaßenschäden ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.11 aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust. Die aufgeführten GdB für Gliedmaßenverluste gehen, soweit nichts anderes erwähnt ist, von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB eine Änderung erfährt. Bei der Bewertung des GdB von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe günstiger sind als schlaffe. Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

Danach haben die Funktionssysteme "Arme" (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.13) und "Beine" (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14) jeweils keinen höheren Teil-GdB als 10 zur Folge. Beim Kläger liegt nach dem überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. Sch. im Bereich der Arme ein beidseitiger Morbus Dupuytren, rechts im Stadium I und links im Stadium N (ICD-10-GM-2016 M72.0) vor. Das Streckdefizit der rechten Langfinger bei vorhandenem Morbus Dupuytren im Stadium I führt indes zu einer lediglich geringen Einschränkung der manuellen Fähigkeiten, so dass insoweit kein höherer GdB als 10 gestützt wird. Im Bereich der Beine leidet der Kläger an einer posttraumatische Arthropathie rechts des oberen Sprunggelenkes (ICD-10 M25.97), wie Prof. Dr. Sch. nachvollziehbar dargelegt hat. Die Beweglichkeit der Sprunggelenke für Beugung und Streckung wurde nach der Neutral-0-Methode sogar passiv mit 40-0-15° rechts und 40-0-25° links gemessen sowie die Gesamtbeweglichkeit der Sprunggelenke mit 2/3 rechts und 1/1 links festgestellt. Hieraus lässt sich ein allenfalls ein GdB von 10 ableiten. Einen Befund, der höhere Teil-GdB für die Funktionssysteme "Arme" und "Beine" stützen könnte, haben auch die sachverständigen Zeugen Dr. R. und Dr. E. nicht erhoben.

Auch sonst sind insbesondere mit der in der Vergangenheit von Prof. Dr. A. festgestellten Hypercholesterinämie (ICD-10-GM-2016 E78.0) und der Hyperurikämie (ICD-10-GM-2016 E79.0) keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen worden, derentwegen einem Funktionssystem zuzuordnende Einschränkungen vorliegen, welche überhaupt erst geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen. Die von Prof. Dr. B. diagnostizierten somatoformen autonomen Funktionsstörungen des Herz-Kreislaufsystems (ICD-10-GM-2016 F45.40) und des oberen Verdauungssystems (ICD-10-GM-2016 F45.31) sind, wie bereits dargelegt, mangels eines diese Erkrankungen stützenden objektiven Befundes, bereits nicht nachgewiesen.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), ist im Falle des Klägers der Gesamt-GdB allein aus dem Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" zu bilden und erreicht daher nach dem 15. Januar 2014 sogar nur 30, keinesfalls jedoch mehr als 40.

Nach alledem war der Berufung des Beklagten stattzugeben, also das erstinstanzliche Urteil aufzuheben, soweit dieser verpflichtet wurde, den GdB beim Kläger mit 50 ab 16. Januar 2014 festzustellen und die Klage umfassend abzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-02-16