

L 8 SB 4641/16

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

1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 1731/15

Datum
14.11.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 4641/16

Datum
24.11.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14.11.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des beim Kläger festzustellenden Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Der 1981 geborene Kläger ist von Beruf Entwicklungsingenieur. Er beantragte am 10.11.2014 beim Landratsamt R. (LRA) erstmals die Feststellung des GdB ab Oktober 2013. Er machte Nasennebenhöhlenentzündungen (Entzündung des Ganglion geniculi), chronische Gesichtsschmerzen, eine Nasenatmungsbehinderung, Allergien (insbesondere Asthma bronchiale, allergische Diathese), einen angeborenen Flachrücken/Skoliose (Hypermobilitätssyndrom, Muskelhartspann im Kopf- und Halsbereich, funktionelle Blockierung im BWS-Bereich und CTÜ) sowie durch Gesichtsschmerzen reduziertes Konzentrationsvermögen, Kiefergelenksschmerzen nach mehreren Kiefergelenks- und Zahnoperationen, Bruxismus und chronische Spannungskopfschmerzen als Gesundheitsstörungen bei aktuell bestehender Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2013 geltend. Er legte hierzu medizinische Unterlagen (insbesondere Berichte des Universitätsklinikums F. vom 23.09.2014, Prof. Dr. L. vom 26.06.2015, Dr. G. vom 13.06.2014, Dr. S. vom 22.05.2014 und nervenärztliches Attest vom 10.04.2014, Dr. H. vom 16.04.2012 und radiologische Befundberichte) sowie eine "Karteikarte" vor. In der hierzu eingeholten gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 17.11.2014 schlug Dr. Z.-C. den Gesamt-GdB mit 30 vor.

Mit Bescheid vom 19.11.2014 stellte das LRA beim Kläger den GdB mit 30 seit 01.10.2013 fest.

Hiergegen legte der Kläger am 15.12.2014 (wiederholt durch seinen Prozessbevollmächtigten am 22.12.2014) Widerspruch ein. Der Kläger führte zur Begründung aus, er leide insbesondere unter chronischen Gesichtsschmerzen, die u.a. als Trigeminusneuralgie diagnostiziert worden seien. Eine im Jahr 2014 durchgeführte teilstationäre multimodale Schmerztherapie im interdisziplinären Schmerzzentrum des Universitätsklinikums F. habe nur wenig Besserung erbracht. Es lägen schwergradige Gesichtsneuralgien vor, für die ein Teil-GdB von 50 bis 60 zuzuerkennen sei. Durch die anhaltende Schmerzsymptomatik sei er zunehmend psychisch beeinträchtigt, weshalb er sich in engmaschiger Behandlung befinde. Ein GdB von 30 bis 40 sei zusätzlich zu berücksichtigen. Weiter bestünden Blockaden im HWS-Bereich, die durch die anhaltenden Schmerzen hervorgerufen würden. Der Kläger schilderte die Auswirkungen chronischer Gesichtsschmerzen (Einschränkung der Konzentration und reduziertem Merkfähigkeit, Beeinträchtigung durch Oxycodon, Ermüdung durch den Schmerz, Antriebsstörungen und depressive Stimmung und Ausstrahlungen der Gesichtsschmerzen). Er befinde sich seit 21.10.2013 im Krankenstand.

Das LRA holte Befundscheine des Dr. S. vom 17.02.2015 sowie des Dr. G. vom 05.03.2015 ein. Dr. G. legte den Bericht des Universitätsklinikums F. vom 10.03.2014 vor. In der gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 02.04.2015 schlug Dr. G. wegen eines chronischen Schmerzsyndroms (GdB 30), einem hyperreagiblen Bronchialsystem (GdB 10) sowie einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und muskulären Verspannungen (GdB 10) den Gesamt-GdB weiterhin mit 30 vor. Mit Widerspruchsbescheid vom 27.04.2015 wies das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 19.11.2014 zurück. Die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen seien mit einem GdB von 30 ausreichend und angemessen bewertet.

Hiergegen erhob der Kläger am 27.05.2015 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG), mit dem Ziel, ihm ab Antragstellung einen GdB von 50

zu gewähren. Er machte geltend, wegen einer schweren Gesichtsnuralgie und dadurch bedingter weiterer Beeinträchtigungen sowie schweren Trigeminusreizerscheinungen sei der GdB mit 70 zu bewerten. Hinzu kämen mit einem GdB von 30 zu bewertende Wirbelsäulenbeschwerden sowie mit einem GdB von 20 zu bewertende Allergien. Der Kläger hat den ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik Bad H. GmbH vom 29.06.2015 vorgelegt.

Das SG hörte vom Kläger benannte behandelnde Ärzte - unter Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 02.04.2015 - schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der psychotherapeutisch tätige Arzt Dr. S. teilte in seiner Aussage vom 07.08.2015 den Behandlungsverlauf sowie Diagnosen mit und schätzte wegen des Gesichtsschmerzsyndroms den GdB auf 70, wegen einer Beeinträchtigungen der Atemwege auf 20 sowie der Wirbelsäule auf 50 und den Gesamt-GdB auf 75 ein. Die Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Dr. S. teilte in ihrer Aussage vom 06.08.2015 - unter Vorlage medizinischer Unterlagen - den Behandlungsverlauf sowie Diagnosen und Befunde mit und schätzte den GdB auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet auf 70 ein. Der Zahnarzt K. teilte in seiner dem SG am 11.08.2015 zugegangenen Aussage den Behandlungsverlauf und Befunde mit und teilte die Ansicht des versorgungsfachärztlichen Dienstes. Der Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilkunde Dr. Gu. teilte in seiner Aussage vom 10.08.2015 - unter Vorlage medizinischer Unterlagen - den Behandlungsverlauf, die Diagnosen und Befunde mit und schätzte den GdB auf 60 bis 70 ein. Der HNO-Arzt und Allergologe Dr. W. teilte in seiner Aussage vom 14.08.2015 den Behandlungsverlauf sowie die bestehenden Gesundheitsstörungen mit und schätzte neurologisch den GdB auf 30 und HNO-ärztlich auf 0 ein. Der Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, Chirotherapie und Sportmedizin Dr. G. äußerte sich unter dem 26.08.2015. Er könne die Fragen nicht beantworten und legte Befundberichte vor. Der Facharzt für HNO Dr. D. teilte in seiner Aussage vom 10.09.2015 den Behandlungsverlauf sowie die Diagnosen mit und teilte die Ansicht des versorgungsfachärztlichen Dienstes.

Der Beklagte trat unter Vorlage der versorgungsfachärztlichen Stellungnahme von Dr. K. vom 26.11.2015, der wegen eines chronischen Schmerzsyndroms und seelischer Störung (GdB 40), einem hyperreagiblen Bronchialsystem (GdB 10) sowie einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und muskulären Verspannungen (GdB 10) den Gesamt-GdB mit 40 ab 01.10.2013 vorschlug und neu eine Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bejahte, der Klage insoweit entgegen, dass dem Klageantrag, ein GdB von 50 festzustellen, nicht entsprochen werden könne. Die Bewertung der Schmerzstörung würde schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten voraussetzen, die nicht nachgewiesen seien.

Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) holte das SG das neurologische Gutachten des Prof. Dr. Ga. vom 22.04.2016 ein. Prof. Dr. Ga. gelangte in seinem Gutachten zu den Bewertungen, auf neurologischem Fachgebiet seien beim Kläger keine Krankheiten vorhanden. Der Kläger leide an einem Schmerzsyndrom, das weder vom Charakter noch vom Verteilungsmuster den Schmerzen einem neurologischen Schmerzsyndrom wie etwa atypischen Gesichtsschmerzen, einer Neuralgie oder einem Spannungskopfschmerz zuzuordnen sei. Aus seiner Sicht leide der Kläger an einer endogenen Depression. Die Erkrankung sei bisher nicht konsequent behandelt worden. Die Einordnung der Beschwerden als chronische Schmerzsyndrom halte er für nicht angemessen. Er ordne die Schmerzen unter der Diagnose einer affektiven Störung (Depression) ein. Für eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit muskulären Verspannungen finde sich weder klinisch noch aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde eine medizinische Grundlage. Prof. Dr. Ga. schätzte (zeitlich begrenzt) den GdB auf 30 ein.

Mit Urteil vom 14.11.2016 stellte das SG fest, dass der Gesamt-GdB 40 ab 10.11.2014 beträgt. Im Übrigen wies es die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, die beim Kläger im Vordergrund stehende endogene Depression führe zu einem Teil-GdB von 40. Die daneben bestehende Allergose führe zu einem GdB von 10. Für ein Halswirbelsäulensyndrom sei allenfalls ein GdB von 10 anzunehmen. Der Gesamt-GdB werde deswegen mit 40 bewertet. Dass der Gesamt-GdB von 40 angemessen sei, ergebe auch eine vergleichende Betrachtung.

Gegen das dem Kläger am 18.11.2016 zugestellte Urteil richtet sich die vom Kläger am 15.12.2016 eingelegte Berufung. Er hat zur Begründung geltend gemacht, er sei chronischer Schmerzpatient und leide unter schweren Depressionen. Die Schmerzen im Gesichtsbereich seien so stark, dass er seit Oktober 2013 bis heute arbeitsunfähig sei. Ihm sei zum zweiten Mal eine befristete Erwerbsminderungsrente gewährt worden. Seine Erkrankung habe im Oktober 2013 begonnen. Aus einer zweimaligen Nebenhöhlenentzündung hätten sich permanent vorhandene massive Schmerzen mit dumpfen, pulsierendem Charakter entwickelt, die nicht auf Schmerzmittel ansprächen. Trotz intensiver Behandlungsversuche sei seit Jahren keine Besserung zu erzielen. Die Ursachen der Erkrankung sei bis heute nicht konkret geklärt. Entgegen der Ansicht des SG liege bei ihm eine stärker behindernde Störung vor. Er lebe sozial zurückgezogen. Aufgrund der Schmerzen sei seine Konzentrationsfähigkeit völlig herabgesetzt. Falls er versuche, sich zu konzentrieren, träte sofort Spannungskopfschmerz auf. Er sei stark geräuschempfindlich. Er sei von Beruf Entwicklungsingenieur, sehr ehrgeizig und wolle gerne in seinem Beruf arbeiten, was aufgrund der Behinderungen nicht möglich sei, ebenso wenig die Teilhabe am Alltagsleben insgesamt. Der Kläger hat im Verlauf des Berufungsverfahrens den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 18.08.2016 über eine Rente auf Zeit wegen voller Erwerbsminderung sowie medizinische Unterlagen (Befundberichte Dr. S. vom 15.11.2016 und 11.04.2017, Bericht der Radiologie E. vom 07.09.2017) vorgelegt.

Der Senat hat von der Deutschen Rentenversicherung Bund medizinische Unterlagen des Klägers beigezogen (insbesondere nervenärztliches Gutachten des Dr. St. vom 16.01.2015 sowie HNO-ärztliches Gutachten Dr. M. /Dr. M. vom 26.01.2015).

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14.11.2016 sowie den Bescheid des Beklagten vom 19.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.04.2015 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, beim Kläger den Grad der Behinderung mit 50 seit 10.11.2014 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält das angefochtene Urteil für vertretbar. Auch nach den beigezogenen Unterlagen der Deutschen Rentenversicherung Bund komme keinesfalls ein höherer GdB als 40 entsprechend dem erstinstanzlichen Urteil in Betracht. Der Beklagte hat die versorgungsfachärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 21.04.2017 vorgelegt, in der wegen eines chronischen Schmerzsyndroms, seelischen Störung (GdB 30), hyperreagiblen Bronchialsystem (GdB 10) und einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen (GdB 10) der Gesamt-GdB weiterhin mit 30 seit 10.11.2014 vorgeschlagen wurde.

Der Rechtsstreit ist durch den Berichterstatter mit den Beteiligten in der nichtöffentlichen Sitzung am 27.10.2017 erörtert worden. Hierzu wird auf die Niederschrift vom 27.10.2017 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. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Das SG hat unter Abänderung des streitgegenständlichen Bescheides vom 19.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.04.2015 zutreffend entschieden, dass beim Kläger der Gesamt-GdB 40 ab 10.11.2014 beträgt. Ein Anspruch auf Feststellung des Gesamt-GdB mit 50 ab dem 10.11.2014 steht dem Kläger nicht zu.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des 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; eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 SGB IX](#)). Bis zum 31.12.2008 waren die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - BSG [SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)). Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) in der ab 15.01.2015 gültigen Fassung). Bis zum 14.01.2015 galten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) (in der Fassung vom 20.06.2011) die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Hiervon hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die VersMedV 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 "VG" zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden 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. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere [§ 69 SGB IX](#) - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) - RdNr 27, 30 m.w.N.). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des [§ 69 SGB IX](#) auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009 [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#) RdNr. 19 und vom 23.4.2009, [a.a.O.](#), RdNr 30).

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. Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e).

Die Feststellung des GdB erfolgt zum Zeitpunkt der Antragstellung; auf Antrag kann, wenn ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird, festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat ([§ 69 Abs. 1](#) Sätze 1 und [2 SGB IX](#)).

Nach den zu den Akten gelangten ärztlichen Unterlagen steht im Vordergrund der Behinderungen des Klägers eine chronische Schmerzstörung mit anhaltendem Gesichtsschmerz (schriftliche sachverständige Zeugenaussage Dr. S. vom 06.08.2015, Bericht Universitätsklinikum F. vom 23.09.2013, ärztlicher Entlassungsbericht der Klinik Bad H. vom 29.06.2015). Die Gesichtsschmerzen traten nach einer akuten Sinusitis im Herbst 2013 verstärkt auf (Berichte Dr. L. vom 26.06.2014, Universitätsklinikum F. vom 23.09.2014). Der Gesichtsschmerz ist um die Nase schmetterlingsförmig im Bereich des Wangen- und Jochbeinareals (Nebenhöhlen) lokalisiert (Berichte Prof. Dr. L. vom 26.06.2014, Dr. S. vom 29.06.2015, Universitätsklinikum F. vom 23.09.2014). Versuche, das Problem auf eine organische Ursache zurückzuführen, blieben ohne einen entsprechenden Befund (schriftliche sachverständige Zeugenaussage Dr. S. vom 07.08.2015 an das SG). Die Schmerzsymptomatik führte zu operativen Eingriffen (mehrere Kiefergelenks- und Zahnoperationen). Außerdem bestehen chronische Spannungskopfschmerzen (Bericht Universitätsklinikum F. vom 23.09.2014). Therapeutische Maßnahmen, seien es die Medikation (Schmerzmitteln - u.a. Oxycodon - und Psychopharmaka) oder Physiotherapie blieben ohne den entscheidenden Erfolg (Befundschein Dr. S. vom 17.02.2015, schriftliche sachverständige Zeugenaussagen Dr. S. und Dr. S. vom 06.08.2015 an das SG). Eine multimodale Behandlung (Schmerztherapie) vom 23.09.2014 bis 24.10.2014 im Universitätsklinikum F. erbrachte bei Entlassung einen nur

wenig gebesserten Schmerz-, Allgemein- und Funktionszustand (Bericht Universitätsklinikum vom 23.09.2014). Dies gilt auch für eine durchgeführte tagesstationäre multimodale Wiederauffrischungswoche vom 04.05.2015 bis 08.05.2015 (Bericht Universitätsklinikum F. vom 08.05.2015).

Nach dem Gutachten von Prof. Dr. Ga. vom 22.04.2016 ist beim Kläger auf neurologischem Fachgebiet eine Erkrankung nicht festzustellen. Das Schmerzsyndrom des Klägers ist weder vom Charakter noch vom Verteilungsmuster der Schmerzen einem neurologischen Schmerzsyndrom wie etwa einem atypischen Gesichtsschmerz, einer Neuralgie oder Spannungskopfschmerzen zuzuordnen. Auch die Trigemini-SEP erbrachte nach dem Gutachten des Prof. Dr. Ga. einen Normalbefund. Ebenso werden in den - zahlreich - zu den Akten gelangten Befundberichten von Dr. S. unauffällige neurologische Befunde beschrieben und eine Gesichtsneuralgie nicht diagnostiziert. Dies gilt hinsichtlich des neurologischen Befundes und der Diagnose auch für das vom Senat beigezogene nervenärztliche Gutachten des Dr. St. vom 16.01.2015 an die Deutsche Rentenversicherung Bund. Bis auf Schmerzen im Bereich des Gesichts lassen sich den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen keine durch Nervenläsionen bedingte Sensibilitätsstörungen entnehmen. Dass beim Kläger Gesichtsneuralgien bestehen, lässt sich auch nach den weiteren schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen und den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht feststellen.

Die VG enthalten, anders als für Gesichtsneuralgien (Teil B 2.2), für einen nicht neuralgischen Gesichtsschmerz keine GdB-Bewertungsvorgaben. Durch die GdB-Bewertungsvorgaben für Gesichtsneuralgien ist zur Überzeugung des Senats jedoch im Analogieschluss zu einer sachgerechten Bewertung des GdB zu gelangen (vgl. auch Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vom 7. bis 8. November 2011, Punkt 1.5, zum Cluster-Kopfschmerz). Zwar erfolgt die Bewertung einer chronisch somatoformen Schmerzstörung (mit somatischen und psychischen Faktoren), die mit Schmerzen am ganzen Körper einhergeht (früher Fibromyalgie) und einem einzelnen Funktionssystem nicht konkret zugeordnet werden kann, sondern über einzelne Funktionssysteme hinausgeht, nach der ständigen Rechtsprechung des Senats nach den VG Teil B 3.7 (Senatsurteile vom 19.05.2017 - [L 8 SB 619/16](#) -, 27.01.2012 - [L 8 SB 668/11](#), 19.12.2008 - [L 8 SB 3720/07](#), 29.08.2008 - [L 8 SB 5525/06](#) und 23.11.2007 - [L 8 SB 4995/0](#) - ; jeweils unveröffentlicht; ebenso Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteile vom 13.12.2012 - [L 6 SB 4838/10](#) -, sozialgerichtsbarkeit.de; vom 28.09.2016 - [L 3 SB 4862/14](#) -). Eine solche Schmerzsituation liegt jedoch beim Kläger nicht vor, sondern die chronische Schmerzstörung ist im Gesicht schmetterlingsförmig um die Nase lokalisiert.

In analoger Anwendung der VG Teil B 2.2 ist die Bewertung des GdB des Gesichtsschmerzes des Klägers nach der Stärke des Schmerzes vorzunehmen. Danach ist bei leichten Schmerzen der GdB mit 0 bis 10, bei leichten bis mittelgradigen Schmerzen, schon durch geringe Reize auslösbar der GdB mit 20 bis 40 (mittelgradig), bei starken Schmerzen bzw. Schmerzattacken der GdB mit 50 bis 60 (schwer) und bei starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken der GdB mit 70 bis 80 (besonders schwer) zu bemessen.

Hiervon ausgehend erachtet der Senat - im Ergebnis in Übereinstimmung mit dem SG - wegen des chronischen Gesichtsschmerzes des Klägers einen Einzel-GdB von 40 für ausreichend und angemessen. Zwar macht der Kläger nach den in den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen wie auch durch sein Vorbringen im Verlauf des vorliegenden Rechtsstreites eine dauerhaft vorhandene hohe Schmerzintensität durch den Gesichtsschmerz mit Ausstrahlungen (Spannungskopfschmerzen, Kiefergelenkschmerzen, muskuläre Dysbalance der Schulter-, Nacken- und Kiefergelenksmuskulatur) und dadurch bedingte schwere Depressionen und Antriebsstörung, eine vollständig herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit und reduzierte Merkfähigkeit, eine starke Geräuschempfindlichkeit, kein Ausgehen (Kinobesuche, Essen, Sport oder ähnliches mit Ausnahme von Yoga aus therapeutischen Gründen) sowie den Abbruch jeglicher sozialer Kontakte geltend. Doch hat der Senat diese behauptete Schmerzintensität mit den angegebenen Auswirkungen nicht feststellen können.

Der annähernd konstante Verlauf seiner Schmerzerkrankung zeigt anhand der Befunde entgegen der klägerischen Behauptung keine kognitiven Beeinträchtigungen, wie Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit, und - abgesehen von geringen Schwankungen - keine ausgeprägte Depression und keinen gänzlichen sozialen Rückzug, wie er bei ständig vorhandenen, intensiven Schmerzen zu erwarten wäre.

Nach dem vom Senat beigezogenen Gutachten des Dr. St. vom 16.01.2015 war der Kläger bei der dortigen Untersuchung in zeitlicher, örtlicher und situativer Hinsicht voll orientiert und bewussteinsklar. Seine Auffassungsgabe wirkte normal. Konzentration und Merkfähigkeit erschienen ungestört. Das Gedächtnis war gut. Er verhielt sich während der Untersuchung insgesamt freundlich-adäquat, wenn auch sehr zurückhaltend. Stimmungsmäßig erschien der Kläger ausgeglichen mit subdepressivem Touch und einer negativen Konnotation der Schmerzen bei labilem Selbstwertgefühl und Aggressionsneigung. Strukturell war der Kläger massiv (aggressions-)gehemmt ängstlich, bei primär narzisstischen und anachronistischen Anteilen mit starker Somatisierungsneigung. Der Antrieb und die Psychomotorik wirkten normal. Die Gedanken waren formal und inhaltlich klar. Es bestanden keine Hinweise auf paranoide Ideen oder Halluzinationen etc. Orientierend bestand keine Intelligenzstörung. Nach dem im Gutachten des Dr. St. beschriebenen Tagesablauf (Tagesstruktur) macht der Kläger Yoga und Meditation. Er unternahm Spaziergänge und war in der Lage, Hausarbeiten, Kochen, Waschen usw. zu erledigen. Dem entsprechen im Wesentlichen auch die nachfolgenden Befunderhebungen. Im Entlassungsbericht der Klinik Bad H. vom 29.06.2015 wird der Kläger 6 Monate später als zeitlich, örtlich und situativ voll orientiert sowie bewussteinsklar beschrieben. Die Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis wirkten ungestört, wie bei Dr. St. ... Affektiv war er deutlich herabgestimmt mit qualitativer und quantitativer Einschränkung der Schwingungsfähigkeit. Antrieb und Psychomotorik wirkten gehemmt. Die Gedanken waren formal und inhaltlich klar. Eine Selbst- oder Fremdgefährdung bestand nicht. Nach der beschriebenen allgemeinen sozialen Anamnese bestand beim Kläger noch ein sozialer Rückhalt durch Freunde im sozialen Umfeld, wobei er, wie bei Dr. St. auch angegeben, Freizeitmöglichkeiten nur begrenzt nutzte, bis auf Yoga. Weiter hatte der Kläger Hobbys angegeben, wie Wandern, Sport, Natur etc., die eingeschränkt seien. Nach der dort angenommenen psychodynamischen Hypothese wurde eine verminderte Konflikt- und Emotionswahrnehmung deutlich, mit starker Somatisierungsneigung. In der Beziehungsgestaltung entwickelte sich kein Übertragungs- oder Gegenübertragungsgeschehen. Es wurde eine starke Isolations- und Rückzugstendenz deutlich, begründet mit der Schmerzsymptomatik. Auch nach den beschriebenen testpsychologischen Untersuchungen bestanden beim Kläger Auffälligkeiten, insbesondere bezüglich Schmerz. Ebenso hinsichtlich der Beschreibungen bezüglich der Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigung der Aktivität. Auch im weiteren Verlauf ergab sich keine auffällige Veränderung. Nach der Befundbeschreibung im Gutachten des Prof. Dr. Ga. vom 22.04.2016 - also etwa 10 Monate später - war der Kläger wach und orientiert. Es bestanden nach wie vor keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen. Im Kontakt war der Kläger offen und freundlich zugewandt. Es fanden sich wiederum keine kognitiven Beeinträchtigungen. Zwar war die Stimmung gedrückt bei eingeschränkter emotionaler Schwingungsfähigkeit und Erschöpfung bei chronischer Schmerzstörung. Eine Ich-Störung bestand jedoch nicht. In Abweichung

zu den Vorbefunden diagnostizierte der Neurologe Prof. Dr. Ga. eine endogene Depression, bzw. äußerte den Verdacht auf diese Erkrankung. Damit werden zwar schmerzbedingte Einschränkungen des Klägers belegt, die jedoch nicht das vom Kläger geltend gemachte Ausmaß erreichen. Zudem ist in nach dem vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten Bericht von Dr. S. vom 11.04.2017 beschriebenen psychischen Befund eine (deutliche) Besserung festzustellen. Danach besteht zwar eine Sedierung des Klägers durch Schmerzmedikation (Oxycodon). Er ist jedoch wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Auffassung, Konzentration und Gedächtnis sind ungestört. Es bestehen keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen, Sinnestäuschung oder eine Ich-Störung. Sein Antrieb ist unauffällig. Der Affekt ist freundlich zugewandt. Es besteht – insoweit entgegen Prof. Dr. Ga. – keine depressive Symptomatik. Eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung besteht nicht. Ebenso keine Schlafstörungen. Weiter bestehen keine über das Altersmaß hinausgehende kognitive Defizite. Bis auf eine Erschöpfung bei chronischer Schmerzstörung beschreibt Dr. S. damit einen weitgehend unauffälligen psychischen Befund.

Danach kann der Senat nicht feststellen, dass der Kläger durch Schmerzen in dem von ihm geltend gemachten Ausmaß beeinträchtigt ist, weshalb der Senat auch nicht feststellen kann, dass beim Kläger ein Gesichtsschmerz im Ausmaß der Bewertungsstufen "besonders schwer" oder "schwer" vorliegt. Vielmehr ist von einem Gesichtsschmerz mittleren Grades auszugehen, der nach den dargestellten Bewertungsvorgaben der VG einen GdB von 20 bis 40 rechtfertigt. Auch Dr. W. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG, die bestehenden Gesundheitsstörungen (Verdacht auf eine Trigeminusneuralgie) als mittelschwer eingeordnet. Wegen des Gesichtsschmerzes des Klägers ist der GdB daher mit 40 zu bemessen.

Dies würde selbst dann gelten, wenn mit dem SG davon ausgegangen wird, der GdB für den Gesichtsschmerz sei nach den VG Teil B 3.7 zu bewerten, wovon Prof. Dr. Ga. auf der Grundlage seiner Diagnose einer endogenen Depression als affektive Störung auszugehen scheint. Ein psychotisches Erleben beschreibt Prof. Dr. Ga. nicht, weshalb die Anwendung der Grundsätze nach den VG Teil B 3.6 nicht in Betracht kommt. Nach den VG Teil B 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 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) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten. Dass beim Kläger schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten vorliegen, kann nach dem oben festgestellten psychischen Befund nicht angenommen werden. Hiervon geht im Übrigen auch der Kläger selbst aus, der eine stärker behindernde Störung für gegeben erachtet, wie er zur Begründung seiner Berufung vorgetragen hat (Schriftsatz vom 17.01.2017). Auch nach den GdB-Bewertungsvorgaben der VG Teil B 3.7 ergibt sich damit kein höherer Einzel-GdB als 40.

Das Wirbelsäulenleiden des Klägers ist mit einem Einzel-GdB von 10 zutreffend bewertet. Nach den Berichten des Universitätsklinikums F. vom 23.09.2014 und 10.03.2014 werden die Halswirbelsäule wie auch die Lendenwirbelsäule weitgehend unauffällig beschrieben. Den Befundbeschreibungen lässt sich kein Einzel-GdB von über 10 ableiten, was im Übrigen vom Kläger im Berufungsverfahren auch nicht mehr geltend gemacht wird. Nach den Beschreibungen von Prof. Dr. Ga. in seinem Gutachten hat Prof. Dr. Ga. für eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit muskulären Verspannungen sogar weder klinisch noch aufgrund vorliegender Untersuchungsbefunde eine medizinische Grundlage finden können.

Auch das hyperreagible Bronchialsystem des Klägers rechtfertigt keinen Einzel-GdB von über 10. Dem entspricht die sachverständige Zeugenaussage von Dr. D. vom 10.09.2015 an das SG, der insoweit die Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten ausdrücklich geteilt hat. Dr. W. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG auf seinem Fachgebiet sogar keinen GdB angenommen. Hiergegen hat sich der Kläger im Übrigen im Berufungsverfahren nicht mehr gewandt. Auch nach dem vom Senat beigezogenen Gutachten von Dr. M. /Dr. M. vom 26.01.2015 an die Deutsche Rentenversicherung Bund sind allein von Seiten des HNO-Fachgebietes keine Beeinträchtigungen festzustellen.

Sonstige GdB-relevante Gesundheitsstörungen sind beim Kläger nicht festzustellen und werden im Übrigen vom Kläger im Berufungsverfahren auch nicht geltend gemacht.

Hiervon ausgehend hat das SG in der angefochtenen Entscheidung den Gesamt-GdB zutreffend mit 40 festgestellt. Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; [BSG SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft – gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB – nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 - oder ein anderer Wert - fest vorgegeben ist ([BSG 16.12.2014 - B 9 SB 2/13 R](#) - [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht allein die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB. Vielmehr ist der Gesamt-GdB durch einen wertenden Vergleich dadurch zu bilden, dass die in dem zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Verordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen in Beziehung zu setzen sind – z.B. ist bei Feststellung der

Schwerbehinderung der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usw. vorzunehmen. Maßgeblich sind damit grundsätzlich weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen bzw. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 - [L 8 SB 5215/13](#) - juris RdNr. 31) beeinträchtigen. Dies ist - wie dargestellt - anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Für die Bildung des Gesamt-GdB ist der mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewertende Gesichtsschmerz des Klägers - nach Prof. Dr. Ga. die affektive Störung - zu berücksichtigen. Dieser wird durch die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewertenden Gesundheitsstörungen nicht erhöht. Insgesamt ist der Kläger zur Überzeugung des Senats durch die bei ihm festzustellenden Gesundheitsstörungen im Vergleich zu den nach den in den VG gelisteten Fällen eines GdB von 50 (Schwerbehinderung) nicht im selben Ausmaß in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt, wie das SG im angefochtenen Urteil zutreffend ausgeführt hat. Vorliegend spricht gegen die Annahme einer Schwerbehinderung ein wertungsmäßiger Vergleich mit anderen Erkrankungsgruppen, für die in den VG vom Verordnungsgeber ein Einzel-GdB von 50 vorgesehen ist. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach vergleichender Betrachtung so schwer beeinträchtigt, wie sie mit denjenigen Behinderungen verbunden sind, für die der Verordnungsgeber einen GdB von 50 angenommen hat. Das ist z.B. der Fall bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (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]) oder Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk stärkeren Grades z.B. mit Streckung/Beugung beidseitig nur bis 0-30-90° oder einer schweren Form des Bluthochdrucks mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung). Auch in der Zusammenschau seiner Leiden erreicht der Kläger nach den getroffenen Feststellungen derartige Behinderungen und ihre Folgen zur Überzeugung des Senats nicht.

Den abweichenden Bewertungen des GdB durch Dr. S. , Dr. S. und Dr. Gu. in ihren schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen an das SG folgt der Senat nicht. Sie zeigen keine Gesichtspunkte auf, die abweichend von dem oben Ausgeführten ihre Bewertungen eines höheren GdB nachvollziehbar und plausibel machen.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die im Verlauf des Rechtsstreites durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt und vermitteln dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Gesichtspunkte, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste, hat der Kläger im Berufungsverfahren nicht aufgezeigt.

Die Berufung des Klägers war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-01-15