

L 15 SB 119/10

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

15

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 5 SB 990/08

Datum

20.04.2010

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 15 SB 119/10

Datum

02.07.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Selbst fünf Einzel GdB von 20 können bei voneinander unabhängigen Gesundheitsstörungen dann nicht zu einem Gesamt GdB von 50 führen, wenn es sich um schwache Einzel GdB handelt.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. April 2010 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

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

Der 1944 geborene Kläger, der seit 01.12.2007 Altersrente für langjährig Versicherte von der Deutschen Rentenversicherung Bund bezieht, stellte erstmals am 04.03.2004 Antrag auf Feststellung einer Behinderung und des GdB sowie des Merkzeichens "G", worauf der Beklagte mit Bescheid vom 11.08.2004 einen GdB von 30 festsetzte, der auf folgenden Einzel-GdB basierte: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Iliosakralgelenkbeschwerden sowie seelische Störung, Tinnitus (jeweils 20) und Coxarthrose beidseits sowie Herzleistungsminderung, Bluthochdruck (jeweils 10). Ein Widerspruch hiergegen blieb erfolglos.

Am 24.07.2007 beantragte der Kläger die Neufeststellung des GdB und die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen "G" und "RF". Im Verwaltungsverfahren holte der Beklagte mehrere Befundberichte ein und wertete zahlreiche medizinische Unterlagen aus, wie das im Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung erstellte Gutachten der HNO-Ärztin Dr. N. vom 15.03.2007, in dem die Fachärztin zum Ergebnis einer Gesamt-MdE auf HNO-ärztlichem Gebiet von 15 % gekommen war. Mit streitgegenständlichem Änderungsbescheid vom 20.11.2007 setzte der Beklagte daraufhin den GdB auf 40 ab Antragstellung fest. Es lägen die nachstehenden Gesundheitsstörungen vor:

- * Herzleistungsminderung, Bluthochdruck, Herzklappenfehler, Vorhofseptum-aneurysma - Einzel-GdB 20;
- * Darmwandausstülpungen (Divertikulose) - Einzel-GdB 20;
- * Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräuschen - Einzel-GdB 20;
- * seelische Störung - Einzel-GdB 20;
- * Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschäden, Iliosakralgelenkbeschwerden - Einzel-GdB 20;
- * Funktionsbehinderung des Schultergelenks rechts - Einzel-GdB 10;
- * arterielle Verschlusskrankheit - Einzel-GdB 10;
- * Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke - Einzel-GdB 10.

Die mit den Gesundheitsstörungen Fersensporn und Kniebeschwerden verbundenen Einschränkungen würden keinen GdB von wenigstens 10 bedingen. Die Voraussetzungen für die Merkzeichen "G" und "RF" lägen nicht vor.

Hiergegen erhob der Kläger am 13.12.2007 Widerspruch, den er damit begründete, dass auf der Basis der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) ein Gesamt-GdB von 60 zutreffend sei. Der Kläger, dem es primär um die Auswirkung der Schwerbehinderteneigenschaft auf seine Altersrente gehe, befinde sich inzwischen zusätzlich in nervenärztlicher Behandlung. Nach Einholung eines nervenärztlichen und eines gastroenterologischen Befundberichts wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21.07.2008 den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Hinsichtlich des Wirbelsäulenleidens bestünden keine ausgeprägten motorischen oder neurologischen Ausfallserscheinungen. Bei einer ergometrischen Belastbarkeit bis 150 Watt und nahezu uneingeschränkter linksventrikulärer Funktion lasse sich für das Herzleiden ein höherer GdB als 20 nicht begründen. Der Fersensporn und die Kniebeschwerden könnten bei der Bildung des GdB nicht berücksichtigt werden. Weitere Gesundheitsstörungen mit einem GdB von wenigstens 10 lägen nicht vor.

Am 19.08.2008 hat der Kläger hiergegen Klage zum Sozialgericht München (SG) mit dem Vortrag erhoben, der Beklagte habe sich mit dem Vorbringen der Widerspruchsbegründung nicht konkret auseinandergesetzt. Auch die in der Akte befindliche versorgungsärztliche Stellungnahme bringe keine sozialmedizinisch fundierte Begründung, weshalb hier angesichts der Zahl und Höhe der Einzel-GdB ein Gesamt-GdB von nur 40 gebildet werde. Zudem hat der Kläger auf das HNO-Fachgutachten von Frau Prof. Dr. Sch., das im Verfahren vor dem SG München, Az.: S 9 U 201/08, erstellt worden war, verwiesen.

Das SG hat dieses Gutachten sowie weitere Befundunterlagen ausgewertet. Sodann hat es den Facharzt für Orthopädie und Allgemeinmedizin Dr. W. als Sachverständigen beauftragt. In seinem Gutachten vom 14.12.2009 hat Dr. W. u.a. die vom Kläger vorgebrachten Behinderungen dargestellt. Im Wesentlichen, so habe der Kläger angegeben, sei er durch Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparats und seiner Wirbelsäule behindert, sei bei allen Gartenarbeiten beeinträchtigt. Er habe Schmerzen beim Bücken und insbesondere beim Wiederaufrichten. Längere Wege seien immer mit zunehmenden Beschwerden von Seiten der Wirbelsäule und der Gelenke beeinträchtigt. Morgens beim Aufstehen habe er erhebliche Probleme; er müsse die Wirbelsäule erst einbewegen. 1966 habe er auch ein massives Distorsionstrauma der Halswirbelsäule bei einem Verkehrsunfall erlitten; jetzt käme es beim längeren Sitzen immer wieder zu einem Spannungsgefühl der tiefen Halswirbelsäule. Vor ca. eineinhalb Jahren habe er zuletzt eine Massage diesbezüglich bekommen, die nicht besonders geholfen habe. Auch habe er chronische Belastungsbeschwerden im Bereich des linken Kniegelenks, insbesondere bei Drehbewegungen unter Belastung; arthroskopische Operationen oder Ergusspunktionen hätten nicht stattgefunden. Daneben sei er auch durch eine Hörminderung eingeschränkt; er benutze ein Hörgerät links, rechts habe er immer Beschwerden von Seiten einer Gehörgangreizung und der Ohrmuschel.

Der Sachverständige hat festgestellt, dass die beim Kläger als Behinderungen anzusehenden Gesundheitsstörungen im streitgegenständlichen Bescheid vollständig erfasst und mit einem GdB von 40 ausreichend bewertet worden seien. Auffällig sei am Untersuchungstag eine leichte Kapselverdickung der Kniegelenke als möglicher Hinweis eines chronischen Reizzustandes gewesen. Ein Einzel-GdB von 10 bei freier Beweglichkeit und stabilem Bandapparat sei hierdurch aber nicht bedingt. Entsprechende Beschwerden oder Funktionsstörungen seien auch nicht im letzten orthopädischen Befundbericht aufgeführt.

Die Behinderungen seien vom Beklagten zum Teil großzügig festgestellt, nämlich die Divertikulose, Herzleistungsminderung und seelische Störung, so dass bereits die Gleichstellung mit einer Vergleichsperson mit einem versteiften Hüftgelenk (GdB 40) als großzügig anzusehen sei. Die Einholung eines weiteren Gutachtens auf anderem Fachgebiet sei nicht erforderlich.

Mit Urteil vom 20.04.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Überzeugung des Gerichts sei beim Kläger keine wesentliche Änderung im Gesamtgesundheitszustand eingetreten. Das Gericht hat sich dabei im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr. W. in dessen Gutachten gestützt. Trotz der Vielzahl der Behinderungen sei ein Gesamt-GdB von 40 weiterhin angemessen, nach Auffassung des Gutachters sogar großzügig.

Hiergegen hat der Kläger am 09.08.2010 Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht (BayLSG) eingelegt. Zur Begründung hat er im Wesentlichen ausgeführt: Auch im erstinstanzlichen Verfahren sei der Sachverhalt nicht vollständig aufgeklärt worden, da auch das Sachverständigengutachten von Dr. W. kein zuverlässiges Bild von den Funktionseinschränkungen des Klägers ergebe. Ergänzende gerätetechnische Untersuchungen der weiteren betroffenen Körperpartien seien nicht erfolgt. Die befundeten Beschwerden an den unteren Extremitäten sowie die Fingerendgelenke fänden in der Zusammenfassung der Befunde und Beurteilung sowie Beantwortung der Beweisfragen keinerlei Würdigung. Das Ergebnis des Gutachtens stehe im Gegensatz zur Aussage des behandelnden Orthopäden im Attest vom 10.03.2010; der halte "vermutlich nicht grundlos" einen Einzel-GdB von 40 allein für die Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet für angemessen. Das SG habe sich bei seiner Urteilsfindung unkritisch und einseitig auf die Aussagen von Dr. W. gestützt.

Der Senat hat zur Ermittlung des medizinischen Sachverhalts Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt, nämlich neurologisch/psychiatrisch von Dr. G., HNO-fachärztlich von Dr. F., kardiologisch von Dr. I., orthopädisch vom Facharzt C. sowie internistisch von Dr. F. ...

Am 06.07.2011 hat der Beklagte mitgeteilt, dass nach Abschluss des Berufungsverfahrens eine Neufeststellung wegen eingetretener Besserung verschiedener Gesundheitsstörungen beabsichtigt sei. In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 01.07.2011 hat Dr. S. - unter Berücksichtigung aktueller Befunde und unter Aktualisierung des dreieinhalb Jahre alten Bescheids (vom November 2007) - einen GdB von nunmehr 30 vorgeschlagen. Daraufhin hat der Kläger über seinen Bevollmächtigten festgestellt, dass es ihm um die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft zum Zeitpunkt des Beginns seiner Altersrente, also zum 01.12.2007, gehe. Die Vermutung des Beklagten, es sei inzwischen eine Besserung eingetreten, sei für das wesentliche Begehren des Klägers ohne jede Relevanz.

Im Auftrag des Gerichts hat die Orthopädin Dr. J. am 26.10.2011 ein Sachverständigengutachten erstellt. Im Rahmen der Untersuchungsbefunde hat Dr. J. mitgeteilt, dass der Kläger bei sämtlichen Untersuchungen stark gegengespannt und Schmerzen geäußert habe.

Die Sachverständige hat folgende orthopädische Diagnosen gestellt:

- * mäßige Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei medialbetonten mittelgradigen degenerativen Veränderungen sowie
- * mäßige degenerative Veränderung des Schultergelenks beidseits ohne wesentliche Funktionseinschränkung; Fersensporn links (ohne Symptome).

In den für den Bescheid vom 11.08.2004 maßgeblichen Verhältnissen sei keine wesentliche Änderung im Sinne einer Besserung/Verschlimmerung eingetreten. Seit 24.07.2007 bestünden die oben genannten Diagnosen, die jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten seien. Da seit diesem Zeitraum keine wesentliche Veränderung eingetreten sei, sei eine Staffelung des GdB nicht möglich.

bzw. notwendig.

Mit Schreiben vom 30.11.2011 hat der Kläger erneut darauf hingewiesen, dass Gegenstand des Feststellungsinteresses sein Zustand zu Rentenbeginn sei. Warum seinerzeit im Verwaltungsverfahren ein GdB von 40 und nicht etwa von 50 oder 60 gebildet worden sei, sei offen. Die beiden Vorgutachten (Dr. W. und Dr. J.) stellten auf orthopädischem Gebiet völlig unterschiedliche Diagnosen; die Aufklärung auf diesem medizinischen Teilgebiet dürfe deshalb zum heutigen Zeitpunkt als gescheitert angesehen werden.

Am 30.11.2011 hat die Sachverständige Dr. J. - ohne hierzu vom Gericht beauftragt worden zu sein - ihr Gutachten ergänzt. Sie hat im Wesentlichen festgestellt, dass davon ausgegangen werden müsse, dass noch im Herbst 2010 eine entsprechende Beschwerdesymptomatik der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine bestanden habe, welche bei der gutachterlichen Untersuchung vom Kläger nicht angegeben worden sei. Daneben seien der Befund der Lendenwirbelsäule und die neurologische Symptomatik unauffällig gewesen. Es sei somit entsprechend dem jetzigen Befund und der Aktenlage davon auszugehen, dass zumindest bis Oktober 2010 eine entsprechende Beschwerdesymptomatik der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine vorgelegen habe, die durch den Befund auch begründet habe werden können, dass sich jedoch zwischenzeitlich das Beschwerdebild insoweit verändert habe, dass der Kläger lediglich über Gesäßschmerzen geklagt habe, die nicht eindeutig auf die Lendenwirbelsäulensymptomatik zurückzuführen seien. Es sei somit eine wesentliche Linderung im Sinne einer Besserung eingetreten. Die Beantwortung der Beweisfrage nach dem GdB sei nun differenzierter zu sehen. Vom 24.07.2007 bis Oktober 2010 hätten folgende Einzel-GdB bestanden:

- * mäßige Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei medialbetonten mittelgradigen degenerativen Veränderungen - Einzel-GdB 10
 - * mäßige degenerative Veränderungen des Schultergelenks beidseits ohne wesentliche Funktionseinschränkung, Fersensporn links (ohne Symptome) - Einzel-GdB 10;
 - * Funktionsbehinderung der Lendenwirbelsäule und ISG-Beschwerden, Bandscheibenschäden - Einzel-GdB 20.
- Daraus ergebe sich ein Gesamt-GdB von 20 (auf orthopädischem Fachgebiet). Ab der Begutachtung ergebe sich ein Gesamt-GdB von 10.

Auf Antrag des Klägers hat das BayLSG sodann den Facharzt Dr. K. gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragt, ein orthopädisches Gutachten zu erstellen. Im Gutachten vom 28.03.2012 hat Dr. K. folgende Diagnosen gestellt:

- * mittelgradige Funktionsbehinderung der Lendenwirbelsäule mit Nerven- und Muskelreizerscheinungen und sensiblem L5-Wurzelreizsyndrom rechts durch Bandscheibenvorfall L 4/L 5 mit Narbengewebe und Einengung der Neuroforamina L 4/L 5 und L 5/S 1, vorwiegend auf der rechten Seite,
- * Bewegungs- und Belastungseinschränkung beider Hüftgelenke mit Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit durch nachweisbare degenerative Veränderungen,
- * Belastungseinschränkung beider Kniegelenke bei bestehender innenseitiger Gonarthrose und Retropatellararthrose, rechts mehr als links, sowie
- * Belastungsschmerzen des rechten Fußes bei Haglund-Ferse, Fersensporn und Tendopathie der Plantaraponeurose, durchsackende Ballen-Hohl-Spreizfüße.

Die Hauptfunktionsbeeinträchtigung, die sich anlässlich der Untersuchung ergeben habe, sei die stärkergradige Funktionsbehinderung der Lendenwirbelsäule mit bestehenden Nerven- und Muskelreizerscheinungen. Das von ihm, Dr. K., gefundene sensible L5-Wurzelreizsyndrom rechts sei von den Vorgutachtern Dr. W. und Dr. J. nicht diagnostiziert worden. Das bestehende Lendenwirbelsäulensyndrom mit Auswirkung auf die unteren Extremitäten im Sinne einer Minderbelastbarkeit derselben durch abstrahlende Nervenschmerzen sei durch die früher durchgeführte Bandscheibenoperation (ca. 2000) erklärbar und durch das MRT vom 20.10.2010. Im aktuellen Kontroll-MRT vom 20.10.2010 sei zwar eine so weitgehende Raumbeengung wie im Vor-MRT nicht beschrieben. Diese bestehende Differenz könne von ihm, Dr. K., nicht direkt kommentiert werden; der Sachverständige hat hier auf die Auswertung des Radiologen verwiesen. Tatsache sei jedoch, dass die bestehende Klinik ein eindeutiges Engpasssyndrom der unteren Lendenwirbelsäule ausdrücke. Die vom Vorgutachter Dr. W. gebrachten Ausführungen, die Beschwerden mit Ausstrahlung in die linke Gesäßpartie seien auf die Kreuzdarmbeingelenke zurückzuführen, sei nach seiner heutigen Untersuchung nicht nachvollziehbar. Der zugehörige klinische Befund (von Dr. W.) der Lendenwirbelsäule sei wenig aussagekräftig, auch fehle die genaue Untersuchung der Neurologie der unteren Extremität; Dr. W. "hätte die sensible Störung entsprechend dem Dermatom L 5 auf der rechten Seite normalerweise finden müssen". Ähnliches gelte auch für den klinischen Befund und die dem entsprechenden Funktionsauswirkungen im Gutachten von Dr. J. ...

Da es sich um eine Funktionsbehinderung in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen handle, sei der bisherige GdB für diesen Funktionskomplex mit 20 nicht mehr zu halten. Es sei hier der Ansatz eines GdB von 30 richtig und angemessen. Die Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke sei als gering bis mittelgradig einzuschätzen und beidseits gleichermaßen nachweisbar, sichtbar am erhobenen klinischen Befund sowohl bezüglich der subjektiven Angaben als auch des körperlichen Befundes mit beidseits federndem Stopp mit leichter Schmerzangabe bei Innenrotation. Solch eine Bewegungseinschränkung beider Hüftgelenke mit Einschränkung der Drehfähigkeit sei beidseits mit einem GdB von 20 bis 30 einzuschätzen.

Die bestehenden leichtergradigen Kniegelenksbeschwerden beidseits bei entsprechender Belastung seien vorwiegend durch das retropatellare Schmerzsyndrom bei nachweisbarem Zohlzeichen erklärbar. Hier sei der Ansatz eines Einzel-GdB von 10 richtig. Schwerer würden die Belastungsschmerzen des rechten Fußes bei der von ihm, Dr. K., diagnostizierten sog. Haglund-Ferse wiegen, da eine solche meist therapieresistent sei. Diese seien nach den AHP mit einem GdB von 20 zu bewerten. Der Gesamt-GdB, allein auf orthopädischem Fachgebiet, betrage unter Berücksichtigung der oben eingeschätzten Einzel-GdB 40. Es stehe unzweifelhaft fest, dass der GdB von 40 für alle Einzelbehinderungen laut Bescheid des Beklagten zu gering eingeschätzt worden sei. Die Gesundheitsstörungen, die in den Gesamt-GdB eingehen würden, seien die dort aufgeführten Einzel-GdB für Herzleistungsminderung, Bluthochdruck, Herzklappenfehler sowie Darmausstülpung, Divertikulose, weiter Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräusch sowie seelische Störung (jeweils 20).

In den für den Bescheid vom 11.08.2004 maßgeblichen Verhältnissen sei eine wesentliche Änderung im Sinne einer Verschlimmerung eingetreten. Diese bestehe in der Verschlechterung der Funktion der Lendenwirbelsäule mit den in diesem Gutachten beschriebenen ständigen Nerven- und Muskelreizerscheinungen, die nunmehr mit 30 zu bewerten seien. Die Einschränkung der Belastbarkeit beider Hüftgelenke habe ebenfalls zugenommen, so dass hier der GdB nunmehr mit 20 richtig bewertet sei. Es seien auch noch andere Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet hinzugekommen. Die von ihm getroffene "versorgungsamtsärztliche" Einschätzung des Lendenwirbelsäulenleidens sowie der Schmerzen auch in der Halswirbelsäule hätten nach Angaben des Klägers seit Anfang des Jahres 2007 bestanden. Nach seiner, Dr. K., Einschätzung bestünden die jetzt aktuell gefundenen Funktionsbeeinträchtigungen bezüglich der Gesundheitsstörung Wirbelsäule auch in ihrer Stärke bereits seit Mitte des Jahres 2007, d.h. ein GdB von 30 sei bereits ab diesem Zeitpunkt anzusetzen.

Die Hüftgelenksbeschwerden seien ebenfalls dem Zeitraum Mitte 2007 zuzurechnen, und zwar auch in der heutigen Stärke, da nach subjektiven Angaben in diesen Gelenken und in den Kniegelenken zunehmend Probleme aufgetreten seien. Deshalb sei auch dieser GdB schon Mitte Juli 2007 anzusetzen.

Der GdB allein auf orthopädischem Fachgebiet werde somit für den Zeitraum vor Rentenbeginn des Klägers mit 40 eingeschätzt. Zusammen mit den fachfremden Gesundheitsstörungen, so der Sachverständige, "wäre auch zum Zeitpunkt 20.11.2007 ein Gesamt-GdB ganz sicher jenseits der Fünfzigprozentgrenze einzuschätzen gewesen".

Eine Begutachtung auf anderen Fachgebieten hat Dr. K. nicht für erforderlich gehalten. Die fachfremden Funktionsbeeinträchtigungen seien erwähnt und unverändert zu übernehmen wie im Bescheid vom 20.11.2007 niedergelegt. Bei fachübergreifender Beurteilung schätze er, Dr. K., den GdB mit 60 ein.

Hierzu hat sich Dr. N. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.05.2012 eingehend geäußert. Dem Gutachten von Dr. K. könne nicht gefolgt werden. Hinsichtlich der Funktionsbehinderung der Brustwirbelsäule sei festzustellen, dass auf Grundlage der vorliegenden Befunde hinsichtlich der nervenärztlichen Behandlung des radikulären Beschwerdebilds der GdB von 20 für die Brustwirbelsäule eher zu hoch als zu niedrig sei. Den Befunden bzw. dem Attest des Orthopäden C. sei eine mittelgradige Funktionsbehinderung in den zwei Hauptabschnitten der Brustwirbelsäule nicht zu entnehmen. Ein GdB von 20 sei nicht zu knapp. Im Hinblick auf die von Dr. K. erhobenen Untersuchungsbefunde hat Dr. N. darauf hingewiesen, dass auch die endgradige Einschränkung der Rotation der Halswirbelsäule nach rechts von 60 Grad einen Normalwert darstelle, so dass hinsichtlich der Halswirbelsäule keine mittelgradige Funktionsbehinderung vorliege. An der Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule werde erstmals überhaupt durch Dr. K. eine mäßige Entfaltungsstörung beschrieben und erstmals auch eine Sensibilitätsminderung mit endgradigen Zeichen eines Nervenwurzelreizes. Wenn man denn von einer dauerhaften Beeinträchtigung ausgehe, dann könne erstmals ab der Untersuchung durch Dr. K. von einem ausgefüllten Einzel-GdB von 20 für die Wirbelsäule ausgegangen werden. Eine mittelgradige Funktionsbehinderung in zwei Wirbelsäulenabschnitten liege nicht vor. Der Generalverdacht in Bezug auf die Voruntersucher, sie hätten die Neurologie nicht richtig untersucht, erscheine zudem recht gewagt. Wirklichkeitsnäher sei doch wohl die Annahme, dass eben keine neurologische Beeinträchtigung vorgelegen habe. Nach der Diktion des MRT-Befundes vom 12.03.2012 seien die Bandscheibenschäden auch nicht besonders ausgeprägt. Das Gutachten von Dr. K. sei in sich widersprüchlich. Aus den oben genannten Ausführungen ergebe sich, dass die Feststellung des Wirbelsäulenleidens im Bescheid vom 20.11.2007 mit 20 hoch bemessen gewesen sei; der GdB sei jetzt vielleicht ausgefüllt, aber keinesfalls zu knapp.

Im Hinblick auf die von den Orthopäden C., Dr. W., Dr. J. und Dr. K. festgestellten Messdaten könne man sich einer Beurteilung mit einem GdB von 20 bis 30 allein für die Hüftgelenke nicht anschließen. Ein höherer GdB ab Mitte 2007, wie von Dr. K. festgestellt, sei nicht zu belegen. Ein entsprechender Befund liege in der Akte nicht vor. Auch die zwischenzeitlich erstellten Gutachten sprächen dagegen.

Mit Blick auf den von Dr. K. aufgezeigten Fersensporn und die Ansatzbeschwerden der Achillessehne bei knöcherner Veränderung im Sinne einer Haglund-Exostose sei es allenfalls akzeptabel, für das Funktionssystem "untere Extremitäten", das ohnehin zusammenfassend zu bewerten sei, einen Einzel-GdB von 20 ab der Untersuchung durch Dr. K. festzustellen. Der GdB von 20 für die Hörstörung sei nicht ausgefüllt gewesen. Zusammenfassend könne man den GdB für die unteren Extremitäten ab Untersuchung Dr. K. auf 20 erhöhen. Der Gesamt-GdB sei weiter mit 40 anzusetzen. Ein GdB von mindestens 50 ab dem Zeitpunkt des streitgegenständlichen Bescheids vom 20.11.2007 sei nicht zu belegen.

Daraufhin hat der Kläger über seinen Bevollmächtigten umfangreich Stellung genommen. Mit dem nun vorliegenden Gutachten von Dr. K. werde erstmals der Sachverhalt gründlich, sorgfältig und hinreichend vollständig erarbeitet. Der Kläger hat bei der GdB-Bildung Einschränkungen hinsichtlich des Funktionssystems "Rumpf" (Wirbelsäulenbeschwerden, Hüftleiden, Schulterbeschwerden rechts) zusammengefasst; das Hüftleiden gehöre anatomisch zu diesem Funktionssystem. Unter Berücksichtigung aller beschriebenen Beeinträchtigungen hat der Kläger einen Einzel-GdB von 30 für das Funktionssystem Rumpf für den unteren Grenzwert gehalten; eine Einstufung nach 40 sei nicht unangemessen. Hinsichtlich der Funktionseinschränkung des Funktionssystems "Beine", wozu der Kläger den Fersensporn rechts und die Kniegelenke beidseits zählt, hat er darauf hingewiesen, dass der Beklagte in Ermangelung der eigentlich angezeigten versorgungsmedizinischen Begutachtung einen Einzel-GdB von unter 10 nur unterstellt habe. Hinsichtlich der Hörminderung und des Tinnitus habe der Beklagte in seiner Stellungnahme unkritisch auf das von Prof. Dr. Sch. im Rahmen der MdE-Feststellung erstellte HNO-fachärztliche Gutachten zurückgegriffen; MdE und GdB seien bekanntlich unterschiedliche Dinge. In Anwendung der AHP lasse sich im Hinblick auf die Einzel-GdB ein Gesamt-GdB von 80 bis 90 bilden. Die Einschätzung des Sachverständigen Dr. K. (Gesamt-GdB von 60) sei deshalb nicht überzogen und komme der Wirklichkeit allemal näher als die Stellungnahme des Beklagten.

Der Beklagte könne dem Kläger "ein ganzes Stück entgegenkommen", wenn er sich mit einer vergleichweisen Zuerkennung des Gesamt-GdB von 50 ab Datum des "Überprüfungsantrags", spätestens aber ab dem Tag vor Eintritt in die Altersrente zufrieden geben würde. Weitere Untersuchungen auf den nicht orthopädischen Fachgebieten halte er, der Bevollmächtigte, auch deswegen für nicht zielführend, weil nach Ablauf von fast fünf Jahren kaum mehr objektive wesentlich neue Erkenntnisse zu erwarten seien; im Übrigen reichten die hierzu in der Akte vorliegenden zahlreichen Befundberichte zur zuverlässigen Bildung der entsprechenden Einzel-GdB aus. Der Klägerbevollmächtigte hat die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme von Dr. K. im Hinblick auf die vom Beklagten geäußerten Bedenken in das Ermessen des Gerichts gestellt. In Anbetracht der aus klägerischer Sicht nun vollständigen Beweiserhebung dürfe es unzweifelhaft sein, dass der Gesamt-GdB von 40 mit dem streitgegenständlichen Bescheid zu niedrig festgelegt worden sei.

Der Kläger beantragt,
den Beklagten unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 20. April 2010 und unter Abänderung des Bescheids vom 20. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. Juli 2008 zu verpflichten, für den 30. November 2007 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten des Beklagten und des SG (streitgegenständliches und o.g. unfallversicherungsrechtliches Verfahren) beigezogen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt dieser Akten und der Berufsakten, die allesamt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist (nur) noch der vom Kläger geltend gemachte Anspruch auf Feststellung eines GdB von mindestens 50 zum 30.11.2007. Nicht mehr Gegenstand ist die Höhe des GdB zu einem anderen Zeitpunkt, insbesondere nicht zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor dem Senat. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung seinen Antrag entsprechend der dem Rechtsstreit zugrundeliegenden Motivation, eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen ab dem 63. Lebensjahr erhalten zu können, ausdrücklich auf den Zeitpunkt des 30.11.2007 beschränkt.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 20.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.07.2008 ist nicht zu beanstanden. Ein höherer GdB als 40 zum Zeitpunkt 30.11.2007 ist nicht nachgewiesen.

In den gesundheitlichen Verhältnissen des Klägers hat sich zwar, begründet vor allem durch die Gesundheitsstörungen Divertikulose, Schwerhörigkeit, arterielle Verschlusskrankheit und Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, eine Änderung dahingehend ergeben, dass der GdB ab 24.07.2007 von 30 auf 40 zu erhöhen war. Dieser Verschlimmerung hat der Beklagte zutreffend Rechnung getragen. Ein Anspruch auf eine weitere Erhöhung des GdB über 40 hinaus besteht aber nicht.

Rechtsgrundlage des mit der Klage angefochtenen Bescheids ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Verschlechterung (oder Besserung) der Verhältnisse, die der festgestellten Behinderung zugrunde liegen, eine Erhöhung (oder Herabsetzung) des GdB um wenigstens 10 ergibt.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht es zur Überzeugung des Senats fest, dass im Gesundheitszustand des Klägers im Vergleich zu den gesundheitlichen Verhältnissen, wie sie dem bestandskräftigen Bescheid vom 11.08.2004 zugrunde gelegen haben, zwar eine wesentliche Änderung im Sinn des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten ist, die einen GdB von 40 begründet. Eine weitergehende Änderung der Verhältnisse, die einen höheren GdB begründen würde, hat sich aber bis 30.11.2007 nicht ergeben.

Rechtsgrundlage für die Feststellung des Vorliegens einer Behinderung und des GdB ist [§ 69 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in Verbindung mit den AHP. Die ab dem 01.01.2009 durch die dann maßgeblichen Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG), Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung, abgelösten AHP sind für die hier maßgebliche Zeit vor dem 01.01.2009 weiterhin als antizipierte Sachverständigengutachten beachtlich (vgl. Bundessozialgericht - BSG -, Urteile vom 18.09.2003 - Az.: [B 9 SB 3/02 R](#) - und vom 24.04.2008 - Az.: [B 9/9a SB 10/06 R](#); Bundesverfassungsgericht - BVerfG -, Beschluss vom 06.03.1995, Az.: [1 BvR 60/95](#)). Die AHP (und nunmehr die VG) sind ein auf besonderer medizinischer Sachkunde beruhendes Regelwerk, das die möglichst gleichmäßige Anwendung der Bewertungsmaßstäbe im räumlichen Geltungsbereich des Gesetzes bezweckt und dem Ziel des einheitlichen Verwaltungshandelns und der Gleichbehandlung dient.

Der beim Kläger zum Zeitpunkt 30.11.2007 anerkannte GdB ist nach der Überzeugung des Senats mit einer Höhe von 40 zutreffend bewertet worden. Dies folgt aus dem Ergebnis der Beweisaufnahme.

Der Senat stützt sich dabei insbesondere auf das überzeugende, ausführliche und nachvollziehbar begründete Gutachten des Sachverständigen Dr. W. im erstinstanzlichen Verfahren sowie auf die plausiblen gutachterlichen Feststellungen von Dr. J., ferner der versorgungsärztlichen (chirurgischen) Stellungnahme des Beklagten vom 22.05.2012. Die genannten Gutachter haben die beim Kläger vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen vollständig erfasst und in Übereinstimmung mit den zu beachtenden Vorgaben der AHP zutreffend gewürdigt. Der Senat macht sich die sachverständigen Feststellungen zu eigen.

Der Kläger leidet an zahlreichen Gesundheitsstörungen. Im Vordergrund stehen - vor allem auch nach seinem subjektiven Eindruck - die Funktionsstörungen auf dem orthopädischen Fachgebiet.

1. Wirbelsäule, Iliosakralgelenke, Bandscheiben

Nach der plausiblen Einschätzung von Dr. W. und Dr. J. sind die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, die Iliosakralgelenkbeschwerden und die Bandscheibenschäden mit einem Einzel-GdB von 20 ausreichend bewertet (vgl. Teil A, Ziff. 26.18 AHP). Mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten oder schwergradige funktionelle Auswirkungen in einem Abschnitt lagen (auch) 2007 nicht vor. Dabei handelt es sich entsprechend der überzeugenden versorgungsärztlichen (chirurgischen) Stellungnahme des Beklagten vom 22.05.2012 um einen "schwachen", d.h. nicht ausgefüllten Einzel-GdB von 20.

Wie Dr. W. ausdrücklich festgestellt hat, waren bei der Untersuchung am 09.12.2009 alle Abschnitte der Wirbelsäule frei beweglich und es lagen eine normale Bemuskulung und kräftige Fußsohlenbeschwellung vor. Bei der Untersuchung bestand (nur) eine mäßige Fehlstatik der Wirbelsäule im Hals-Brust-Wirbelsäulenübergang, mit leichter Kyphosierungsvermehrung der oberen Brustwirbelsäule; die Paravertebralmuskulatur war in allen Abschnitten normoton. Hinweise für persistierende Nervenwurzelreizzustände oder Läsionen hat der Sachverständige nicht gefunden. Radiologisch lagen im Wesentlichen altersentsprechende degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit einer mittelgradigen Bandscheibenschädigung im Segment C 6/C 7 und beginnender Spondylarthrose durch die zervikodorsale Fehlstellung vor. Danach waren die vom Kläger vorgebrachten Beschwerden ausreichend zu objektivieren; wiederkehrende Belastungsbeschwerden der tiefen Halswirbelsäule mit Ausstrahlung in die rechte obere Brustwirbelsäule und den Nackenbereich sind beidseits anzunehmen. Der Befund von Seiten der Halswirbelsäule war nach der plausiblen Darlegung durch Dr. W. aber eindeutig abzugrenzen von schweren degenerativen Veränderungen mit vollständigem Aufbrauch der Bandscheiben und entsprechenden Sekundärveränderungen. Die im Bereich der Lendenwirbelsäule vorgebrachten Beschwerden beim längeren Bücken und insbesondere beim Wiederaufrichten sowie die Anlaufbeschwerden nach längerer Ruhigstellung waren auf die beginnende rechtsbetonte Arthrose der Zwischenwirbelgelenke der beiden letzten Etagen zurückzuführen. Hier lagen im Wesentlichen altersentsprechende degenerative Veränderungen vor; die am Untersuchungstag vorgebrachten Beschwerden ließen sich, wie der Sachverständige ausdrücklich festgestellt

hat, konservativ gut behandeln. Hinweise, dass vor der Untersuchung durch Dr. W. (noch) eine stärkere Beeinträchtigung des Klägers bestanden hätte, liegen nicht vor. Vielmehr ist mit dem Beklagten (siehe die o.g. plausible versorgungsärztliche Stellungnahme) unter Berücksichtigung des Befundberichts des Nervenarztes Dr. G. vom 05.06.2008, ferner der vorliegenden hausärztlichen Unterlagen, davon auszugehen, dass die Einstufung mit einem GdB von 20 für November 2007 "eher zu hoch als zu niedrig" erfolgt ist.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem gemäß § 109 SGG eingeholten Gutachten des Orthopäden Dr. K. ... Denn dieses Gutachten überzeugt den Senat nicht, da es in einem zentralen Punkt in sich widersprüchlich ist: Während der Facharzt einerseits aufgrund der Untersuchung vom 09.02.2012 und der Berücksichtigung der MRT-Befunde aus den Jahren 2010 und 2012 eine Verschlechterung des Wirbelsäulenleidens annimmt - der bisherige GdB für diesen Funktionskomplex mit 20 sei nicht mehr zu halten - setzt er andererseits ohne Beleg einen GdB von 30 bereits ab Mitte 2007 an. Im Übrigen vermag der Senat dem Gutachten von Dr. K. auch nicht hinsichtlich dessen Kritik an den Feststellungen der Sachverständigen Dr. W. und Dr. J. zu folgen. So hat der Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass die vor allem bzgl. des von Dr. K. diagnostizierten L5-Wurzelreizsyndroms rechts geäußerte Vermutung, die Genannten hätten die Neurologie nicht richtig untersucht, gewagt erscheint. Es dürfte - auch aufgrund der Sachkunde von Dr. W. und Dr. J., die diese in zahlreichen für den Senat angefertigten Gutachten unter Beweis gestellt haben - eher wahrscheinlich sein, dass eine neurologische Beeinträchtigung zu den vorausgegangenen Untersuchungszeitpunkten noch nicht (erkennbar) bestanden hat. Belastbare Belege für die Annahme, es seien 2007 mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten gegeben gewesen, die zu einem GdB von 30 geführt hätten, liefert das Gutachten von Dr. K. jedenfalls nicht.

2. Hüftgelenke

Die Bewertung der degenerativen Veränderungen der Hüftgelenke im November 2007 mit einem Einzel-GdB von 10 ist durchaus ausreichend. Dies ergibt sich mit Blick auf die vorliegenden Befunde, vor allem die dokumentierten Bewegungsausmaße, aus der überzeugenden Darlegung in der chirurgischen Stellungnahme vom 22.05.2012 (s.o.) sowie aus dem Gutachten von Dr. W., der die Hüften nicht ausdrücklich erwähnt, sondern sie mit dem Verweis auf "alle übrigen Behinderungen, die mit einem Einzel-GdB von 10 regelrecht vom Beklagten festgestellt worden" seien, mit erfasst hat. Hingegen überzeugt das Gutachten von Dr. K. auch insoweit nicht. Für die Bewertung mit einem GdB von 20 oder höher für November 2007 fehlt im Hinblick auf die festgestellten Bewegungsausmaße jede Grundlage (vgl. Teil A, Ziff. 26.18 AHP); so hat Dr. W. am 09.12.2009 beidseits den Wert 10-0-120 Grad (Neutral-Null-Methode) erhoben.

3. Schultergelenke beidseits

Die Bewertung der degenerativen Veränderung des Schultergelenks beidseits im November 2007 mit einem Einzel-GdB von 10 ist nicht zu beanstanden (vgl. Teil A, Ziff. 26.18 AHP). Beide Schultergelenke waren nach der Feststellung der Sachverständigen Dr. J. bei der Untersuchung im Rahmen der physiologischen Schwankungsbreite frei beweglich. Röntgenologisch hat die Fachärztin lediglich eine Verschmälerung des Schultergelenkspalts mit vermehrter Verkalkung der knöchernen Struktur unter den Knorpelflächen als Zeichen einer mittelgradigen Degeneration festgestellt. Somit handelte es sich nur um eine mäßige degenerative Veränderung des Schultergelenks beidseits ohne wesentliche Funktionseinschränkung; der Senat macht sich die Feststellungen der Sachverständigen zu eigen.

4. Kniegelenke beidseits

Die Einstufung der Kniebeschwerden mit einem GdB von 10 ergibt sich nachvollziehbar aus dem Gutachten von Dr. J., die eine mäßige Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei medialbetonten mittelgradigen degenerativen Veränderungen diagnostiziert hat (vgl. Teil A, Ziff. 26.18 AHP). Beide Kniegelenke waren bei der Untersuchung reizlos und frei beweglich; röntgenologisch hat sich beidseits eine Verschmälerung des medialen Gelenkspalts als Zeichen einer mäßigen Degeneration ohne sonstige Degenerationszeichen gezeigt. Die vorgenommene Einstufung stimmt im Übrigen auch mit der Bewertung durch Dr. K. überein.

5. Füße

Der Senat geht mit der Sachverständigen Dr. J. und dem Beklagten davon aus, dass ein "eigenständiger" Einzel-GdB (auch von nur 10) allein für die Behinderung bzgl. der Füße nicht gerechtfertigt ist. Zwar ist anzunehmen, dass, worauf es letztlich nicht ankommt, hinsichtlich der Fußfehlform beidseits und der Haglund-Ferse rechts (in Zusammenschau mit den Behinderungen an den unteren Extremitäten) ein Einzel-GdB von 20 für die Zeit ab der Begutachtung durch Dr. K. zutreffend ist. Wie der Beklagte in der o.g. versorgungsärztlichen Stellungnahme zutreffend darauf hingewiesen hat, finden sich in den Befunden aus der Zeit vor der Untersuchung durch Dr. K. insoweit aber keine pathologischen Veränderungen. Bei der Untersuchung durch Dr. J. hat sich am Fersenbein lediglich ein plantarer Sporn gefunden. Über Beschwerden in diesem Bereich hat der Kläger nicht geklagt. Daher hat die Sachverständige zutreffend nur einen "Fersensporn ohne Symptome" in die Betrachtung mit einbezogen und diesen zusammen mit den oben erwähnten mäßigen degenerativen Veränderungen der Schultergelenke (ohne wesentliche Funktionseinschränkung) mit einem Einzel-GdB 10 bewertet (vgl. Teil A, Ziff. 26.18 AHP). Auch insoweit macht sich der Senat die Feststellungen der Sachverständigen zu eigen.

6. Hörorgan

Die Bewertung der Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräuschen im November 2007 mit einem Einzel-GdB von 20 stellt sich - was zwischen den Beteiligten unstreitig ist (vgl. den klägerischen Schriftsatz vom 07.06.2012) - als nicht zu knapp bemessen dar. Vielmehr ist ein solcher GdB, wie der Beklagte zutreffend darauf hingewiesen hat, nicht voll ausgefüllt. Dies ergibt sich aus den plausiblen Darlegungen im HNO-Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. Sch. vom 15.12.2008, das im Verfahren Az.: S 9 U 201/08 im Auftrag des SG München erstellt worden ist. Die Fachärztin hat u.a. folgende Befunde erhoben:

* Sprachaudiogramm: Hörverlust rechts und links 0 % (Tabellen Boenninghaus u. Röser sowie Feldmann, vgl. Teil A, Ziff. 26.5 AHP), entsprechend normalem Sprachverstehen

* Tonschwellenaudiogramm (Dreifrequenztabelle von Röser, vgl. a.a.O.):

bei Luftleitungsmessung rechts 10 %, links 30 %; entsprechend einer beginnenden Schwerhörigkeit rechts und einer geringgradigen Schwerhörigkeit links; bei Knochenleitungsmessung rechts 0 % und links 10 %, entsprechend einer Normalhörigkeit rechts und einer beginnenden Schwerhörigkeit links.

Damit leidet der Kläger entsprechend der gutachterlichen Feststellung an einer Innenohrhechtonschwerhörigkeit beidseits, links mit kleiner Schallleitungskomponente, bei der es sich unter Berücksichtigung aller Hörtests und verschiedener Berechnungstabellen um eine beginnende Schwerhörigkeit rechts und eine geringgradige Schwerhörigkeit links sowie um einen Tinnitus beidseits handelt. Die Minderung

der Erwerbsfähigkeit (MdE) für die beginnende Schwerhörigkeit und den Tinnitus hat die Sachverständige plausibel mit 10 % bewertet. Wie sie überzeugend dargestellt hat, führt eine beginnende Schwerhörigkeit für sich allein noch nicht zu einer MdE, besonders dann nicht, wenn das Sprachverstehen regelrecht ist; für den Tinnitus hat die Gutachterin eine MdE von 5 bis 10 angenommen. Wie der Beklagte ebenfalls zutreffend hervorgehoben hat, begegnet eine Übernahme der MdE-Werte als GdB aufgrund der identischen Bewertungskriterien (einerseits

Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 346, andererseits Teil A, Ziff. 26.5 AHP) keinen Bedenken (vgl. zudem [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#), der jedoch nach der Rechtsprechung des BSG - Urteil vom 05.07.2007, Az.: B [9/9a SB 12/06](#) R - hinsichtlich eines Einzel-GdB nicht einschlägig ist).

Die Einschätzung, dass hinsichtlich der Behinderung "Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräuschen" im November 2007 ein nicht ausgefüllter Einzel-GdB von 20 gegeben ist, deckt sich im Übrigen auch mit dem Gutachten der HNO-Ärztin Dr. N., das diese am 15.03.2007 erstellt hat.

7. Arterielle Verschlusskrankheit

Die Bewertung der arteriellen Verschlusskrankheit im November 2007 mit einem Einzel-GdB von 10, wie vom Beklagten im streitgegenständlichen Bescheid vorgenommen, ist zwischen den Beteiligten unstrittig. Grundlagen für eine höhere Bewertung sind nicht einmal im Ansatz erkennbar (vgl. Teil A, Ziff. 26.9 AHP).

8. Seelische Störung

Mit den Beteiligten ist davon auszugehen, dass die Bewertung der seelischen Störung mit einem Einzel-GdB von 20 zutreffend ist. Dies ergibt sich zur Gewissheit des Senats aus dem Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. W ... Dieser hat auch plausibel dargestellt, dass die Behinderungen auf psychiatrischem Gebiet vom Beklagten großzügig festgestellt worden sind; es handelt sich also um einen nur "schwachen" Einzel-GdB von 20. Bei Dr. W. hat der Kläger keine Beschwerden und keine Angabe einer Dauermedikation berichtet. Das Verhalten des Klägers insgesamt am Untersuchungstag ist situationsgerecht und "durchaus humorvoll" gewesen. Entsprechend auch der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 30.12.2010 lagen mit Blick auf die nervenärztlichen Befunde jedenfalls bis April 2008 beim Kläger (nur) somatoforme Beschwerden bei depressiver Episode vor. Hinweise für eine höhere Einstufung des GdB ergeben sich nicht (vgl. Teil A, Ziff. 26.3 AHP).

9. Herz-Kreislauf-Bereich

Die Bewertung der Herzleistungsminderung bei Bluthochdruck und des Herzklappenfehlers sowie des Vorhofseptumaneurysmas im November 2007 mit einem Einzel-GdB von 20 stellt sich zur Überzeugung des Senats als nicht zu knapp bemessen dar. Vielmehr liegt nahe, dass ein solcher GdB nicht voll ausgefüllt ist. Dies ergibt sich - mit Blick auf die gesetzlichen Vorgaben (vgl. Teil A, Ziff. 26.9 AHP) und das angegebene Leistungsspektrum des Klägers - aus den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen Dr. W ... So hat der Kläger Beschwerden im Herz-Kreislauf-Bereich am Untersuchungstag gar nicht geltend gemacht. Auch haben klinisch keine Herzinsuffizienzzeichen vorgelegen. Dagegen hat der letzte kardiologische Untersuchungsbericht von Dr. I. (10.09.2007) eine Belastung des Klägers bis 150 Watt ohne pektanginöse Beschwerden und ohne Repolarisationsstörungen gezeigt. Echokardiographisch hat eine gute links- und rechtsventrikuläre Pumpfunktion festgestellt werden können. Das auch am Untersuchungstag bestehende Herzgeräusch ist nach der nachvollziehbaren Darstellung von Dr. W. auf eine Sklerosierung der Aortenklappe zurückzuführen gewesen, die bei null- bis erstgradigem Rückfluss hämodynamisch keine wesentliche Beeinträchtigung darstellt. Auch das Vorhofseptumaneurysma ohne Defekt stellt nach der überzeugenden Feststellung des Sachverständigen keine Einschränkung der Hämodynamik dar. Grundlagen für eine sogar noch höhere Bewertung als mit einem Einzel-GdB von 20 sind nicht erkennbar.

10. Divertikulose/Darmwandausstülpungen

Gleiches gilt für die Divertikulose und die Darmwandausstülpungen des Klägers. Wie Dr. W. in seinem Gutachten herausgestellt hat, hat der Kläger bei der Untersuchung (auch insoweit) keine Behinderungen geltend gemacht, insbesondere keine wiederkehrenden Entzündungen. Aus dem Koloskopiebericht vom 20.12.2007 des Gastroenterologen Dr. E. ist weiter ersichtlich, dass im Dezember 2007 die Divertikulose - anders als noch im Juni desselben Jahres - bereits nur mehr mäßig ausgeprägt gewesen ist; neben dieser sind nur Polypen im Sigma und multiple ausgeprägte hypertrophierte Papillen festgestellt worden. Zudem sind lediglich eine Kontrolluntersuchung erst in drei Jahren und eine Stuhlregulierung mit Ballaststoffen empfohlen worden. Der Einzel-GdB beträgt hierfür somit großzügig bewertet 20 (vgl. Teil A, Ziff. 26.10 AHP).

11. Gesamt-GdB

Der Gesamt-GdB beträgt höchstens 40. Der Senat stützt sich gerade auch insoweit auf die überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. W ... Er macht sich die Bewertung des Sachverständigen zu eigen; diese Einschätzung ist nachvollziehbar und überzeugend. Sie steht in Übereinstimmung mit den Vorgaben der AHP.

Nach den AHP verbieten sich bei der Ermittlung des Gesamt-GdB jegliche Rechenmethoden. Insbesondere ist eine Addition der Werte für die einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen unzulässig. Maßgebend sind vielmehr die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander (vgl. Teil A, Ziff. 19 AHP). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der am höchsten bewerteten Gesundheitsstörung auszugehen. Anschließend ist im Hinblick auf die weiteren vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit dadurch 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 (vgl. AHP, a.a.O.; BSG, Urteil vom 02.12.2010, Az.: [B 9 SB 4/10 R](#)). Von Ausnahmefällen (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch dann nicht, 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 (vgl. AHP, a.a.O.). Dies gilt umso eher, wenn die funktionelle Störung nur mit einem "schwachen" GdB von 20 zu beurteilen ist (vgl. Landessozialgericht - LSG - für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.04.2010, Az.: [L 6 SB 187/09](#), wobei das LSG Nordrhein-Westfalen in ständiger Rechtsprechung davon ausgeht, dass ein "schwacher" GdB von 20 grundsätzlich nicht in die Gesamt-GdB-Bildung einfließen kann). Nach einer weiteren Entscheidung des LSG Nordrhein-Westfalen können allenfalls vier starke Einzel-GdB von 20 bei voneinander unabhängigen Gesundheitsstörungen zu einem Gesamt-GdB von 50 führen (Urteil vom 09.02.1999 - Az.: [L 6 SB 152/97](#)).

Auch unter Berücksichtigung der letzteren Entscheidung sieht der Senat den Nachweis für einen Gesamt-GdB von 50, wie vom Kläger begehrt, nicht erbracht. Zwar sind vorliegend sogar fünf Einzel-GdB von 20 gegeben. Höhere GdB sind jedoch nicht nachgewiesen. Bei den Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, Iliosakralgelenke und Bandscheiben sowie des Hörorgans, bei der seelischen Störung und bei den Einschränkungen im Herz-Kreislauf-Bereich handelt es sich jeweils um einen "schwachen" GdB von 20 und auch die Divertikulose ist jedenfalls großzügig bewertet. Bei keinem der fünf Einzel-GdB von 20 kann die Rede davon sein, dass dieser in Richtung 30 tendieren würde.

Der Kläger irrt, wenn er - wie etwa in der Klagebegründung ausgeführt - annimmt, dass bereits wegen der Vielzahl vorliegender Erkrankungen ein GdB von mindestens 50 zutreffend sei. Denn bei Einhaltung der dargestellten Vorgaben der AHP kann mit den festgestellten Einzel-GdB (von ausschließlich nicht ausgefüllten 20 und lediglich 10) gerade nicht "ebenso ein Gesamt-GdB von 50 gebildet werden", wie der Kläger formuliert hat. Gerade im Hinblick auf die Festlegung, dass es bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (s.o.), erscheint die Annahme eines Gesamt-GdB von 40 durchaus ausreichend und nur unter dem Aspekt überhaupt vertretbar, dass entsprechend der Feststellung von Dr. W. die Behinderungen des Klägers unabhängig voneinander bestehen und verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen dürften. Die Annahme eines Gesamt-GdB von 80 oder 90, wie sie der Bevollmächtigte des Klägers in den Raum gestellt hat, entspricht so wenig den tatsächlichen Gegebenheiten, dass hierauf nicht weiter einzugehen ist.

Auch aus dem Gutachten von Dr. K. ([§ 109 SGG](#)) ergibt sich im Übrigen kein höherer Gesamt-GdB als 40. Dies folgt jedoch bereits daraus, dass - wie oben dargestellt - die Einzel-GdB-Bildungen durch den Arzt aus Sicht des Senats nicht nachvollziehbar sind.

Die Berufung kann somit keinen Erfolg haben.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-11-22