

L 13 SB 282/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Schwerbehindertenrecht
1. Instanz
SG Münster (NRW)
Aktenzeichen
S 12 SB 515/18
Datum
27.08.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 13 SB 282/20
Datum
03.11.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 27.08.2020 wird zurückgewiesen.

Kosten haben die Beteiligten erneut einander nicht zu erstatten.

Der Kläger erstattet der Landeskasse 1000,00 Euro.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob bei dem Kläger ein höherer Grad der Behinderung (GdB) als 60 festzustellen ist.

Durch Bescheid vom 27.03.2014 stellte die Stadt H. bei dem am 00.00.0000 geborenen Kläger wegen psychischer Störung; schlafbezogener Atmungsstörung; Wirbelsäulensyndrom, Skoliose; Herz-Kreislaufstörung und Bluthochdruck einen GdB von 60 fest.

Am 09.10.2017 stellte der Kläger bei dem Beklagten einen Antrag auf höhere Festsetzung des GdB. Mittlerweile leide er auch unter einer starken Kniearthrose.

Der Beklagte zog einen Bericht der S. Klinik vom 10.10.2017 über eine Knieverletzung des Klägers bei. Nach versorgungsärztlicher Auswertung dieses Berichts lehnte der Beklagte den Antrag des Klägers durch Bescheid vom 08.11.2017 ab.

Der Kläger legte hiergegen Widerspruch ein. Zu dessen Begründung führte er im Wesentlichen aus, seine Kniebehinderung sei unzureichend gewürdigt worden. Ferner habe der Beklagte bislang seine Adipositas in keiner Weise bei der Feststellung des GdB berücksichtigt, obwohl diese Behinderung offensichtlich sei. Der Europäische Gerichtshof habe in seiner Entscheidung vom 18.12.2014, [C-354/13](#), konstatiert, dass eine Adipositas eine Krankheit und Behinderung sei. Sein Körpergewicht sei seit der letzten Gewichtsreduktion sukzessive wieder auf 127 kg gestiegen. Der Kläger legte Dokumente zur Einordnung der Adipositas als Krankheit und zu deren Ursachen und Risiken vor.

Der Beklagte holte in der Folgezeit Berichte über die Behandlung des Klägers wegen seiner Kniebeschwerden im Klinikum A. und im Klinikum Ibbenbüren ein. Nach versorgungsärztlicher Auswertung dieser Befunde wies die Bezirksregierung Münster den Widerspruch des Klägers durch Widerspruchsbescheid vom 28.06.2018 zurück.

Der Kläger hat am 11.07.2018 Klage zum Sozialgericht (SG) Gelsenkirchen erhoben. Er hat vorgetragen, ihm stehe ein höherer Grad der Behinderung nämlich von mindestens 70 zu. Zur Begründung führte der Kläger ferner aus, er habe am 10.03.2018 einen Unfall erlitten. Er sei dabei von einem „Bollerwagen“, auf dem sich etwa 240 kg Blumenerde befanden, überrollt worden. Dabei habe er sich eine Knieverletzung und eine Prellung des linken Unterschenkels zugezogen. Der Beklagte habe die sich aus dieser Verletzung verbleibenden Beeinträchtigungen nicht genügend berücksichtigt. Ferner leide er unter einer erheblichen Adipositas, die seine Kniebehinderung negativ beeinflusse, die aber auch ansonsten zu Einschränkungen in seiner Teilhabe führe. Diese Behinderung habe der Beklagte außer Acht gelassen.

Das SG hat ein Sachverständigengutachten des Orthopäden V. eingeholt. Das SG gab dabei für die psychische Behinderung des Klägers den Einzel-GdB von 50, für das Schlafapnoe-Syndrom, den Einzel-GdB von 20 und für die HerzKreislaufstörung und für den Bluthochdruck einen Einzel-GdB von 10 vor.

V. stellte nach Untersuchung des Klägers am 08.05.2019 folgende Beeinträchtigungen fest: Wirbelsäulensyndrom bei Skoliose mit einem Einzel-GdB von 10; Chondropathia patellae beidseits mit einem Einzel-GdB von 10. Die Adipositas des Klägers löse keinen Einzel-GdB aus. Funktionelle Auswirkungen am Stütz- und Bewegungsapparat seien noch nicht festzustellen.

Der Kläger trat dem eingeholten Sachverständigengutachten entgegen. Der Sachverständige habe seine Beschwerden schöngefärbt. Er nehme wegen seiner Wirbelsäulenbeschwerden und der Beschwerden in den Knien etwa 4 bis 5 Mal pro Woche Schmerzmittel ein. Er könne seine Knie nicht mehr als 10 Minuten schmerzfrei belasten. Es sei nicht richtig, dass er keine Bewegungseinschränkungen habe. Auch habe der Sachverständige sich in keiner Weise mit den Ursachen der Adipositas auseinandergesetzt. Der Sachverständige ignoriere ebenso wie der Beklagte das Urteil des Europäischen Gerichtshofes, der die Adipositas als Behinderung werte. Seine beiden Kniegelenke seien geschädigt. Deshalb sei ihm ein GdB von 20 für das Knieleiden und ein Gesamt-GdB von 70 zuzusprechen.

Das Gericht hat eine ergänzende Stellungnahme des V. eingeholt. Dieser ist bei seiner Einschätzung geblieben.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 27.08.2020 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt:

„Die Klage hat keinen Erfolg. Sie ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger daher nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat gegen den Beklagten keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 60.

Gemäß [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung, vorliegend der Bescheid vom 09.07.2013, abzuändern, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt.

Eine solche Änderung im Ausmaß der Behinderung ist nach Teil A Ziffer 7 der Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) u.a. dann wesentlich, wenn der veränderte Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und die Änderung des GdB wenigstens 10 beträgt. Eine wesentliche Änderung ist ferner u.a. dann gegeben, wenn die entscheidenden Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen erfüllt werden.

Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Die Kammer folgt nach eigener Überprüfung uneingeschränkt dem eingeholten Sachverständigengutachten des V. und nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen auf dessen Begründung Bezug. Danach bestehen zwar Behinderungen des Klägers an der Wirbelsäule und an den unteren Extremitäten. Diese sind allerdings leichtgradig ausgeprägt und nehmen schon deshalb keinen Einfluss auf den Gesamt-GdB des Klägers.

Soweit der Kläger meint, seine Adipositas sei als zusätzliche Behinderung zu berücksichtigen, geht er fehl. Nach der Versorgungsmedizin-Verordnung, Anlage B 15.3, bedingt die Adipositas allein keinen GdB. Vielmehr ist ausschließlich zu prüfen, welche funktionellen Auswirkungen die Adipositas mit sich bringt, und ob diese als Behinderung zu werten sind. Die Adipositas des Klägers hat sich bisher, wie V. feststellte, nur in geringem Maße auf den Stütz- und Bewegungsapparat des Klägers ausgewirkt. Sie führt damit noch zu keiner für den Gesamt-GdB erheblichen Behinderung. Im Übrigen hat auch der Europäische Gerichtshof in der von dem Kläger zitierten Entscheidung nichts Anderes vorgegeben. Auch nach dieser Entscheidung kommt es ausschließlich darauf an, welche Folge- und Begleitschäden die

Adipositas auslöst.

Schließlich ist für die Bewertung von Behinderungen auf eine finale Betrachtungsweise abzustellen. Es kommt ausschließlich darauf an, welche funktionellen Einschränkungen eine Behinderung mit sich bringt, nicht jedoch darauf, aus welchen Gründen diese Behinderung entstanden ist. Deshalb ist es für die Bewertung der Behinderungen des Klägers unerheblich, ob seine Adipositas erblich bedingt ist.

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

Dagegen richtet sich die rechtzeitige Berufung des Klägers, der sein Begehren in vollen Umfang verfolgt und weiterhin Kritik am Gutachten erster Instanz übt.

Im Berufungsverfahren sind den Beteiligten zunächst allgemeine Unterlagen zu den Anforderungen an medizinische Sachverständigengutachten übersandt worden. Sodann ist ein weiteres Sachverständigengutachten der Chirurgin und Sozialmedizinerin O. gem. [§ 106 Abs. 2 Nr. 4 SGG](#) eingeholt worden. Dabei hat das Gericht die Anwesenheit des Betreuers des Klägers bei der Untersuchung gestattet. Es ist dann allerdings nicht der Betreuer, sondern der Adoptivvater des Klägers dabei gewesen. Die Sachverständige O. hat über die Gesundheitsstörungen des Klägers folgendes ausgeführt:

„Persönliche Lebensumstände:

Er lebe alleine in einer Wohnung im Eigenheim / Mehrfamilienhaus seiner Adoptiveltern, er hätte dort die Dachgeschoßwohnung, seinen Haushalt würde er selber erledigen, wobei seine Mutter weiterhin die Wäsche für ihn richte und auch einkaufen gehe, ein Pflegegrad sei bei ihm nicht anerkannt.

3. Aktuelle Anamnese

Aktuelle Beschwerden:

Er sei im Bereich des rechten Kniegelenkes operiert worden, links hätte er auch schon Beschwerden, auch hätte er Rückenschmerzen und eine Verkrümmung. Im linken Arm hätte er zudem einen Muskelkater und könne nicht schwer heben. Manchmal hätte er sogar Probleme in die zweite Etage zu kommen.

Auf Nachfrage der Sachverständigen gibt Herr I. an, daß er sich bei dem Gutachter V. nicht wohl gefühlt hätte, auch hätte sein Vater nicht dabei sein können. Der Arzt hätte die Beschwerden von seiten des Kniegelenkes nicht ernst genommen und geäußert „das wird schon wieder“.

Auf Nachfrage der Sachverständigen gibt Herr I. an, daß er aktuell versuche, sein Gewicht zu reduzieren, er hätte schon sechs Kilogramm abgenommen. Er wisse, daß er abnehmen müsse, da das Übergewicht auch zu einer Einschränkung bei der Ausdauer und beim Durchhaltevermögen führen würde.

Zur Untersuchung hätte ihn sein Vater mit dem PKW gebracht, er selber sei im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis, fahre auch manchmal mit dem PKW seines Vaters, der PKW hätte ein Normalgetriebe.

An Freizeitaktivitäten gibt Herr I. an, daß er unregelmäßig zwei- bis dreimal in der Woche Tischtennis spielen würde und auch oft am Wochenende Turniere über zwei bis drei Stunden bestreiten würde, früher sei er auch in einem Fitneßstudio gewesen, ins Kino gehe er ab und zu, in Urlaub gewesen sei er in B. in der Ferienwohnung seiner Vaters, hobbymäßig würde er gerne streamen und Tischtennis spielen.

• **Hintergründe des aktuellen Berufungsverfahrens:**

Das jetzt anhängige Berufungsverfahren hätte er angestrengt, da er die Zuerkennung eines GdB von mindestens 70 erreichen wolle, er benötige Hilfe wegen seiner Schmerzen, aber auch Anerkennung, er wolle, daß die Schmerzen ernstgenommen würden.

Auf Nachfrage der Sachverständigen gibt Herr I. an, daß er circa drei bis vier Tabletten Ibuprofen 600 in der Woche einnehmen würde.

Schmerzanamnese:

Im Rahmen der Schmerzanamnese gibt Herr I. Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule, des linken Kniegelenkes, des linken Armes und peri-oral an, eine ausstrahlende Schmerzsymptomatik wird nicht beschrieben.

16 schwacher Schmerz

Die Schmerzen würden sich eher einschleichend, langsam stärker werdend einstellen, charakterisieren würde er diese als krampfartig, begleitet würden die Beschwerden von einer Bewegungseinschränkung und Müdigkeit.

Haltunginsuffizienz.

Das Lot, gefällt vom Occiput zum Steißbein, weist keine wesentlichen Auffälligkeiten auf. Die paravertebrale Muskulatur ist nicht wesentlich verspannt, nicht druck- oder klopfschmerzhaft.

Die Rumpfvorbeugung gelingt bis zu einem Fingerbodenabstand von 0 cm, hierbei weist die BWS eine meßbare Entfaltung von 30 cm auf 33 cm, die Lendenwirbelsäule von 10 cm auf 16 cm auf. Das Wiederaufrichten erfolgt ohne Abstützen an den unteren Extremitäten, kein 'Climbing up the leg'-Phänomen.

Halswirbelsäule

Das gesamte Bewegungsausmaß entspricht der Altersnorm, endgradig werden keine Schmerzen, keine Schwindelerscheinungen, keine Druckschmerzhaftigkeit an den Muskelansätzen, am Hinterkopf oder an den Schulterblatträndern angegeben.

Brustwirbelsäule

Die Drehfähigkeit ist altersentsprechend, die Dehnbarkeit ausreichend.

Lendenwirbelsäule

Die Rück- und Seitneigung ist altersentsprechend, wird nicht als schmerzhaft bezeichnet, die Dehnbarkeit ist ausreichend. Die Drehbewegungen auf der Untersuchungsfläche erfolgen ohne Beeinträchtigung, flüssig und behende, es findet sich kein segmentaler Druckschmerz, keine übermäßige Scherschmerzhaftigkeit der Kreuzdarmbeinfugen.

Halswirbelsäule

[Bewegungsausmaß in Winkelgraden]

Vorneigen / Rückneigen	40-0-60
Seitneigen re. / li.	45-0-45
Drehen re. / li.	70-0-70
Kinnspitzen-Schulterhöhenabstand bei maximaler Drehseitneigung re. / li.	7/7

BWS und LWS

[Bewegungsausmaß in Winkelgraden]

Seitneigen re. / li.	30-0-30
Drehen im Sitzen re. / li.	30-0-30
Liege/Jugulumabstand [cm]	13
Aktive Aufrichtung aus Rückenlage Meßstrecke Liege - DF C7 [cm]	14
Fingerbodenabstand [cm]	0-2

a) OTT	
Meßstrecke DF C7 30 cm caudal [cm]	30/33
b) SCHÖBER	
Meßstrecke DF S1 10 cm cranial [cm]	10/16
c) Meßstrecke 10 cm mit Mittelpunkt DF L1 [cm]	10/16
Beckenschiefstand (cm) re./li.	s. Text
Seitverbiegung	s. Text
Kyphose	s. Text

Abdomen

Die Bauchdecken sind weich, gut eindrückbar, keine Resistenzen tastbar, keine Abwehrspannung auslösbar, Nierenlager nicht druck- oder klopfschmerzhaft.

Obere Extremitäten

Die Beweglichkeit beider Schultergelenke ist seitengleich, altersentsprechend, lediglich für die Rückwärtsführung endgradig eingeschränkt. Es finden sich keine Hinweise für einen Reizzustand der muskelführenden Manschette, keine isolierte Druckschmerzhaftigkeit, kein schmerzhafter Bogen, kein 'drop arm-Phänomen'. Der Hinterkopf- und Schürzengriff ist unauffällig vorführbar, der Lift-Off-Test ist negativ. Die Schultergürtelmuskulatur ist korrekt aufgebaut, gut auftrainiert. Bei der Rotationsbewegung finden sich mäßige Reibegeräusche. Sämtliche Bewegungen sind auch gegen Widerstand vorführbar, hierbei kommt es zu einem korrekten Anspannen der entsprechenden Muskelgruppen.

Beim Liegen des Probanden auf der Untersuchungsfläche in Bauchlage werden beide Arme unaufgefordert, zwanglos und völlig beschwerdefrei in eine maximale Überkopfposition gebracht.

Schultergelenke [Bewegungsausmaß in Winkelgraden]	Rechts	Links
Arm seitwärts / körperwärts	180-0-20	180-0-20
Arm rückwärts / vorwärts	20-0-170	20-0-170

Arm auswärts / einwärts drehen Oberarm anliegend	50-0-90	50-0-90
Arm aufwärts / abwärts drehen Oberarm um 90° seitwärts angehoben	70-0-70	70-0-70
Arm rückwärts / vorwärts Oberarm um 90° seitwärts angehoben	20-0-130	20-0-130

Die Beweglichkeit beider Ellenbogengelenke ist seitengleich frei, kraftvoll auch gegen Widerstand vorführbar, hierbei kommt es zu einem korrekten Anspannen der entsprechenden Muskelgruppen.

Ellenbogengelenke [Bewegungsausmaß in Winkelgraden]	Rechts	Links
Strecken / Beugen	0-0-140	0-0-140

Die Unterarmdrehfähigkeit ist seitengleich frei, die Bewegung der Handgelenke ist seitengleich altersentsprechend vorführbar.

Unterarmdrehung [Bewegungsausmaß in Winkelgraden]	Rechts	Links
auswärts / einwärts	90-0-90	90-0-90
Handgelenke [Bewegungsausmaß in Winkelgraden]		
handrückenwärts / hohlhandwärts	50-0-50	50-0-50
ellenwärts / speichenwärts	25-0-25	25-0-25

Bei Betrachtung beider Hohlhände findet sich eine im wesentlichen seitengleiche korrekte Beschwielung, die differenzierten Griffarten sind seitengleich vorführbar, der Faustschluß komplett und kraftvoll. Die Beweglichkeit des Daumens und der Langfinger ist altersentsprechend unauf-

Daumengelenke: [Bewegungsausmaß in Winkelgraden]	Rechts	Links
Grundgelenk <u>Streckung / Beugung:</u>	0-0-60	0-0-60
IP-Gelenk <u>Streckung / Beugung:</u>	0-0-80	0-0-80
Abspreizung <u>(Winkel zwischen 1. und 2. Mittelhandknochen) in der Handebene</u>	0-0-70	0-0-70
<u>rechtwinklig zur Handebene</u>	0-0-70	0-0-70

	Rechts	Links
<u>Langfingerkuppen, die mit der Daumenspitze erreicht werden können</u>	ii III IV V	ii III IV V
	X X X	X x X X X
	Rechts	Links
<u>Fingergelenke:</u>	II ui IV V	II in IV V
<u>Faustschluß</u>	0 0 0	0 0 0 0 0
Abstände [cm]: Nagelrand / quere Hohlhandfalte		
	Rechts	Links
<u>Fingergelenke:</u>	ii in IV V	ii ui IV V
<u>Streckung</u>	0 0 0	0 0 0 0 0
Abstände [cm]: Nagelrand / verlängerte Handrückenebene		

Hinweise für eine isolierte Muskelminderung - bei angabegemäß bestehender Rechtshändigkeit - finden sich nicht.

Untere Extremitäten

Beim Liegen des Probanden auf der Untersuchungsliege in Rückenlage liegen beide Beine der Unterlage glatt auf. Beide Beine können, auch gegen Widerstand, gestreckt von der Unterlage angehoben als auch gegen diese heruntergedrückt werden; eine wesentliche Seitendifferenz des Kraftaufwandes kann nicht festgestellt werden.

Die Beweglichkeit beider Hüftgelenke ist seitengleich, altersentsprechend, lediglich für die Rotationsbewegung endgradig eingeschränkt.

Hüftgelenke [Bewegungsausmaß in Winkelgraden]	Rechts	Links
Strecken / Beugen	0-0-120	0-0-120
Abspreizen / Anführen Hüftgelenk gestreckt	30-0-20	30-0-20
Abspreizen / Anführen Hüftgelenk um 90° gebeugt	70-0-10	70-0-10
Auswärtsdrehen / Einwärtsdrehen Hüftgelenk um 90° gebeugt/Rückenlage	40-0-20	40-0-20
Auswärtsdrehen / Einwärtsdrehen Hüftgelenk gestreckt/Bauchlage	40-0-30	40-0-30

Die Beweglichkeit beider Kniegelenke ist seitengleich altersentsprechend möglich. Die Bandführung ist stabil, keine Meniskuszeichen, keine Kniegelenkergußbildung. Die Patella ist in ihrem Gleitlager normal verschieblich, geringer Patellaandruckschmerz.

Es findet sich eine reizfreie Narbe im Bereich des rechten Kniegelenkes, längs verlaufend, 5 cm messend nach operativer Intervention.

Kniegelenke [Bewegungsausmaß in Winkelgraden]	Rechts	Links
Strecken / Beugen	0-0-140	0-0-140

Die Beweglichkeit beider oberer Sprunggelenke ist seitengleich, auch gegen Widerstand, kraftvoll vorführbar, hierbei kommt es zu einem korrekten Anspannen der entsprechenden Muskelgruppen.

Obere Sprunggelenke [Bewegungsausmaß In Winkelgraden]	Rechts	Links
Heben / Senken der Fußspitze	30-0-50	30-0-50

Die Beweglichkeit der unteren Sprunggelenke, die Vorfußdrehung nach innen und außen und die Zehenbeweglichkeit ist seitengleich; bei Betrachtung beider Fußsohlen findet sich eine seitengleiche korrekte Beschwiellung.

Hintere Kammer der unteren Sprunggelenke	Rechts	Links
Subtalare Bewegung (in Bruchteilen normaler Beweglichkeit)	1/1	1/1
Vorfußdrehung nach innen: Bei festgestellter Ferse (in Bruchteilen normaler Beweglichkeit)	1/1	1/1
Vorfußdrehung nach außen: Bei festgestellter Ferse (in Bruchteilen normaler Beweglichkeit)	1/1	1/1
Zehenbeweglichkeit: (in Bruchteilen normaler Beweglichkeit)	1/1	1/1

Hinweise für eine isolierte Muskelminderung, bei angabegemäß bestehendem linksseitigem Standbein, finden sich nicht.

4. Neurologischer Befund

Die Muskeleigenreflexe sind seitengleich auslösbar, keine akuten Nervenreizzeichen (Lasegue negativ, umgekehrter Lasegue negativ, Bragard negativ, straight leg raising-sign negativ); keine Zonen isolierter Hautoberflächensensibilitätsstörungen, Reklinationstest negativ.

Das Sitzen im Langsitz mit spitzwinkliger Vorneigung des Rumpfes ist problemlos möglich, diese Position wird aufgefordert zwanglos eingenommen. Das Aufrichten aus der liegenden Position erfolgt hierbei mit diskretem, nicht wirbelsäulengerechtem Abstützen. Hierbei erreichen die Fingerkuppen die Fußrückenregionen, was einem Fingerkuppen-Fußsohlen-Abstand von 2 cm entspricht; ziehende Beschwerden in die Beine werden ausdrücklich verneint.

Beim Sitzen des Probanden auf der Untersuchungsfläche im Quersitz, mit herunterhängenden Unterschenkeln und 90 Grad Beugung im Bereich der Hüft- und Kniegelenke, kann ein lockeres Hin- und Herbewegen der Unterschenkel / Füße gesehen werden, dieses mit abwechselnder unbeeinträchtigter Fußhebung und -Senkung beidseits.

5. Psychischer Befund

Der Proband wirkt geordnet, formelle Denkstörungen lassen sich nicht nachweisen, die Beschwerden werden zeitweilig etwas betont und zielgerichtet vorgetragen. Insgesamt ist Herr I. freundlich zugewandt, auskunftsfreudig.

Während der insgesamt knapp 1 1/2stündigen Begutachtung von Herrn I. zeigt sich zudem kein Hinweis für eine vorzeitige Ermüdung und / oder Erschöpfung, keine Einschränkung von Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassungsgabe und / oder Merkfähigkeit.

6. Technische Untersuchungsbefunde Bildgebende Verfahren / Röntgen:

Von Herrn I. werden keine bildgebenden Dokumentationen zur Verfügung gestellt.

Aufgrund der Aktenlage wurde auf die Anfertigung von Röntgenaufnahmen bewußt verzichtet, da dieses keine neuen Erkenntnisse erbringen und lediglich eine Strahlenbelastung bedeuten würde. Eine rechtfertigende Indikation zur Erstellung / Anfertigung von Röntgenaufnahmen ergab sich zudem nicht.

5. Diagnosen

1. Seelische Leiden

(vorbeschriebene emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, vorbeschriebenes Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom [ADHS])

2. Schlafbezogene Atemregulationsstörung

(obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom mit der Notwendigkeit der nächtlichen Überdruckbeatmung)

3. Zeitweilige Wirbelsäulensyndrome

(wiederkehrendes HWS-, BWS- und LWS-Syndrom bei Degenerationen, Bandscheibenveränderungen, statischer Fehllhaltung, Skolioseausbildung)

4. Veränderungen der unteren Extremitäten

(Kniescheibenfehlform mit mehrfachen Subluxationen, operative Intervention rechts Mai 2018)

Nebenleiden: vorbeschriebene Bluthochdruckerkrankung / Übergewichtigkeit

6. Zusammenfassung und Beurteilung / Stellungnahme zum Einzel-GdB

Diagnose 1.: Seelische Leiden

Bei Herrn I. bestehen **seelische Leiden**, entsprechend des neurologischpsychiatrischen Gutachtens von Dr. Goetz-Erdmann aus August 2010 für das Amtsgericht in Herne besteht bei Herrn I. eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ sowie ein Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, die Einrichtung einer Betreuung wurde empfohlen und auch von Herrn I. gewünscht. Das Amtsgericht in Herne bestellte mit Datum vom 18.11.2010 Herrn Meinolf I. zum Betreuer, als Ersatzbetreuer wurde Herr I. aus Recklinghausen bestellt.

Anlässlich eines nervenärztlichen Gutachtens von R. aus April 2013 für die Deutsche Rentenversicherung Bund wurden ebenfalls eine Persönlichkeitsstörung und ein Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom beschrieben und Herr I. auf dem ersten Arbeitsmarkt lediglich für unter dreistündig einsatzfähig erachtet. Ein Fortsetzen der Tätigkeit in der Werkstatt für Behinderte wurde empfohlen, diese Tätigkeit sei auch in einem zeitlichen Rahmen von sechs Stunden und mehr möglich.

Einem psychotherapeutischen Befundbericht von Herrn W. aus August 2017 ist zu entnehmen, daß sich zum Zeitpunkt des Abschlusses der Psychotherapie im Dezember 2016 das eingeschränkte Impulskontrollverhalten deutlich verbessert hätte und somit auch die depressiven Phasen.

Von seiten der Versorgungsverwaltung wurde entsprechend der gutachtlichen Stellungnahme aus August 2011 die Gesundheitsstörung *psychische Störung* mit einem GdB von 50 bewertet, dieses wurde nachfolgend bestätigt.

Im Rahmen der hiesigen Begutachtung gab Herr I. an, daß er sich zur Zeit einmal im Quartal bei dem Nervenarzt T. vorstellen würde, in Psychotherapie oder Schmerztherapie sei er nicht.

Klinischerseits wirkte Herr I. geordnet, formelle Denkstörungen ließen sich nicht nachweisen, die Beschwerden wurden zeitweilig etwas betont und zielgerichtet vorgetragen. Insgesamt war Herr I. freundlich zugewandt, auskunftsfreudig.

Während der insgesamt knapp 1 1/2stündigen Begutachtung von Herrn I. zeigte sich zudem kein Hinweis für eine vorzeitige Ermüdung und / oder Erschöpfung, keine Einschränkung von Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassungsgabe und / oder Merkfähigkeit.

Insgesamt kann hier aus sozialmedizinischer Sicht die vorbestehende Bewertung mit einem GdB von 50 durchaus nachvollzogen werden, dieses in Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (vgl. VersMedV / VMG Teil B Nr. 3.7, Seite 27).

Seelische Leiden

Einzel-GdB 50 (mittlerer Wert)

Diagnose 2.:

Schlaf bezogene Atemregulationsstörung

Bei Herrn I. besteht eine **schlafbezogene Atemregulationsstörung** / ein **obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom** mit Erstdiagnose im September 2013 und Einleitung einer BiPAP- Therapie.

Von seiten der Versorgungsverwaltung wurde entsprechend der gutachtlichen Stellungnahme aus März 2014 die Gesundheitsstörung *schlafbezogene Atmungsstörung* mit einem GdB von 20 bewertet, diese Einschätzung wurde nachfolgend bestätigt.

Im Rahmen der hiesigen Begutachtung gab Herr I. an, daß er prinzipiell sein Beatmungsgerät regelmäßig nutzen würde, zur Zeit jedoch nicht, da er Nasenprobleme hätte. Klinischerseits fanden sich keine höherwertigen Auffälligkeiten, insbesondere auch keine auffallende Tagesmüdigkeit, so daß in Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (vgl. VersMedV / VMG Teil B Nr. 8.7, Seite 45) ein GdB von 20 in Ansatz gebracht werden kann.

Schlafbezogene Atemregulationsstörung

Einzel-GdB 20

(mittlerer Wert)

Diagnose 3.:

Zeitweilige Wirbelsäulensyndrome

Zudem bestehen bei Herrn I. **zeitweilige Wirbelsäulenbeschwerden** auf dem Boden von Verschleißerscheinungen, Bandscheibenveränderungen, statischer Fehllhaltung und Skolioseausbildung, bereits anlässlich einer Vorstellung von Herrn I. in der Uniklinik in Münster im August 2010 wurde auf eine lumbale linkskonvexe Skoliose von 14 Grad nach Cobb und eine Lumbago hingewiesen.

Dem Befundbericht von Herrn N., Facharzt für Orthopädie, vom 03.08.2011 ist die Diagnose eines akuten BWS-Syndromes mit Blockierung und Funktionsstörung, eines wiederkehrenden LWS-Syndromes sowie einer ISG-Blockierung rechts und einer Skoliose zu entnehmen. Dem Befundbericht von F., Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 25.08.2017 ist die Diagnose eines LWS-Syndromes, einer Lumboischialgie links und von Schwindelerscheinungen zu entnehmen.

Von seiten der Versorgungsverwaltung wurde entsprechend der gutachtlichen Stellungnahme aus August 2011 die Gesundheitsstörung *Wirbelsäulensyndrom, Skoliose* mit einem GdB von 10 bewertet, diese Einschätzung wurde nachfolgend bestätigt.

Dem Gutachten von V. für das Sozialgericht in Münster aus Mai 2019 ist die Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms bei Skoliose zu entnehmen. Die Funktionsanalyse hätte eine regelrechte Beweglichkeit sowohl der Hals-, der Brust- als auch der Lendenwirbelsäule ergeben, auch die Entfaltbarkeit sei unauffällig gewesen. Insoweit wurde die Gesundheitsstörung *Wirbelsäulensyndrome bei Skoliose* mit einem GdB von 10 bewertet.

Im Rahmen der hiesigen Begutachtung gab Herr I. zeitweilige Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, insbesondere im Bereich der Brustwirbelsäule, an, eine ausstrahlende Schmerzsymptomatik wurde nicht berichtet, auch konnte keine radikuläre Symptomatik erfragt werden.

Klinischerseits fanden sich insgesamt keine die Altersnorm überschreitenden funktionellen Defizite, keine akuten Nervenreizeichen oder neurologischen Auffälligkeiten. Auch war der gesamte Bewegungsablauf von Herrn I. zügig und sicher und nicht durch eine eigentliche Wirbelsäulenschonhaltung gekennzeichnet. In diesem Sinne waren auch sämtliche Provokationstests zum Nachweis einer möglicherweise kaschieren Nervenwurzelreizung negativ. Das Gangbild zu ebener Erde zeigte sich, sei es nun beschuht oder barfuß, unbeeinträchtigt, ohne myogene oder neurogene Störungen, in diesem Sinne war auch der Zehenspitzen- und Fersengang, aber auch der Einbeinstand seitengleich kraftvoll vorführbar, ohne Beeinträchtigung im Sinne einer myostatischen Insuffizienz oder höherwertigen Gleichgewichtsstörung.

Auch dem spontanen Bewegungsablauf waren höherwertige Auffälligkeiten nicht zu entnehmen. Der Aus- und Wiederankleidvorgang erfolgte selbsttätig, unter geschicktem Einsatz beider Hände, wechselweise im Stehen und Sitzen, hierbei konnten problemlose Überkopfhaltungen, sichere Einbeinstände und vollständige Rumpfvorbeugen gesehen werden. Insbesondere konnten beim Wiederankleidvorgang weitgehend unbeeinträchtigte Bewegungsabläufe gesehen werden, so erfolgte das Wiederanziehen der Socken im Sitzen nachdem diese im Stehen mit einer Rumpfvorbeugung vom Boden hochgenommen wurden. Die Hose wurde im Stehen mit wechselnden sicheren Einbeinständen angezogen, das Hochziehen derselben erfolgte mit beiden Händen gleichsinnig. Das T-Shirt wurde im Stehen mit problemlosen Überkopfhaltungen angekleidet, beim Richten der Kleidung waren unbeeinträchtigte Taillen- und Schürzgriffe zu

dokumentieren. Die Schuhe (Art Arbeitshalbschuhe) wurden kniend angezogen, wobei die

Schnürsenkel nicht geöffnet wurden, so daß der entsprechende Zeigefinger mit einer kombinierten Rumpfdreh- /-seitbewegung zur Positionierung des Fußes im Schuh zum Einsatz kam.

Insgesamt ist hier von zeitweiligen Wirbelsäulenbeschwerden auszugehen, jedoch ohne anhaltende, die Altersnorm überschreitende funktionelle Beeinträchtigungen. In Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (vgl. VersMedV / VMG Teil B Nr. 18.9, Seite 89-91) kann daher ein Einzel-GdB von allenfalls 10 vorgeschlagen werden. Hinweise, die eine weitere Höhereinstufung plausibel machen würden, fanden sich im Rahmen der hiesigen Begutachtung nicht.

Auch ist zu bedenken, daß ein GdB von 20 bereits mittelgradigen funktionellen Defiziten in einem Wirbelsäulenabschnitt entsprechen würde, hiermit sind die bei Herrn I. bestehenden Beeinträchtigungen nicht vergleichbar, eine Analogie kann hier nicht bestätigt werden.

Zeitweilige Wirbelsäulensyndrome

Einzel-GdB 10

Diagnose 4.: Veränderungen der unteren Extremitäten

Zudem bestehen bei Herrn I. **Veränderungen der unteren Extremitäten**, bereits anlässlich eines Befundberichtes aus der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis D. und Partner aus August 2011 wurde auf intermittierende Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes nach Patellaluxation hingewiesen. Eine in diesem Zusammenhang im November 2010 durchgeführte Kernspintomographie des linken Kniegelenkes konnte einen patellaren Knorpeldefekt Grad III mit subchondraler Oedembildung aufzeigen.

Dem Befundbericht aus der chirurgischen Gemeinschaftspraxis E. und Partner aus Februar 2014 ist die Diagnose einer Gonalgie links zu entnehmen.

Zudem erlitt Herr I. am 25.09.2017 einen Arbeitsunfall mit Diagnosestellung einer Knie-Distorsion links sowie einer Retropatellararthrose bei Patelladysplasie. Eine in diesem Zusammenhang durchgeführte Kernspintomographie des linken Kniegelenkes konnte eine Patelladysplasie Typ Wiberg III bis IV sowie retropatellare Degeneration der lateralen Patellafacetten mit Chondropathie Grad III bis IV aufzeigen.

Einem D-Bericht aus dem Klinikum A. vom 06.11.2017 ist zu entnehmen, daß sich Herr I. am 25.09.2017 beim Tischtennis spielen das linke Knie verdreht hätte, kernspintomographisch hätte sich eine Patelladysplasie Typ III bis IV nach Wiberg gezeigt als auch eine retropatellare Degeneration und ein deutlicher Reizerguß, die Beweglichkeit hätte 0-0-120 Grad betragen. Es wurde die Diagnose einer Distorsion des linken Kniegelenkes und retropatellaren Chondropathie mitgeteilt und die Behandlung am 09.11.2017 abgeschlossen.

Zudem kam es am 10.03.2018 zu einem Unfallereignis, bei dem Herr I. von einem mit sechs Blumenerdesäcken beladenen Bollerwagen überrollt wurde und das rechte Knie verdrehte, diagnostiziert wurde eine Knie-Distorsion rechts und eine Prellverletzung des linken Unterschenkels.

Einem Befundbericht aus dem Klinikum A. aus April 2018 ist zu entnehmen, daß sich radiologisch eine deutliche Latéralisation der Kniescheibe sowie eine Patelladysplasie Wiberg II bis III gezeigt hätte und wiederkehrende Subluxationen vorbekannt seien.

Eine entsprechende operative Intervention fand dann am 15.05.2018 statt mit Arthroskopie des rechten Kniegelenkes sowie offener Re-Insertion des MPFL mit entsprechender Raffung.

Von seiten der Versorgungsverwaltung wurde entsprechend der gutachtlichen Stellungnahme aus Oktober 2017 die Gesundheitsstörung *Kniescheibenveränderung links* mit einem GdB von 10 bewertet, diese Einschätzung wurde nachfolgend bestätigt.

Dem orthopädischen Gutachten von V. für das Sozialgericht in Münster aus Mai 2019 ist die Diagnose einer Chondropathia patellae beidseits zu entnehmen. Funktionelle Auswirkungen hätten sich nicht gefunden, auch keine klinischen Hinweise für eine symptomatische retropatellare Knorpelschädigung. Die Hocke sei schmerzfrei und vollständig eingenommen worden, insgesamt sei daher für diese Gesundheitsstörung ein GdB von 10 zu bestätigen.

Im Rahmen der hiesigen Begutachtung gab Herr I. Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes an. Klinischerseits fanden sich keine Auffälligkeiten, keine Kniegelenkergußbildung, keine funktionelle Einbuße, weder für die Streckung noch für die Beugung. Die Verschieblichkeit der Patella war links etwas verstärkt und die Bandführung lax. Über erneut stattgehabte Patellaluxationen berichtete Herr I. auch auf Nachfrage nicht.

In Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (vgl. VersMedV / VMG Teil B Nr. 18.14, Seite 97-102) kann hier für die Veränderungen der unteren Extremitäten allenfalls ein GdB von 10 anempfohlen werden. Hinweise, die eine weitere

Höhereinstufung plausibel machen würden, fanden sich im Rahmen der hiesigen Begutachtung nicht. Auch ist zu bedenken, daß ein GdB-Korridor von 0 bis 10 einer einseitigen Einschränkung der Kniegelenkbeweglichkeit von Streckung / Beugung 0-0-90 Grad entsprechen würde und ein GdB von 20 einer derartigen Funktionseinbuße auf beiden Seiten. Eine derartige Funktionseinbuße besteht bei Herrn I. nicht, auch kann eine vergleichbare Beeinträchtigung nicht bestätigt werden.

So gab Herr I. an, daß er trotz seines Übergewichtes zwei- bis dreimal in der Woche Tischtennis im Sinne eines Trainings spielen und auch am Wochenende Turniere in einem Spielzeitrahmen von zwei bis drei Stunden bestreiten würde. Eine höherwertige Beeinträchtigung von seiten der Kniegelenke und insbesondere auch des linken Kniegelenkes kann hier nicht unterstellt werden. Eine Bewertung mit einem GdB von 10 ist hier eher als wohlwollend zu bezeichnen.

Veränderungen der unteren Extremitäten

Einzel-GdB 10

Nebenleiden:

Zudem ist bei Herrn I. eine **Hypertonie** / eine **Bluthochdruckerkrankung** vorbeschrieben mit Diagnosestellung einer arteriellen Hypertonie, anlässlich einer cardiologischen Untersuchung im November 2010 konnte eine coronare Herzerkrankung ausgeschlossen werden, es fand sich eine leichtgradig eingeschränkte Pumpfunktion.

Von seiten der Versorgungsverwaltung wurde entsprechend der gutachtlichen Stellungnahme aus März 2014 die Gesundheitsstörung *Herz-Kreislaufstörung, Bluthochdruck* mit einem GdB von 10 bewertet.

Dieses wurde von Herrn I. nicht bestätigt, auch wurden keine entsprechenden antihypertensiven Medikamente angegeben. Klinisch zeigte sich der Blutdruck normoton, so daß hier aktuell die Annahme einer Behinderung nicht plausibel zu machen ist, dieses in Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (vgl. VersMedV / VMG Teil B Nr. 9.3, Seite 51).

Zudem besteht bei Herrn I. eine **Übergewichtigkeit**, worauf auch der gesetzliche Vertreter Herr Meinolf I. mehrfach hinwies. Anlässlich der Begutachtung durch V. im Mai 2019 wog Herr I. 117 Kilogramm bei einer Körpergröße von 175 Zentimeter und es wurde ein BMI von 38 kg/m² KOF errechnet.

Im Rahmen der hiesigen Begutachtung konnte der aktuelle Body-Mass-Index mit 47,48 kg/m² KOF bestimmt werden, dieses entspricht nach der WHO-Definition einer Adipositas III. Hält man sich vor Augen, daß Herr I. sein Gewicht um 70 kg reduzieren müßte, um formal Normgewichtigkeit (BMI 24 kg/m² KOF) zu erreichen, so wird sicher deutlich, daß hier ein erhebliches Potential zur Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates vorliegt.

Ein eigenständiger Krankheitswert oder hieraus resultierende Beeinträchtigungen kann aktuell nicht bestätigt werden. In Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (vgl. VersMedV / VMG Teil B Nr. 15, Seite 73-76) ist hier die Annahme einer Behinderung nicht plausibel zu machen.

Zusammengefaßt kann festgehalten werden, daß für keine der unter Nebenleiden subsumierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen das Ansetzen eines Einzel-GdB von 10 bestätigt werden kann, dieses in Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze.

Nebenleiden

Einzel-GdB < 10

7. Stellungnahme zum Gesamt-GdB

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit und ihren wechselseitigen Beziehungen zueinander ist festzustellen, daß die bei Herrn I. bestehenden Beeinträchtigungen im wesentlichen die seelischen Leiden betreffen, hinzu kommt das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom, das die Gesamtsituation und die Gesamtbeeinträchtigung sicherlich akzentuiert.

Ich halte daher in Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (vgl. VersMedV / VMG Teil A Nr. 3 a) bis d) Seite 10) das Ansetzen eines Gesamt-GdB von 60 für gerade eben gerechtfertigt, eine weitere Höhereinstufung ist hier keinesfalls in Ansatz zu bringen.

Gesamt-GdB 60 (schwacher Wert)

8. Stellungnahme zu den Beweisfragen Zu Frage 1.

Bei Herrn I. finden sich seit Oktober 2017 nachstehende Gesundheitsstörungen:

1. Seelische Leiden
2. Schlafbezogene Atemregulationsstörung
3. Zeitweilige Wirbelsäulensyndrome
4. Veränderungen der unteren Extremitäten

Nebenleiden:

vorbeschriebene Bluthochdruckerkrankung / Übergewichtigkeit

Zu den Einzelheiten darf ich auf meine obigen Ausführungen verweisen.

Zu Frage 2.

Herr I. ist in seiner gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sicherlich dahingehend eingeschränkt, daß Wirbelsäulen- und kniegelenkbelastende Tätigkeiten mit ständig knienden und hockenden Zwangshaltungen, kriechenden Bewegungsabläufen, der Notwendigkeit des Besteigens von Leitern und Gerüsten oder auch mit anhaltenden körperlichen Zwangshaltungen, Rumpfvorbeugehaltungen, einseitigen Körperpositionen oder ständigen Überkopparbeiten nicht mehr abverlangt werden sollten. Auch sollten keine Tätigkeiten in Verbindung mit psychischen Stressoren, das heißt im Akkord, am Fließband, aber auch mit regelhafter Nachtschichtarbeit abverlangt werden.

Zu Frage 3.

Im Hinblick auf die gutachtliche Stellungnahme vom 11.03.2014 (Blatt 94 der Verw.-Akte) kann die Leidensbezeichnung 4 *Herz-Kreislaufstörung, Bluthochdruck* entfallen, da sich für eine aktuelle Bluthochdruckerkrankung keine Hinweise ergeben.

Mit der Bewertung der übrigen Gesundheitsstörungen besteht durchaus Übereinstimmung, zusätzlich Berücksichtigung finden sollten die Veränderungen der unteren Extremitäten, die einen GdB von 10 begründen, sich jedoch nicht erhöhend auf den Gesamt-GdB auswirken. Übereinstimmung besteht ebenfalls dahingehend, daß die medizinischen Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkmals „RF“ nicht vorliegen.

Zu Frage 4.

Im Hinblick auf den Bescheid der Stadt H. vom 27.03.2014 (Blatt 95-97 der Verw.- Akte) kann dementsprechend die Leidensbezeichnung 4 entfallen, zusätzlich Berücksichtigung finden sollten die Veränderungen der unteren Extremitäten.

Zu Frage 5.

Die bei Herrn I. bestehenden Gesundheitsstörungen sind seit Oktober 2017 in Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Vers- MedV / VMG) wie folgt zu bewerten:

Gesundheitsstörungen	Funktionssystem	VersMedV TeilB	Einzel-GdB
<u>Seelische Leiden</u>	<u>Nervensystem u. Psyche</u>	<u>Nr. 3.7</u>	<u>50</u> (mittlerer Wert)
<u>Schlafbezogene Atemregulationsstörung</u>	<u>Brustkorb, tieferer Atemwege und Lungen</u>	<u>Nr. 8.7</u>	<u>20</u> (mittlerer Wert)
<u>Zeitweilige Wirbelsäulensyndrome</u>	<u>Haltungs- und Bewegungsorgane</u>	<u>Nr. 18.9</u>	<u>10</u>
<u>Veränderungen der unteren Extremitäten</u>	<u>Haltungs- und Bewegungsorgane</u>	<u>Nr. 18.14</u>	<u>10</u>

Zu den Einzelheiten darf ich auf meine obigen Ausführungen verweisen.

Zu Frage 6.

Der Gesamt-GdB kann mit 60 in Ansatz gebracht werden.

Zu Frage 7.

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit und ihren wechselseitigen Beziehungen zueinander ist festzustellen, daß die bei Herrn I. bestehenden Beeinträchtigungen im wesentlichen die seelischen Leiden betreffen, hinzu kommt das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom, das die Gesamtsituation und die Gesamtbeeinträchtigung sicherlich akzentuiert.

Ich halte daher in Anlehnung an die Versorgungsmedizin-Verordnung / Versorgungsmedizinischen Grundsätze (vgl. VersMedV / VMG Teil A Nr. 3 a) bis d) Seite 10) das Ansetzen eines Gesamt-GdB von 60 seit Oktober 2017 für gerade eben gerechtfertigt, eine weitere Höhereinstufung ist hier keinesfalls in Ansatz zu bringen.

Zu Frage 8.

Im Hinblick auf die gutachtlichen Stellungnahmen vom 25.10.2017 (Blatt 165 der Verw.-Akte),

2018. (Blatt 190-192 der Verw.-Akte), 20.02.2018 (Blatt 205-207 der Verw.-Akte) und

2018. (Blatt 211 der Verw.-Akte) sowie vom 20.08.2018 (Blatt 28 der SG-/LSG-Akte, Band I) besteht Übereinstimmung dahingehend, daß ein höherer GdB als 60 nicht in Ansatz gebracht werden kann.

Zusatzfrage 9.

Mit dem Gutachten von V. vom 08.05.2019 (Blatt 41-57 der SG-/LSG-Akte, Band I) für das Sozialgericht in Münster besteht Übereinstimmung in der Auflistung und Bewertung der Gesundheitsstörungen. Entfallen kann die Benennung einer Herz-Kreislaufstörung und eines Bluthochdrucks, hierfür ergaben sich im Rahmen der hiesigen Begutachtung weder anamnestisch noch klinisch Hinweise.

Mit Blick auf dieses Gutachten ist der Kläger auf die Aussichtslosigkeit der Berufung und die Absicht der Verhängung von Kosten gemäß [§ 192 SGG](#) in Höhe von 1.000,00 € hingewiesen worden

Der Kläger hat darauf verwiesen sein im Termin erschienenen gesetzlicher Betreuer darauf verwiesen, sei im aktiven Berufsleben höherer Finanzbeamter gewesen und beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 27.08.2020 und den Bescheid der Beklagten vom 08.11.2017 zum Aktenzeichen 5350-332938-3 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.06.2018 abzuändern und bei dem Kläger einen Gesamt-GdB von mindestens 70 festzustellen.

Die Beklagte beantragt

Berufungszurückweisung.

Beide Beteiligte haben der Entscheidung durch den Berichterstatter als Einzelrichter zugestimmt. Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Kraft Zustimmung der Beteiligten ist durch den Berichterstatter als Einzelrichter entschieden worden.

Wegen der rechtlichen Voraussetzungen wird in vollem Umfang auf das erstinstanzliche Urteil Bezug genommen. Dies weist insoweit keine Fehler auf.

Rechtlich gilt insofern nämlich weiterhin Folgendes:

Nach [§ 2 SGB IX](#) in seiner aktuellen Fassung sind Menschen mit Behinderungen nämlich Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (Abs. 1 Satz 1). Eine Beeinträchtigung nach Abs. 1 Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 156 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben (Abs. 2 Satz 1).

Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft von den für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden festgestellt, [§ 152 Abs. 1 Satz 1 und Satz 5 SGB IX](#). Die weitere Präzisierung ergibt sich aus der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 (VersMedV, BGBl. I S. 2412) sowie insbesondere den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG) gemäß der Anlage zu § 2 der VersMedV.

Die Bemessung des Gesamt-GdB ist in drei Schritten vorzunehmen und grundsätzlich tatrichterliche Aufgabe (vgl. nur BSG, Urteil v. 17.04.2013 - [B 9 SB 3/12 R](#), Rn. 30 m.w.N. aus der Rspr.). In einem ersten Schritt sind unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens die einzelnen, nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen, von der Norm abweichenden Zuständen gemäß [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) und die sich daraus ableitenden Teilhabebeeinträchtigungen festzustellen. In einem zweiten Schritt sind diese den in den VMG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann, in der Regel ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB, in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der maßgebliche Gesamt-GdB zu bilden (BSG, Urteil v. 30.09.2009 - [B 9 SB 4/08 R](#), juris Rn. 18 m.w.N.). Außerdem sind nach Teil A Nr. 3b VMG bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der Tabelle der VMG feste GdB-Werte angegeben sind (BSG, Urteil v. 02.12.2010 - [B 9 SB 4/10 R](#), Rn. 25).

Die anspruchsbegründenden Tatsachen - d. h. vor allem die medizinische Diagnosen - müssen dabei für das Schwerbehindertenrecht im sogenannten Vollbeweis fälschungssicher erhoben werden und auf Dauer (d. h. mehr als sechs Monate) vorliegen. Hierfür ist ein der Gewissheit nahekommender Grad von Wahrscheinlichkeit erforderlich (BSG vom 27.03.1958 - [8 RV 387/55](#); Urteil vom 15.12.2016 - [B 9 V 3/15 R](#), juris Rn 26). Diese volle Überzeugung wird nur dann als gegeben angesehen, wenn eine Wahrscheinlichkeit besteht, die nach der Lebenserfahrung praktisch der Gewissheit gleichkommt, weil sie bei jedem vernünftigen, die Lebensverhältnisse klar überschauenden Menschen keine Zweifel mehr bestehen lässt (BSG vom 27.04.1972 - [2 RU 147/71](#).; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/ Leitherer, SGG, 12. Aufl. 2017, § 128 Rn. 3b m.w.N.).

Für die Beweisaufnahme ist zwischen Anknüpfungstatsachen, also Umständen, die nicht in das Fachgebiet des Sachverständigenbeweises fallen, und den Tatsachen zu unterscheiden, die ein Sachverständiger ermitteln soll. Die Anknüpfungstatsachen muss das Gericht vorgeben. Das betrifft insbesondere die Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen oder Beteiligtenvorbringen.

Bei der wissenschaftlichen Feststellung der in ihr Fachgebiet fallenden Tatsachen durch medizinische Sachverständige geht es um objektive Messdaten. Subjektive Beschwerdeangaben reichen für einen Vollbeweis nicht aus. Bei der Überprüfung subjektiver Beschwerde-Angaben ist - schon aus Rechtsgründen - immer von der sog. "Nullhypothese" auszugehen. Das heißt alle subjektiven Angaben einer vor Gericht gehörten Auskunftsperson sind solange als unwahr anzusehen, bis ein denkgesetzlich zwingender Nachweis für ihre Richtigkeit vorliegt. Inhaltliche Beschwerdeschilderungen eines Menschen beweisen daher für sich genommen lediglich, dass der Betreffende sie (aus-) sprechen kann. Es geht für die Gutachten vielmehr um die wissenschaftliche Prüfung des geschilderten Beschwerdeinhalts.

Dazu hat der Sachverständige dazu Stellung zu nehmen, ob und aufgrund welcher objektivierbaren Fakten die von dem betreffenden Menschen geklagten Funktionsbeeinträchtigungen zur subjektiven Gewissheit des Gutachters im geklagten Umfang auch tatsächlich auf Dauer bestehen, ggf. seit wann und bis wann. Diese Abklärung erfordert eine eingehende Konsistenzprüfung durch kritische Zusammenschau von Exploration, Untersuchungsbefunden, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage. Niemals genügt allein die Beschwerdeschilderung eines Probanden, um hieraus eine Diagnose abzuleiten. Entscheidend ist nur der vom Sachverständigen erhobene wissenschaftlich messbare Befund.

Wie das erkennende Gericht bereits mit rechtskräftigem Urteil vom 3.7.2020 - [L 13 SB 33/20](#) - im Anschluss an die medizinischen Leitlinien und die wissenschaftliche Literatur hervorgehoben hat, sind bei der sozialmedizinischen Beurteilung immer folgende zwei Leitfragen zur Berücksichtigung zugrunde zu legen:

- a) Sind die beklagten Erkrankungen und Funktionsstörungen ohne vernünftige Zweifel nachweisbar (Konsistenzprüfung) und
- b) sind die Schilderungen von Krankheiten und Funktionsstörungen auch alternativ erklärbar (Alternativprüfung).

Bei der Alternativprüfung muss dazu Stellung genommen werden, ob eine willentliche Steuerung der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigung in Betracht kommt. Hierbei geht es um (Selbst-) Täuschungsphänomene, Aggravation, Simulation und / oder Verdeutlichungsstendenzen.

Simulation ist das bewusste und ausschließliche Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken.

Aggravation ist die bewusste, verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer krankhaften Störung zu erkennbaren Zwecken.

Dissimulation beschreibt in der Medizin das absichtliche Herunterspielen bzw. das Verbergen von Krankheitsanzeichen um für gesund gehalten zu werden.

Verdeutlichungsstendenzen sind dem gegenüber legitime Bemühungen einer Probandin / eines Probanden, der Gutachterin oder dem Gutachter das Krankheitsempfinden klarzumachen.

Aspekte, die bei diesem Prozess in die Abwägung einbezogen werden müssen, sind insbesondere:

- aa) Es besteht eine Diskrepanz zwischen dem Verhalten des Betroffenen in der Untersuchung und der subjektiven Beschwerdeschilderung.
- bb) Die subjektiv geschilderte Intensität der Beschwerden steht im Missverhältnis zur Vagheit der Schilderung der einzelnen Symptome.
- cc) . Angaben zum Krankheitsverlauf sind wenig oder gar nicht präzisierbar.
- dd) Das Ausmaß der geschilderten Beschwerden steht nicht in Übereinstimmung mit einer entsprechenden Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe.
- ee) Ungeachtet der Angabe schwerer subjektiver Beeinträchtigungen erweist sich die Alltagsbewältigung des Betroffenen als weitgehend

intakt.

ff) Die Angaben des Probanden weichen erheblich von fremdanamnestischen Informationen und der Aktenlage ab.

Gefordert ist im Ergebnis immer eine eingehende sozialmedizinische Epikrise: Sie ist eine zusammenfassende und kritische Interpretation der Krankengeschichte des Befunds und der veranlassten Therapie. Diese sozialmedizinische Epikrise muss alle wichtigen Angaben zur Vorgeschichte und Beschwerdeschilderung, zum Verlauf, zu den erhobenen Befunden und zu den endgültig festgestellten Krankheiten bzw. Diagnosen sowie zu den möglichen Differentialdiagnosen, zur empfohlenen Therapie und/oder Medikation, zur Heilung oder Linderung der Krankheit sowie auch zur Prognose enthalten. Sozialmedizinisch muss der Mensch, der aus Leib und Seele besteht, dabei unter Mitberücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit in einer Längsschnittbetrachtung von Biographie und Lebenssituation betrachtet werden.

Zur wissenschaftlichen Redlichkeit jedes Gutachtens gehört aber auch, die jeweiligen Messgenauigkeiten der verwandten Messmethoden sowie ihren jeweiligen Messfehler offenzulegen. Das bedeutet, dass zu jeder im Gutachten angewandten Methode anhand der dazu wissenschaftlich veröffentlichten Daten anzugeben ist, in wie vielen Fällen ggf. falsch positive bzw. falsch negative Ergebnisse gemessen werden.

Bei allen Begutachtungen, bei denen es um eine retrospektive Analyse geht, hat der Sachverständige zu bedenken, dass nicht der Befund zum Untersuchungszeitpunkt ausschlaggebend ist. Vielmehr besteht seine Aufgabe darin, aufgrund aller erreichbaren Informationen retrospektiv eine möglichst sichere Diagnose für den zu beurteilenden Zeitraum zu stellen. Bei allen Begutachtungen, die prognostische Überlegungen beinhalten, muss anhand der zum Untersuchungszeitpunkt erhobenen Befunde umgekehrt eine möglichst sichere Prognose für die Zukunft erstellt werden.

Bei der abschließenden sozialmedizinischen Beantwortung der Beweisfragen ist ferner auf die Frage einzugehen, ob alternativ zu medizinischen Ursachen auch andere, z. B. im sozialen Bereich oder in der Beziehungswelt liegende Ursachen für die geklagten Beschwerden in Frage kommen. Darüber hinaus ist abzuklären, ob Erkrankungen vorliegen, welche noch behandelbar sind und ggf. durch welche Therapien und / oder therapeutischen Maßnahmen und / oder Hilfsmittel sowie ob bzw. mit welchem erwartbaren Ergebnis. D. h. es ist immer auch zu prüfen, ob die von der gesetzlichen Krankenversicherung für die betroffenen Leiden vorgesehenen Behandlungsmöglichkeiten und/oder Hilfsmittel innerhalb von sechs Monaten bei motivierter Mitwirkung eines betroffenen Patienten zu einer Heilung oder Linderung des betreffenden Leidens führen können. Für den Fall, dass sich eine solche Heilung oder Linderung allgemein nicht sicher ausschließen lässt, liegt - unabhängig von der Motivation des konkret untersuchten Klägers - ein sogenanntes Behandlungsleiden vor, das für die Feststellung eines sozialmedizinischen Dauerzustandes grundsätzlich außer Betracht bleiben muss. Nur dann also, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass der Zustand des Betroffenen auch bei optimaler Therapie unveränderbar ist, darf er als Dauerzustand bewertet werden.

Es ist schließlich darzulegen, ob bzw. inwieweit die getroffenen Aussagen auch dann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zutreffen, falls den Eigenangaben des Betroffenen nicht gefolgt werden kann. Denn auch insoweit ist die Beurteilung der Glaubwürdigkeit von Menschen allein Sache des erkennenden Gerichts. Dem gegenüber ist es Aufgabe von sachverständigen Gutachtern, sich allein auf evidenzbasierte, d. h. wissenschaftliche vor Gericht anerkannte Messergebnisse zu stützen.

Sofern keine sichere Diagnose gestellt und/oder die Beweisfragen des Gerichts nicht sicher beantwortet werden können, ist darzulegen, ob sich die gestellte Beweisfrage des Gerichts anhand ergänzender weiterreichender Untersuchungsverfahren mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beantworten lässt, z. B. durch stationäre Beobachtung. Sollte dies nach dem heutigen Stand der medizinischen Erkenntnisse schlechthin unmöglich sein, so ist auch dies unter der genauen Angabe der Gründe darzulegen.

Diese rechtlichen Anforderungen hat das SG mithin der Sache nach zutreffend zugrunde gelegt (wenn auch nicht präzise bezeichnet).

Hinsicht der Beweisaufnahme der ersten Instanz gilt dies jedoch nicht.

Denn es ist zwar insoweit grundsätzlich richtig, dass die Bildung des Gesamt-GdB eine richterliche Aufgabe ist. Allerdings bedarf es dazu vorher umfassender ärztlicher Grundlagen, ohne die die richterliche Wertung willkürlich wäre. Denn nach dem VMV Teil A 3.b sind bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen medizinische Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle GdB-Werte angegeben sind.

Diese Wertung setzt aber zuvor eine umfassende sozialmedizinische Würdigung des Gesundheitszustandes des Klägers unter Berücksichtigung aller seiner Dauererkrankungen und seiner im Übrigen bestehenden Ressourcen voraus. Dazu ist ein Jurist ohne medizinische Ausbildung nicht in der Lage.

Die gerichtliche bindende Vorgabe von vermeintlich „unstreitigem“ Einzel-GdB, die das SG dem Sachverständigen hier im Sinne von Anknüpfungstatsachen in seiner Beweisanordnung vorgegeben hat, war insoweit verfehlt, weil es an der rechtlich zwingenden Gesamtwürdigung des Gesundheitszustandes des Klägers durch einen Mediziner fehlt.

Weil der erstinstanzliche Sachverständige V. insoweit auch in der zweiten Instanz keine überzeugende Auseinandersetzung mit dem vom Kläger vorgetragene(n) Aspekten gelang, war - ausnahmsweise - eine vollständige neue Beweiserhebung durch eine mit der Sache zuvor nicht befasste Sachverständige erforderlich. Hierzu wurde Frau O. beauftragt, die als Chirurgin und Sozialmedizinerin dazu besonders kompetent ist. Ihr Gutachten ist umfassend und überzeugend. Auf das vorbildliche Gutachten von Frau O. wird daher in vollem Umfang Bezug genommen. Das erkennende Gericht macht sich ihre Aussagen als richterliche Feststellungen zu eigen.

Ihr Gutachten ist auch in vollem Umfang verwertbar. Zwar hat das erkennende Gericht die Anwesenheit des Adoptivvaters bei der Begutachtung nicht gestattet, sondern vielmehr - nach vorheriger Rücksprache mit der Sachverständigen - nur die des gesetzlichen Betreuers des Klägers. Der Kläger war auch nicht befugt, diese Anordnung des Gerichts eigenmächtig zu ändern, weil sie rechtlich verbindlich ist. Dem steht auch die neue Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 27.10.2022 - [B 9 SB 1/20 R](#) -, die der erkennende Senat seiner Praxis zugrunde legt, nicht entgegen. Denn auch nach dieser Rechtsprechung ist - und bleibt - allein das Gericht Herr des Verfahrens.

Die Sachverständige hat aber überzeugend dargelegt, dass auch die Anwesenheit des Adoptivvaters des Klägers im Ergebnis keinen verfälschenden Einfluss auf die medizinische Beweiserhebung hatte. Insofern war dessen Eigenmächtigkeit für das Verfahren unschädlich.

Auch in tatsächlicher Hinsicht hat sich danach im Ergebnis für den Kläger im Berufungsverfahren kein abweichendes Ergebnis feststellen lassen.

Im Gegenteil: Nach den sorgfältigen und überzeugenden Gutachten der erfahrenen Chirurgin und Sozialmedizinerin O., ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Gesamt-GdB des Klägers seit Oktober 2017 gerade eben den Wert von 60 und keinesfalls mehr erreicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 193, 192 SGG](#).

Der Kläger war zu Gerichtskosten i.H.v. 1000,00 € heranzuziehen, weil sein gesetzlicher Betreuer - auf den insoweit allein gem. [§ 85 Abs. 2 ZPO](#) abzustellen ist vom erhebenden Gericht auf die Aussichtslosigkeit der Rechtsverfolgung vor Augen hingewiesen wurde und dennoch an seinem Antrag festhielt. Als erfahrener höherer Finanzbeamte musste ihm klar sein, dass das bloße subjektive „behaupten“ einer Tatsache vor Gericht niemals ausreicht, sondern objektive Beweise erforderlich sind. Dass es hieran fehlte, wusste der gesetzliche Betreuer des Klägers.

Auch die Höhe der Kosten ist gerechtfertigt, denn diese Kosten entstehen dem Land NRW durch den zusätzlichen Aufwand für dieses Urteil. Schließlich ist die Höhe der Kosten auch nicht unbillig, denn der Kläger kann diese gegenüber seinem gesetzlichen Betreuer wegen dessen Verschulden im Innenverhältnis zurückverlangen.

Anlass für die Zulassung der Revision besteht nicht.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-01-27