# L 6 SB 1384/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 7 SB 2503/00
Datum
18.02.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 1384/04
Datum
24.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 18. Februar 2004 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht der Grad der Behinderung (GdB) des Klägers.

Der 1956 geborene Kläger beantragte am 29. Juni 1998 die Feststellung seiner Schwerbehinderteneigenschaft. Das Versorgungsamt Rottweil (VA) lehnte den Antrag mit Bescheid vom 13. April 1999 wegen mangelnder Mitwirkung des Klägers ab. Hiergegen legte der Kläger am 14. Mai 1999 Widerspruch ein. Das VA holte daraufhin den Befundschein des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. V. vom September 1999 ein, welchem die Arztbriefe des Internisten Dr. D. vom 2. Juni und 24. Juli 1997 (Diagnosen: abgeheiltes Ulcus duodeni, erfolgreiche Eradiaktionstherapie), des Internisten Dr. L. vom 14. Oktober 1997 (Ergebnis einer Thoraxaufnahme: Bronchitis ohne weitergehende Befunde an allen Organen), des Prof. Dr. B. vom 18. März 1998 (Diagnose: weiche Leisten beidseits) und vom 20. April 1998 sowie von Prof. Dr. B./Oberarzt M./Dr. K. vom 6. Juni 1998, jeweils über den stationären Aufenthalt in der Chirurgischen Abteilung der Kreisklinik H. vom 8. bis zum 21. April 1998 (Diagnosen: direkte Leistenhernie links, Sigmadivertikulose, spastisches Colon), der Operationsbericht von Dr. H. von der Kreisklinik H. vom 20. April 1998 über die dort am 14. April 1998 durchgeführte Leistenoperation (Diagnose: direkte Leistenhernie links mit kleinem präperitonealem Lipom), der Arztbrief des Orthopäden Dr. K. vom 2. Februar 1999 (Diagnose: myotendinotisches Schulter-Nackensyndrom) und der vorläufige Befundbericht von Dr. A. vom 22. Juni 1999 sowie der Arztbrief von Prof. Dr. R./Dr. A. vom 9. Juli 1999, jeweils über den stationären Aufenthalt im Krankenhaus A. vom 21. bis zum 24. Juni 1999 (Diagnosen: Schädelprellung mit Risswunde retroauriculär sowie Verdacht auf Commotio cerebri, Thoraxprellung links, Schulterprellung links, Hüftprellung links, Halswirbelsäulen[HWS]-Distorsion) beigefügt waren. Des Weiteren holte das VA den Befundbericht des Orthopäden Dr. K. vom 22. November 1999 (Diagnosen: subacromiales Impingementsyndrom links bei sonographisch nachweisbaren degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette, HWS-Syndrom bei Osteochondrose C 3 bis 6, einhergehend mit Spondyl- und Uncuvertebralarthrose), den ärztlichen Befundschein von Dr. V. vom Januar 2000 und den Befundbericht von Dr. K. vom März 2000 ("psychogene Überlagerung mit Aggravation, Verdacht auf eine rentenneurotische Fixierung") ein. Dr. G. brachte in der versorgungsärztlichen (vä) Stellungnahme vom 4. April 2000 eine seelische Störung (Teil-GdB 20), ein Zwölffingerdarmgeschwürsleiden (Teil-GdB 20), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 10) sowie eine Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes (Teil-GdB 10) in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 30 seit Juni 1999. Hierauf gestützt stellte das VA unter teilweiser Abhilfe des Widerspruchs mit Bescheid vom 6. April 2000 einen GdB von 30 seit dem 1. Juni 1999 fest und berücksichtigte dabei die vä beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, den der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 1. September 2000 zurückwies.

Hiergegen erhob der Kläger am 2. Oktober 2000 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG). Begehrt wurde ein GdB von 50. Der Kläger trug vor, seine seelischen Störungen hätten ein Ausmaß angenommen, das die Annahme einer schwerwiegenden psychischen Persönlichkeitsstörung begründe. Das SG holte die sachverständige Zeugenauskunft des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. vom 3. Mai 2001 ein. Dr. S. beschrieb eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und psychovegetativer Erschöpfung und bewertete den GdB hierfür mit 40. Zusätzlich zu den bereits vom vä Dienst zugrunde gelegten Teil-GdB-Werten liege eine Lärmschwerhörigkeit vor, sodass der Gesamt-GdB mindestens 50 betrage. Daraufhin zog das SG den Entlassungsbericht von Dr. S./Dr. H./Dr. D. von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie und Neurologie R. vom 31. Mai 2001 über die stationäre Maßnahme vom 24. April bis zum 17. Mai 2001 (Diagnosen: Impulskontrollstörung, Verdacht auf Somatisierungsstörung) bei. Die vom SG als sachverständige Zeugin befragte Ärztin für Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Erkrankungen Dr. W.-F. beschrieb unter dem 13. Juli 2001 u. a. eine Hörminderung beidseits. Auf weitere

Anfrage des SG legte Dr. W.-F. das am 11. Juli 2001 erstellte Tonaudiogramm vor.

Der Beklagte legte die vä Stellungnahme von Dr. K. vom 4. Dezember 2001 vor. Sodann holte das SG das HNO-Gutachten des Facharztes für HNO-Krankheiten Dr. d. V. vom 23. Januar 2002 ein. Der Sachverständige schlug einen GdB auf HNO-Fachgebiet von 15 vor. Der Beklagte legte die vä Stellungnahme von Dr. B. vom 7. Mai 2002 vor, in welcher u. a. in Bezug auf die seelische Störung weiterhin von einem Teil-GdB von 20 ausgegangen und zusätzlich der Teil-GdB für die Schwerhörigkeit beidseits mit 10 bewertet wurde.

Das SG holte die sachverständigen Zeugenauskünfte des Orthopäden Dr. S. vom 7. März 2002 und der Internistin Dr. S.-K. vom 26. März 2003 ein. Dr. Stahl teilte mit, objektivierbare GdB-erhöhende krankhafte Veränderungen hätten nicht festgestellt werden können. Dr. S.-K. hielt die bisherige GdB-Einschätzung von 20 für die seelischen Störungen des Klägers für zu gering und wies auf eine unklare Leberfunktionsstörung hin. Außerdem legte sie die Arztbriefe des Dr. S. vom 5. Juli 2001 (Diagnosen: chronisch rezidivierendes Wirbelsäulen-Syndrom, beginnende Osteochondrose L 3/L 4) und des Radiologen Dr. S. vom 8. August 2001 ("kein Hinweis für Belastungskoronarischämie bei submaximaler Belastung bis 100 Watt"), das Gutachten des Dr. B. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) vom 21. August 2001 (Diagnosen: Dysthymer Verstimmungszustand, Verdacht auf Somatisierungsstörung, Impulskontrollstörung), die Arztbriefe von Dr. K. vom 21. September 2001 und von Prof. Dr. B./Dr. H./Dr. K. vom 18. Oktober 2001, jeweils über den stationären Aufenthalt in der Chirurgischen Abteilung der Kreisklinik H. vom 19. bis zum 21. September 2001 (Diagnosen: multiple Prellungen, Nierenprellung, Mikrohämaturie), die Arztbriefe der Radiologin und Nuklearmedizinerin Dr. S. vom 20. November 2001 (Beurteilung: geringgradige Peribronchitis, altersentsprechender, regelrechter cardialer Befund), des Dr. S. vom 11. März 2002 (Diagnosen: rezidivierende Depression, mittlerweile ausreichend remittiert, mit Somatisierungsstörungen, Impulskontrollstörung [Verdacht auf emotional unstabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ]), des Dr. S. vom 19. Juli 2002 (Supraspinatussehnen-Syndrom rechts, chronisches rezidivierendes Wirbelsäulen-Syndrom, beginnende Osteochondrose L 3/4), des Pathologen Dr. H.-S. vom 30. September 2002 ("ausgeprägte Oberflächengastritis der Corpusschleimhaut"), der Allgemeinmedizinerin und Schmerztherapeutin Dr. B.-L. vom 11. Dezember 2002 (Diagnosen: PHS rechts und HWS- und Lendenwirbelsäulen[LWS]-Syndrom), von Dr. S./I. vom Herz-Zentrum B. K. vom 3. März 2003 über die vom 26. bis zum 28. Februar 2003 durchgeführte stationäre Maßnahme (Diagnosen: Ausschluss einer stenosierenden koronaren Herzerkrankung, normale linksventrikuläre Pumpfunktion in Ruhe, degeneratives Wirbelsäuelnsyndrom, Costovertebralsyndrom) und von Prof. Dr. W./Dr. V./A.i P. W. von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 14. März 2003 (Diagnosen: HWS-Distorsion, Prellung der Brustwirbelsäule) bei.

Der Beklagte legte die vä Stellungnahme vom 1. September 2003 vor, in welcher Dr. B. für die seelische Störung einen Teil-GdB von 20, das Zwölffingerdarmgeschwürsleiden und die chronische Magenschleimhautentzündung einen Teil-GdB von 20, die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule einen Teil-GdB von 20 ab März 2003, die Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks einen Teil-GdB von 10 und die Schwerhörigkeit beidseits einen Teil-GdB von 10 in Ansatz brachte und den Gesamt-GdB ab März 2003 mit 40 bewertete. Das hierauf gestützte Vergleichsangebot des Beklagten über einen Gesamt-GdB von 40 ab März 2003 nahm der Kläger nicht an.

Mit Urteil vom 18. Februar 2004 änderte das SG den Bescheid vom 13. April 1995 in der Gestalt des Bescheides vom 6. April 2000 ab, hob den Widerspruchsbescheid vom 1. September 2000 auf, stellte einen GdB von 30 ab 29. Juni 1998 und einen GdB von 40 ab 1. März 2003 fest und wies die Klage im Übrigen ab. Das SG folgte dabei der vä Stellungnahme von Dr. B. vom 1. September 2003. Die seelische Störung des Klägers sei mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Einen höheren GdB bedingende Befunde seien weder der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. S. noch dem Entlassungsbericht der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie und Neurologie R. vom 31. Mai 2001 zu entnehmen, wonach der Kläger im Kontakt mit türkischen Mitpatienten "locker, gelöst und sehr kommunikativ", während er im Gespräch mit dem therapeutischen Team "sehr klagsam, auffällig aggravierend" gewirkt habe,. Das Magen-Darm-Leiden bewertete das SG mit einem Teil-GdB von 20, da keiner der befragten Ärzte in diesem Zusammenhang einen höheren Wert in Ansatz gebracht habe. Wegen der seit März 2003 bestehenden HWS-Distorsion und Lumbalprellungen habe sich der Teil-GdB für das Wirbelsäulenleiden auf 20 erhöht. Die Funktionsbeeinträchtigung bezüglich des linken Schultergelenks bewertete das SG mit einem Teil-GdB von 10. Dabei schloss das SG aus der Tatsache, dass der Kläger zur schmerztherapeutischen Anschlussbehandlung im Rahmen des Schultersyndroms rechts in der Praxis von Dr. B.-L. nach einmaliger Behandlung Ende Oktober 2002 nicht mehr erschienen ist, darauf, dass die dort durchgeführte Therapie wirksam gewesen sei und signifikante Funktionseinschränkungen nicht mehr vorlägen. Die Schwerhörigkeit beidseits bewertete das SG mit einem Teil-GdB von 10. Der von Dr. d. V. vorgeschlagene Teil-GdB von 15 lasse sich schon deshalb nicht feststellen, weil der GdB stets in 10er Graden anzugeben sei.

Gegen das ihm am 11. März 2004 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 6. April 2004 Berufung eingelegt.

Der Kläger beantragt, sinngemäß gefasst,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 18. Februar 2004 und die Bescheide vom 13. April 1995 und 6. April 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. September 2000 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, einen höheren GdB als 40 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat sachverständige Zeugenauskünfte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt. Dr. S. hat unter dem 21. Januar 2005 mitgeteilt, der Kläger habe sich seit dem 19. Juli 2002 nicht mehr bei ihm vorgestellt. Dr. S.-K. hat unter dem 31. Januar 2005 ausgeführt, beim Kläger habe sich seit dem 26. März 2002 nichts gebessert. Die geklagten Beschwerden bestünden weiterhin. Zudem habe sich die Depression des Klägers durch die schwere Erkrankung der Ehefrau verstärkt. Derzeit stehe noch eine pulmologische Diagnostik aus. Dr. S.-K. hat die Arztbriefe des Radiologen Dr. S. vom 13. Dezember 2004 (Beurteilung: Hinweis auf eine Steatosis hepatis, sonst unauffälliger Befund) und vom 30. Dezember 2004 (Beurteilung: mehrere Emphysemblasen in der rechten Lungenspitze bis maximal 3 cm Größe ohne Nachweis eines Pneumothorax, sonst unauffälliger Befund) und des Chirurgen Dr. H. vom 27. Dezember 2004 (Diagnosen: Blockierung mittleres Drittel der HWS, Supraspinatustendinits rechts, Verdacht auf Einriss in die Rotatorenmanschette) und den vorläufigen Entlassungsbericht vom 13. November 2003 sowie den ärztlichen Entlassungsbericht vom 19. November 2003 von Dr. G., jeweils über die vom 16. Oktober bis zum 13. November 2003 in der M.-B.-Klinik durchlaufene stationäre Maßnahme (Diagnosen: mittelgradige depressive

Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, chronische ischämische Herzkrankheit, Impingement-Syndrom der Schulter, Rückenschmerzen) beigefügt. Dr. S. beschrieb unter dem 16. Februar 2005 eine chronisch-rezidivierend verlaufende depressive Störung mit emotional-affektiver Einengung sowie eine körperliche Beschwerdesymptomatik mit Cervicalsyndrom und beidseitigem Tinnitus. Das Beschwerdebild habe sich seit Mai 2001 nicht wesentlich verändert. Der Verlauf sei fluktuierend. Phasenweise sei die depressive Symptomatik weniger stark ausgeprägt. Eine vollständige Remission sei jedoch während des Behandlungsverlaufs nicht zu beobachten gewesen. Insofern könne von einer leichten Besserung und Stabilisierung auf niedrigem Niveau gesprochen werden. Es handle sich um eine chronifizierte Depression bzw. um ein depressives Residuum. Dr. V. teilte unter dem 7. März 2005 mit, der Kläger sei seit 3 Jahren nicht mehr in seiner Behandlung.

Der Beklagte hat die vä Stellungnahme von Med. Dir. D. vom 16. Juni 2005 vorgelegt. Med. Dir. D. hat ausgeführt, die eingeleitete pulmologische Diagnostik habe nichts Pathologisches ergeben, sodass hier keine GdB-relevante Gesundheitsstörung vorliege. Aus dem Bericht der M.-B.-Klinik K. ergebe sich hinsichtlich der depressiven Symptomatik gegen Ende der Behandlung eine Besserungstendenz. Die mangelnde Impulskontrolle und die dysphorische/depressive Verstimmung sei mit einem GdB von 20 angemessen bewertet. Die Auskunft von Dr. S. habe keine wesentlichen neuen Erkenntnisse hierzu geliefert. Im Ergebnis bleibe es somit bei der Beurteilung durch Dr. B. vom 1. September 2003.

Der Senat hat den Beteiligten am 15. September 2005 mitgeteilt, es komme die Möglichkeit in Betracht, die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung zurückzuweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Die Beteiligten haben Gelegenheit erhalten, zu dieser Verfahrensweise Stellung zu nehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung des Klägers gemäß § 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss entscheiden, weil er eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, die Beteiligten Gelegenheit erhalten haben, sich hierzu zu äußern und die Entscheidung einstimmig ergeht.

Die gemäß §§ 143 und 144 SGG statthafte und nach § 151 SGG zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen sind seit 1. Juli 2001 die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), die an die Stelle der durch dieses Gesetz aufgehobenen Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) getreten sind (Artikel 63 und 68 SGB IX vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest (§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden ebenfalls die erforderlichen Feststellungen (§ 69 Abs. 4 SGB IX). Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den GdB sowie weitere gesundheitliche Merkmale aus (§ 69 Abs. 5 SGB IX).

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Aus dieser Definition folgt, dass für die Feststellung einer Behinderung sowie Einschätzung ihres Schweregrades nicht das Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes entscheidend ist, sondern es vielmehr auf die Funktionsstörungen ankommt, die durch einen regelwidrigen Zustand verursacht werden.

Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt (§ 69 Abs. 1 Sätze 3 und 6 SGB IX). Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei orientiert sich der Senat im Interesse der Gleichbehandlung aller Behinderten an den Bewertungsmaßstäben, wie sie in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)", Ausgabe 2004 (AP) niedergelegt sind (BSG, Urteil vom 15. März 1979 - 9 RVs 6/77 - BSGE 48, 82; BSG, Urteil vom 9. April 1997 - 9 RVs 4/95 - SozR 3-3870 § 4 Nr. 19; BSG, Urteil vom 7. November 2001 – B 9 SB 1/01 R - VersorgVerw 2002, 26). Die AP besitzen zwar keine Normqualität, weil sie weder auf einem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften beruhen. Sie sind vielmehr als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, und haben deshalb normähnliche Auswirkungen. Sie sind daher im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden (BSG, Urteil vom 23. Juni 1993 - 9/9a RVs 1/91 - BSGE 72, 285, 286; BSG, Urteil vom 9. April 1997 - 9 RVs 4/95 - SozR 3-3870 § 4 Nr. 19; BSG, Urteil vom 18. September 2003 - B 9 SB 3/02 R - BSGE 91, 205; BSG, Urteil vom 29. August 1990 - 9a/9 RVs 7/89 - BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1). In den AP ist der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Sie ermöglichen somit eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB. Die AP stellen dabei ein einleuchtendes, abgewogenes und geschlossenes Beurteilungsgefüge dar (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - B 9 V 25/98 R - SozR 3-3100 § 30 Nr. 22).

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt (§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX). Dabei dürfen die einzelnen Werte bei der Ermittlung des Gesamt-GdB nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet (AP, 19 Abs. 1, S. 24). Vielmehr ist darauf abzustellen, ob und wie sich die Auswirkungen von

einzelnen Beeinträchtigungen einander verstärken, überschneiden oder aber auch gänzlich voneinander unabhängig sein können (BSG, Urteil vom 15. März 1979 - 9 RVs 6/77 - BSGE 48, 82; BSG, Urteil vom 9. April 1997 - 9 RVs 4/95 - SozR 3-3870 § 4 Nr. 19). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (AP, 19 Abs. 3, S. 25). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass, von Ausnahmefällen abgesehen, leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte. Dies auch 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 (AP, 19 Abs. 4, S. 26).

Unter Berücksichtigung dieser Einzel-GdB-Werte kommt nach Überzeugung des Senats kein höherer Gesamt-GdB als 40 in Betracht. Insoweit folgt der Senat der vä Stellungnahme von Med. Dir. D. vom 16. Juni 2005.

Der Teil-GdB auf nervenheilkundlichem Fachgebiet liegt nach Überzeugung des Senats bei 20. Nach den AP beträgt der GdB für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0 bis 20 und für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) 30 bis 40 (AP 26.3, S. 48). Nach Einschätzung des Senats liegt beim Kläger noch keine stärker behindernde Störung auf nervenheilkundlichem Fachgebiet vor. Zwar hat Dr. S. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 3. Mai 2001 für die von ihm beschriebene Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und psychovegetativer Erschöpfung einen GdB von 40 angenommen. Diese Beurteilung ist jedoch im Hinblick auf die während der stationären Maßnahme in der Klinik R. vom 24. April bis zum 17. Mai 2001 erhobenen Befunde und Diagnosen nicht nachvollziehbar. Im Übrigen hat Dr. S. in seinem Arztbrief vom 11. März 2002 neben einer Darstellung von Somatisierungsstörungen und einer Impulskontrollstörung die Depression als mittlerweile ausreichend remittiert beschrieben. Insofern erscheint dem Senat auch die Beurteilung von Dr. S.-K. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 26. März 2003, wonach die bisherige GdB-Einschätzung von 20 für die seelischen Störungen des Klägers zu gering sei, nicht nachvollziehbar, zumal es sich hierbei um die fachfremde Einschätzung einer Internistin handelt und auch die während der stationären Maßnahme in der M.-B.-Klinik vom 16. Oktober bis zum 13. November 2003 erhobenen Befunde und Diagnosen diese GdB-Einschätzung nicht rechtfertigen. Da Dr. S. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 16. Februar 2005 dargelegt hat, dass von einer leichten Besserung und Stabilisierung auf niedrigem Niveau gesprochen werden könne, konnte der Senat auch die Ausführungen von Dr. S.-K. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 31. Januar 2005, die Depression des Klägers habe sich inzwischen verstärkt, nicht nachvollziehen. Nach alledem beurteilt der Senat die Erkrankung des Klägers auf nervenheilkundlichem Fachgebiet als leichtere psychische Störung im oberen Bereich und hält daher einen diesbezüglichen Teil-GdB von 20 für angemessen.

Auf orthopädischem Fachgebiet liegt nach Einschätzung des Senats im Hinblick auf das Wirbelsäulenleiden des Klägers allenfalls ein Teil-GdB von 20 vor. Nach den AP beträgt der GdB für Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten 30 bis 40 (AP 26.18, S. 116). Beim Kläger liegt im Wesentlichen eine Blockierung im mittleren Drittel der HWS vor. Insoweit verweist der Senat auf den Arztbrief von Dr. H. vom 27. Dezember 2004. Auch haben Prof. Dr. W./Dr. V./A.i.P. W. in ihrem Arztbrief vom 14. März 2003 bereits eine HWS-Distorsion beschrieben. Darüber hinausgehende Wirbelsäulenschäden wurden in den Arztbriefen der Kreisklinik H. vom 21. September und 18. Oktober 2001 nicht beschrieben. Auch hat Dr. S. in seinen Arztbriefen vom 5. Juli 2001 und 19. Juli 2002 sowie sachverständigen Zeugenauskünften vom 7. März 2002 und 21. Januar 2005 keine darüber hinausgehenden Wirbelsäulenbeschwerden beschrieben. Noch vor dem im Jahr 2003 aufgetretenen HWS-Schaden hat Dr. S. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 7. März 2002 ausgeführt, objektivierbare GdB-erhöhende krankhafte Veränderungen habe er nicht feststellen können. Im Übrigen wertet der Senat den Umstand, dass der Kläger Dr. S. ausweislich der sachverständigen Zeugenauskunft vom 21. Januar 2005 seit Juli 2002 nicht mehr aufgesucht hat, dahingehend, dass der Leidensdruck auf orthopädischem Fachgebiet nicht allzu ausgeprägt ist. Bei dem von Dr. B.-L. im Arztbrief vom 11. Dezember 2002 beschriebenen LWS-Syndrom geht der Senat nicht von einer relevanten funktionellen Auswirkung aus, zumal eine diesbezügliche Behandlung in der Folgezeit nicht erfolgt ist.

Der Senat hat auch keine Anhaltspunkte, von einem höheren Teil-GdB als 10 für das von Dr. S. in seinem Arztbrief vom 19. Juli 2002 beschriebene Supraspinatussehnen-Syndrom rechts auszugehen. Anhaltspunkte für eine GdB-relevante Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes im Sinne der AP (AP 26.18, S. 119) liegen nicht vor.

In Bezug auf Lunge, Herz und Leber liegen keine GdB-relevanten Einschränkungen vor. So hat Dr. S.-K. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 26. März 2003 lediglich auf eine unklare Leberfunktionsstörung hingewiesen, während in den übrigen sachverständigen Zeugenauskünften und Arztbriefen der den Kläger behandelnden Internisten in Bezug auf die Leber keine pathologischen Befunde dargestellt worden sind. Dr. S. hat in seinem Arztbrief vom 8. August 2001 dargelegt, bei submaximaler Belastung bis 100 Watt habe sich kein Hinweis für eine Belastungskoronarischämie gezeigt. Auch hat Dr. S. bereits in ihrem Arztbrief vom 20. November 2001 einen altersentsprechenden regelrechten kardialen Befund beschrieben. Auch beurteilte sie die Peribronchitis als geringgradig. Im Übrigen verweist der Senat in Bezug auf die Herzproblematik auf den Arztbrief von Dr. S./I. vom Herz-Zentrum B. K. vom 3. März 2003 über die vom 26. bis zum 28. Februar 2003 durchgeführte stationäre Maßnahme, in welchem eine stenosierende koronare Herzerkrankung ausgeschlossen und eine normale linksventrikuläre Pumpfunktion in Ruhe beschrieben wurde.

Das Zwölffingerdarmgeschwürsleiden und die chronische Magenschleimhautentzündung wurde bislang zutreffend mit einem Teil-GdB von 20 bewertet. Insoweit hat Dr. H.-S. in seinem Arztbrief vom 30. September 2002 eine ausgeprägte Oberflächengastritis der Corpusschleimhaut beschrieben. Nach den AP wird der GdB für Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden (chronisch rezidivierende Geschwüre, Intervallbeschwerden) mit Rezidiven in Abständen von 2-3 Jahren mit 0 bis 10 und mit häufigeren Rezidiven und Beeinträchtigung des Ernähungs- und Kräftezustandes mit 20 bis 30 bewertet (AP 26.10, S. 78). Vorliegend geht der Senat zwar von häufigeren Rezidiven, aber ohne Beeinträchtigung des Ernährungs- und Kräftezustandes aus.

Auf HNO-Fachgebiet liegt kein höherer Teil-GdB als 20 vor. Insoweit stützt sich der Senat auf das HNO-Gutachten von Dr. d. V. vom 23. Januar 2002. Dr. d. V. hat ausgeführt, aus den Werten der Drei-Frequenz-Tabelle ergebe sich rechts ein prozentualer Hörverlust von 30, links von 15 und daraus ein GdB von 10. Aus dem Ergebnis der Hörweitenprüfung mit Flüster- und Umgangssprache ergebe sich ein prozentualer Hörverlust von 40, was einem GdB von 20 entspreche. Er hat daher einen GdB von 15 für den Gehörschaden vorgeschlagen. Ein höherer Teil-GdB von 20 ist daher unter Zugrundelegung der AP nicht anzunehmen (AP 26.5, S. 56 bis 59).

Nach alledem liegen beim Kläger vier Teil-GdB-Werte von 20 und ein Teil-GdB von 10 vor. Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Grundsätze folgt nach Überzeugung des Senats hieraus kein höherer Gesamt-GdB als 40.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2006-09-28