

## L 6 SB 1337/06

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

6  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 3 SB 2449/03

Datum  
02.03.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 SB 1337/06

Datum  
18.01.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 2. März 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) des Klägers.

Der am 1964 geborene Kläger beantragte beim Versorgungsamt Rottweil (VA) am 17. März 2003 unter Hinweis auf eine Radiusfraktur mit Gelenkbeteiligung an der rechten Hand sowie Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im rechten Unterarm und in der rechten Schulter die Feststellung seines GdB.

Er legte den Bescheid der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen (BG) vom 26. September 2002 (anerkannte Folgen des Arbeitsunfalls vom 7. Januar 2002: leichte Muskelminderung am rechten Arm und Handgelenk, endgradige Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk, endgradige Einschränkung der Daumenbeweglichkeit rechts; nicht anerkannte Folgen: Zustand nach Bruch der rechten Mittelhand aus dem Jahr 1978; Verletztenrente ab 18. Februar 2002 nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] um 20 vom Hundert [v. H.] und den Arztbrief des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. vom 17. Dezember 2002 (Schmerzsyndrom der rechten Hand nach Radiusfraktur, Bewegungseinschränkung im Handgelenk mit Zeichen muskulärer Überlastung, latentes Karpaltunnelsyndrom mit wohl intermittierendem Einschlafen der rechten Hand und leichten elektrophysiologischen Verzögerungen) vor. Das VA holte den ärztlichen Befundschein des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. St. vom 24. März 2003 ein. Er legte den Arztbrief des Arztes für Radiologie und Nuklearmedizin Dr. V. vom 3. März 2003 (Kernspintomographie des rechten Handgelenks vom 28. Februar 2003: erheblich eingeschränkte Beweglichkeit im Radiokarpalgelenk, leichte Arthrose mit minimaler Verwerfung der distalen Radiusgelenkkontur, erhebliche Veränderungen im radialen Kapselbandapparat, kein Knochenmarködem), den für die BG erstellten Zwischenbericht von Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T., vom 28. März 2002 (knöchern konsolidierte distale Radiusfraktur nach dorsaler Plattenosteosynthese) und den Arztbrief des Facharztes für Orthopädie Dr. K. vom 4. Oktober 2001 (Diagnosen: beginnende Retropatellararthrose links mehr als rechts, Spreizfuß, Metatarsalgie links) vor. Das VA zog über die BG das Erste Rentengutachten von Prof. Dr. W. vom 7. August 2002 (wesentliche Unfallfolgen: knöchern verheilte distale Radiusfraktur rechts mit reizlos einliegender dorsaler Platte, reizlose Narbe am rechten Unterarm und Handgelenk, endgradige Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk, glaubhafte, subjektive belastungsabhängige Beschwerden im rechten Arm) bei. In der versorgungsrätlichen (vã) Stellungnahme vom 15. Mai 2003 wurden als Behinderungen eine Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks und eine Mittelnervendruckschädigung rechts (Teil-GdB 20) sowie eine Funktionsbehinderung beider Kniegelenke und eine Funktionsstörung durch eine beidseitige Fußfehlform (Teil-GdB 10) in Ansatz gebracht und der Gesamt-GdB mit 20 bewertet. Mit Bescheid vom 19. Mai 2003 stellte das VA den GdB des Klägers ab 17. März 2003 mit 20 fest.

Hiergegen erhob der Kläger am 28. Mai 2003 Widerspruch. Durch Muskelentzündungen im Unterarm und Oberarm, in der Schulter, im Brustbereich und in seinem rechten Bein infolge von Überlastungen sei sein Privatleben sehr beeinträchtigt. Das VA holte den ärztlichen Befundschein des Arztes für (Unfall-)Chirurgie Dr. G. vom 7. Juli 2003 (Zustand nach distaler Radiusfraktur rechts, eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Hand, Tendinitis der rechten Schulter mit leichtem Impingement, in das rechte Bein ausstrahlende Lumboischialgie) ein. In der vã Stellungnahme vom 18. Juli 2003 wurde ausgeführt, die Handgelenksbehinderung sei vollkommen ausreichend bewertet, für die rechte Schulter könne kein GdB von wenigstens 10 angenommen werden und eine Lumboischialgie sei therapierbar. Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11. August 2003 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 22. August 2003 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG). Durch die bei ihm dauerhaft vorliegenden Funktionseinschränkungen des rechten Handgelenks, beider Kniegelenke sowie des Schultergelenks sei er in erheblichem Maße beeinträchtigt. Des Weiteren sei er aufgrund der ständigen Schmerzen, die zu Schlafstörungen und einer entsprechenden psychischen Beeinträchtigung führten, stets auf die Einnahme von Schmerztabletten angewiesen. Er leide aufgrund der erheblichen Schmerzsymptomatik an Depressionen sowie wegen der eingenommenen Schmerzmittel an Potenzstörungen. Außerdem seien die Knorpelveränderungen an der Kniescheibe und die Retropatellararthrose links nicht berücksichtigt. Hinzu komme, dass er aufgrund seiner Gesundheitsstörungen seine berufliche Tätigkeit so gut wie nicht mehr ausführen könne.

Das SG holte die sachverständige Zeugenauskunft von Prof. Dr. Sch., Ärztlicher Direktor der Neurologischen Klinik des Klinikums L., vom 10. Dezember 2003 (komplexes regionales Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität nach distaler Radiusfraktur mit Gelenkbeteiligung, schmerzhafte Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk, Hyperhidrose beider Hände rechts betont, teigig-ödematöse Schwellung des rechten Handrücken, leichte Hypästhesie der gesamten rechten Hand, beidseitiges Karpaltunnelsyndrom und Wurzelreizsyndrom L 4 rechts, GdB 40) ein.

Das SG holte das Gutachten von Dr. B., Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Klinik B., vom 27. Januar 2004 ein. Er legte das für die BG erstellte neurologische Gutachten von Prof. Dr. Sch. vom 4. Dezember 2003 (Unfallfolgen: komplexes regionales Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität nach distaler Radiusfraktur mit Gelenkbeteiligung; keine Unfallfolgen: Zeichen eines beidseitigen leichten Karpaltunnelsyndroms, Wurzelreizsyndrom L 4 rechts; MdE 30 v. H.) mit dem elektrophysiologischen Zusatzgutachten von Dr. B. vom 5. Dezember 2003 vor. Der Sachverständige beschrieb einen in leichter Fehlstellung verheilten körperfernen Speichenbruch mit starker Einschränkung der Beugung, geringer Einschränkung der Seitwärtsbewegungen und radiologischen Zeichen eines vermehrten Verschleißumbaus, ein komplexes Schmerzsyndrom im rechten Arm sowie eine Mittelnervendruckschädigung beidseits. Betreffend die Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks sei der GdB auf chirurgischem Fachgebiet mit 20 einzuschätzen. Unter Berücksichtigung des neurologischen Zusatzgutachtens ergebe sich ein Gesamt-GdB von 30. Des Weiteren bestehe beim Kläger ohne Funktionseinschränkungen ein Wurzelreizsyndrom der Lendenwirbelsäule in L 4 rechts sowie ein vermehrter Verschleißumbau beider Kniegelenke und Spreizfüße beidseits.

Der Beklagte legte die vā Stellungnahme von Dr. G. vom 12. Mai 2004 vor. Dieser brachte als Behinderungen eine Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks, eine Mittelnervendruckschädigung rechts und ein lokales Schmerzsyndrom in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 30. Hierauf gestützt schlug der Beklagte vergleichsweise die Feststellung des GdB des Klägers ab 17. Juli 2003 mit 30 vor.

Der Kläger nahm dieses Vergleichsangebot nicht an und übersandte den ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik für Rehabilitation A. K. B. K. vom 22. Juni 2004 über die vom 5. bis zum 23. Mai 2004 durchlaufene stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Diagnosen: Initiale radiocarpale Arthrose rechts mit mäßiger Funktionseinschränkung, komplexes regionales Schmerzsyndrom in der rechten Hand und im rechten Unterarm nach distaler Radiusfraktur, initiale Retropatellararthrose links, statisch degeneratives Lumbalsyndrom ohne wesentliche Funktionseinschränkungen sowie Adipositas) vor. Hierzu legte der Beklagte die vā Stellungnahme von MedDir. D. vom 30. September 2004 vor. Darin wurde vorgeschlagen, zusätzlich degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (Teil-GdB 10) als Behinderung in Ansatz zu bringen und den Gesamt-GdB weiterhin mit 30 zu bewerten.

Der Kläger legte das für die BG aufgrund der Untersuchung vom 31. August 2004 erstellte Gutachten von Dr. V.I., Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie der Chirurgischen Klinik im Klinikum A. S. R. (Unfallfolgen: u. a. deutliche Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Handgelenk, persistierende Beschwerden im gesamten Arm inklusive des Schultergelenks in Ruhe sowie bei Bewegung und Belastung, posttraumatische Arthrose am rechten Handgelenk, Kraftminderung im Bereich der rechten oberen Extremität, vor allem im Bereich der Hand, keine Unfallfolgen: angeborene Hüftdysplasie rechts mit beginnender Arthrose und Milchzucker-Allergie; MdE 20 v. H.) vor. Das SG zog das für die BG erstellte neurologische Gutachten von Prof. Dr. Sch. vom 30. Oktober 2004 (Unfallfolgen: komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ I der rechten Extremität, dadurch deutliche Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk und Feinmotorikstörung der rechten Hand; keine Unfallfolge: Karpaltunnelsyndrom beidseits; MdE 30 v. H.) bei. Hierzu legte der Beklagte die vā Stellungnahme von MedDir. D. vom 10. Mai 2005 vor. Dort wurde ausgeführt, die Auswirkungen des Karpaltunnelsyndroms rechts würden von den Verletzungsfolgen am rechten Handgelenk völlig überlagert und die Auswirkungen des auch links nachweisbaren Karpaltunnelsyndroms erreichten noch keinen GdB von wenigstens 10.

Der Kläger legte das für die BG erstellte neurologische Gutachten von Dr. G., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in den Kliniken S. K., vom 21. Juni 2005 (Unfallfolge: komplex-regionales Schmerzsyndrom Typ I; keine Unfallfolge: Karpaltunnelsyndrom [hierdurch verursachte Beschwerden zweifelhaft], Halswirbelsäulenerkrankung klinisch nicht gesichert; MdE 30 v. H.) vor.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das SG das orthopädische Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. B. vom 8. November 2005 ein. Dieser fügte seinem Gutachten u. a. den Bescheid der BG vom 11. Juli 2005 (Verletztenrente ab 18. Februar 2002 nach einer MdE um 30 v. H.) und den Arztbrief von Dr. K. vom 5. September 2003 (Diagnosen: Zustand nach Radiusfraktur rechts, vorbekanntes Karpaltunnelsyndrom, Zervikobrachialgie rechts, Adduktorentendopathie rechts bei Hüftdysplasie) bei. Dr. B. beschrieb einen Zustand nach einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom der rechten Hand nach Fraktur mit persistierender radioulnarer und radiocarpaler Arthrose bei in Fehlstellung verheilte Fraktur, ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom mit Nervenwurzelreizerscheinung bei Segmentinstabilität in der unteren Lendenwirbelsäule und eine Osteochondrose, ein beginnendes degeneratives Wirbelsäulensyndrom mit pseudoradikulärer Reflexsymptomatik und Verspannung des Schultergürtels sowie eine Chondropathia patellae. Er bewertete den GdB für die Handgelenksarthrose mit 30, die Wirbelsäule mit 30, das Karpaltunnelsyndrom mit 0 und die Chondropathia patellae mit 10. Aus der Zusammenschau der einzelnen zur Beurteilung heranzuziehenden Befunde ergebe sich ein Gesamt-GdB von 50.

Der Beklagte legte die vā Stellungnahme von Dr. F. vom 11. Januar 2006 vor. Dort wurden als Behinderungen eine Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks, ein lokales Schmerzsyndrom und eine Mittelnervendruckschädigung beidseits (Teil-GdB 30) sowie eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und ein Wirbelgleiten (Teil-GdB 20) in Ansatz gebracht und der Gesamt-GdB mit 40 bewertet. Das hierauf gestützte Vergleichsangebot des Beklagten, den GdB des Klägers ab 17. März 2003 mit 40 festzustellen, nahm der Kläger nicht an.

Mit Gerichtsbescheid vom 2. März 2006 verurteilte das SG den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 19. Mai 2003 in der Gestalt

des Widerspruchsbescheides vom 11. August 2003, den GdB des Klägers ab 17. März 2003 mit 40 festzustellen, und wies die Klage im Übrigen ab. Die Funktionsbeeinträchtigung des rechten Handgelenks sei mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Eine Trennung in Einzel-GdB-Werte in neurologischer Hinsicht betreffend das Schmerzsyndrom und in orthopädischer Hinsicht betreffend die Bewegungseinschränkungen sei nicht angebracht. Selbst wenn ein gesonderter Teil-GdB für ein Schmerzsyndrom in neurologischer Hinsicht mit 30 bewertet werden würde, könne ein weiterer Teil-GdB für einen Speichenbruch von 20 zu keiner Erhöhung des GdB führen, da leichte Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 nach den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)", Ausgabe 2004 (AP) vielfach nicht rechtfertigten, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Zum Vergleich sei anzumerken, dass dieser GdB einer Versteifung des Handgelenks in ungünstiger Stellung, einer Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk stärkeren Grades oder einer isolierten Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit in extremer Supinationsstellung entspreche. Die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule sei mit einem Teil-GdB von 20 zu berücksichtigen. Die Beschwerden des Klägers seien entweder als Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen nebst Funktionsstörungen infolge einer Wurzelkompression oder als mittelgradige funktionelle Auswirkungen ohne weitere Berücksichtigung der Funktionsstörungen infolge der Wurzelkompression, da nicht von anhaltender Art, anzusehen. Außerdem könne dahingestellt bleiben, ob eine Funktionsbeeinträchtigung am Kniegelenk mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten sei, da sich dieser Teil-GdB nicht erhöhend auf den Gesamt-GdB auswirken würde. Schließlich sei ein eigenständiges depressives Krankheitsbild, welches über die in der GdB-Tabelle der AP niedergelegten Sätze berücksichtigten üblichen seelischen Begleiterscheinungen hinausgingen, nicht nachgewiesen. Eine fachärztliche Behandlung finde nicht statt. Allein aus der Verordnung von Antidepressiva könne nicht auf eine GdB-relevante Funktionsbeeinträchtigung geschlossen werden. Außerdem seien bei der Bewertung des Schmerzsyndroms gerade die seelischen Begleiterscheinungen mit eingeflossen.

Gegen den Gerichtsbescheid des SG hat der Kläger am 16. März 2006 Berufung eingelegt. Soweit das SG im Hinblick auf die Funktionsbeeinträchtigungen des rechten Handgelenks nebst lokalem Schmerzsyndrom eine Trennung in Einzel-GdB-Werte in neurologischer Hinsicht betreffend das Schmerzsyndrom und in orthopädischer Hinsicht betreffend die Bewegungseinschränkungen wegen des verheilten Speichenbruchs für nicht angebracht halte, werde dem entgegengetreten. Das regionale Schmerzsyndrom sei gesondert zu bewerten, da es sich dabei um eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit handle. Eine spezielle schmerztherapeutische Behandlung sei von Prof. Dr. Sch. in seinem Gutachten ausdrücklich empfohlen worden. Auch die Bewertung der Funktionsausfälle am Handgelenk mit einem GdB von lediglich 20 sei nicht nachvollziehbar, da Dr. B. in seinem Gutachten aus fachorthopädischer Sicht die Funktionsbehinderungen des rechten Handgelenks mit einem GdB von 30 bewertete habe. Außerdem sei nicht nachvollziehbar, warum der GdB für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule nur mit 20 bewertet worden sei, nachdem Dr. B. den GdB für die Wirbelsäule in seinem Gutachten mit 30 bewertet habe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 2. März 2006 und den Bescheid vom 19. Mai 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. August 2003 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, seinen GdB ab 10. März 2004 mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Stellungnahme von Dr. B. vom 24. November 2006 eingeholt. Bei der in seinem Gutachten dargestellten Anamnese sei die Wirbelsäule nicht ausreichend gewürdigt worden. Auch habe die Wirbelsäule im Verlauf der gesamten aktenkundigen Untersuchung nicht das Gewicht erhalten, das ihr zustehe. Somit erklärten sich Hüftbeschwerden und Dyskinesien im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule durch die festgestellten Veränderungen. Physiologische Veränderungen lägen nicht vor, sondern es seien Veränderungen, die die körperliche Leistungsfähigkeit deutlich einschränkten und für das Alter und für die Art des Umfangs untypisch seien. Die klinischen Veränderungen und die anamnestiche Hinterfragung stünden nicht im Einklang mit dem radiologischen Befund. Er habe in seinem Gutachten den radiologischen Befund vorangestellt und die zu erwartende Verschlechterung des klinischen Zustandes miteinbezogen, sodass er den GdB auf 30 bezogen auf die Wirbelsäule attestiert habe und daran auch festhalten wolle. Der Einwand in der vä Stellungnahme vom 11. Januar 2006 sei verständlich und aus der Aktenlage erkenntlich. Die Kenntnis des klinischen und radiologischen Befundes rechtfertige aber "die MdE" von 30.

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:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

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

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Beurteilung des GdB 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 (BVG) 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 BVG 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 oder eines Nachteilsausgleichs 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 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 haben 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 oder eines Nachteilsausgleichs. 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 Grundsätze ist der Senat zu der Einschätzung gelangt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40 hat.

Zutreffend hat Dr. F. in der vā Stellungnahme vom 11. Januar 2006 die Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks, das lokale Schmerzsyndrom und die Mittelnervendruckschädigung beidseits mit einem Teil-GdB von 30 bewertet. Insoweit stützt sich der Senat auf das Gutachten von Dr. B. vom 27. Januar 2004. Dieser hat für den Senat schlüssig und gut nachvollziehbar dargelegt, dass der GdB für die Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks unter Berücksichtigung der neurologischen Symptomatik 30 beträgt. Nach den AP beträgt der GdB beispielsweise für eine Versteifung des Handgelenks in günstiger Stellung (leichte Dorsalextension) 20 und in ungünstiger Stellung 30, für eine Bewegungseinschränkung des Handgelenks geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 30/0/40 Grad) 0 bis 10 und stärkeren Grades 20 bis 30 sowie für nicht oder mit Deformierung verheilte Brüche oder Luxationen der Handwurzelknochen oder eines oder mehrerer Mittelhandknochen mit sekundärer Funktionsbeeinträchtigung 10 bis 30 (AP, 26.18, Seiten 120 und 121). Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. In den Fällen, in denen nach dem Sitz und dem Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können höhere Werte angesetzt werden (AP, 18 Abs. 8, Seite 24). Beim Kläger liegt ausweislich des Gutachtens von Dr. B. im rechten Handgelenk ein Bewegungsmaß handrückenwärts/hohlhandwärts von 50/0/25 Grad vor. Diese Bewegungseinschränkung entspricht einer solchen stärkeren Grades, für welche die AP einen GdB von 20 bis 30 vorsehen. Aufgrund des Schmerzsyndroms ist der GdB-Wert im oberen Bereich und mithin bei 30 anzusetzen. Eine Erhöhung des GdB auf 40 kommt nicht in Betracht. Denn die von Dr. B. in seinem Gutachten vom 27. Januar 2004 erhobenen seitengleichen Umfangsmaße im Bereich der oberen Extremitäten sprechen nicht für eine solche GdB-Erhöhung rechtfertigende Gebrauchseinschränkung des rechten Armes. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten von Dr. B. vom 8. November 2005. Dort ist ein Bewegungsmaß des rechten Handgelenks von volar/dorsal 15/0/40 Grad und radial/ulnar Abduktion 30/0/35 Grad und sind ebenfalls weitgehend seitengleiche Umfangsmaße in den oberen Extremitäten dargelegt. Mithin hat auch er zutreffend den GdB für die rechte obere Extremität mit 30 bewertet. Eine Erhöhung dieses GdB-Wertes wegen des leichten Karpaltunnelsyndroms rechts kam nach Ansicht des Senats wegen des Fehlens einer hieraus resultierenden wesentlichen Funktionseinschränkung nicht in Betracht.

Die Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule erreichen nicht den einen GdB von 30 bedingenden Schweregrad. Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 27. Januar 2004 lediglich ein Wurzelreizsyndrom der Lendenwirbelsäule in der Wurzel L 4 rechts ohne Funktionseinschränkungen beschrieben. Demgegenüber ist Dr. B. in seinem Gutachten vom 8. November 2005 von einem mit einem GdB von 30 zu bewertenden chronisch rezidivierenden Lumbalsyndrom mit Nervenwurzelreizerscheinungen bei Segmentinstabilität in der unteren Lendenwirbelsäule sowie Osteochondrose sowie einem beginnenden degenerativen Wirbelsäulensyndrom mit pseudoradikulärer Reflexsymptomatik und Verspannung des Schultergürtels ausgegangen. Nach den AP beträgt der GdB für Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) 10, 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, mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten 30 bis 40, mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70 Grad nach Cobb]) 50 bis 70 sowie bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit 80 bis 100 (AP, 26.18, Seite 116). Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 8. November 2005 einen lotrechten Aufbau der Wirbelsäule bei kräftiger Muskulatur, nicht vermehrte sagittale Krümmungen der Wirbelsäule, einen Finger-Boden-Abstand von 20 cm bei harmonischer Ausrundung der Dornfortsätze, eine sich ausgleichende Lordose, eine Seitwärtsneigung dergestalt, dass bei c-förmiger Ausrundung der Dornfortsätze die Fingerspitzen den Knieaußenrand in Höhe der äußeren Gelenkspalte erreicht haben, sowie im Bereich der Halswirbelsäule eine Verspannung der Nackenmuskulatur und des Trapeziusrandes, eine Druckempfindlichkeit über C 2 und C 5, eine Rotation beidseits von 80 Grad und eine Seitwärtsneigung beidseits von 60 Grad, wobei das Ohr die Schulter erreicht hat, und einen Kinn-Jugulum-Abstand von 0/20 cm beschrieben. Nach Ansicht des Senats rechtfertigt dieser Befund nicht die Einschätzung von Dr. B., die radiologisch beschriebenen Gesundheitsveränderungen in Form eines beginnenden degenerativen Halswirbelsäulen-Syndroms, einer Spondylose mit kissing spines Th 6/7 sowie einer Osteochondrose L 5/1 mit Spondylolyse und Spondylolisthesis von 15 v. H. sei mit einem GdB von 30 zu bewerten. Vielmehr liegt nach Einschätzung des Senats beim Kläger ein Wirbelsäulenschaden im Bereich der Lendenwirbelsäule (wegen der Segmentinstabilität L 5/S 1) mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen und im Bereich der Halswirbelsäule (wegen der Rotation beidseits von 80 Grad und der Seitwärtsneigung beidseits von 60 Grad) ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität vor, sodass der GdB für den Wirbelsäulenschaden des Klägers allenfalls 20 beträgt. Dr. Franke hat in der vā Stellungnahme vom 11. Januar 2006 daher zu Recht darauf hingewiesen, dass die im Gutachten von Dr. B. dokumentierten Funktionswerte im Bereich der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule keinen GdB von 30 rechtfertigen. Im Übrigen hat auch Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 24. November 2006 ausgeführt, physiologische Veränderungen lägen nicht vor. Soweit er ausgeführt hat, die klinischen Veränderungen stünden nicht im Einklang mit dem radiologischen Befund, weist der Senat darauf hin, dass sich der GdB-Grad bei Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, also einer Auswertung der Funktionsdaten, und weniger aus den radiologischen Befunden, ergibt.

Die weiteren Gesundheitsschäden des Klägers, nämlich das Karpaltunnelsyndrom links und die Chondropathia patellae ergeben jeweils keinen GdB von mehr als 10. Dies hat auch Dr. B. in seinem Gutachten vom 8. November 2005 so gesehen. Der Senat hat keine Anhaltspunkte, von einem höheren GdB auszugehen.

Auf psychiatrischem Fachgebiet liegt kein Gesundheitsschaden des Klägers vor, der neben der schmerzsyndrombedingten Erhöhung des GdB für die obere rechte Extremität von 20 auf 30 einen darüber hinaus zu berücksichtigenden GdB von mindestens 10 rechtfertigt. Nach den AP beträgt der GdB für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0 bis 20, stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hyperchondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) 30 bis 40, schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheiten) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten 80 bis 100 (AP, 26.3, Seite 48). Beim Kläger liegt weder eine leichtere psychische Störung im oberen Bereich noch eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vor. Soweit der Kläger vorträgt, regelmäßig Antidepressiva einzunehmen, hat das SG zutreffend auf die AP hingewiesen, wonach die in der GdB-Tabelle niedergelegten Sätze bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen berücksichtigen und eine höhere GdB-Bewertung nur berechtigt ist, wenn die seelischen Begleiterscheinungen erheblich über die dem Ausmaß der organischen Veränderungen entsprechenden üblichen seelischen Begleiterscheinungen hinausgehen und außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen nur anzunehmen sind, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle Behandlung dieser Störungen (z. B. eine Psychotherapie) erforderlich ist (AP, 18 Abs. 8, Seiten 23 und 24). Vorliegend ist eine solche spezielle ärztliche Behandlung bislang weder durchgeführt noch begonnen worden. Eine fachärztliche Behandlung fand und findet derzeit nicht statt. Mithin geht der Senat davon aus, dass der Leidensdruck des Klägers nicht derart groß ist, dass von einer außergewöhnlichen seelischen Begleiterscheinung bzw. einer stärker behindernden Störung ausgegangen werden kann. Im Übrigen hat das SG auch zu Recht darauf hingewiesen, dass die seelische Begleiterscheinung des Klägers bereits im Rahmen des Schmerzsyndroms im Bereich der oberen Extremität und damit bei der diesbezüglichen Erhöhung des Teil-GdB von 20 auf 30 mitberücksichtigt worden ist. Mithin liegt nach Einschätzung des Senats auf psychiatrischem Fachgebiet kein darüber hinaus zusätzlich zu berücksichtigender GdB von mindestens 10 vor.

Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Grundsätze und der Teil-GdB-Werte (30 für die Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks, das lokale Schmerzsyndrom und die Mittelnervendruckschädigung beidseits sowie 20 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und das Wirbelgleiten) beträgt der Gesamt-GdB des Klägers 40.

Mithin hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 2. März 2006 zu Recht den GdB des Klägers mit 40 festgestellt und die darüber hinausgehende Klage abgewiesen.

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

2007-07-19