

L 6 SB 2974/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 8 SB 2888/02

Datum

18.04.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 2974/07

Datum

13.03.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 18. April 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist - noch - streitig, ob der Grad der Behinderung (GdB) bei der Klägerin ab dem 17. September 1998 mit 100 anstatt laut dem Urteil des Sozialgerichts Reutlingen (SG) ab dem 20. Juni 2001 mit 70 und zuvor mit 40 festzustellen ist, ferner ob die Voraussetzungen der Merkzeichen "G" und "B" vorliegen.

Die 1940 geborene Klägerin stellte am 20. Juni 2001 einen Erstantrag nach dem früheren Schwerbehindertengesetz. Sie reichte hierzu das "fachchirotherapeutische Gutachten" des Facharztes für Orthopädie Dr. L. vom 9. April 2001 sowie ein Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. B. vom 11. April 2001 ein. Diese führten im Wesentlichen übereinstimmend aus, die Klägerin sei am 17. September 1998 in einer Fußgängerzone von einem Mountainbike-Fahrer umgefahren worden und dabei heftigst mit dem Hinterkopf auf das Kopfsteinpflaster aufgeschlagen. Dieser Unfall habe zu einer schweren Verletzung der oberen Halswirbelsäule (HWS), des Stammhirns sowie zu einer massiven Atlasblockade sowie einer Gehirnerschütterung geführt. Dr. B. ging vom Vorliegen eines Barré-Liéou-Syndroms aus. Beide Ärzte beschrieben übereinstimmend des Weiteren eine erhebliche rezidivierende Lumbago bei rezidivierender ISG-Blockierung und eine ausgeprägte vegetative Begleitreaktion vor allem mit Gleichgewichtsstörungen, Störungen des Wärme- und Kältehaushalts und starkem Juckreiz. Es sei von einer Erwerbsminderung um 100 % auszugehen.

Mit Bescheid vom 18. Juli 2001 stellte das Versorgungsamt R. (VA) einen GdB von 40 seit dem 17. September 1998 wegen folgender Funktionsbeeinträchtigungen fest:

1. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Kopfschmerzsyndrom, chronisches Schmerzsyndrom; 2. psychovegetative Störungen, Schwindel, seelische Störung.

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen (Merkzeichen) seien nicht gegeben. Dem lag die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 11. Juli 2001 zugrunde, die die Funktionsbeeinträchtigung Nr. 1 mit einem Teil-GdB von 30 und die Funktionsbeeinträchtigung mit einem Teil-GdB von 20 bewertet hatte.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und trug vor, sie habe keine Lebensqualität mehr. Der GdB sei mit 100 festzustellen. Auch die Voraussetzungen für die Merkzeichen "G" und "B" lägen vor. Sie reichte hierzu verschiedene Unterlagen ein. Im Attest vom 20. Januar 1999 diagnostizierte Dr. B. eine massive Atlasblockade, einen ausgeprägten Schwindel, Kopfschmerzen und Tinnitus sowie eine ISG-Blockade. Dr. W. bestätigte in seinem "chirotherapeutischen Gutachten" vom 1. Oktober 1999 die bereits von Dr. L. und Dr. B. genannten Diagnosen. Im "fachchirotherapeutischen Gutachten" vom 4. Oktober 2001 führte Dr. L. aus, die Klägerin habe sich wegen Gleichgewichts- und Gedächtnisstörungen einen Zeh gebrochen und einen Sturz erlitten. Sie sei zu 100 % schwerbeschädigt und gehbehindert. Prof. Dr. von B. gab in seiner "gutachtlichen Stellungnahme" vom 20. August 2001 an, es bestehe ein Zustand nach einer schweren Schädelprellung und ein posttraumatisches cerviko-zephalales Schmerzsyndrom. Da vor dem Unfall keine Beschwerden bestanden hätten, sei davon auszugehen, dass der Beschwerdekomples ausschließlich auf den Unfall zurückzuführen sei. Das VA zog ferner den Entlassbericht der Rheintalklinik Bad K. vom 20. April 1999 bei. Darin beschrieb Dr. F. den Verlauf der stationären Behandlung im März und April 1999 (Diagnosen: Cervicocranialsyndrom bei Atlasblockierung rechts, posttraumatisch, mit ausgeprägter vegetativer Begleitsymptomatik im Sinne eines

Syndroms des hinteren Hals sympathikus (Barré-Liéou-Syndrom), ISG-Blockierung rechts mit Bänderreizsyndrom, reaktiver psychovegetativer Erschöpfungszustand).

Die vom VA beabsichtigten Begutachtungen durch Chefarzt Dr. Dr. T. von der Unfallchirurgischen Klinik V. und durch Prof. Dr. W. (Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums F.) lehnte die Klägerin wegen angeblich fehlender Fachkompetenz bzw. negativer Erfahrungen im Universitätsklinikum F. ab. Die Klägerin lehnte auch eine Begutachtung durch Dr. N. (V. - Hospital R.) ab, da es sich hierbei um einen Neurologen und damit um einen Nervenarzt handle, der nicht in der Lage sei, die Fehlstellung des Atlas zu begutachten. Prof. Dr. W. nahm daraufhin am 4. September 2002 lediglich nach Aktenlage dahingehend Stellung, dass der Hauptteil des vorgebrachten Beschwerdebildes das psychosomatische Gebiet betreffe. Die Klägerin reichte ein weiteres "Gutachten" von Dr. L. vom 22. August 2002 ein. Dr. G. gelangte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 1. Oktober 2002 zu dem Ergebnis, den Schlussfolgerungen von Dr. L. könne nicht gefolgt werden. Das beschriebene komplexe Beschwerdebild könne nur durch eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung objektiviert werden. Mit Widerspruchsbescheid vom 10. Oktober 2002 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Die Verwaltung sei sehr bemüht gewesen, durch Einholung eines Gutachtens zur vollständigen Aufklärung des Sachverhalts beizutragen. Drei verschiedene Angebote hätte die Klägerin abgelehnt. Das beschriebene Beschwerdebild habe daher nicht objektiviert werden können.

Dagegen erhob die Klägerin am 11. November 2002 beim SG Klage und verwies auf die von den behandelnden Ärzten umfangreich dokumentierten Gesundheitsstörungen. Sie machte vielfältige funktionelle Einschränkungen geltend. In ihren schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen vom 19. Mai und 1. Juli 2003 kamen Dr. B. und Dr. L. übereinstimmend zu dem Ergebnis, es liege ein GdB von 100 sowie die Voraussetzungen für die Merkmale "G" und "B" vor. Dr. W. bemängelte in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 3. Dezember 2003 das Fehlen von ausreichenden objektiven Befunden. Die zahlreichen subjektiven Beschwerden könnten nicht eindeutig bewertet werden. Eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung sei erforderlich. Auf Anregung der Klägerin beauftragte das SG gemäß § 106 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Dr. A. (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Rehabilitationsklinik B., Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen) mit der Erstellung eines Gutachtens. In dem Gutachten vom 30. März 2004 führte er aus, am wahrscheinlichsten liege ein Barré-Liéou-Syndrom vor. Die Gleichgewichtsempfindung und damit das Gehvermögen, die Bewegung der HWS und der Lendenwirbelsäule (LWS), der Schlaf, die Geruchs- und Geschmackswahrnehmung, das Konzentrationsvermögen und das Gedächtnis seien gestört. Der GdB betrage 100. Die Voraussetzung für das Merkzeichen "G" seien gegeben. Die Klägerin sei auf dauernde fremde Hilfe angewiesen. Dr. Köhler bemängelte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23. Juni 2004, Dr. A. habe keine genaue Diagnose gestellt und es fehlten objektive Befunde. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. September 2004 hielt Dr. A. an seiner Einschätzung fest. Die Klägerin legte weitere Stellungnahmen von Dr. L. (19. Juli 2004) und Dr. B. (2. August 2004) vor. Dr. B. schlug in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 14. Oktober 2004 vor, für eine schwere Funktionsstörung der HWS mit rezidivierender Schmerzsymptomatik einen GdB von 40 anzunehmen. Dabei seien auch die Schwindelattacken erfasst. Psychische Begleiterscheinungen könnten nicht gesondert bewertet werden.

Am 14. Juli 2005 fand eine erste mündliche Verhandlung statt. Nachfolgend gestaltete sich die vom SG beabsichtigte Beweisaufnahme durch Einholung weiterer Sachverständigen Gutachten schwierig, da die Klägerin unter anderem nicht bereit war, eine CT-Aufnahme zur Verfügung zu stellen und die Beiziehung eines Vorerkrankungsverzeichnisses der Krankenkasse zu gestatten. Die Klägerin weigerte sich auch, zu Begutachtungen durch die vom SG ausgewählten Gutachter Prof. Dr. L. und Dr. K. zu erscheinen. Schließlich stellte sie in diesem Zusammenhang ein Ablehnungsgesuch gegen den Kammervorsitzenden und Dr. K., das mit Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg (LSG - L 8 SB 1339/06 A) für unbegründet erklärt wurde. Das SG wies die Klägerin im Schreiben vom 26. Juni 2006 auf den Grundsatz der objektiven Beweislast und die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung am Verfahren hin.

Die Klägerin reichte noch die zahnärztliche Bescheinigung der Praxis Dr. H./C. vom 11. September 2006 sowie die schriftliche Äußerung des Facharztes für HNO-Heilkunde Friedrichs vom 11. September 2006, wonach keine relevante Hörstörung bestehe, ein.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG beauftragte das SG Dr. D. mit der Erstellung des nervenärztlichen und schmerztherapeutischen Gutachtens vom 25. Oktober 2006. Er diagnostizierte eine chronische Schmerzkrankung im Stadium III nach Gerbershagen mit Cervikozephalgien, Cervikobrachialgien, Lumbalgien und Lumboischialgien, autonome Funktionsstörungen mit Schwindel und Taumel sowie Gangunsicherheit mit Stürzen, ferner Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sowie ein depressives Erschöpfungssyndrom. Für die Funktionsbeeinträchtigungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten sei ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Die auf etwa 50 Meter eingeschränkte Gehstrecke bedinge einen GdB von 50. Die seelischen Störungen im Sinne schwerer sozialer Anpassungsstörungen seien mit einem GdB von 80 bis 100 anzuerkennen. Der Gesamt-GdB liege bei 100. Die Voraussetzungen der Merkmale "G" und "B" lägen vor. Auf weiteren Antrag der Klägerin nach § 109 SGG erstellte Dr. M. im Auftrag des SG aufgrund der Untersuchung vom 14. Juni 2006 das orthopädisch-schmerztherapeutische Gutachten vom 29. Januar 2007. Auch er beschrieb eine chronische Schmerzkrankung sowie Gleichgewichtsstörungen und eine eingeschränkte Gedächtnisfunktion. Bei ausschließlich orthopädischer Betrachtung der Wirbelsäulenerkrankung sei der GdB mit 40 einzuschätzen. Die seelischen sowie schmerzbedingten Veränderungen sowie Einschränkungen würden jedoch sicherlich die Annahme eines GdB von 100 erlauben. Aufgrund der Gleichgewichtsstörungen, die hirnorganischen Anfällen gleichzusetzen seien, lägen auch die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" vor. Die Klägerin sei auf eine dauernde Begleitung angewiesen. In seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 6. März 2007 schlug Dr. W. vor, für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, chronisches Schmerzsyndrom, Gleichgewicht- und seelische Störungen einen GdB von 50 ab 20. Juni 2001 anzuerkennen. Den dementsprechenden Vergleichsvorschlag des Beklagten lehnte die Klägerin ab. Sie legte das weitere ärztliche Attest von Dr. B. vom 7. März 2007 vor.

Mit Urteil vom 18. April 2007 verurteilte das SG den Beklagten, den GdB ab dem 20. Juni 2001 mit 70 festzustellen. Im Übrigen wies es die Klage ab. Aufgrund der objektiv nachgewiesenen Gesundheitsstörungen sei von Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen Beschwerden und funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten auszugehen, die entsprechend den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) mit 40 zu bewerten seien. Ein darüber hinaus bestehendes chronisches Schmerzsyndrom in Verbindung mit vielfachen psychovegetativen und psychischen Störungen wie Schwindel, Störungen des Gleichgewichts, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, depressives Erschöpfungssyndrom und rezidivierende Synkopen ungeklärter Ätiologie sei den in den AHP genannten Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata zuzuordnen. Angesichts des beschriebenen Ausmaßes sei von einer schweren Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen, wofür ein GdB von 50 in Ansatz zu bringen sei. Damit seien sämtliche Beeinträchtigungen seitens

des nervenärztlichen/schmerztherapeutischen Fachgebiets einschließlich der Gleichgewichtsstörungen erfasst. Ein GdB von 80 bis 100, wie von Dr. D. und Dr. M. vorgeschlagen, sei nach den objektivierbaren Befunden nicht hinreichend begründet. Insbesondere sei die Klägerin in ihrer Familie offensichtlich gut integriert, eine Unterbringung zum Beispiel in einer psychiatrischen Klinik oder ähnliches stehe außer jeder Diskussion, so dass das Ausmaß schwerer sozialer Anpassungsschwierigkeiten nicht erreicht werde. Bei einer integrativen Betrachtung der Gesamtbehinderung sei der GdB von 70 angemessen und ausreichend. Die Voraussetzungen für die Vergabe des Merkzeichens "G" seien nicht gegeben. Bei der Klägerin lägen keine inneren Leiden noch sich auf die Gehfähigkeit auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der LWS mit einem GdB von wenigstens 50 vor. Die bei der Klägerin vorliegenden Gleichgewichtsstörungen könnten nicht mit hirnrorganischen Anfällen oder hypoglykämischen Schocks gleichgesetzt werden. Die Gleichgewichtsstörungen würden keinesfalls einen GdB bedingen, der auch nur annähernd dem entspreche, wie er durch die in den AHP erfassten Anfälle bedingt werde, nämlich 60 bis 80. Schließlich lägen bei der Klägerin auch keine Störungen der Orientierungsfähigkeit vor. Damit fehle es auch an den Voraussetzungen des Merkzeichens "B", da dies das Vorliegen der Merkzeichen "G" oder "H" erfordern würde. Da hinsichtlich des Schmerzsyndroms, wie bei chronischen Erkrankungen üblich, von einer Entwicklung auszugehen sei, komme die höhere GdB-Bewertung erst ab dem Tag der Antragsstellung in Betracht.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 14. Mai 2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 14. Juni 2007 beim LSG Berufung eingelegt. Die Klägerin legt ergänzende Stellungnahmen von Dr. M. vom 12. April 2007 und von Dr. D. vom 24. Mai 2007 vor, in dem diese unter anderem einzelne Formulierungsfehler in ihren Gutachten einräumen und zu ergänzenden Fragen des Bevollmächtigten der Klägerin Stellung nehmen. Sie trägt weiter vor, das SG habe neue Schmerztheorien nicht berücksichtigt. Da das SG auf dem psychiatrischen Gebiet von einer schweren Störung ausgegangen sei, hätte es auch eine schwere soziale Anpassungsstörung annehmen müssen. Eine solche ergebe sich auch aus dem Gutachten von Dr. A ... Zur Verneinung einer solchen Störung reiche es nicht aus, dass sie in ihre Familie integriert sei. Die Schmerzstörung habe bereits seit dem Unfalltag bestanden. Das SG habe zu Unrecht nicht berücksichtigt, dass in acht Gutachten übereinstimmend ein GdB von 100 angenommen worden sei. Aus den Gutachten von Dr. D. und Dr. M. gehe auch hinreichend hervor, dass die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" erfüllt seien. Dr. D. habe die auf 50 Meter eingeschränkte Gehstrecke mit einem GdB von 50 bewertet. Aufgrund der Gleichgewichtsstörungen stürze sie mehrmals wöchentlich und stoße täglich des Öfteren zum Beispiel an den Türzargen an. Auch ihre Orientierungsfähigkeit sei, wie sich aus den Äußerungen von Dr. L. und Dr. A. ergebe, gestört. Dr. M. seien bei der Gutachtenerstellung mehrere Fehler unterlaufen. Das SG habe für die Zeit vor dem 20. Juni 2001 gar keinen GdB festgestellt. Sie sei seit dem Unfall an das Haus gebunden, das sie nur noch für Arztbesuche verlasse. Eine eigenständige Orientierung an fremden Orten sei nicht mehr gegeben. Die Klägerin hat das weitere "fachchirotherapeutische Gutachten" von Dr. L. vom 15. Oktober 2007 vorgelegt, der darin u.a. von einer seit dem 27. August 2007 in schwerster Form aufgetretenen Quaddelbildung berichtet (die Klägerin hat hierzu auch Bilder vorgelegt). Für die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule sei ein GdB von 70 angemessen. Der Gesamt-GdB liege auch unter Berücksichtigung einer erheblichen Atembehinderung durch das Barré-Liéou-Syndrom bei 100. Ferner reicht die Klägerin das Schreiben von Dr. A. vom 10. Dezember 2007 ein, in dem dieser bestätigte, er habe nunmehr von der Klägerin mitgeteilte brennende Schmerzen in der gesamten Wirbelsäule und die Atembehinderung bei seiner Gutachtenerstellung noch nicht mit berücksichtigt.

Die Klägerin beantragt,

den Beklagten unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Reutlingen vom 18. April 2007 und weiterer Abänderung des Bescheids vom 18. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Oktober 2002 zu verurteilen, bei ihr ab dem 17. September 1998 einen GdB von 100 und die Merkzeichen "G" und "B" festzustellen,

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte trägt zur Erwidern vor, auch wenn er keine eigene Berufung eingelegt habe, erscheine der vom SG für das Schmerzsyndrom zugrunde gelegte GdB von 50 sehr weitreichend.

Wegen der weiteren Einzelheiten und des weiteren umfangreichen Vorbringens der Klägerin wird auf die Verwaltungsakten des Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig.

Sie ist jedoch nicht begründet. Es ist nicht zu beanstanden, dass das SG den Beklagten lediglich verurteilt hat, unter Abänderung des Bescheids vom 18. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Oktober 2002 den GdB ab dem 20. Juni 2001 mit 70 festzustellen.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen der geltend gemachten Ansprüche im Einzelnen dargelegt. Durch die für die Zeit ab dem 20. Juni 2001 vom SG vorgenommene Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 40 und des Schmerzsyndroms in Verbindung mit vielfachen psychovegetativen und psychischen Störungen mit einem Teil-GdB von 50 und die Bestimmung des Gesamt-GdB mit 70 wird die Klägerin nicht zu Unrecht belastet. Letztlich konnte dieser GdB, geschweige denn ein höherer GdB, aber aus Sicht des Senats aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung der Klägerin bei der Aufklärung des Sachverhalts nicht objektiviert werden. Da die Klägerin die objektive Beweislast hinsichtlich der Voraussetzungen für die Feststellung eines höheren GdB und der begehrten Merkzeichen trägt, hat sie die Konsequenzen hinzunehmen. Auf diesen Umstand wurde sie vom SG hingewiesen. Vor diesem Hintergrund hat das SG auch zu Recht das Vorliegen der Voraussetzungen für die Feststellung der Merkzeichen "G" und "B" verneint. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist der Senat auf die Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung. Soweit zwischenzeitlich zum 1. Januar 2008 eine Neufassung der AHP in Kraft getreten ist, sind bei den hier einschlägigen Krankheitsbildern keine Änderungen eingetreten. Im Übrigen hat das SG seine Auffassung, insbesondere, soweit es von gutachterlichen Einschätzungen abwich, umfassend begründet.

Zum Berufungsvorbringen ist ergänzend anzumerken:

Die Behauptung der Klägerin, das SG habe die "moderne Schmerztheorie" nicht berücksichtigt, kann der Senat nicht nachvollziehen. In den für dieses Vorbringen herangezogenen Formulierungen des SG (Seite 10 oben) wird lediglich auf die Anwendung der AHP eingegangen. In den AHP finden sich keine Äußerungen zu Einschränkungen hinsichtlich der Anwendung moderner Schmerztheorien.

Die Behauptung der Klägerin, eine schwere Störung auf dem psychiatrischen Fachgebiet gehe stets mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einher, ist unzutreffend. Aus den AHP Seite 48 ergibt sich das Gegenteil. Dort wird hinsichtlich der schweren Störungen ausdrücklich zwischen solchen mit mittelgradigen und solchen mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten unterschieden. Im Übrigen wird die vom SG zur Verneinung schwerer sozialer Anpassungsschwierigkeiten herangezogene geglückte Integration in die Familie von der Klägerin im Berufungsverfahren ausdrücklich eingeräumt.

Soweit sich die Klägerin für die Frage des Vorliegens schwerer sozialer Anpassungsschwierigkeiten wie auch hinsichtlich des Ausmaßes ihrer psychovegetativen Störungen wie z. B. Gleichgewichtsstörungen auf die Ausführungen der sie behandelnden Ärzte und der tätig gewordenen "Gutachter und Sachverständigen" beruft, ist anzumerken, dass deren Beschreibungen im Wesentlichen auf den anamnestischen Angaben der Klägerin beruhen. Hinsichtlich der Richtigkeit dieser Angaben bestehen erhebliche Unsicherheiten. Das gesamte Verwaltungs- und auch das Gerichtsverfahren waren davon geprägt, dass die Klägerin an einer umfassenden Aufklärung des Sachverhalts, insbesondere durch Gutachter, die vom Beklagten oder vom Gericht bestimmt wurden, nicht mitwirkte. Der einzige gemäß § 106 SGG beauftragte Gutachter Dr. A. wurde auf Vorschlag der Klägerin ausgewählt. Nachfolgend wurden jedoch die vom SG, wie zuvor die vom VA, ausgewählten Sachverständigen von der Klägerin abgelehnt, so dass lediglich Gutachten nach § 109 SGG eingeholt werden konnten. In nicht verständlicher Weise hat die Klägerin auch durch eine Einschränkung der Entbindung der Ärzte von ihrer Schweigepflicht, durch die Versagung der direkten Beiziehung des Berichts der erstversorgenden Klinik in M. und eines Vorerkrankungsverzeichnisses sowie im Ansatz durch die zunächst beabsichtigte Verweigerung der Beiziehung von CT-Aufnahmen die Sachverhaltsaufklärung erschwert. Zutreffend hat der 8. Senat im Beschluss vom 5. April 2006 ausgeführt, die Klägerin werde sich damit abfinden müssen, dass die Führung des Prozesses weder ihr noch ihrem Prozessbevollmächtigten obliege, sondern dem Kammervorsitzenden, ferner dass das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen ermittle und die Beteiligten dabei zwar heranzuziehen, das Gericht aber an deren Vorbringen und deren Beweisanträge nicht gebunden sei und es dem SG überlassen bleibe, ob es ein Gutachten auf neurologischem oder orthopädischem Fachgebiet einhole. Diesen Hinweis hat die Klägerin bis zuletzt nicht akzeptiert. Der Senat stellt angesichts der vorliegenden ärztlichen Äußerungen nicht in Frage, dass die Klägerin gesundheitlich schwer beeinträchtigt ist. Davon konnte sich der Senat in der mündlichen Verhandlung aufgrund des persönlichen Eindrucks auch ein eigenes Bild machen. Auch das SG hat eine schwere Beeinträchtigung nicht in Zweifel gezogen. Das behauptete Ausmaß dieser Beeinträchtigung kann jedoch nicht vollständig nachvollzogen werden. Da sich die Klägerin offensichtlich keiner Begutachtung durch Ärzte stellt, die sie nicht selbst auswählt, und nur selektiv bereit ist, medizinische Unterlagen zum Verfahren beizusteuern, sind Zweifel an den anamnestischen Angaben der Klägerin gegenüber den Sachverständigen angebracht. Diese Zweifel konnten auch durch den eben genannten persönlichen Eindruck nicht ausgeräumt werden. Im Gegenteil fiel dem Senat auf, dass sich die allein vom primären optischen Eindruck äußerst hinfällig wirkende Klägerin in der Verhandlungssituation in der Lage zeigte, ausführlich, konzentriert und klar verständlich ihre Sicht der Dinge darzustellen. Die Hilfe ihres anwesenden, als Rechtsanwalt tätigen und von ihr bevollmächtigten Sohnes nahm sie dabei kaum in Anspruch. Ferner konnte sich der Senat nicht des Eindrucks erwehren, dass sich die Klägerin gezielt für die mündliche Verhandlung einen Rollstuhl verordnen ließ. Denn in der Vergangenheit hatte sie sich in der Lage gezeigt, Sachverständige ohne Rollstuhl aufzusuchen.

Die Klägerin verkennt, dass die Gerichte bei der Bildung des GdB nicht an die von Sachverständigen vorgeschlagenen Einzelwerte gebunden sind. Die Gerichte haben vielmehr in eigener Verantwortung und in nachvollziehbarer darzulegender Weise die Höhe des GdB zu bestimmen. Es ist richterliche Aufgabe, die Überzeugungskraft einzelner Umstände und Beweismittel zu bewerten und den maßgeblichen GdB, der sich aus einer Zusammenschau der Auswirkung aller Funktionsbeeinträchtigungen ergibt, nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigengutachten sowie der AHP in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen. Will das Tatsachengericht von den medizinischen Feststellungen eines Sachverständigen abweichen, bedarf es jedoch einer eindeutigen Aussage darüber, aus welchem Grund die Abweichung erfolgt, welche Kompetenz dem Gericht für seine auf medizinischem Gebiet liegende Beurteilung zukommt und worauf diese medizinische Sachkunde beruht (BSG, Urteil vom 11. November 2004 - B 9 SB 1/03 R, zitiert nach Juris). Das SG hat in seiner Entscheidung ausführlich und mit zutreffenden Argumenten seine Abweichung von den Einschätzungen der Sachverständigen zum GdB begründet. Hinsichtlich der Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule folgte es im Übrigen den Bewertungen durch Dr. D. und Dr. M. ... Die Gründe, die das SG veranlassten, von der Bewertung der Anpassungsstörung durch Dr. D. mit einem GdB von 80 bis 100 abzuweichen, wurden bereits benannt. Da es sich dabei nicht um eine primär dem medizinischen Gebiet zuzuordnende Begründung handelte, bedurfte es keiner Darlegung einer besonderen medizinischen Sachkunde. Im Übrigen möge die Klägerin bedenken, dass aus Sicht des versorgungsärztlichen Dienstes lediglich ein Gesamt-GdB von 50 als angemessen erachtet wurde (Stellungnahme von Dr. W. vom 6. März 2007). Das SG bewegte sich mit seiner Einschätzung damit innerhalb der Bandbreite dessen, was von ärztlicher Seite vorgeschlagen wurde.

Die Einschätzung von Dr. L. in der Stellungnahme vom 15. Oktober 2007, die Wirbelsäulenschäden seien mit einem GdB von 70 zu bewerten, überzeugt nicht. Sie steht im Widerspruch zu den Einschätzungen von Dr. M. und Dr. D. ... Nach den AHP käme ein GdB von 70 erst bei besonders schweren Auswirkungen in Betracht. Als Beispiel wird in den AHP eine anhaltende Ruhigstellung durch eine Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst, genannt. Dr. L. beschreibt - bei allen Vorbehalten, die hier ohnehin angezeigt sind - bei der Klägerin keinen vergleichbaren Zustand. Auch Dr. A. übernimmt in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2007 unkritisch die ihm mitgeteilten Beschwerden und überzeugt daher ebenso wenig. Im Übrigen behauptete die Klägerin zuletzt hinsichtlich der Wirbelsäulenbeschwerden im Wesentlichen nur einen neuen Schmerzcharakter (brennend). Eine Änderung des Schmerzcharakters gibt jedoch für sich keine Veranlassung, die bisherige GdB-Bewertung zu revidieren.

Soweit die Klägerin bemängelt, ein bei ihr vorliegendes Barré-Liéou-Syndrom sei nicht hinreichend berücksichtigt worden, ist dem entgegen zu halten, dass es hier um die Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen und nicht um differenzialdiagnostische Abgrenzungen geht. Die von der Klägerin und den Ärzten im Zusammenhang mit diesem Syndrom vorgetragenen Beschwerden sind von den anerkannten Wirbelsäulenschäden und der Bewertung der psychischen und psychovegetativen Störungen umfasst.

Hinsichtlich der Bewertung der psychischen und psychovegetativen Störungen leidet das Gutachten von Dr. M. unter dem Mangel, dass er diese Störungen keiner eigenständigen Bewertung nach den Maßstäben der AHP zuführte, und lediglich mit einer Erhöhung des von ihm für die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule vorgeschlagenen GdB argumentierte.

Sowohl beim Gutachten von Dr. D. als auch von Dr. M. fällt im Übrigen auf, dass die Darstellung der Anamnese äußerst knapp erfolgt. Die Angaben werden in keiner Weise hinterfragt, obwohl hierzu angesichts der den Sachverständigen bekannten Aktenlage Veranlassung bestanden hätte. So hat Dr. M. die Angabe der Klägerin aufgenommen, sie habe Gleichgewichtsstörungen und stürze immer wieder. Obwohl die Klägerin auf Nachfrage die Häufigkeit der Stürze nicht nennen konnte und lediglich angab, die Gleichgewichtsstörungen würden in unterschiedlichen Zeitabständen auftreten, nahm er diese Einschränkung als Gesundheitsstörung in seine Befunde auf und begründete damit im Wesentlichen die aus seiner Sicht gegebene Berechtigung zur Vergabe des Merkzeichens "G". Ferner gab Dr. M. Merk- und Konzentrationsstörungen an, nachdem die Klägerin von "Gedächtnisschwierigkeiten" berichtet hatte, die sich nach dem "Einrenken" für "einige Tage" bessern würden. Im Widerspruch hierzu hatte die Klägerin Dr. D. mitgeteilt, sie nutze die Zeit am Nachmittag zum Lesen und Rätselraten als Gedächtnistraining.

Das SG hat im Übrigen überzeugend dargelegt, dass eine Verurteilung des Beklagten zur Feststellung eines GdB von 70 erst ab dem Zeitpunkt der Antragsstellung gerechtfertigt war. Angesichts der vom SG gegebenen Begründung, es gehe von einer progredienten Entwicklung des Schmerzsyndroms aus, ist unerheblich, dass - worauf die Klägerin zu Recht im Berufungsverfahren hinweist - eine Atlasfehlstellung schon früher beschrieben wurde. Auch ist unerheblich, dass das VA und verschiedene behandelnde Ärzte zu einem früheren Zeitpunkt ein Schmerzsyndrom als gegeben ansahen. Denn das SG nimmt in überzeugender Weise an, dass sich dieses Syndrom mit der Zeit verschlechterte. Dass dem Vorbringen der Klägerin nicht in vollem Umfang gefolgt werden kann, ergibt sich in diesem Zusammenhang auch aus der Behauptung in der Berufungsschrift, sie habe das "chronische Schmerzsyndrom" in der gegebenen, "unvorstellbaren" Intensität bereits am Abend des Unfalltages bekommen. Dagegen spricht, dass ein chronisches Schmerzsyndrom zwangsläufig nicht plötzlich an einem Tag eintreten kann. Ferner wäre die Klägerin am Unfalltag wohl nicht, wie im Schriftsatz vom 9. September 2006 mitgeteilt, nach wenigen Stunden aus dem Krankenhaus entlassen worden, wenn die behauptete "unvorstellbare" Intensität des Schmerzes vorgelegen hätte.

Die von der Klägerin zuletzt noch wegen einer angeblichen Verschlechterung geltend gemachte Hauterkrankung - die als solche schon lange bekannt ist - kann zwar angesichts der vorgelegten Bilder als belegt angesehen werden. Doch auch hier bestehen Zweifel hinsichtlich der Häufigkeit und der Intensität ihres Auftretens. Nur gelegentlich auftretende Beschwerden stellen keine Behinderung im Sinne des SGB IX dar.

Auch die Voraussetzungen des Merkzeichens "G" und damit zwangsläufig auch des Merkzeichens "B" hat das SG mit zutreffender Begründung verneint. Soweit Dr. D. eine unterstellte Gehstrecke von 50 Metern mit einem GdB von 50 bewertete, widerspricht das den Maßstäben der AHP. Die Gehstrecke als solche ist nicht mit einem GdB zu bewerten. Vielmehr geht es um die Prüfung des Vorliegens von Gesundheitsstörungen, die, bereits mit einem GdB bewertet, auch eine Limitierung der Gehstrecke bedingen. Die Bewertungen durch Dr. D. und Dr. M. und letztlich auch der anderen Ärzte beruhen auf anamnestischen Angaben der Klägerin, gegenüber denen der Senat die oben dargelegten Zweifel hat. Zu Recht hat der versorgungsärztliche Dienst von Anbeginn bemängelt, dass es an hinreichenden objektiven Befunden fehlt. Im Entlassbericht des R.klinikums vom 20. April 1999, dem einzigen Bericht, der hinsichtlich einer längerfristigen Beobachtung der Klägerin vorliegt, werden keine Beeinträchtigungen des Gehvermögens geschildert. Die Einschätzung von Dr. M., eine solche Beeinträchtigung sei aufgrund anamnestisch angegebener Gleichgewichtsstörungen, zu deren Häufigkeit jedoch keine Angabe gemacht wurden, anzunehmen, ist nicht tragfähig, zumal er selbst im Befund über einen - zwar gestützt durch den Ehemann - relativ sicheren Gang der Klägerin berichtete. Dr. D. teilte die Klägerin zudem mit, sie stehe nachts mehrfach auf, um zur Entlastung kurzzeitig umherzugehen. Ferner gab sie an, das Gehen sei nach der Behandlung durch Dr. B. sicherer geworden. Soweit in der Berufungsschrift vorgetragen wird, sie stürze mehrmals wöchentlich, kann dies nicht mit der bereits beschriebenen unterbliebenen Angabe der Sturzhäufigkeit gegenüber Dr. M. in Einklang gebracht werden.

Aus den dargestellten Gründen konnte sich der Senat auch keine Überzeugung davon verschaffen, dass das SG eine gestörte Orientierungsfähigkeit zu Unrecht nicht berücksichtigt hat.

Die Entscheidung des SG belastet die Klägerin mithin nicht.

Die Berufung war zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-10