

L 6 SB 263/07

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

6

1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 9 SB 2729/05

Datum
21.11.2006

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 263/07

Datum
11.12.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21.11.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob beim Kläger die Schwerbehinderteneigenschaft mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 festzustellen ist.

Bei dem 1944 geborenen Kläger stellte das damalige Versorgungsamt (VA) mit Bescheid vom 27.04.1995 den GdB mit 20 seit 18.11.1994 wegen Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule mit Ausstrahlungen fest.

Am 08.01.2003 beantragte der Kläger die Neufeststellung seines GdB. Das VA zog u. a. die Arztbriefe des Neurologen Dr. R. vom 26.03.2002 und des Neurologen und Psychiaters Dr. R. vom 08.04.2002 (beidseitiges, rechtsbetontes Carpal-Tunnelsyndrom [CTS], radikuläres Reizsyndrom entsprechend C7), den Entlassungsbericht nach der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der Rheintalklinik B. K. vom 03.04.2003 über die stationäre Behandlung vom 04.03 bis 25.03.2003 (rezidivierende Lumboschialgien bei Beckenschiefstand und Wirbelsäulenskoliose, Cervicobrachialgien bei degenerativen Halswirbelsäulen-[HWS-]Veränderungen, Impingementsyndrom der linken Schulter, Bandscheibenvorfall [BSV] L5/S1 bei Zustand nach Chemonukleolyse 1986 und BSV L4/5 [2001]) und den Arztbrief der medizinisch-psychosomatischen Klinik R. vom 12.07.2000 nach der stationären Behandlung vom 19.04. bis 06.06.2000 (Major Depression, remittiert, Tinnitus links, Schwerhörigkeit, HWS-, Brustwirbelsäulen [BWS-], Lendenwirbelsäulen- [LWS-] Syndrom nach BSV 1986 und gemischte Hyperlipidämie) bei. Dr. G. bewertete in der versorgungsärztlichen (vā) Stellungnahme vom 10.07.2003 die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und das Schulter-Arm-Syndrom mit einem Teil-GdB von 30, die Ohrgeräusche und die depressive Verstimmung mit einem Teil-GdB von 20 und den Gesamt-GdB mit 40. Mit Bescheid vom 17.07.2003 stellte das VA den GdB mit 40 seit 08.01.2003 fest. Im anschließenden Widerspruchsverfahren führte die Obermedizinalrätin Dr. Sch. in der vā Stellungnahme vom 20.08.2003 aus, ein höherer Gesamt-GdB als 40 sei nicht begründet. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 22.08.2003 zurückgewiesen.

Auf den weiteren, am 12.09.2003 gestellten Neufeststellungsantrag zog das VA u. a. die Arztbriefe des Internisten Dr. M. vom 25.08.2003 über die Koloskopie (kein Nachweis eines pathologischen Colonprozesses) und des Pathologen Prof. Dr. B. vom 01.09.2003 (leichte chronische Entzündung und umschriebene polypöse Hyperplasie der Dickdarmschleimhaut ohne Anhalt für Malignität) bei. Dr. M. bewertete den GdB in der vā Stellungnahme vom 07.02.2004 wie in der Stellungnahme vom 10.07.2003. Mit Bescheid vom 11.02.2004 lehnte das VA den Antrag auf Neufeststellung des GdB ab.

Am 09.05.2005 stellte der Kläger wiederum Neufeststellungsantrag. Er begründete diesen mit "Bandscheiben, Taubheitsgefühl am linken Arm". Das VA veranlasste den Befundbericht des Radiologen Dr. Th. vom 27.06.2005. Dieser führte aus, der Kläger werde seit 1998 wiederholt mittels CT-gesteuerter minimalinvasiver Schmerztherapie (CT-gesteuerte periradikuläre Therapie [PRT]) im Bereich der LWS und auch der HWS behandelt. Der Kläger habe sowohl im LWS- als auch im HWS-Bereich teils radikuläre, teils pseudoradikuläre Symptome angegeben, dabei auch Parästhesien. Auf die jüngst durchgeführte CT-gesteuerte PRT im Bereich der LWS am 11.04 und 06.05.2005 habe der Kläger entsprechend seinen Angaben wiederum mit einer guten Beschwerdeverbesserung reagiert. Neurologische Ausfälle in Form von Paresen habe es zu keinem Zeitpunkt während der Behandlung gegeben. Dr. Th. übersandte seine Arztbriefe vom 25.03.2004, 11.04, 03.05 sowie 27.06.2005 über die Kernspintomographien der LWS vom 25.03.2004 und 07.04.2005 sowie über die PRT-Behandlungen vom 11.04.

und 06.05.2005). Dr. S. vertrat in der vā Stellungnahme vom 13.07.2005 die Auffassung, die Wirbelsäulenbeschwerden und Bandscheibenveränderungen seien mit 30 sehr ausreichend bewertet insbesondere im Hinblick auf die Beschwerdebesserung durch Therapie und das Fehlen neurologischer Ausfälle. Mit Bescheid vom 18.07.2005 lehnte das VA den Antrag auf Neufeststellung des GdB ab. Der dagegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 10.08.2005 zurückgewiesen.

Am 05.09.2005 erhob der Kläger Klage bei dem Sozialgericht Ulm (SG). Er legte den Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. H. vom 26.09.2000 (HWS-Syndrom, Impingement der linken Schulter), den undatierten Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. H. (lumbales Wurzelkompressionssyndrom) und das MDK-Gutachten von Dr. S. vom 13.11.2006 (sensibles Wurzelkompressionssyndrom L5 links bei Nucleus-pulposus-Prolaps [NPP] L4/5, degeneratives HWS-Syndrom und Impingementsyndrom der linken Schulter) vor. Der Beklagte trat der Klage entgegen. Das SG hörte den Orthopäden Dr. B., den Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. und den Allgemeinarzt Dr. M. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. B. hatte den Kläger lediglich am 16.06.2004 an der linken Schulter untersucht und schätzte den insoweit bestehenden GdB auf 0 (schriftliche Zeugenaussage vom 15.12.2005). Dr. H. beschrieb in der Zeugenauskunft vom 20.01.2006 ein chronisches Lumbalsyndrom mit Bandscheibenprotrusionen, eine pseudoradikuläre Wurzelsymptomatik und einen chronischen Tinnitus aurium mit psychovegetativer Symptomatik. Er übersandte den Arztbrief des Hals-Nasen-Ohren-(HNO)-Arztes Priv. Doz. Dr. Qu. vom 07.04.2005 (Septumdeviation, Hyposmie und chronische polypöse Pansinusitis). Dr. M., der den Kläger seit 12.09.2006 hausärztlich behandelt, diagnostizierte in der schriftlichen Zeugenaussage vom 14.11.2006 einen Diskusprolaps der LWS, eine Spinalkanalstenose in Höhe L3/4, Schmerzen im Sinne einer Lumboischialgie links, eine Fußheberparese links als Ausdruck einer Druckschädigung der S1-Nervenwurzel, eine vegetative Dystonie bei chronischen Schmerzen und einen Tinnitus bei vegetativer Dystonie. Der Kläger sei chronischer Schmerzpatient. Dr. M. übersandte die Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. Sch. vom 09.10.2006 (Ursache der Lumboischialgie sei eine nicht mehr ganz frische blande Irritation der lumbosacralen Wurzel S1/L5 links ohne eindeutige motorische oder Reflexausfälle und mit nur geringer Veränderung des H-Reflexes), des Radiologen Dr. H. vom 13.10. sowie 06.11.2006 über die Kernspintomographie der LWS vom 09.10.2006 und die CT-gesteuerte PRT der LWS vom selben Tag) und des Orthopäden Dr. P. vom 27.09.2006 (alter BSV der LWS und Verdacht auf chronische S1-Läsion links).

Auf den Antrag des Klägers gem. § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erhob das SG das Gutachten des Orthopäden Dr. Sk. vom 13.06.2006 mit dem radiologischen Zusatzgutachten des Instituts für diagnostische Radiologie der Klinik am E. vom 23.05.2006. Dr. Sk. diagnostizierte auf orthopädischem Fachgebiet ein chronisch rezidivierendes Cervicalsyndrom mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit der HWS und muskulärer Verspannung der HWS- und Nackenmuskulatur, ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom bei linkskonvexer lumbaler Skoliose, Spondylarthrose und Spondylose der LWS mit Baastup-Phänomen, einen BSV L5/S1 bei Zustand nach Chemonukleolyse 1986, einen BSV L4/5 mit linksseitiger sensibler Ausfallsymptomatik im Bereich der Wurzel L5 und S1, einen Beckenschiefstand, ein Impingementsyndrom des linken Schultergelenks mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung bei Hypertrophie des AC-Gelenkes und Läsion der Rotatorenmanschette, eine Amputation des Endgliedes des rechten Zeigefingers, eine minimale beginnende mediale Gonarthrose beidseits, einen Spreizfuß beidseits, eine verkürzte Wadenmuskulatur beidseits mit leichter Einschränkung der Dorsiflexion im oberen Sprunggelenk beidseits und auf anderen Fachgebieten Ohrgeräusche links mit Schwerhörigkeit sowie eine Major Depression. Er bewertete die Funktionsstörung der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 40, die Funktionsstörung des linken Schultergelenks mit einem Teil-GdB von 10, die Ohrgeräusche sowie die depressive Verstimmung mit einem Teil-GdB von 20 und den Gesamt-GdB mit 50. Hierzu legte der Beklagte die vā Stellungnahme von Dr. F. vom 18.08.2006 vor. Dieser vertrat die Auffassung, für die Beeinträchtigung der Wirbelsäule sei kein Teil-GdB von 40 anzunehmen. Aufgrund der im orthopädischen Untersuchungsbefund enthaltenen Funktionswerte der Wirbelsäulenbeweglichkeiten sei nicht von schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten auszugehen. Das SG wies die Klage mit Urteil vom 21.11.2006 - dem damaligen Prozessbevollmächtigten des Klägers am 28.12.2006 zugestellt - ab.

Am 15.01.2007 hat der Kläger Berufung bei dem Landessozialgericht eingelegt. Er hat den Arztbrief von Dr. M. vom 28.11.2006, in dem dieser im Wesentlichen die gleichen Diagnosen wie in der Zeugenauskunft vom 14.11.2006 gestellt hat, dessen Bescheinigung vom 16.09.2007 (der Kläger sei höher als 40 % einzustufen), die Arztbriefe von Dr. Sch. vom 02.05.2007 (Ursache des Ohrgeräusches seien eine Kombination aus Verschleißerscheinungen der Halswirbel und ersten cerebrovaskulären Durchblutungsstörungen), des Orthopäden Dr. K. vom 14.09.2007 (bei dem Kläger bestehe ein Tinnitus bei kernspintomographisch manifester C3 - C7-Protrusion), und den Entlassungsbericht vom 27.07.2006 nach der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der B.-Klinik B. K. vom 05.07 bis 26.07.2006 (degeneratives HWS-Syndrom mit Bewegungsdefizit, idiopathische Skoliose, degenerative Veränderungen der LWS, ausgeprägte Bewegungseinschränkung und Muskelkontrakturen, Impingement der linken Schulter mit erheblichem Bewegungsdefizit) übersandt. Der Kläger vertritt die Auffassung der GdB betrage wegen des Tinnitus und der Wirbelsäulenbeschwerden 50.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21.11.2006 sowie den Bescheid vom 18.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.08.2005 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihm einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat die Neurologin und Psychiaterin Dr. K.-M., den Facharzt für Allgemeinmedizin und spezielle Schmerztherapie Dr. M.-Sch., den Orthopäden Dr. F. und Dr. M. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. K.-M. hat unter dem 15.06.2007 aufgrund der Behandlungen vom 24.01.2006 und 10.05.2007 ein CTS beidseits, einen Tinnitus, ein chronisches Wirbelsäulensyndrom und eine subdepressive Stimmungslage mit Somatisierungstendenzen und erheblichen Schlafstörungen beschrieben. Dr. M.-Sch. hat den Kläger lediglich im März und April 2000 behandelt (Zeugenaussage vom 12.06.2007). In seiner Zeugenauskunft vom 28.09.2007 hat Dr. F. einen chronischen therapieresistenten plantaren Fersensporn links, eine Cervicobrachialgie und Cervicocephalgie mit Wurzelreiz bei Bandscheiben-Protrusio C3 - C7, eine Blockade im Bereich der HWS links, einen cervicogenen Tinnitus und eine chronische therapieresistente Lumboischialgie bei BSV L3/4 und L4/5 mit Wurzelreiz beschrieben. Dr. M. führte unter dem 20.10.2007 aus, bei der Funktionsbeeinträchtigung der HWS und LWS handele es sich um schwere körperliche Beeinträchtigungen. Er übersandte u. a. die Arztbriefe von Dr. H. vom 13.12.2006 nach einer

Kernspintomographie des Kopfes und der HWS, von Dr. K.-M. vom 20.05.2007 über die Behandlung vom 10.05.2007, von Dr. Sch. vom 23.01.2007, des Orthopäden Dr. K. vom 07.08.2007 (chronische Lumboischialgie, Protrusio C3 - C7, Blockierung im Bereich der HWS links, Verdacht auf cervicogenen Tinnitus, Protrusio L3/4 und L4/5) und des Orthopäden Dr. P. vom 26.04.2007 (schmerzhafter Fersensporn links, Senk-Spreizfüße). Das Gericht hat ferner medizinische Unterlagen aus den Akten der DRV B.-W. beigezogen. Darunter befinden sich u. a. die Arztbriefe von Dr. Sch. vom 29.11. und 04.12.2006 (degenerative HWS-Veränderungen), der Neurologin und Psychiaterin Dr. H. vom 25.01.2006 (CTS links mehr als rechts) und das Gutachten des Chirurgen Dr. R. vom 23.05.2007. Der Beklagte legte zu den Zeugenauskünften und den beigezogenen Unterlagen die vā Stellungnahme von Dr. G. vom 26.02.2008 vor. Dieser hielt an der bisherigen Beurteilung fest.

Das Gericht hat eine Begutachtung auf orthopädischem Fachgebiet durch Dr. H. veranlasst. Der Sachverständige hat im Gutachten vom 12.04.2008 schmerzhafte Funktionsstörungen der LWS mit ausstrahlenden Schmerzen und Missempfindungen im linken Bein bei mäßiggradigen bis fortgeschrittenen Verschleißerscheinungen der unteren lumbalen Bewegungssegmente und relativer Enge des knöchernen Wirbelkanals in den oberen lumbalen Abschnitten, anhaltende Sensibilitätsstörungen im linken Fuß, eine Abschwächung der Fußreflexe links gegenüber rechts als Hinweis auf neurologische Begleitschäden, schmerzhafte Funktionsstörungen der HWS bei mäßiggradigen bis ausgeprägten Verschleißerscheinungen der Bewegungssegmente vom 3. bis zum 7. Halswirbel ohne Nachweis neurologischer Begleiterscheinungen, gelegentliche Sensibilitätsstörungen in den Finger 1-3 der rechten Hand bei in der Vergangenheit nachgewiesenem CTS ohne offenkundige Muskelverschmächtigungen im Daumenballen, mäßiggradige Verformungen der Fingermittegelenke 3 rechts und 2 links ohne wesentliche Einschränkung der Fingerbeweglichkeit, einen Fersensporn links, wobei der Kläger nach Ultraschallbehandlung offenbar weitgehend beschwerdefrei sei, und gelegentliche schmerzhafte Funktionsstörungen des linken Schultergelenks bei Schulterreckgelenksarthrose und degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette ohne Rissbildung beschrieben. Er hat die schmerzhaften Funktionsstörungen der Wirbelsäule mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen zweier Wirbelsäulenabschnitte mit einem Teil-GdB von 40, die schmerzhaften Funktionsstörungen der Fingergelenke bei Verformungen in den Fingermittegelenken 3 rechts und 2 links mit einem Teil-GdB von 10, die gelegentlichen Sensibilitätsstörungen in den Fingern 1 bis 3 der rechten Hand bei neurologischerseits nachgewiesenem CTS ohne offenkundige Verschmächtigung der regionalen Muskulatur mit einem Teil-GdB von 10, die schmerzhaften Funktionsstörungen der linken Schulter mit einem Teil-GdB von 10 und den Gesamt-GdB mit 40 bewertet. Hierzu legte der Beklagte die vā Stellungnahme von Dr. W. vom 03.07.08 vor, der die Auffassung vertrat, bei der Annahme von mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten seien in dem Gutachten offenbar vordergründig subjektiv vorgetragene Beschwerden berücksichtigt worden. Die objektiv fassbaren Befunde erlaubten diese Bewertung nicht. Der bisherige Teil-GdB von 30 für das Wirbelsäulenleiden sei somit nicht zu erhöhen. Dr. H. hat in der daraufhin veranlassten ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 26.07.2008 ausgeführt, er habe subjektive Beschwerden bei der Einschätzung des GdB berücksichtigt, diese aber anhand der umfangreichen Anamnese, der Aktenlage, der klinischen Untersuchungsbefunde und der vorgelegten Bildgebung auf Plausibilität überprüft. Die endgültige Bewertung der Aussage des Klägers bezüglich Umfang und Art der Beschwerden sei letztlich eine juristische Aufgabe. Zu der Bewertung des Tinnitus und der depressiven Verstimmung hat der Sachverständige dargelegt, der Kläger habe im Rahmen seiner Begutachtung lediglich bei der vegetativen Anamnese erwähnt, dass er gelegentlich Schlafstörungen aufgrund von Ohrgeräuschen habe. Das Schlafmuster scheine dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt. Spontan habe er nicht über einen Tinnitus geklagt. Ihm sei im Rahmen der Begutachtung auch keine offenkundige depressive Verstimmung aufgefallen. Nach seiner Einschätzung erhöhe sich der Gesamt-GdB durch den Tinnitus und die depressive Verstimmung nicht. In der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2008 hat der Kläger vorgetragen, Dr. H. habe zu dem Tinnitus keine näheren Angaben hören wollen. Im Jahr 2007 sei er wegen des Tinnitus einmalig bei dem HNO-Arzt Dr. M. in Behandlung gewesen. Insgesamt seien die Ohrgeräusche, die auch stressabhängig auftraten, seit der stationären Behandlung im Jahr 2000 etwas besser geworden. Die Verhandlung ist zur Durchführung weiterer Ermittlungen vertagt worden. Der Senat hat Dr. M. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat unter dem 29.10.2008 aufgrund der Behandlung des Klägers im Februar und März 2007 sowie im Oktober 2008 (21.02., 23.02., 20.03.2007 und 01.10.2008) starke Ohrgeräusche mit Konzentrationsstörungen, Leistungsabfall, Schlaflosigkeit, Nervosität und Depressionen, ferner eine beidseitige gering- bis mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beschrieben. Er schätze den GdB auf 50 wegen der Stärke des Tinnitus und seiner Begleiterscheinungen. Der Kläger hat weitere Arztbriefe über die Behandlungen in den Jahren 2000 und früher sowie die Auskunft der IKK B.- W. und H. vom 13.10.2008 vorgelegt, aus der sich Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Tinnitus in den Jahren 1999 und 2000 ergeben. Auf die Mitteilung des Klägers über starke Schmerzen im rechten Mittelfinger, deretwegen er sich habe röntgen lassen, hat der Senat die Zeugenauskunft des Chirurgen Dr. Sch. vom 25.10.2008 eingeholt. Darin wird eine Arthrose im proximalen Interphalangealgelenk des rechten Mittelfingers beschrieben.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte des Beklagten sowie der Prozessakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§ 151 Abs. 1 des SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist statthaft und zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. In den Verhältnissen, wie sie der letzten bindenden Feststellung des GdB mit Bescheid vom 17.07.2003 zu Grunde gelegen haben, ist keine Änderung eingetreten, die so wesentlich ist, dass nunmehr die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt wäre.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger geltend gemachte Neufeststellung ist [§ 48 Abs. 1](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei dessen Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Als wesentlich in diesem Sinn ist eine Änderung dann anzusehen, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. In diesem Fall ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, ist durch einen Vergleich des Zustandes zu ermitteln, wie er bei der letzten bindenden Feststellung einerseits und im Zeitpunkt der begehrten Neufeststellung andererseits vorgelegen hat.

Bei der Bewertung des GdB 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 2008 (AHP) niedergelegt sind (vgl. dazu auch 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 AHP 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. Sie haben deshalb normähnliche Auswirkungen und sind 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 AHP 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 AHP 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](#)).

Vorliegend war demnach zu prüfen, ob im Gesundheitszustand des Klägers, wie er dem Bescheid vom 17.07.2003 zugrunde gelegen hat, mit dem erstmals ein GdB von 40 festgestellt worden war, eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten ist, die es erfordert, anstelle des bisherigen GdB von 40 nunmehr einen solchen von 50 festzustellen. Dies war hier nicht der Fall. Die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule sind mit einem Teil-GdB von 30 zutreffend bewertet. Nach den AHP, 26.18 S. 116 kommt erst bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 in Betracht. Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) sind mit einem GdB von 30 zu bewerten. Allerdings liegen bei dem Kläger Funktionsstörungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, nämlich im Bereich der LWS und der HWS vor. Der Kläger leidet im Bereich der LWS an schmerzhaften Funktionsstörungen mit ausstrahlenden Schmerzen und Missempfindungen im linken Bein bei mäßiggradigen bis fortgeschrittenen Verschleißerscheinungen der unteren lumbalen Bewegungssegmente und relativer Enge des knöchernen Wirbelkanals in den oberen lumbalen Abschnitten, anhaltenden Sensibilitätsstörungen im linken Fuß, Abschwächung der Fußreflexe links gegenüber rechts als Hinweis auf neurologische Begleitschäden und im Bereich der HWS an schmerzhaften Funktionsstörungen bei mäßiggradigen bis ausgeprägten Verschleißerscheinungen der Bewegungssegmente vom 3. bis 7. Halswirbel ohne Nachweis neurologischer Begleiterscheinungen (Gutachten von Dr. H. vom 12.04.2008). Diese Diagnosen werden im Wesentlichen bestätigt durch die Zeugenauskünfte von Dr. H. vom 20.01.2006 und Dr. K.-M. vom 15.06.2007, das gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholte Gutachten von Dr. S. vom 13.06.2006 sowie durch den beigezogenen Entlassungsbericht vom 27.07.2006 nach der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der B.-Klinik B. K., das MDK-Gutachten von Dr. S. vom 13.11.2006 und das durch die DRV B.-W. veranlasste Gutachten von Dr. R. vom 23.05.2007. Soweit Dr. S., Dr. R. und Dr. S. BSVe bei L5/S1 und L4/5 beschrieben haben, ergibt sich hieraus keine Abweichung gegenüber dem Gutachten von Dr. H. ... Die von Dr. H. beschriebenen mäßiggradigen bis fortgeschrittenen Verschleißerscheinungen der unteren lumbalen Bewegungssegmente sind im Zusammenhang mit den bereits seit Jahren bestehenden BSVen L4/5 und L5/S1 zu sehen. Bei den von Dr. F. in der schriftlichen Zeugenaussage vom 28.09.2007 und von Dr. K. in den Arztbriefen vom 07.08. sowie 14.09.2007 beschriebenen Bandscheiben-Protrusionen C3-C7 handelt es sich um einen kernspintomographischen Befund, aus dem alleine keine Aussage über sich hieraus ergebende funktionelle Auswirkungen getroffen werden kann. Die Gesundheitsstörungen im Bereich der Wirbelsäule begründen keinen Teil-GdB von 40. Es liegen nämlich keine mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vor. Insbesondere ergibt sich aus dem Befundbericht von Dr. Th. vom 27.06.2005, dass der Kläger auf Schmerztherapie mit guter Beschwerdeverbesserung reagiert. Dr. Th. erhob keine neurologischen Ausfälle in Form von Paresen. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. H. ergaben sich zwar Hinweise auf neurologische Begleitschäden der Verschleißerscheinungen im Bereich der LWS in Form von anhaltenden Sensibilitätsstörungen im linken Fuß und einer Abschwächung der Fußreflexe links gegenüber rechts. Schwerergradige neurologische Ausfälle hat jedoch auch Dr. H. nicht erhoben. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. R. bestanden im Bereich der LWS und im Bereich der HWS keine Wurzelreizzeichen und keine wesentliche Funktionseinschränkung (Gutachten vom 23.05.2007). Der Kläger geht regelmäßig 50 bis 60 Minuten spazieren, kann bis zu einer Stunde ohne längere Pause auf ebener Strecke Rad fahren und übernimmt einen Teil der Arbeiten in Haushalt und Garten (Anamnese im Gutachten von Dr. H.). Eine Bewertung des Wirbelsäulenleidens mit einem Teil-GdB von 40 ist somit entgegen der Auffassung von MUDr. S. und Dr. H. nicht angemessen. MUDr. S. und Dr. H. haben ihre Beurteilung im Wesentlichen auf die subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers gestützt, jedoch hat Dr. H. in der ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 26.07.2008 eingeräumt, dass bei dem Kläger eine Verdeutlichungstendenz bestand. Während bei der Untersuchung eine eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule bestand, fiel dem Sachverständigen bei Komplexbewegungen wie z. B. beim Hinsetzen oder Aufstehen aus dem Sitzen sowie beim Ankleiden keine Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit bzw. Fixierung auf. Hierauf hat Dr. W. in der vā Stellungnahme vom 03.07.2008 zutreffend hingewiesen. Soweit Dr. H. bei seiner Bewertung die vom Kläger angegebenen Schmerzen berücksichtigt hat, ist ihm entgegen zu halten, dass die üblicherweise auftretenden Beschwerden bei den angegebenen GdB-Graden für Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen mit berücksichtigt sind. Lediglich außergewöhnliche Schmerzen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (AHP, 26.18, S. 111). Von einer außergewöhnlich belastenden Schmerzsituation geht der Senat aber nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht aus. Eine ständige Schmerztherapie wird nicht durchgeführt (Anamnese im Gutachten von Dr. H.). Soweit der Hausarzt des Klägers Dr. M. in den Zeugenauskünften vom 14.11.2006 bzw. 20.10.2007 eine höhere Bewertung der Wirbelsäulenproblematik für erforderlich gehalten hat, konnte der Senat dem nicht folgen. Dr. M. hat keine wesentlich anderen Diagnosen erhoben als Dr. H., MUDr. S. und Dr. R. ... Im Übrigen bestand bei der Untersuchung durch Dr. H. keine Fußheberschwäche links, wie sie Dr. M. beschrieben hatte. Dr. H. hat ferner zutreffend darauf hingewiesen, dass es sich bei der von Dr. M. erhobenen Spinalkanalstenose um einen radiologischen Befund handelt, dem per se kein eigener Krankheitswert zukommt. Die Beschwerden, die der Kläger angibt, sind auch nicht vereinbar mit den typischerweise mit einer Spinalkanalstenose einhergehenden Problemen. Auch hat Dr. M. seine Beurteilung wesentlich auf die subjektiven Beschwerdeangaben gestützt.

Der Tinnitus und die depressive Verstimmung sind mit einem Teil-GdB von allenfalls 20 zu bewerten. Ob diese Einschätzung weiterhin zutreffend ist, die unter Berücksichtigung der im Jahr 2000 diagnostizierten Major Depression (Arztbrief der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck vom 12.07.2000) erfolgte, kann offen bleiben, da jedenfalls eine höhere Bewertung nicht in Betracht kommt. Der Kläger hat bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. H. nicht spontan über den Tinnitus geklagt, lediglich im Rahmen der vegetativen Anamnese über gelegentliche Schlafstörungen aufgrund von Ohrgeräuschen berichtet. Eine offenkundige depressive Verstimmung ist bei der Untersuchung durch Dr. H. nicht aufgefallen. Der Kläger ist sozial gut integriert, hat einen strukturierten Tagesablauf und ist genussfähig (ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Dr. Hepp vom 26.07.2008). Auch aufgrund der Einwendungen des Klägers, Dr. H. habe keine näheren Angaben zu dem Tinnitus hören wollen, ergibt sich nichts anderes. Zwar hat der behandelnde HNO-Arzt Dr. M. den GdB (gemeint ist wohl der Gesamt-GdB) "wegen der Stärke des Tinnitus und seiner Begleiterscheinungen" auf 50 geschätzt. Aus seiner Zeugenauskunft folgt aber, dass der Kläger sich wegen der Ohrgeräusche nicht engmaschig in ärztlicher Behandlung befindet. Im Jahr 2007

erfolgte lediglich eine dreimalige Konsultation bei Dr. M. in den Monaten Februar und März. Der weitere Termin am 01.10.2008 wurde offensichtlich aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2008, in der der Kläger auch die Frage eines nochmaligen Besuchs bei Dr. M. aufgeworfen hatte, vereinbart. Eine schwerwiegende Beeinträchtigung durch den Tinnitus sieht der Senat deshalb nicht. Eine regelmäßige Behandlung auf psychiatrischem Fachgebiet ist nicht ersichtlich. In Betracht kommt daher lediglich eine Bewertung des Tinnitus und der depressiven Verstimmung als leichtere psychovegetative oder psychische Störung im Sinne der AHP, 26.3, S. 48. Mit der Bewertung der psychiatrischen Problematik mit einem Teil-GdB von 20 ergibt sich im Übrigen angesichts der Überschneidungen der funktionellen Einschränkungen wegen der Wirbelsäulenbeschwerden mit den auf nervenärztlichem Fachgebiet bestehenden Beschwerden eine im Ergebnis übereinstimmende Beurteilung mit Dr. H., der zwar für die Wirbelsäulenbeschwerden einen Teil-GdB von 40, für die nervenärztliche Problematik aber nur einen Teil-GdB von 10 angenommen hat.

Die Funktionsstörung im Bereich der linken Schulter ist mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Zwar werden im Entlassungsbericht der B.-Klinik B. K. vom 27.07.2006 eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung und Muskelkontrakturen sowie ein Impingement der linken Schulter mit erheblichem Bewegungsdefizit beschrieben. Eine dauerhafte schwerwiegende Funktionseinschränkung aufgrund des Impingementsyndroms des linken Schultergelenks besteht aber nicht. So gab Dr. R. in seinem für die RV B.-W. erstatteten Gutachten insoweit lediglich eine leichte Funktionseinschränkung an. MUDr. Sklepek und Dr. H. bewerteten die Problematik im Bereich der linken Schulter mit einem Teil-GdB von 10. Dr. B. nahm in der Zeugenauskunft vom 15.12.2005 sogar einen GdB von 0 wegen der Schulterbeschwerden an.

Das CTS ist mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten (Gutachten Dr. H. vom 12.04.2008). Eine erhebliche funktionelle Einschränkung durch das CTS besteht nicht. Die Arthrose im proximalen Interphalangealgelenk des rechten Mittelfingers (Zeugenauskunft von Dr. Sch. vom 25.10.2008) führt zu keinem messbaren GdB. Erst der Verlust etwa des Mittelfingers würde einen GdB von 10 bedingen (AHP, 26.18, S. 121). Einer solchen Behinderung können die Beschwerden des Klägers in diesem Bereich nicht gleichgestellt werden.

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 (AHP, 19 Abs. 1, S. 24). Vielmehr ist darauf abzustellen, ob und wie die Auswirkungen von einzelnen Beeinträchtigungen einander verstärken, sich überschneiden oder aber auch gänzlich voneinander unabhängig 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). 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 (AHP, 19 Abs. 3, S. 25). Von Ausnahmefällen abgesehen führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, 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 (AHP, 19 Abs. 4, S. 26).

Der Teil-GdB von 30 aufgrund der Wirbelsäulenproblematik wird durch die Beschwerden aufgrund des Tinnitus und der depressiven Verstimmung auf nicht mehr als 40 angehoben, die Problematik im Bereich der linken Schulter führt zu keiner weitergehenden Erhöhung des Gesamt-GdB. Diese Bewertung des Gesamt-GdB steht im Einklang mit der Beurteilung durch Dr. Hepp. Da bindend nur über den Gesamt-GdB entschieden wird, insoweit aber keine wesentliche Verschlimmerung gegeben ist, konnte die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben und war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Für die Zulassung der Revision liegen keine Gründe vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-01-12