

L 6 SB 3640/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6

1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 10 SB 3973/04

Datum
13.06.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 3640/06

Datum
19.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 13.06.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) des 1945 geborenen Klägers.

Das Versorgungsamt (VA) hatte nach Einholung des ärztlichen Befundscheins von dem Arzt für Chirurgie Dr. M. vom 13.04.1999 und unter Berücksichtigung der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 08.07.1999 beim Kläger zuletzt mit Bescheid vom 08.07.1999 unter Berücksichtigung einer Schwerhörigkeit als Funktionsbehinderung einen GdB von 40 ab 31.03.1999 anerkannt. Der hiergegen am 21.07.1999 eingelegte Widerspruch wurde nach Einholung des ärztlichen Befundscheins von Dr. M. vom 18.08.1999 und unter Berücksichtigung der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 14.09.1999 mit Widerspruchsbescheid vom 01.12.1999 zurückgewiesen.

Am 22.03.2004 beantragte der Kläger die Erhöhung des GdB und wies dabei auf seine Schwerhörigkeit sowie die hinzugetretene Bandscheibenproblematik hin. Das VA holte daraufhin die ärztlichen Befundscheine des Arztes für Chirurgie Dr. Sch. vom 14.04.2004 und des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten Dr. Sch. vom 26.04.2004 ein. Dr. Sch. führte unter Beifügung des Arztbriefes des Radiologen Dr. Dr. G. vom 10.02.2004 (Beurteilung der Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule und des thoraco-lumbalen Übergangs: beginnende Spondylosis deformans mit leichten Spondylarthrosen mit deutlichem Prolaps im Segment L5/S1 mediolateral links mit breitbasigem Kontakt zur Nervenwurzel S1, linksbetonte Protrusionen bei L3/L4 und L4/L5 jeweils bis ins linke Neuroforamen reichend) aus, die Beweglichkeit des Klägers sei auf Grund degenerativer Veränderungen der Lendenwirbelsäule endgradig schmerzhaft eingeschränkt. Dr. Sch. diagnostizierte unter Beifügung des Ergebnisprotokolls über die am 08.04.2003 durchgeführte Hörprüfung einen Zustand nach Vestibulopathie links und eine Innenohrschwerhörigkeit beidseits. Dr. St. brachte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 13.06.2004 eine Schwerhörigkeit (Teil-GdB 30) sowie eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und einen Bandscheibenschaden (Teil-GdB 20) als Behinderungen in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 40. Daraufhin lehnte das VA den Neufeststellungsantrag des Klägers mit Bescheid vom 25.06.2004 ab.

Hiergegen legte der Kläger am 20.07.2004 unter Hinweis auf mehrfach durchgeführte Leistenoperationen Widerspruch ein. Das VA holte die ärztlichen Befundscheine des Arztes für Urologie Dr. K. vom 28.09.2004 und des Facharztes für Chirurgie Dr. Sch. vom 30.09.2004 ein. Dr. Kempter führte aus, die Untersuchung an den Urogenitalorganen habe keinen pathologischen Befund ergeben. Dr. Sch. legte dar, röntgenologisch fänden sich degenerative Veränderungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule, in den Hüften und in beiden Kniegelenken. Hierzu führte Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 07.11.2004 aus, es liege keine wesentliche Änderung in den Verhältnissen vor. Beginnende Veränderungen ohne wesentliche Funktionseinschränkung bedingten keine messbaren GdB. Hierauf gestützt wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 17.11.2004 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 27.12.2004 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG). Zur Begründung wies er im Wesentlichen auf die Schwere seiner Wirbelsäulenproblematik mit einhergehenden Problemen beim Wasserlassen, eine Verschlimmerung seiner Schwerhörigkeit, Schlafstörungen sowie Minderleistungen der Bauchmuskulatur in Folge mehrfacher Leistenoperationen hin. Vorgelegt wurden der Bericht über die Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung von der Arbeitsmedizinerin Dr. G. vom 16.03.2005 und der Arztbrief der Allgemeinärztin Dr. R. vom 03.03.2006 (Diagnose: Hämorrhoiden, interner Rektumprolaps und chronische Analfissur).

Das SG holte die sachverständigen Zeugenauskünfte des Internisten Dr. K. vom 14.04.2005, des Arztes für Chirurgie Dr. Sch. vom 15.04.2005 und von Dr. Sch. vom 18.04.2005 ein. Dr. K. führte unter Beifügung der Arztbriefe des Dr. N. vom 15.02.2005 (Diagnosen: Protrusion HWK 5-7, Prolaps L5/S1, Streckfehlhaltung, Uncovertebralarthrosen HWK 5/6, Protrusio HWK 4/4), des Radiologen Dr. Schn. vom 03.11.2003 (Beurteilung einer Röntgenuntersuchung der Fersen: entzündliche Veränderung der Plantarfascie ohne Verkalkung) sowie des Dr. K. vom 20.01.2000 (Diagnose: Prostatahyperplasie), 18.09.2002 (Diagnose: Urolithiasis), 21.04.2004 (Diagnose: Prostatahyperplasie) und 21.09.2004 (Diagnosen: Prostatahyperplasie und Nykturie) aus, er habe den Kläger im Wesentlichen wegen eines Bluthochdrucks und einer Fettstoffwechselstörung behandelt. Der Arzt für Chirurgie Dr. Sch. führte unter Beifügung des Arztbriefs des Radiologen Dr. Sp. vom 18.01.2005 (Beurteilung einer Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule: Streckfehlhaltung mit Nachweis im Vordergrund stehender Uncovertebralarthrosen der Segmente HWK 5/6 rechts mit osteodiscogener nahezu kompletter Verlegung des Foramen rechtsseitig, flache Protrusio im Segment HWK 3/4 median) aus, der Kläger sei wegen seiner Wirbelsäulenproblematik in seiner Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. Dr. Sch. gab an, als manifester krankhafter Befund sei die mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits anzusehen. Hierzu wird in der versorgungszärztlichen Stellungnahme vom 16.08.2005 ausgeführt, für eine Heraufsetzung des GdB gebe es medizinisch keine ausreichende Grundlage.

Sodann holte das SG das orthopädische Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. C. vom 20.10.2005 ein. Der Sachverständige führte als Gesundheitsstörungen eine mittelgradige Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule auf Grund kernspintomographisch nachgewiesener degenerativer Veränderungen der unteren Halswirbelsäule, eine endgradige Funktionseinschränkung der Brustwirbelsäule auf Grund einer leichten kyphotischen Fehlstatik sowie eine endgradige Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei kernspintomographisch nachgewiesenen, klinisch zur Zeit stummen Bandscheibenschäden in den unteren lumbalen Segmenten auf und bewertete den Teil-GdB für die Wirbelsäulenveränderungen mit 20.

Ferner holte das SG die sachverständigen Zeugenauskünfte des Facharztes für Chirurgie Dr. Sch. vom 03.02.2006, von Dr. G. vom 07.02.2006 und des Arztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Dr. Sch.-Sch. vom 14.02.2006 ein. Dr. Sch. führte aus, wesentliche Änderungen des Gesundheitszustandes des Klägers hätten sich nicht ergeben. Dr. G. führte unter Beifügung der Audiogramme vom 23.02.1981, 08.07.1993, 06.06.1997, 15.06.1998, 19.03.1999, 10.04.2000, 27.03.2001, 07.11.2003 und 16.03.2005 aus, hinsichtlich der Schwerhörigkeit sei eine leichte Befundbesserung eingetreten. Dr. Sch.-Sch. erläuterte, die beidseitige Innenohrschwerhörigkeit, welche derzeit mit einem Teil-GdB von 30 richtig eingeschätzt sei, führe zu einer Kommunikationsstörung, sofern sie nicht mit einem Hörgerät, welches der Kläger nicht wünsche, versorgt werde.

Mit Urteil vom 13.06.2006 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung wies es im Wesentlichen darauf hin, beim Kläger liege ein Teil-GdB für die Wirbelsäulenveränderungen von 20 und ein Teil-GdB für die Hörminderung von 30 und mithin ein Gesamt-GdB von 40 vor.

Gegen das ihm am 22.06.2006 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 20.07.2006 Berufung eingelegt. Gerügt wird, dass die sich aus dem Zustand nach mehrfachen Leistenbruchoperationen ergebenden Störungen beim Wasserlassen sowie Schlafstörungen nicht berücksichtigt worden seien. Außerdem sei eine Fissurektomie, die eingetretene Hörverschlechterung, eine Verschlechterung des Speiseröhrenleitbruchs mit ausgeprägter Refluxösophagitis, eine Nephrolithiasis und die starken Schmerzen nach der Supraspinatussehnenruptur links zu berücksichtigen. Vorgelegt wurden die Arztbriefe des Dr. K. vom 28.09.2006 (Diagnose: Prostatahyperplasie), des Dr. G., Stationsarzt in der Abteilung für Allgemein-, Abdominal- und Minimalinvasiv-Chirurgie des Krankenhauses S., vom 20.10.2006 (Diagnosen: Analfissur, Zustand nach Leistenhernie rechts 1985, Zustand nach Fisteloperation 1989, Zustand nach Leistenhernie links 1992, Zustand nach Leistenhernie rechts und Nierensteinen rechts 1997, Rückenbeschwerden, Hypertonie, Hypercholesterinämie und Pollenallergie; Therapie: Durchführung einer Fissurektomie am 18.07.2006) und des Facharztes für Gastroenterologie/Endoskopie Dr. H. vom 05.11.2007 (Diagnosen: Oberbauchbeschwerden, Refluxösophagitis und Ausschluss eines Ulcus pepticum).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 13.06.2006 und den Bescheid vom 25.06.2004 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 17.11.2004 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, seinen GdB mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat die versorgungszärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 03.05.2007 vorgelegt, in welcher dieser ausführt, der bisherige Teil-GdB von 20 für das Wirbelsäulensyndrom sei ausreichend bemessen. Nach mehrfachen Leistenbruchoperationen bestünden keine Hinweise auf ein erneutes Rezidiv beziehungsweise auf eine erhebliche Einschränkung der Belastungsfähigkeit. Unter Berücksichtigung der leichtgradigen Blasenentleerungsstörungen könne ein Teil-GdB von 10 für die Prostatavergrößerung vorgeschlagen werden, welcher den Gesamt-GdB nicht beeinflusse. Nach operativer Entfernung einer Analfissur seien GdB-relevante anhaltende Beeinträchtigungen nicht dokumentiert.

Der Senat hat die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. K. vom 04.06.2007 und des Facharztes für Allgemeinmedizin K. vom 14.03.2008 eingeholt. Dr. K. führte unter Vorlage seiner Arztbriefe vom 29.06.2005 und 26.01.2006 (Diagnose: jeweils Prostatahyperplasie) aus, am Urogenitaltrakt seien außer einer gering ausgeprägten gutartigen Vergrößerung der Prostata keine pathologischen Befunde erhoben worden. Durch die gutartige Vergrößerung der Prostata werde eine Beeinträchtigung der Blasenentleerung mit häufigem Harndrangnachträufeln nach Miktion und mehrfacher Nykturie hervorgerufen. Wegen der degenerativen Lendenwirbelsäulen-Veränderungen bestehe der Verdacht auf eine Auslösung der Nykturie durch eine Nervenwurzelirritation mit Störung der Sensorik. Er teile die Auffassung des versorgungszärztlichen Dienstes, dass auf urologischem Fachgebiet keine Behinderung vorliege. Der Facharzt für Allgemeinmedizin K. hat u. a. die Arztbriefe des Dr. N. vom 14.10.2005 (Diagnosen: Zervikalsyndrom, Lumboischialgien), des Facharztes für Chirurgie Dr. Sch. vom 16.02.2006 (Diagnose: rezidivierende Lumboischialgie), des Radiologen Dr. A. vom 14.09.2006 (Beurteilung einer Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule: Mäßige Spondylosis deformans und Spondylarthrosis deformans sowie altersentsprechender Kalksalzgehalt) und vom 19.06.2007 (Beurteilung einer Magnetresonanztomographie des linken Schultergelenks: Ruptur der

Supraspinatussehne ohne knöcherne Verletzung oder Erguss, mäßige AC-Gelenksarthrose), der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. vom 28.09.2006 (Diagnosen: Leichte chronische Wurzellesion L5/S1 rechts größer links und Verdacht auf Tinea pedis), der Allgemeinärztin Dr. R. vom 21.06.2006, 11.09.2006 und 10.09.2007 (Diagnosen: Hämorrhoiden, Zustand nach Enddarmoperation und Zustand nach Analfissur), des Dr. G. vom 20.10.2006 (Diagnose: unter anderem Zustand nach Fissurektomie am 18.10.2006), des Dr. F. Chefarztstellvertreter in der Abteilung für Allgemein-, Abdominal- und Minimalinvasiv-Chirurgie des Krankenhauses S., vom 24.10.2006 (Diagnose: unter anderem Zustand nach Fissurektomie am 18.10.2006), des Dr. S. vom 05.07.2007 (gute Klinik und gutes Bewegungsausmaß im Bereich des linken Schultergelenks und entsprechend wenig Beschwerden nach Supraspinatussehnenruptur links am 16.06.2007) und vom 02.08.2007 (Diagnose: Zustand nach Supraspinatusruptur links), des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde K. vom 26.09.2007 (Diagnose: mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit beiseits, links größer als rechts, Therapie: Einleitung einer Hörgeräteversorgung), des/der Radiologen/in Dr. O.-K. vom 07.11.2007 (Beurteilung: Tumor- und entzündungsfreie Duodenalschleimhaut, Antrum- und Corpusmucosa ohne jeweils Nachweis einer wesentlichen Entzündung, kein erkennbarer Helicobacter pylori und Drüsenkörperzysten der Corpusmucosa ohne Anhalt für Malignität), vom Radiologen Dr. B. vom 13.11.2007 (Beurteilung einer Sonografie: Normalgroße Leber mit Zeichen einer diffusen Hepatopathie vom Fettlebertyp, kein Anhalt für Leberfisteln, keine Cholestase, Gallenblase, Milz und Nieren ohne Befund, im Bereich der rechten Niere Nachweis einer ca. 3,3 cm großen Zyste, sonst rechte Niere ohne Befund, kein Ascites, keine paraorthalen Lymphome, mäßiggradige Prostatahypertrophie), des Radiologen Dr. Sch. vom 15.11.2007 (Beurteilung einer Computertomographie des Abdomens: Vermehrter Meteorismus im Bereich des gesamten Dickdarms bei seit längerem anhaltender Diarrhoe, Nachweis zweier Leistenhernien beidseits, sonst unauffällige Darstellung der Oberbauchorgane bei bekannter Rucksackzyste der rechten Niere und kein Aszites), der Hautärztin G. von 28.11.2007 (Diagnosen: Hyperkeratotisches Ekzem, Verdacht auf hyperkeratotische Fußmykose) und des Dr. K. vom 04.03.2008 (Diagnose: Prostatahyperplasie) vorgelegt. Als Gesundheitsstörungen hat er eine mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit beidseits, eine Refluxösophagitis Stadium II bei Speiseröhrengleitbruch, eine rezidivierende Analfissur und Fistelung im Analbereich, Hämorrhoiden, eine rezidivierende Gichtarthritis mit vorbekannter Hyperurikämie unter Therapie, eine Nephrolithiasis rechts (Nierensteinleiden seit 1997), einen Zustand nach Leistenbruchoperationen rechts 1985 sowie 1997 und links 1992, mehrfache Analfisteloperationen seit 1989, eine arterielle Hypertonie, eine allergische Diathese mit bekannter Pollenallergie, eine Hypercholesterinämie, eine benigne Prostatahyperplasie, eine diffuse Hepatopathie (Lebererkrankung), eine Nierenzyste, ein ausgeprägtes Wirbelsäulen- und Gelenkleiden auf allen Wirbelsäulenetagen, eine Akromioklavikulargelenksarthrose links, ein Wirbelsäulensyndrom mit neurologisch nachgewiesener Nervenwurzelläsion L5/L1, ein Zervikobrachialsyndrom und eine Supraspinatussehnenruptur links aufgeführt. Den Gesamt-GdB hat er mit 50 eingeschätzt. Zur Begründung hat er auf das deutlich verschlechterte Hörvermögen, den in Folge der Supraspinatussehnenruptur eingetretenen chronischen verbleibenden Schaden an der linken Schulter mit schwerwiegender Funktionsbeeinträchtigung, das Analleiden mit erheblicher Funktionsbeeinträchtigung sowie das neu aufgetretene Hautleiden an mehreren Körperarealen hingewiesen. Hierzu hat der Beklagte die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. S. vom 20.06.2008 vorgelegt, in welcher dieser darauf hingewiesen hat, dass Dr. K. bestätigt habe, auf urologischem Fachgebiet lägen keine wesentlichen Behinderungen vor. Der Allgemeinarzt Dr. K. habe zwar zahlreiche Gesundheitsstörungen angeführt. Daraus gingen jedoch keine weiteren anhaltenden Behinderungen mit einem Teil-GdB von wenigstens 10 hervor. Die genannten Gesundheitsstörungen seien behandelbar oder geringgradig. So werde beispielsweise auch für die Schulterverletzung eine aktive Beweglichkeit bis 120 Grad vermerkt. Insgesamt sei der Kläger nicht sehr stark schmerzgeplagt.

Schließlich hat der Senat die sachverständige Zeugenauskunft von Dr. H. vom 10.09.2008 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, bei der am 05.11.2007 durchgeführten Magenspiegelung sei eine Refluxösophagitis im Stadium II erhoben worden. Im Allgemeinen sei eine Refluxösophagitis medikamentös relativ gut behandelbar. Nur in sehr fortgeschrittenen Fällen oder wenn die Erkrankung therapierefraktär sei, sei mit einer Funktionsstörung zu rechnen. Seines Erachtens sei mit einem maximalen Teil-GdB von 20 hierfür zu rechnen. Hierzu hat der Beklagte die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 18.11.2008 vorgelegt. Er hat ausgeführt, bei der Magenspiegelung sei ein kleiner Speiseröhrengleitbruch und eine Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut im unteren Bereich festgestellt worden. Eine höher dosierte säurehemmende Medikation sei verordnet worden. Üblicherweise sei die Refluxkrankheit der Speiseröhre medikamentös gut behandelbar. Weitere Kontrolluntersuchungen seien nach bisheriger Aktenlage offenbar nicht erfolgt. Eine verbleibende Funktionsbeeinträchtigung von einem Ausmaß, das ein Teil-GdB von 20 hierfür zu begründen wäre, sei bisher nicht belegt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf einen höheren GdB als 40. Zu Recht hat der Beklagte mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 25.06.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.11.2004 eine Aufhebung des Bescheides vom 08.07.1999 und damit eine Neufeststellung des GdB abgelehnt.

Rechtsgrundlage für die Aufhebung eines Verwaltungsaktes ist [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben ([§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)). Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zu Gunsten des Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Eine wesentliche Änderung im Ausmaß der Behinderung liegt nur vor, wenn eine dauerhafte Änderung des Gesundheitszustands zu einer Änderung des GdB um wenigstens 10 führt.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Beurteilung des GdB sind die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das

Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest (§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

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

Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt (§ 69 Abs. 1 Sätze 3 und 6 SGB IX). Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei ist die seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) 2008" (AHP) getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom 10.12.2008 - [BGBl. I, S. 2412](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) anzuwenden. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 17 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind. Eine inhaltliche Änderung der bisher angewandten Grundsätze und Kriterien erfolgte hierdurch nicht. Vielmehr wurde an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft und damit gewährleistet, dass gegenüber dem bisherigen Feststellungsverfahren keine Schlechterstellung möglich ist. In der Anlage zu § 2 VersMedV ist ebenso wie in den AHP (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

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, Nr. 19 Abs. 1, S. 24 beziehungsweise Anlage zu § 2 VersMedV Teil A Nr. 3 a). 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 15.03.1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [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, Nr. 19 Abs. 3, S. 25 beziehungsweise Anlage zu § 2 VersMedV Teil A Nr. 3 c). 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 (AHP, Nr. 19 Abs. 4, S. 26 beziehungsweise Anlage zu § 2 VersMedV Teil A Nr. 3 d ee).

In den tatsächlichen Verhältnissen, die dem Bescheid vom 25.06.2004, mit welchem der Beklagte den GdB des Klägers mit 40 festgestellt hatte, zu Grunde lagen, ist keine wesentliche Änderung eingetreten.

Die beim Kläger ausweislich der aktenkundigen Audiogramme und der sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. Sch. vom 18.04.2005 und Dr. G. vom 07.02.2006 nachgewiesene mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits ist mit einem Einzel-GdB von 30 zutreffend bewertet. Insoweit verweist der Senat auf die Einschätzung von Dr. Sch., der die diesbezügliche Beurteilung des versorgungsärztlichen Dienstes für zutreffend erachtete sowie auf die AHP Nr. 26.5, S. 59 beziehungsweise auf die Anlage zu § 2 VersMedV Teil B Nr. 5, S. 35. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Einschätzung des Allgemeinmediziners K. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 14.03.2008, wonach sich die Schwerhörigkeit des Klägers insgesamt verschlechtert habe, da Dr. K. in seinem Arztbrief vom 26.09.2007 weiterhin von einer mittelgradigen Schwerhörigkeit beidseits ausging und seither keine für eine höhergradige Schwerhörigkeit sprechenden Befunde vorliegen.

Nach Ansicht des Senats ist die Wirbelsäulenproblematik zutreffend mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet. Dabei verweist der Senat auf die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. C. in seinem Gutachten vom 20.10.2005. Danach leidet der Kläger an einer mittelgradigen Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule und endgradigen Funktionseinschränkungen der Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule. Nach den AHP Nr. 26.18, Seite 116 beziehungsweise nach der Anlage zu § 2 VersMedV Teil B Nr. 18.9, S. 90 setzt ein höherer Einzel-GdB als 20 mindestens schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten voraus. Beides ist vorliegend nicht gegeben. Eine Verschlimmerung des Wirbelsäulenschadens ergibt sich weder aus den Arztbriefen von Dr. N. vom 14.10.2005 und Dr. Sch. vom 16.02.2006 noch aus der im Arztbrief von Dr. A. vom 14.09.2006 radiologisch diagnostizierten Spondylolisthesis deformans und Spondylarthrosis deformans. Denn eine hieraus resultierende Verschlechterung der Funktionsbehinderung des Klägers ist nicht aktenkundig.

Weitere einen höheren Einzel-GdB als 10 bedingende Gesundheitsstörungen sind nicht vorhanden.

Zwar ergab die im Arztbrief von Dr. H. vom 07.11.2007 dokumentierte Magenspiegelung beim Kläger eine Refluxösophagitis im Stadium II. Diese rechtfertigt aber keinen Einzel-GdB von zumindest 10. So verlangen die AHP Nr. 26.10, Seite 77 beziehungsweise verlangt die Anlage

zu § 2 VersMedV Teil B Nr. 10.1, S. 52 für eine Refluxkrankheit der Speiseröhre für einen Einzel-GdB von 10 anhaltende Refluxbeschwerden. Aus der sachverständigen Zeugenauskunft des Allgemeinmediziners K. vom 14.03.2008 ergeben sich allerdings keine Hinweise auf solche anhaltende Refluxbeschwerden. Im Übrigen ging auch Dr. H. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 10.09.2008 lediglich von einem "maximalen" GdB von 20 aus. Des Weiteren gibt der Senat zu bedenken, dass, worauf Dr. Götz in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 18.11.2008 zu Recht hingewiesen hat, weitere Kontrolluntersuchungen bei Dr. H. hinsichtlich der Refluxösophagitis nicht aktenkundig sind und mithin von einer anhaltenden Funktionsbeeinträchtigung diesbezüglich nicht auszugehen ist.

Auch auf urologischem Fachgebiet ist kein Einzel-GdB von wenigstens 10 zu berücksichtigen. Zwar wurde beim Kläger ausweislich der Arztbriefe von Dr. K. vom 21.04.2004, 20.09.2004, 29.06.2005, 26.01.2006, 28.09.2006 und 04.03.2008 jeweils eine Prostatahyperplasie diagnostiziert. Diese wurde aber zum Einen durch Dr. B. in seinem Arztbrief vom 13.11.2007 nur als mäßiggradig beurteilt. Zum Anderen hat Dr. K. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 04.06.2007 für den Senat nachvollziehbar ausgeführt, dass auf urologischem Fachgebiet keine Behinderung vorliege, zumal es sich um eine gutartige Prostatavergrößerung handle. Hierauf hat Dr. S. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 20.06.2008 zu Recht hingewiesen.

Auch für die ausweislich der Arztbriefe von Dr. B. und Dr. Sch. vom 13.11.2007 und 15.11.2007 sonographisch und computertomographisch festgestellte Nierenzyste lässt sich keine GdB-relavante Funktionsbehinderung feststellen. Nach den AHP Nr. 26.12, S. 87 beziehungsweise nach der Anlage zu § 2 VersMedV Teil B Nr. 12.1.1, S. 63 ist für Nierenzysten ohne wesentliche Beschwerden und ohne Funktionseinschränkung ein Einzel-GdB von 0 bis 10 zu vergeben. Ein Einzel-GdB von mehr als 10 scheidet insoweit daher aus.

Für die in den oben genannten Arztbriefen von Dr. K. beschriebenen Miktionsbeschwerden hält der Senat einen Einzel-GdB von 10 für angemessen. Dies ergibt sich aus den AHP Nr. 26.12., S. 90 beziehungsweise aus der Anlage zu § 2 VersMedV Teil B Nr. 12.2.2, S. 66, wonach erst ab Entleerungsstörungen der Blase stärkeren Grades, welche bei Notwendigkeit manueller Entleerung, der Anwendung eines Schrittmachers, bei erheblicher Restharnbildung oder schmerzhaftem Harnlassen angenommen wird, ein Einzel-GdB von 20 gerechtfertigt ist. Derartiges ist vorliegend aber nicht erforderlich, so dass nur eine Entleerungsstörung der Blase leichten Grades gegeben ist.

Auch der in den Arztbriefen des Krankenhauses S. vom 20.10.2006 und 24.10.2006 beschriebene Zustand nach der am 18.10.2006 durchgeführten Fissurektomie bedingt keine dauerhafte Funktionsbehinderung. In beiden Arztbriefen wurde ein problemloser postoperativer Verlauf sowie Beschwerdefreiheit beschrieben. Dasselbe geht aus den Arztbriefen von Dr. R. vom 21.06.2006 und 11.09.2006 hervor.

Schließlich liegt auf dermatologischem Fachgebiet allenfalls ein GdB von 10 vor. Zwar hat die Hautärztin G. in ihrem Arztbrief vom 28.11.2007 ein hyperkeratotisches Ekzem und einen Verdacht auf eine hyperkeratotische Fußmykose beschrieben. Nach den AHP Nr. 26.17, S. 110 beziehungsweise nach der Anlage zu § 2 VersMedV Teil B Nr. 17.10, S. 84 ist ein höherer Einzel-GdB als 10 für Mykosen erst dann anzunehmen, wenn alle Finger- und Fußnägel, gegebenenfalls mit Zerstörung von Nagelplatten, von Mykosen betroffen sind. Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Nach alledem hält der Senat unter Berücksichtigung des Einzel-GdB von 30 für die Schwerhörigkeit beidseits und des Einzel-GdB von 20 für die Wirbelsäulenproblematik einen Gesamt-GdB von 40 für angemessen. Eine Heraufsetzung auf einen Gesamt-GdB von 50 unter Berücksichtigung der restlichen Einzel-GdB von 10 hält der Senat nicht für angezeigt.

Daher war die Berufung 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

2009-03-03