

L 6 SB 2923/05

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 6 SB 1299/04

Datum

23.06.2005

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 2923/05

Datum

18.06.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 23.06.2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1948 geborene Kläger begehrt die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB).

Nachdem das ehemalige Versorgungsamt F. (VA) mit Bescheid vom 14.07.1999 den GdB des Klägers ab 08.03.1999 mit 50 festgestellt und der Kläger am 12.09.2001 die Neufeststellung seines GdB beantragt hatte, hob das VA nach Einholung der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. W. vom 12.02.2002, in welcher diese als Behinderung eine seelische Störung und ein Kopfschmerzsyndrom berücksichtigt und den Gesamt-GdB mit 40 eingeschätzt hatte, nach erfolgter Anhörung mit Bescheid vom 25.04.2002 den Bescheid vom 14.07.1999 auf und stellte den GdB des Klägers ab April 2002 mit 40 fest.

Am 02.07.2003 beantragte der Kläger die Neufeststellung seines GdB. Das VA holte den Befundbericht des Neurologen und Psychiaters Dr. M. vom 28.07.2003 ein, in welcher eine erhebliche sozialdeviante Persönlichkeitsstörung, welche dauerhaft und nachteilig die soziale Integrationsfähigkeit und das soziale Erleben beeinträchtigt, beschrieben wurde. Dr. J. bewertete in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 27.08.2003 die seelische Störung und das Kopfschmerzsyndrom weiterhin mit einem GdB von 40. Hierauf gestützt lehnte das VA den Neufeststellungsantrag mit Bescheid vom 23.09.2003 ab.

Hiergegen legte der Kläger mit der Begründung, seine psychische Störung sei schwer und bedinge wenigstens mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten, Widerspruch ein. Sodann zog das VA den ärztlichen Entlassungsbericht der Oberärztin G.-M. von der R.-H.-Klinik über eine dort vom Kläger vom 03.07.2003 bis zum 14.08.2003 durchlaufene Rehabilitationsmaßnahme bei, worin eine eingeschränkte psychische Belastbarkeit aufgrund einer Somatisierungs- und dysthymen Störung mit Neigung zu dissoziativer Bewegungsstörung beschrieben wurde. Dr. M.-K. hielt in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 26.04.2004 an der Beurteilung des GdB mit 40 fest. Daraufhin wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 04.05.2004 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 07.06.2004 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG).

Das SG hörte den Allgemeinarzt Dr. J. und den Neurologen und Psychiater Dr. E. schriftlich als sachverständigen Zeugen. Dr. J. führte unter dem 23.10.2004 unter Beifügung der Arztbriefe des Kardiologen Dr. L. vom 19.03.2002 (kein Hinweis für organische Herzerkrankung, arterielle Hypertonie, Adipositas), des Dr. M. vom 13.01.2003 (bewusstseinsnah demonstrierte Beschwerdesymptomatik), des Prof. Dr. R. von der Chirurgischen Klinik des Klinikums S. vom 26.01.2004 (chronische Analfissur bei Zustand nach Fissurektomie bei Rezidivanalfissur), des Urologen Dr. Sch. vom 17.02.2004 (chronische Prostatitis), des Hals-Nasen-Ohren-Arzt und Allergologen St. vom 16.06.2004 (Schwindel unklarer Genese), des Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde und Allergologie Dr. K. vom 03.08.2004 (Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung, arterielle Hypertonie, Adipositas) und des Facharztes für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Prof. Dr. H. vom 03.08.2004 (Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörungen) aus, die Beschwerden des Klägers seien in einer der Behandlung schlecht zugänglichen psychischen Erkrankung beziehungsweise einem Rentenbegehren begründet. Dr. E. legte unter dem 12.11.2004 die Arztbriefe des inzwischen verstorbenen Dr. M. vom 17.06.2003 (erhebliche sozial relevante Persönlichkeitsstörung) und 28.07.2003 (Somatisierungsstörung, differenzialdiagnostisch dissoziative Störung) und der Neurologin und Psychiaterin Dr. V. vom 08.10.2003 und 11.11.2003 (Verdacht auf dissoziative Störung) vor.

Dr. W. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 10.02.2005 aus, es liege eine stärker behindernde seelische Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vor, welche keinen höheren GdB als 40 begründe. Sodann legte der Kläger die im Rahmen eines auf die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gerichteten Klageverfahrens von dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. H. unter dem 11.07.2001 verfasste Arztauskunft sowie den Arztbrief des Dr. N., Chefarzt der Neurologischen Klinik des Klinikums S., vom 02.11.1999 vor.

Mit Gerichtsbescheid vom 23.06.2005 wies das SG die Klage ab. Die von Dr. E. vorgelegten Arztbriefe des Dr. M. bestätigten eine krankheitswertige psychopathologische sozialrelevante Persönlichkeitsstörung, welche als stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Lebensgestaltungsfähigkeit und mithin mit einem GdB von allenfalls 40 zu bewerten sei.

Hiergegen hat der Kläger am 15.07.2005 Berufung eingelegt. Auf psychiatrischem Fachgebiet liege ein wesentlich erheblicherer Befund vor. Ferner sei inzwischen eine Hörstörung und anlässlich eines Eingriffs an der Prostata eine gravierende Herzerkrankung festgestellt worden.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 23.06.2005 und den Bescheid vom 23.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.05.2004 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, seinen GdB mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat zunächst Dr. E. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat unter dem 24.04.2006 ausgeführt, es liege eine somatoforme Schmerzstörung vor, die als stärker behindernde Störung mit einem GdB zwischen 30 und 40 angemessen bewertet sei.

Sodann hat der Senat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) das neurologisch-psychiatrische Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. vom 22.05.2007 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, eine wesentliche Änderung gegenüber dem Gesundheitszustand vor Mai 2005 sei auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht eingetreten, und ist zu der Einschätzung gelangt, der GdB des Klägers auf psychiatrischem Fachgebiet sei mit 40 zu bewerten. Die einzig greifbare Verschlechterung liege in der Verordnung eines Hörgerätes. Da die Sprachkommunikation aber gut möglich gewesen sei, dürfte der daraus resultierende GdB nicht wesentlich sein.

Daraufhin hat der Senat Dr. W. und Dr. L. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. W. hat unter dem 30.05.2007 unter Vorlage seiner Audiogramme vom 14.09.2006, 28.09.2006 und 06.02.2007 eine Hörstörung von zuletzt rechts 47% und links 33% sowie Tinnitusbeschwerden beschrieben. Dr. L. hat unter dem 31.05.2007 unter Beifügung seines Arztbriefs vom 19.04.2007 (anamnestische Herzrhythmusstörungen, aktuell ventrikuläre Extrasystolie, gute linksventrikuläre Funktion, geringgradige Mitralinsuffizienz, arterielle Hypertonie, Adipositas, Ex-Nikotinabusus) ausgeführt, es bestünden keine Leistungsbeeinträchtigungen.

Dr. W. hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12.09.2007 ausgeführt, es lasse sich von dem Tonaudiogramm vom 14.09.2006 ein Hörverlust von rechts 35% und links 20% und von dem maßgeblicheren Sprachaudiogramm vom 28.09.2006 ein Hörverlust von rechts 10% und links 30% ableiten und es liege ein Bluthochdruck mit allenfalls beginnender linksventrikulärer Hypertrophie und ansonsten guter linksventrikulärer Herzfunktion vor. Er hat als zusätzliche Behinderungen eine Schwerhörigkeit beidseitig (Teil-GdB 10) sowie einen Bluthochdruck (Teil-GdB 10) berücksichtigt und den Gesamt-GdB weiterhin mit 40 eingeschätzt.

Ferner hat der Senat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) das hals-nasen-ohren-ärztliche Gutachten des Prof. Dr. R., Leiter des Zentrums für Musikermedizin am Universitätsklinikum F., vom 14.10.2008 eingeholt. Der Sachverständige hat eine hochtonbetonte Innenohrschwerhörigkeit mit intermittierendem Tinnitus diagnostiziert. Die Berechnung des Dr. W. nach der 4-Frequenz-Tabelle sei korrekt gewesen. Es sei ebenso korrekt gewesen, beim Vorliegen von lediglich zwei Messwerten im Sprachaudiogramm zur Beurteilung lediglich die 4-Frequenz-Tabelle heranzuziehen. Berücksichtigt werden müssten dabei auch die eingeschränkten Deutschkenntnisse des Klägers. Zu der nach Aktenlage erstellten gutachterlichen Einschätzung des prozentualen Hörverlustes durch Dr. W. sei anzumerken, dass hier die Berechnung nicht korrekt durchgeführt worden sei. Es müsse hier ein rechts 45%iger und links 20%iger Hörverlust resultieren, woraus sich ein GdB von 20 ergebe. Bei den bisherigen Einschätzungen von Dr. W. und Dr. W. sei der Tinnitus unberücksichtigt geblieben. Nach den aktuell durchgeführten audiometrischen Messungen des Ton- und Sprachaudiogramms ergäben sich nach den verschiedenen Berechnungsmodi im Vergleich zum Vorbefund leicht abweichende Werte. Gleichzeitig dokumentiere dies, wie kompliziert sich die prozentuale Einschätzung eines Hörverlustes anhand des Ton- beziehungsweise Sprachaudiogramms darstellen könne. Ziehe man zur Beurteilung zusätzlich die Berechnung nach der Tabelle von Boenninghaus und Röser zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus der sprachaudiometrischen Untersuchung heran, müsse das gewichtete Gesamtwortverstehen errechnet werden. Dies ergebe rechts einen Wert von 215 und links von 230, was einem prozentualen Hörverlust von rechts 20% und links 10% entspreche. Ziehe man die Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörkurve nach Röser von 1973 heran, was der 4-Frequenz-Tabelle, die Dr. W. zugrunde gelegt habe, entspreche, so ergebe sich aus den von ihm gemessenen Werten ein rechts 51%iger und links 36%iger Hörverlust. Lege man die Tabelle zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm besonders bei Lärmschwerhörigkeit nach Röser von 1980 an, die von Dr. W. herangezogen worden sei, so ergebe sich aus den von ihm gemessenen Werten ein rechts 30%iger und links 20%iger Hörverlust. Wenn man zur Bestimmung des GdB aus den Schwerhörigkeitsgraden beider Ohren nun abschätzen müsse, wie viel Prozent die Hörstörung rechts und links betrage, könne man, um eine Vergleichbarkeit zu den Vorbefunden herzustellen, festhalten, dass sich die Hörstörung seit den tonaudiometrischen Untersuchungen des Dr. W. nicht wesentlich verschlechtert habe, sondern stabil zu sein scheine. Aus der prozentualen Berechnung anhand des Tonaudiogramms würde ein GdB von 15 resultieren. Ziehe man das Sprachaudiogramm heran, so würden die Werte einen GdB von maximal 10 ergeben. Zusätzlich sei jedoch bei allen Einschätzungen des GdB der Tinnitus zu bewerten, der hinsichtlich seines Schweregrades ausweislich des Tinnitus-Fragebogens zu einer nicht unerheblichen emotionalen kognitiven Belastung führe und außerdem stark mit dem Hörproblem assoziiert sei. Allerdings trete der Tinnitus nur intermittierend auf und entspreche somit in seinem Gesamt-Schweregrad eher dem Grad I. Dieser Tinnitus solle nach den Begutachtungsrichtlinien mit einem GdB von 10 berücksichtigt werden. Es werde daher vorgeschlagen, die beidseitige Schwerhörigkeit

unter der Berücksichtigung des Tinnitus mit einem GdB von 20 zu bewerten.

Hierzu hat Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.12.2008 ausgeführt, das von Dr. W. vorgelegte Tonaudiogramm zeige einen Hochtonverlust, so dass hier also die Tabelle C der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) anzuwenden sei. Hier gelange man weiterhin zu einem Hörverlust von rechts 35% und links 20%, was einem GdB von 0 oder 15 entspreche, je nach dem, ob man bei der Tabelle D der AHP die Tabellenspalte "0 bis 20" oder "20 bis 40" zu Grunde lege. Gemittelt ergebe dies einen GdB von 10. Offenbar gehe Prof. Dr. R. in seinem Gutachten von falschen Messwerten aus. Der Hörverlust bei 3 kHz betrage laut dem Audiogramm rechts 80 dB und nicht 95 dB, wie im Gutachten angenommen. Ein Hörverlust von 95 dB ergebe sich erst bei 4 kHz. Im Gutachten sei bei der Auswertung des Sprachaudiogramms der fehlende Messwert bei 100 dB durch Extrapolation ermittelt worden. Auch auf Grund der jetzt von Prof. Dr. R. erhobenen Messwerte könne für die Schwerhörigkeit beidseits maximal, wie bisher, ein Teil-GdB von 10 festgestellt werden. Es ergäben sich unterschiedliche Werte aus dem Sprach- und Tonaudiogramm. Hier seien die besseren Werte des Sprachaudiogramms zugrunde zu legen, da das Sprachaudiogramm vornehmlich für die gutachtliche GdB-Bewertung einer Schwerhörigkeit maßgeblich sei. Die besseren Werte des Sprachaudiogramms seien auch nicht durch die schlechteren Werte des Tonaudiogramms in Zweifel zu ziehen, da es grundsätzlich möglich sei, kooperationsbedingt schlechter zu messen als gehört werde, nicht aber umgekehrt. Bei dem jetzigen prozentualen Hörverlust von rechts 20% und links 10%, wie es sich aus dem Sprachaudiogramm ergebe, ergebe sich gemäß der Tabelle D der AHP für die Schwerhörigkeit im Prinzip überhaupt kein GdB, so dass der bisherige diesbezügliche Teil-GdB von 10 allenfalls unter Einschluss des Tinnitus beibehalten werden könne. Ganz abgesehen davon richte sich der GdB beim Tinnitus gemäß den AHP nach den hiermit verbundenen psychischen Begleiterscheinungen. Diese seien aber bereits mit dem bisherigen Teil-GdB von 40 auf psychiatrischem Gebiet entsprechend mitberücksichtigt worden, so dass hier eine nochmalige GdB-Bewertung nicht in Betracht komme. Insgesamt könne somit der im Gutachten des Prof. Dr. R. angegebene Teil-GdB von 20 allein auf hals-nasen-ohren-ärztlichem Fachgebiet nicht begründet werden.

Hierzu hat Prof. Dr. R. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 12.02.2009 ausgeführt, Dr. W. habe korrekt angemerkt, dass durch einen Übertragungsfehler des Wertes bei 3 kHz des Tonaudiogramms des Dr. W. eine fehlerhafte Berechnung erfolgt sei. Insofern schließe er sich den Ausführungen der Dr. W. an, dass hier im Tonaudiogramm des Dr. W. korrekt von einem Hörverlust von rechts 35% und links 20% auszugehen sei. Hier sei aber, wie Dr. W. weiter bemerkt habe, ein GdB von 0 bis 15 möglich. Wie Dr. W. des Weiteren ausgeführt habe, sei der fehlende Messwert bei 100 dB extrapoliert worden. Diesem Verfahren könne gutachterlicherseits nicht zugestimmt werden, da vom Königsteiner Merkblatt klare Messwerte bei 20, 80 und 100 dB gefordert würden. Die Beurteilung der unterschiedlichen Messungen aus den Ton- und Sprachaudiogrammen sei nicht einfach. Maßgeblich solle jedoch das Sprachaudiogramm sein. Jedoch sei deutlich darauf hinzuweisen, dass zusätzlich der Tinnitus zu berücksichtigen sei. Abweichend von Dr. W. sei dieser zusammen mit der Hörminderung zu berücksichtigen. Außerdem sei eine Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit gegeben.

Dr. W. hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 17.04.2009 dargelegt, es sei unbedeutend, ob bei unvollständig ausgefüllten Sprachaudiogrammen fehlende Messwerte durch Extrapolation ermittelt werden dürften oder nicht, da zwischenzeitlich durch das Gutachten des Prof. Dr. R. ein vollständiges und auswertbares Audiogramm vorliege, welches bei einem prozentualen Hörverlust von rechts 20% und links 10% für die Schwerhörigkeit im Prinzip überhaupt keinen GdB ergebe. Somit bleibe nur fraglich, wie der Tinnitus zu berücksichtigen sei. Nach den AHP richte sich der GdB bei Tinnitus nach den hiermit verbundenen psychovegetativen Begleiterscheinungen. Würde man den GdB auf psychiatrischem Fachgebiet von 40 unter Einschluss eines Tinnitus auf 50 erhöhen, so entspräche dies gemäß den AHP einer schweren psychischen Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Hiervon sei, auch unter Einschluss von Tinnitusbeschwerden, in keiner Weise auszugehen. Sofern Prof. Dr. R. ausführe, dass der Tinnitus zu einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit geführt habe, sei auf das Gutachten des Dr. E. zu verweisen, in welchem ausgeführt werde, dass die Sprachkommunikation gut möglich gewesen sei.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil 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 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden hat, ist unbegründet.

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

Das SG hat in der angefochtenen Entscheidung die für den Rechtsstreit maßgeblichen Rechtsvorschriften zutreffend und umfassend dargestellt und ausgeführt, weshalb im vorliegenden Verfahren der GdB des Klägers nicht höher als 40 festzustellen ist. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen nach eigener Prüfung unter Verweis auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils zur Vermeidung von Wiederholungen an ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass 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](#)) AHP die 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 - Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten ist. 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 - von wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht. Vielmehr wurde an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft. 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.

Auch unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren und der veranlassten weiteren Ermittlungen ist gegenüber der angefochtenen Entscheidung des SG eine andere Beurteilung nicht gerechtfertigt.

Auf nervenheilkundlichem Fachgebiet ist weiterhin keine Funktionsbehinderung gegeben, die einen höheren GdB als 40 rechtfertigt.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 beträgt bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB 0 bis 20, stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (zum Beispiel ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB 30 bis 40, schweren Störungen (zum Beispiel schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB 80 bis 100.

Nach Überzeugung des Senats leidet der Kläger an einer Somatisierungsstörung, welche angesichts der aktenkundigen Befunde allenfalls als stärker behindernd, aber nicht als schwer bezeichnet werden kann. So hat Dr. E. in seinem Gutachten vom 22.05.2007 die Einschätzung des Dr. E. in dessen Arztauskunft vom 24.04.2006, es liege eine somatoforme Schmerzstörung vor, die als stärker behindernde Störung mit einem GdB zwischen 30 und 40 angemessen zu bewerten sei, letztlich dadurch bestätigt, dass auch er den GdB von 40 für angemessen erachtet hat. Eine schwere sich aus der Somatisierungsstörung bedingende Funktionseinschränkung hat er ebenso wenig wie Dr. E. bejaht. Somit hat sich die von Dr. J. in dessen Arztauskunft vom 23.10.2004 getroffene Beurteilung, die Beschwerden des Klägers seien in einer schlecht zugänglichen psychischen Erkrankung beziehungsweise einem Rentenbegehren begründet, im Wesentlichen bestätigt. Eine einen GdB von 50 bedingende schwere Störung ergibt sich entgegen dem Vorbringen des Klägers im Rahmen des Berufungsverfahrens auch nicht aus den von Dr. E. im Klageverfahren vorgelegten Arztbriefen des Dr. M. vom 17.06.2003 und 28.07.2003 und der Dr. V. vom 08.10.2003 und 11.11.2003. Zwar hat Dr. M. eine "erhebliche" sozial relevante Persönlichkeitsstörung beziehungsweise eine Somatisierungsstörung beschrieben. Jedoch hat er einerseits keinen psychischen Befund erhoben, der im Sinne der VG als schwer bezeichnet werden kann, und hat andererseits ebenso wie Dr. V. nur den Verdacht auf eine dissoziative Störung geäußert. Im Übrigen ergibt sich aus dem ärztlichen Entlassungsbericht der Oberärztin G.-M. von der R.-H.-Klinik über die dort vom 03.07.2003 bis zum 14.08.2003 durchlaufene Rehabilitationsmaßnahme, dass beim Kläger keine wesentlichen Einschränkungen des Leistungsvermögens vorliegen.

Auf internistischem Fachgebiet liegt ein Bluthochdruck vor, welcher einen GdB von 10 bedingt.

Nach den VG, Teil B, Nr. 9.3 beträgt bei Bluthochdruck in leichter Form (keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung [höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen]) der GdB 0 bis 10, in mittelschwerer Form (mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades [Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie], diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung der GdB 20 bis 40, in schwerer Form der GdB 50 bis 100 und in maligner Form der GdB 100.

Vorliegend ist der Arztauskunft des Dr. L. vom 31.05.2007 zu entnehmen, dass eine gute linksventrikuläre Funktion und lediglich eine geringgradige Mitralinsuffizienz vorliegt, so dass nach Überzeugung des Senats die ebenfalls beschriebene arterielle Hypertonie - auch vor dem Hintergrund, dass Dr. L. angegeben hat, es bestünden keine Leistungsbeeinträchtigungen - lediglich in leichter Form vorliegt. Mithin hält der Senat den für den Bluthochdruck berücksichtigten GdB von 10 für angemessen.

Auch auf hals-nasen-ohren-ärztlichem Fachgebiet ist der GdB des Klägers nicht höher als mit 10 zu bewerten. Beim Kläger liegt eine Hörstörung und ein Tinnitus vor.

In Bezug auf die Hörstörung liegen die Audiogramme des Dr. W. vom 14.09.2006, 28.09.2006 und 06.02.2007 sowie die Untersuchungsergebnisse des Prof. Dr. R. vom 02.07.2008 vor. Die GdB-Beurteilung von Hörstörungen richtet sich nach den Tabellen A bis D der VG, Teil A, Nr. 5.2.3. Dem Tonaudiogramm vom 14.09.2006 ist ein Hörpegel rechts bei 0,5 kHz von 25 dB, bei 1 kHz von 30 dB, bei 2 kHz von 50 dB, bei 3 kHz von 80 dB und bei 4 kHz von 95 dB sowie links bei 0,5 kHz von 15 dB, bei 1 kHz von 20 dB, bei 2 kHz von 35 dB, bei 3 kHz von 75 dB und bei 4 kHz von 85 dB zu entnehmen, was unter Anwendung der Tabelle B einem Hörverlust von rechts 47% und links 33% und nach der Tabelle D einem GdB von 20 entspricht beziehungsweise unter Anwendung der Tabelle C einem Hörverlust von rechts 35% und links 20% und nach der Tabelle D einem GdB von 10 entspricht. Aus dem Sprachaudiogramm vom 28.09.2006 ergibt sich nach der - den Senat insoweit überzeugenden - versorgungsärztlichen Stellungnahme der Dr. W. vom 12.09.2007 ein Hörverlust von rechts 10% und links 30% und damit nach der Tabelle D ein GdB von 0. Aus der sprachaudiometrischen Untersuchung durch Prof. Dr. R. vom 02.07.2008 ergibt sich nach dessen Gutachten ein Hörverlust von rechts 20% und links 10% und damit nach der Tabelle D ein GdB von 0. Wegen des aktuellen Untersuchungsergebnisses vom 02.07.2008 (GdB 0) und, worauf Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.12.2008 zutreffend hingewiesen und was auch Prof. Dr. R. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 12.02.2009 eingeräumt hat, der Vorzugswürdigkeit sprachaudiometrischer Untersuchungen für die Bestimmung des GdB, kommt es nach Ansicht des Senats auf die Interpretation des Tonaudiogramms vom 14.09.2006 (GdB 20 nach der Tabelle B oder GdB 10 nach der Tabelle C) nicht an. Mithin ergibt sich nach Überzeugung des Senats, dass der GdB für den Hörverlust jedenfalls nicht höher als mit 10 zu bewerten ist. Dies korreliert auch mit der Einschätzung des Dr. E. in seinem Gutachten vom 22.05.2007, dass die Sprachkommunikation gut möglich gewesen und deshalb kein diesbezüglich relevanter GdB zu erwarten sei.

In Bezug auf den Tinnitus gilt, dass nach den VG, Teil B, Nr. 5.3 für Ohrgeräusche ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen der GdB 0 bis 10, mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen der GdB 20, mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (zum Beispiel ausgeprägte depressive Störungen) der GdB 30 bis 40 und mit schweren psychischen Störungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mindestens 50 beträgt.

Ebenso wie Dr. W. in seinen versorgungsärztlichen Stellungnahmen vom 12.09.2007, 23.12.2008 und 17.04.2009 sieht der Senat keine erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen des Tinnitus und hält daher die dadurch bedingte Beeinträchtigung bereits mit dem

für das Leiden auf psychiatrischem Fachgebiet vergebenen GdB für angemessen berücksichtigt. Eine Heraufsetzung des psychiatrisch bedingten GdB wegen des Tinnitus von 40 auf 50 hält der Senat daher und da gerade keine schwere Störung mit Anpassungsschwierigkeiten im Sinne der VG, Teil A, Nr. 3.7 vorliegt, für nicht angemessen. Im Übrigen hat Dr. E. in seinem Gutachten vom 22.05.2007 keine tinnitusbedingten psychiatrischen Beschwerden ausgemacht.

Unter Berücksichtigung dieser Einzel-GdB-Werte kommt nach Überzeugung des Senats kein höherer Gesamt-GdB als 40 in Betracht.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Zur Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-07-06