

L 6 SB 464/13

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

1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 842/09

Datum
04.07.2011

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 464/13

Datum
27.02.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 4. Juli 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Der 1956 geborene Kläger war vom 05.12.1974 bis 31.12.2011 als Fachkraft für Lebensmitteltechnik bei der M. GmbH beschäftigt (Auskunft vom 16.05.2012, Bl. 117 SG-Akte S 7 R 2500/11). Mit rechtskräftigem Urteil vom 26.06.2013 hat das Sozialgericht Konstanz den Antrag des Klägers auf Gewährung einer Erwerbsminderungsrente abgewiesen.

Der Beklagte hatte bei dem Kläger mit Bescheid vom 11.07.2007 den GdB mit 20 seit 18.04.2007 festgestellt. Dieser Entscheidung hatte die versorgungsärztliche Stellungnahme der Dr. M.-K. zugrunde gelegen, in der als Behinderungen ein Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 20 und ein Diabetes mellitus mit einem Einzel-GdB von 10 berücksichtigt und der Gesamt-GdB mit 20 eingeschätzt worden waren.

Der Kläger beantragte am 19.03.2008 die Neufeststellung des GdB. Der Beklagte holte die Befundberichte der Hals-Nasen-Ohren-Ärztin Dr. P. und der Allgemeinärztin K. ein. Dr. P. beschrieb unter Vorlage ärztlicher Unterlagen einen Zustand nach chronischer epitympanalen Otitis media rechts und nach Tympanoplastik rechts, eine gering- bis mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit rechts, eine kombinierte Schwerhörigkeit links und eine chronische Tubenventilationsstörung. Die Allgemeinärztin K. legte ärztliche Unterlagen vor und führte aus, der Kläger leide an einer arteriellen Hypertonie ohne Sekundärschäden, einer Herberden-Arthrose an den Händen beidseits, einem Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Wurzelreizung C6 rechts ohne neurologische Ausfälle, einer Hepatopathie bei Hämochromatose sowie einem mit Metformin behandelten Diabetes mellitus Typ II mit Retinopathie und Polyneuropathie. Dr. K. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme einen Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 20, einen Diabetes mellitus mit einem Einzel-GdB von 10, einen Bandscheibenschaden, ein Schulter-Arm-Syndrom und neuropathische Schmerzen der Hände beidseits mit einem Einzel-GdB von 20, eine Schwerhörigkeit rechts nach Tympanoplastik mit einem Einzel-GdB von 10 sowie eine Fettleber mit einem Einzel-GdB von 10 und bewertete den Gesamt-GdB mit 30. Mit Bescheid vom 05.06.2008 stellte der Beklagte den GdB mit 30 seit 19.03.2008 fest.

Hiergegen legte der Kläger am 07.07.2008 Widerspruch ein. Der Beklagte holte einen weiteren Befundbericht der Allgemeinärztin K. ein. Sie führte im Wesentlichen aus, der Diabetes mellitus Typ II werde nun auch mit Januvia behandelt. Dr. M.-K. führte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme aus, es seien der Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB zwischen 10 und 20, der Diabetes mellitus mit einem Einzel-GdB von 20 und der Wirbelsäulenschaden mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Unter Berücksichtigung der übrigen Einzel-GdB-Werte betrage der Gesamt-GdB weiterhin 30. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.02.2009 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 16.03.2009 Klage beim Sozialgericht Konstanz erhoben. Das Sozialgericht hat den Chirurgen Dr. V., Dr. P., den Urologen Dr. N. und die Allgemeinärztin K. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. V. hat ausgeführt, er habe beim Kläger einen Schweißdrüsenabszess der linken Achselhöhle operativ behandelt und ein entzündliches Geschwulst am Oberschenkel links konservativ therapiert. Beide Erkrankungen seien ausgeheilt, eine dauerhafte Funktionsbeeinträchtigung sei hierdurch nicht entstanden. Dr. P. hat für den hals-nasen-ohren-ärztlichen Bereich, d. h. die geringe bis mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit, einen GdB von 15 vorgeschlagen. Dr. N. hat ausgeführt, im Vordergrund der Funktionsbeeinträchtigung stehe die verstärkte Harndrangsymptomatik mit mehrfacher Nykturie

und Nachträufeln. Es bestehe aber keine Inkontinenz. Den GdB hat er auf urologischem Fachgebiet mit 10 eingeschätzt. Die Allgemeinärztin K. hat ausgeführt, eine Funktionsbeeinträchtigung im allgemein-internistischen Bereich liege nicht vor.

Dr. M. hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme den Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 20, den Diabetes mellitus mit einem Einzel-GdB von 20, den Bandscheibenschaden mit Schulter-Arm-Syndrom und neuropathischen Schmerzen beider Hände mit einem Einzel-GdB von 20, die Schwerhörigkeit beidseits mit einem Einzel-GdB von 20 sowie die Fettleber mit einem Einzel-GdB von 10 berücksichtigt und den Gesamt-GdB mit 40 eingeschätzt. Das daraufhin vom Beklagten auf die Feststellung des GdB mit 40 ab 19.03.2008 abgegebene Anerkenntnis hat der Kläger nicht angenommen.

Sodann hat das Sozialgericht von Amts wegen das Gutachten des Orthopäden Dr. K. vom 30.06.2010 eingeholt. Im Vordergrund der subjektiven Beschwerden stünden die Folgezustände eines Bandscheibenvorfalles BWK 5/6 mit Ausstrahlung in den linken Arm und ein Diabetes mellitus Typ 2 mit Kreislaufproblemen. Der Sachverständige hat die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit Bandscheibenschaden C5/6 und Nervenwurzelreizerscheinungen mit einem Einzel-GdB von 20 sowie den Morbus Dupuytren beider Hände mit Teilversteifung der Finger 2 bis 5, links mehr als rechts, und die Herberden- und Bouchard-Polyarthrose mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet und ausgeführt, die Gonarthrose beidseits sowie die Coxarthrose beidseits bedingten keine wesentlichen Einschränkungen und ein Schulter-Arm-Syndrom bestehe nicht. Unter Berücksichtigung der weiteren Teil-GdB-Werte von 20 für den Bluthochdruck, 20 für den Diabetes mellitus, 20 für die beidseitige Schwerhörigkeit und 10 für die Fettleber betrage der Gesamt-GdB 40.

Der Kläger hat hierauf den Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. in B. vom 21.09.2010 über das dreiwöchige Rehabilitationsverfahren im Spätsommer 2010 vorgelegt. Darin werden als Diagnosen ein zwischenzeitlich mäßig chronifiziertes cervikales Schmerzsyndrom bei cervico-thorakaler Hyperkyphose und erheblichen muskulären Dysbalancen im Schultergürtel, radiologisch gesicherte fortgeschrittene degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule, chronisch rezidivierende pseudoradikuläre Lumbalgien bei Haltungsinsuffizienz und degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule sowie eine rumpfbetonte Adipositas mit assoziierten Folgeerkrankungen aufgeführt. Hierzu hat Dr. K. in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 09.12.2010 ausgeführt, eine wesentliche Befundveränderung sei nicht eingetreten.

Mit Gerichtsbescheid vom 04.07.2011 hat das Sozialgericht den Bescheid des Beklagten vom 05.06.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.02.2009 abgeändert und festgestellt, der GdB des Klägers betrage 40 seit 19.03.2008. Es hat dargelegt, nach dem Gutachten des Dr. K. handele es sich bei der Wirbelsäulenveränderung um leichte bis mittelgradige funktionelle Auswirkungen der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und geringe funktionelle Auswirkungen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule. Insbesondere vor dem Hintergrund der unauffälligen Funktion der Lendenwirbelsäule sei die Bewertung des Sachverständigen nachvollziehbar. Zutreffend habe er auch die Veränderungen an den Händen mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet. Diese Einschätzung beinhalte gleichzeitig auch die bestehenden neuropathischen Schmerzen der Hände und darauf zurückzuführende Gebrauchseinschränkungen. Es sei auch nicht erkennbar, warum der Bluthochdruck und der Diabetes mellitus mit höheren Einzel-GdB-Werten als 20 berücksichtigt werden könnten. Die Schwerhörigkeit sei nach den Ausführungen der Dr. P. mit einem Einzel-GdB von 20 ausreichend bewertet.

Gegen den seinen Prozessbevollmächtigten am 11.07.2011 zugestellten Gerichtsbescheid des Sozialgerichts hat der Kläger am 10.08.2011 Berufung erhoben. Er hält es für nicht rechtens, die deutlichen Beschwerden im Bereich der Hände lediglich mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Mit einem Gesamt-GdB von 40 seien alle seine Beschwerden auch deshalb nicht hinreichend gewürdigt, weil damit die besonderen Schmerzen seitens des Bewegungsapparates und der Gürtelrose noch nicht berücksichtigt seien. Die Gürtelrose sei mit brennendem Schmerz verbunden und immer wieder aufgetreten. Auch seien die Beschwerden seitens der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 20 nicht genügend erfasst. Denn er leide außerdem an einem chronischen Schmerzsyndrom. Im Bereich des gesamten Rückens bis unter beide Schulterblätter aber auch in die Lumbalregion bestünden ständige Schmerzen. Der Kläger hat ein Attest des Neurochirurgen Dr. R. vorgelegt. Darin ist als Diagnose eine chronisch rezidivierende pseudoradikuläre thorakale und lumbale sowie cervikale Schmerzsymptomatik aufgeführt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 4. Juli 2011 und den Bescheid des Beklagten vom 5. Juni 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2009 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, den Bescheid vom 11. Juli 2007 weiter abzuändern sowie den Grad der Behinderung mit 50 seit 19. März 2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hat ausgeführt, seit der Änderung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze sei der Diabetes mellitus nicht mehr mit einem Einzel-GdB zu bewerten. Die vom Kläger vorgetragene Gürtelrose finde sich nur in dessen anamnestischen Angaben wieder.

Der Beklagte hat mit Bescheid vom 28.07.2011 in Ausführung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichtes den GdB mit 40 seit 19.03.2008 festgestellt.

Der Berichterstatter hat den Rechtsstreit am 21.06.2012 mit den Beteiligten erörtert. Im Hinblick auf das damals anhängige Rentenverfahren ist das Ruhen des Berufungsverfahrens (L 6 SB 3390/11) angeordnet worden.

Nach Wiederanrufung des Verfahrens hat der Kläger das für ihn erstellte Gutachten vom 04.10.2012 und das im Rentenverfahren auf seinen Antrag nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstellte Gutachten vom 31.10.2012 vorgelegt. Der Orthopäde Dr. R. hat in diesen Gutachten ausgeführt, es bestünden deutliche degenerative Veränderungen im unteren Bewegungssegment der Halswirbelsäule, degenerative Veränderungen im Bereich der Brustwirbelsäule mit Hyperkyphose, leichte degenerative Veränderungen im Daumensattelgelenk rechts und ein großes Kalkdepot im Bereich der rechten Schulter unterhalb der Rotatorenmanschette mit degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk. Der Kläger hat ferner die im Rentenverfahren erstellten sachverständigen Zeugenauskünfte der Dr. P. (seit 10.05.2011 Verdacht auf

Rezidivcholesteatom rechts) und des Dr. R. (keine neurologischen Ausfallserscheinungen, bewegungseingeschränkte Halswirbelsäule, paravertebrale cervikale und lumbale Myogelosen, relative Spinalkanalstenose in der Etage HWK5/6, leichte Spondylarthrose im mittleren und unteren Lendenwirbelsäulenbereich) vorgelegt. Dr. G. hat versorgungsärztlich ausgeführt, die Gutachten des Dr. R. enthielten hinsichtlich der Wirbelsäule keine Befunde, die eine Höherbewertung begründen könnten. Die Halswirbelsäule sei etwa leicht- bis mittelgradig eingeschränkt. Die Rumpfwirbelsäule habe keine wesentliche Bewegungseinschränkung gezeigt. Bis auf die bereits von Dr. K. beschriebenen Funktionsstörungen und Kraftminderungen der Hände seien keine segmentalen motorischen Ausfälle feststellbar. Eine relevante Funktionsbeeinträchtigung beider Schultergelenke sei in den Gutachten erstmals dokumentiert. Für eine sachgerechte Beurteilung seien weitere orthopädische Verlaufsbefunde zu den Schultergelenken erforderlich.

Sodann hat der Senat die Rentenakten der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (VSNR 24 091056 P 009) und des Sozialgerichts (S 7 R 2500/11) beigezogen. In dem darin enthaltenen Gutachten vom 05.03.2013 hat der Orthopäde Dr. H. eine schmerzhafte Funktionsstörung der Hals- und Brustwirbelsäule bei alterstypischen degenerativen Veränderungen in den unteren Halssegmenten mit Ausbildung eines Bandscheibenvorfalles C5/6 rechts und fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen in den mittleren und unteren Brustwirbelsäulensegmenten ohne objektive neurologische Ausfälle sowie eine diskrete Streckhemmung der Finger 4 und 5 beidseits mit Morbus Dupuytren Grad II beschrieben und ausgeführt, fachfremd liege ein metabolisches Syndrom mit deutlichem Übergewicht, Bluthochdruck und Störungen des Zuckerhaushalts vor. Die rechte Schulter sei fast völlig frei beweglich gewesen, es bestehe insofern - abweichend von der Einschätzung von Dr. R. - keine gravierende Funktionseinschränkung.

Der Berichterstatter hat den Rechtsstreit am 17.10.2013 erneut mit den Beteiligten erörtert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte des Beklagten, der beigezogenen Rentenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte, nach [§ 151 Abs. 2 SGG](#) form- und fristgerechte sowie auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine weitere Abänderung des Bescheides vom 11.07.2007.

Die Abänderung von Verwaltungsakten wegen einer Gesundheitsverschlechterung richtet sich nach [§ 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](#)).

In den Verhältnissen, die dem Bescheid vom 11.07.2007 zu Grunde gelegen haben, ist eine einen GdB von mehr als 40 bedingende Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen des Klägers seit dem am 19.03.2008 gestellten Neufeststellungsantrag nicht eingetreten.

Die Feststellung des GdB richtet sich nach den Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). 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](#)). 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](#)). 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](#)). Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei ist grundsätzlich die seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) 2008" (AHP) getretene und seither mehrfach geänderte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG vom 10.12.2008 - [BGBl. I, S. 2412](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) anzuwenden (siehe hierzu noch unten).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze lässt sich beim Kläger kein höherer GdB als 40 seit 19.03.2008 feststellen. Dies hat das Sozialgericht in der angefochtenen Entscheidung zutreffend und umfassend dargestellt. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen nach eigener Prüfung an und verweist gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheides. Der Senat hält die Ausführungen des Sozialgerichts, dass und warum der Gesamt-GdB nicht höher als mit 40 zu beurteilen ist, nach nochmaliger Prüfung für zutreffend.

Auch unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren und der im Rentenverfahren durchgeführten Ermittlungen ist gegenüber der angefochtenen Entscheidung des Sozialgerichts eine andere Beurteilung nicht gerechtfertigt, zumal der Kläger im Berufungsverfahren die versorgungsärztlich angenommenen Einzel-GdB-Werte von jeweils 20 für den Bluthochdruck und die Schwerhörigkeit nicht angegriffen hat.

Entgegen der Ansicht des Klägers liegt bei ihm kein nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 mit einem GdB von 30 oder gar 40 bedingender Wirbelsäulenschaden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder gar mittelgradigen bis schweren

funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vor. Er erkennt, dass es für die Beurteilung von Wirbelsäulenschäden nicht auf die jeweils gestellten Diagnosen, sondern auf die sich aus den erhobenen Befunden ergebenden Funktionseinschränkungen ankommt. Der Sachverständige Dr. K. hat die Halswirbelsäulenbeweglichkeit für das Vorneigen/Rückneigen mit 30/0/30 Grad bei einem Normalmaß von 45-70/0/35-45 Grad, das Seitneigen mit 40/0/40 Grad bei einem Normalmaß von 45/0/45 Grad sowie das Drehen mit 40/0/40 Grad bei einem Normalmaß von 60-80/0/60-80 Grad und damit nur leichtgradige Bewegungseinschränkungen festgestellt. Dr. K. hat ferner die Brust- und Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit für das Seitneigen mit 30/0/30 Grad bei einem Normalmaß von 30-40/0/30-40 Grad und das Drehen im Sitzen mit 30/0/20 Grad bei einem Normalmaß von 30-40/0/30-40 Grad bei einem Finger-Boden-Abstand von 29 Zentimetern und einem Ott-Wert von 30/31 Zentimetern bei einem Normalmaß von 30/32 Zentimetern sowie einem Schober-Wert von 10/14-16 Zentimetern bei einem Normalmaß von 10/15 Zentimetern und damit leichtgradige funktionelle Bewegungseinschränkungen festgestellt. Hiermit korrespondiert die Einschätzung des Dr. H., indem er in seinem Gutachten zusammenfassend die Halswirbelsäule und Kopfgelenke als leicht bewegungseingeschränkt und beim Vornüberneigen eine vollständig entfaltbare Wirbelsäule beschrieben hat. Diese Befundlage rechtfertigt damit keinen Einzel-GdB von mindestens 30 für das Funktionssystem Rumpf. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den Gutachten des Dr. R., zumal dieser keine belastbaren Bewegungsmaße mitgeteilt hat. Ferner ist zu berücksichtigen, dass das im Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. in B. beschriebene mäßig chronifizierte cervikale Schmerzsyndrom in dem für das Funktionssystem Rumpf vergebenen Einzel-GdB von 20 mitberücksichtigt ist. Denn nach den VG, Teil A, Nr. 2 j Satz 1 schließen die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit lässt sich weder dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. in B. noch den Gutachten der Dres. K., R. und H. entnehmen. Dagegen spricht auch, dass der Kläger keinerlei Schmerztherapie durchführt.

Für das Funktionssystem Arme ergibt sich kein höherer Einzel-GdB als 10. Zwar hat sich die Schulterbeweglichkeit bei der Armhebung, die Dr. K. noch mit 180 Grad angegeben hat, nach dem von Dr. H. erhobenen Bewegungsmaß von 150 Grad inzwischen deutlich verschlechtert. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 kommt ein Einzel-GdB von 10 aber erst, sofern weder eine Versteifung noch eine Instabilität vorliegt, bei einer Armhebung nur bis 120 Grad mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit in Betracht. Mithin ist für den Bereich der Schultergelenke kein GdB zu vergeben. Dem steht der einmalig erhobene Befund einer Schultersteife rechts von Dr. R. nicht entgegen, denn bereits bei Dr. H. bestand keinerlei Funktionseinschränkung der Schulter mehr. Entgegen der Ansicht des Klägers ist die von den Sachverständigen diagnostizierte Erkrankung der Hände, nach Dr. K. ein Morbus Dupuytren beider Hände mit Teilversteifung der Finger 2 bis 5, links mehr als rechts, und eine Herberden- und Bouchard-Polyarthrose, nach Dr. H. eine diskrete Streckhemmung der Finger 4 und 5 beidseits mit Morbus Dupuytren Grad II, mit einem GdB von 10 ausreichend hoch bewertet. So hat Dr. K. überzeugend dargelegt, dass im Bereich der Hände eine Minderbemuskulung nicht erkennbar gewesen ist. Auch hat Dr. H. darauf hingewiesen, dass beide Hände eine etwa seitengleiche, nicht auffällige Handbeschielung gezeigt haben und das Abspreizen/Heranführen in der sowie rechtwinklig zur Handebene ohne pathologische Veränderungen seitengleich gewesen ist. Hieraus ergeben sich keine nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 einen höheren GdB als 10 bedingende Funktionsminderungen im Bereich der Hände. Aus alledem lässt sich für das Funktionssystem Arme lediglich ein Einzel-GdB von 10 rechtfertigen.

Die vom Kläger vorgetragene Gürtelrose beziehungsweise der von ihm beschriebene Herpes Zoster im Bereich der Nackenregion rechtfertigt keinen eigenständigen GdB. Keiner der Sachverständigen hat eine solche Erkrankung diagnostiziert. Auch ist eine regelmäßige ärztliche Behandlung diesbezüglich nicht dokumentiert.

Der Diabetes mellitus bedingt keinen Einzel-GdB. Formal betrachtet sind vorliegend ab Stellung des Neufeststellungsantrages durch den Kläger für die Zeit vom 19.03.2008 bis zum 31.12.2008 die AHP und für die Zeit vom 01.01.2009 bis zum 21.07.2010 die VG in der Fassung vom 10.12.2008 heranzuziehen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind diese Vorschriften jedoch nicht zur GdB-Bewertung bei Diabetes mellitus geeignet. Insoweit kann auf die am 22.07.2010 in Kraft getretenen VG, Teil B, Nr. 15.1 in der Fassung vom 14.07.2010 zurückgegriffen werden. Denn, obgleich die Änderung der VG formal keine Rückwirkung entfaltet und Gerichte und Verwaltung für den Zeitraum bis zum 21.07.2010 nicht bindet, ist ihr Inhalt als antizipiertes Sachverständigengutachten bedeutsam. Für die Zeit ab dem 22.07.2010 sind die VG, Teil B, Nr. 15.1 in der Fassung vom 14.07.2010 zur GdB-Bewertung bei Diabetes mellitus unmittelbar anzuwenden (zum Ganzen BSG, Urteil vom 02.12.2010 - [B 9 SB 3/09 R](#) - juris Rz. 20, 38; BSG, Urteil vom 25.10.2012 - [B 9 SB 2/12 R](#) - juris Rz. 30; BSG, Urteil vom 17.04.2013 - [B 9 SB 3/12 R](#) - juris Rz. 32). Danach beträgt bei an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die durch Einschnitte in die Lebensführung beeinträchtigt sind und somit durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung erleiden, der GdB 20. Beim Kläger wurde und wird weder eine Insulintherapie, noch eine Therapie, die eine Hypoglykämie auslösen kann, durchgeführt. Dies ergibt sich aus den Angaben der Allgemeinärztin K., wonach eine Therapie mit den keine Hypoglykämien auslösenden Arzneimitteln Metformin und Januvia durchgeführt wird. Mithin kann für seine Diabetes-Erkrankung kein GdB vergeben werden.

Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Einzel-GdB-Werte von 20 für das Funktionssystem Rumpf und 10 für das Funktionssystem Arme sowie den vom Beklagten zutreffend zugrundegelegten und auch vom Kläger nicht angegriffenen Einzel-GdB-Werten von 20 für den Bluthochdruck, 20 für die Schwerhörigkeit und 10 für die Fettleber beträgt der Gesamt-GdB nicht mehr als 40, selbst wenn der Einschätzung des Dr. N. folgend für die Harndrangsymptomatik ein weiterer Einzel-GdB von 10 anzunehmen wäre. Dabei war zu berücksichtigen, dass eine Überschneidung der Funktionsbeeinträchtigungen vorliegt sowie nach den VG, Teil A, Nr. 3, a, ee leichte, nur einen GdB von 10 bedingende Gesundheitsstörungen von Ausnahmefällen abgesehen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen und es auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2014-03-13