

L 8 SB 210/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 3 SB 833/10

Datum

07.12.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 210/13

Datum

28.03.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 07.12.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) seit 15.07.2009 (mindestens 50 statt 40) zusteht.

Der 1948 geborene Kläger, jugoslawischer Staatsangehöriger mit Aufenthaltsberechtigung in der Bundesrepublik Deutschland (Blatt 3 der Beklagtenakte), hat bis 2007 versicherungspflichtig gearbeitet, nach dem Bezug von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende steht er seit 2012 im Rentenbezug (Blatt 80 der Senatsakte).

Mit Bescheid vom 23.11.2005 (Blatt 7/8 der Beklagtenakte, zur versorgungsmedizinischen Stellungnahme vgl. Blatt 5/6 der Beklagtenakte) stellte das Landratsamt B. (LRA) einen GdB von 20 fest (zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, Arthrose (Teil-GdB von 20)). Mit Bescheid vom 11.07.2008 (Blatt 34/35 der Beklagtenakte, zur versorgungsmedizinischen Stellungnahme vgl. Blatt 32/33 der Beklagtenakte) in der Fassung des Teilabhilfe-Bescheids vom 29.08.2008 (Blatt 48/49 der Beklagtenakte, zur versorgungsmedizinischen Stellungnahme vgl. Blatt 46/46b der Beklagtenakte) stellte das LRA dann einen GdB von 40 seit 13.02.2008 fest (zugrundeliegende Funktionseinschränkungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Schulter-Arm-Syndrom (Teil-GdB von 20), seelische Störung, Depression, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, Fibromyalgiesyndrom (Teil-GdB von 20), Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, Arthrose (Teil-GdB von 20)). Den darüber hinausgehenden Widerspruch wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 16.10.2008 (Blatt 51/53 der Beklagtenakte) zurück.

Am 15.07.2009 beantragte der Kläger erneut die höhere (Neu-)Feststellung seines GdB (Blatt 56 der Beklagtenakte). Er habe am ganzen Körper Schmerzen, in der Schulter, in der Wirbelsäule, in den Kniegelenken. Er sei depressiv und leide an Schlaflosigkeit. Der Kläger legte zu seinem Antrag vor - eine "Gutachtliche Äußerung" des Facharztes für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. W. vom 28.07.2008 (Blatt 57/58 der Beklagtenakte), - ein "Ärztliches Gutachten" des Facharztes für Anästhesie, Spezielle Schmerzmedizin Dr. Z. vom 31.07.2008 (Blatt 59/60 der Beklagtenakte), - Laborberichte von Dr. M. (Blatt 61/64 der Beklagtenakte) sowie - einen Bericht von Dr. S., HNO-Ärztin, vom 12.08.2008 (Blatt 65/66 der Beklagtenakte). Auf Basis einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12.08.2009 (Blatt 67/68 der Beklagtenakte) von Dr. U., der den Gesamt-GdB mit 40 bewertete lehnte das LRA die höhere (Neu-)Feststellung des GdB ab (Bescheid vom 07.10.2009, Blatt 69/70 der Beklagtenakte). Den Widerspruch des Klägers vom 03.11.2009 (Blatt 71 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 15.01.2010 zurück.

Der Kläger hat am 09.02.2010 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben und ausgeführt, er habe Kopfschmerzen, Schmerzen an den Schultern, der Wirbelsäule, den Armen und Beinen und an den Kniegelenken. Er leide unter Schlaflosigkeit, sei sehr depressiv, habe Hörprobleme und starke Ohrgeräusche. Der Kläger hat neben bereits aktenkundigen Unterlagen vorgelegt - ein "Ärztliches Gutachten" des Facharztes für Orthopädie Dr. K. vom 28.05.2007 (Blatt 11/15 der SG-Akte), - eine "Gutachtliche Stellungnahme" des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. L. vom 25.05.2007 (Blatt 16/18 der SG-Akte).

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 40/41, 44/49, 64/66, 108/109 der SG-Akte Bezug genommen. Die HNO-Ärztin Dr.

S. hat dem SG am 26.04.2010 geschrieben, beim Kläger bestehe ein Tinnitus mit Schlafstörung und hochgradiger Innenohrschwerhörigkeit beidseits. Sie halte einen Teil-GdB von 20 für ihr Fachgebiet für angemessen. Auf Anfrage des SG hat sie dann auch ein Tonaudiogramm vom 31.07.2008 - "Kontrolle 08.09.2011" - vorgelegt (Blatt 108/108 der SG-Akte). Dr. K., Facharzt für Orthopädie, hat in seinem Schreiben vom 06.06.2010 ausgeführt, die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen seien im Einzelnen als sehr schwer zu bezeichnen, der GdB sei auf mindestens 40 bis 50 zu schätzen. Der Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. W. hat am 23.11.2010 an das SG geschrieben, es läge beim Kläger ein Fibromyalgiesyndrom und ein chronisches Wirbelsäulensyndrom vor. Den aktuellen GdB auf rheumatologischem Fachgebiet könne er nicht einschätzen, da er den Kläger seit drei Jahren nicht mehr gesehen habe. Damals habe ein GdB von 50 vorgelegen.

Das SG hat daraufhin Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. D ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 75 bis 89 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. D. hat in seinem Gutachten vom 07.03.2011 ausgeführt, es bestehe eine etwa 10 %ige Gesamt-Beweglichkeitseinschränkung der Halswirbelsäule bei radiologisch dokumentierten vermehrten Verschleißerscheinungen der körpernahen Hälfte, eine etwa 5 %ige Gesamt-Beweglichkeitseinschränkung der Brustwirbelsäule, eine zwischen 5 und 10 %ige Gesamt-Beweglichkeitseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei fehlendem Nachweis sensibler oder motorischer Nervenwurzelreizerscheinungen seitens der Lendenwirbelsäule betreffender Rückenmarksnerven, eine endgradige Streckhemmung sämtlicher Langfinger (von jeweils 1 cm) sowie eine kernspintomographisch objektivierbare medial (innen gelegene) betonte Kniegelenks-Arthrose und beginnende Retropatellar-Arthrose beidseits bei derzeit freier Kniegelenksbeweglichkeit und klinisch objektivierter Bandstabilität. Der Gesamt-GdB sei auf 40 zu bewerten.

Der Kläger hat daraufhin eine Stellungnahme des Arztes für Orthopädie, Chirotherapie, Sportmedizin Dr. P. vom 13.04.2011 (Blatt 93/97 der SG-Akte) vorgelegt, der den Gesamt-GdB auf 50 schätzt. Der Kläger hat auch mitteilen lassen, ständig ein Hörgerät zu tragen (Blatt 99 der SG-Akte) und einen Bericht von Dr. S. vom 08.09.2011 vorgelegt (Blatt 103 der SG-Akte).

Das SG hat nun Beweis erhoben durch Einholung eines HNO-ärztlichen Gutachtens bei Dr. S ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 121/140 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für HNO, Stimm- und Sprachstörungen, Allergologie Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 08.03.2012 ausgeführt, dass aufgrund der dokumentierten Messwerte beim Kläger eigentlich eine hochgradige bis an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit vorliegen müsste. Dies stehe in eklatanter Diskrepanz zum allgemeinen klinischen Eindruck, wonach eine geringgradige Hörstörung vorliege. Der Kläger sei nämlich problemlos in der Lage gewesen, einem Gespräch in leiser Lautstärke zu folgen, ohne das Hörgerät zu benutzen und ohne dass die Möglichkeit des Lippenablesens gegeben sei. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 05.06.2012 (Blatt 248 der SG-Akte) hat Dr. S. ausgeführt, eine höhere Bewertung des GdB als bisher mit einem GdB von 10 sei unwahrscheinlich.

Nachdem der Kläger eine "Gutachterliche Stellungnahme" von Dr. L. vom 30.07.2012 vorgelegt hat (Blatt 152/154 der SG-Akte) hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens bei Prof. Dr. T ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 167/178 der SG-Akte Bezug genommen. Prof. Dr. T. hat in seinem Gutachten vom 22.10.2012 ausgeführt, er habe eine Depression nicht festgestellt können. Das vom Kläger geschilderte Schmerzsyndrom komme sicherlich aufgrund einer hypochondrischen Betrachtungsweise zustande. Eine Verdeutlichungstendenz sei unübersehbar. Dass der Kläger somatisiere, also seelische und soziale Phänomene in den körperlichen Bereich hinein nehme und zum Ausdruck bringe, sei eindeutig feststellbar. Die Störungen seien nicht so ausgeprägt, dass ein GdB von mehr als 20 gegeben sei.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 07.12.2012 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40. Für die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule mit Beeinträchtigungen in drei Wirbelsäulenabschnitten vor sei ein Teil-GdB von 20 anzunehmen. Dagegen sei die Funktionsbeeinträchtigung des Schultergelenkes mit keinem Teil-GdB zu bewerten. Nach den Feststellungen von Dr. D. könne der Arm nach vorne bis 160 Grad links und rechts sowie nach vorne jeweils bis 170 Grad angehoben werden. Für die Funktionsbeeinträchtigung der Kniegelenke sei ein Teil-GdB von 20 anzunehmen. Obwohl die Streckung/Beugung beider Kniegelenke bei 0/0/125 Grad keinen GdB bedinge, rechtfertige die diagnostizierte Kniegelenksarthrose in beiden Kniegelenken einen Teil-GdB von 20. Die endgradige Streckhemmung sämtlicher Langfinger bei freier Fingergelenksbeweglichkeit könne ebenfalls nur einen Teil-GdB von 10 rechtfertigen. Eine Depression habe Prof. Dr. T. nicht feststellen können, dagegen ein Schmerzsyndrom. Eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sei nicht gegeben, weshalb ein Teil-GdB von 20 angemessen sei. Die Schwerhörigkeit und der Tinnitus des Klägers seien jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten, da keine erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen ersichtlich seien. Insgesamt sei der GdB mit 40 angemessen bewertet.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 14.12.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 11.01.2013 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule sei zu gering. Dr. W. habe einen GdB von 50 als angemessen angesehen. Es sei sicherlich schwer, die Einschätzung aufgrund allein seiner Aussagen zu begründen. Nicht alle Wirbelsäulenschädigungen seien ohne weiteres objektivierbar. Insofern komme es aber sehr wohl auf seine Aussagen an, die er in den letzten Jahren gegenüber den behandelnden Ärzten vorgenommen habe. Es werde die Einholung eines Obergutachtens beantragt. Besonders ins Auge falle die zu niedrige Einschätzung des GdB bezüglich der psychischen Störungen. Prof. Dr. T. sei vor einigen Jahren unter anderem in Fachzeitschriften stark kritisiert worden, da er in ausländerrechtlichen Verfahren auffällig oft zu Lasten der zu Begutachtenden entschieden habe. So stelle der Gutachter auch ihn als einen emotionalen-instabilen Patienten dar, der eine deutliche Tendenz zur Somatisierung und eine ebenso deutliche hypochondrische Note in seiner Beschwerdeschilderung zeige. Der Gutachter unterstelle hier eine Aggravation, ohne dass er die langjährige Vorbehandlung im Detail kenne. Dieses nehme auch Dr. L. in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 17.12.2012 heraus und verweise darauf, dass für eine tiefeschürfende psychologische Begutachtung eine detaillierte Würdigung der Krankheitsgeschichte erforderlich sei. Auch verweise Dr. L. darauf, dass sehr viele Patienten vor Gutachtern quasi reflexmäßig ein eher günstiges Bild von sich abgäben, da sie sich als Bittsteller wegen ihres Anliegens schämten. Dr. L. weise zu Recht darauf hin, dass ein Rückschluss auf die wahre psychische Verfassung eines Patienten nur über dessen Fähigkeiten zur Gestaltung seines Alltages ermöglicht werde. Hier habe sich so gut wie fast vollständig zurückgezogen. Er habe keine Kontakte mehr zu früheren Freunden, nehme an deren Geselligkeit nicht mehr teil, gehe nicht mehr aus dem Haus, sei nur noch in Begleitung von Familienangehörigen in der Lage, z.B. in einen Supermarkt zu gehen. Familienfeiern oder andere Geselligkeiten würden gemieden. Er ziehe sich zurück, vergrabe sich in eine trübe Gedanken- und Gefühlswelt, Hobbys oder gar Leidenschaften, die das Leben lebenswert machen, habe er nie gehabt. Seine insgesamt ausdrucksarme Wesensart simuliere ein weitgehend intaktes psychisches Erleben, was jedoch täusche. Der wahre GdB aus

psychischer Sicht sei daher nicht in einem einzigen Kontakt zum Gutachter, erst recht nicht in einer stressgeladenen Situation zu ermitteln, weshalb ein weiteres psychologisches Gutachten beantragt werde. Der Teil-GdB für die psychischen Belange sei auf 40 erhöhen, der Gesamt-GdB sei dann mit 50 anzunehmen.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart 07.12.2012 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 07.10.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2010 zu verurteilen, beim Kläger seit 15.07.2009 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Am 05.03.2013 hat der Kläger beim LRA einen weiteren Antrag auf höhere (Neu-)Feststellung seines GdB beantragt (Blatt 252/248 der Beklagtenakte) und dazu eine "Gutachtliche Äußerung" von Dr. W. vom 28.07.2008 vorgelegt.

Mit Schreiben vom 23.07.2013 hat der Bevollmächtigte des Klägers mitgeteilt (Blatt 54 = 55 der Senatsakte), der Kläger sei derzeit nicht zu erreichen und befinde sich wohl im Kosovo.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 62, 64/66 der Senatsakte Bezug genommen. Der HNO-Arzt Dr. M. hat dem Senat am 02.09.2013 geschrieben, " ...Pat. befand sich im Januar 2013 2x zur Hörprüfung in unserer Praxis. Es ist uns nicht gelungen wegen erheblicher Aggravationstendenzen einen aussagefähigen Hörtest bei stark differierenden Angaben zu erstellen. Wir empfehlen eine Untersuchung mittels objektiver Audiometrie." Die Fachärztin für Augenheilkunde V. hat in ihrer Auskunft vom 17.09.2013 ausgeführt, auf ihrem Fachgebiet lägen keine regelwidrigen körperliche Zustände mit Funktionsbeeinträchtigungen vor.

Der Kläger hat dann einen Bericht der Internistin M. vom 11.07.2013 vorgelegt (Blatt 69/70 der Senatsakte), aus dem sich ein dringender Verdacht auf eine COPD und arterielle Hypertonie ergibt. Auf Nachfrage (Blatt 71 der Senatsakte), wo er wegen der COPD in Behandlung sei, hat der Kläger nicht geantwortet, vielmehr am 09.12.2013 ein Attest des Facharztes für Innere Medizin Dr. H. vom 09.12.2013 vorgelegt (Blatt 78 der Senatsakte).

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines lungenfachärztlichen Gutachtens bei Dr. v. B. ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 79/105 der Senatsakte Bezug genommen. Der Lungenfacharzt Dr. v. B. hat in seinem Gutachten vom 04.01.2014 eine COPD im GOLD Stadium 1 bis beginnend 2 (adäquat mit einer überdosierten) inhalativen antiobstruktive medikamentöse Behandlung versorgt) festgestellt. Aus lungenfachärztlicher Sicht sei die Funktionsbehinderung für die leichte COPD mit einem GdB von 20 zu bewerten. Der Gesamt-GdB betrage 40.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 109, 110 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung (§§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG) über die Berufung der Klägerin entscheiden, nachdem die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklärt hatten und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich erscheint.

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber unbegründet.

Der Bescheid des Landratsamts B. vom 07.10.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 15.01.2010 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 40; eine wesentliche Änderung i.S.d. § 48 Abs. 1 SGB X ist im Verhältnis zu dem zuletzt maßgeblichen Bescheid vom 11.07.2008 in der Fassung des Bescheids vom 29.08.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.10.2008 nicht eingetreten. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden. Dabei hat der Senat auch die Angaben des Klägers im (Neu-)Feststellungsantrag vom 05.03.2013 - der von der Behörde mangels Sachbescheidungsinteresse als unzulässig hätte abgewiesen werden können - berücksichtigt. Der Senat nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung vom 07.12.2012 Bezug und sieht von einer weiteren Darstellung der Gründe ab (§ 153 Abs. 2 SGG). Ergänzend sei lediglich auf Folgendes hingewiesen:

Auch die vom Senat durchgeführte Beweisaufnahme hat ergeben, dass der GdB mit 40 ausreichend und zutreffend festgestellt ist.

Zunächst bestehen Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet. Bezüglich des Funktionssystems des Rumpfes, wozu der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG), hat der Gutachter Dr. D. für den Senat überzeugend festgestellt, dass eine etwa 10 %ige Gesamt-Beweglichkeitseinschränkung der Halswirbelsäule bei radiologisch dokumentierten vermehrten Verschleißerscheinungen der körpernahen Hälfte, eine etwa 5 %ige Gesamt-Beweglichkeitseinschränkung der Brustwirbelsäule sowie eine zwischen 5 und 10 %ige Gesamt-Beweglichkeitseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei fehlendem Nachweis sensibler oder motorischer Nervenwurzelreizerscheinungen seitens der Lendenwirbelsäule betreffender Rückenmarksnerven vorliegt. Soweit Dr. K. (Blatt 11/ 15 und Blatt 44/49 der SG-Akte) schwere degenerative Veränderungen beschreibt, konnte sich der Senat nicht von daraus folgenden mittel- oder schwergradigen Funktionsbeeinträchtigungen überzeugen. Denn Dr. D. hat in seinem Gutachten folgende Bewegungsausmaße erheben können (Blatt 87 der SG-Akte): HWS: Vorneigung/Rückneigung: 50/0/40 Seitneigung rechts/links: 30/0/30 Drehen rechts/links: 60/0/60 BWS und LWS: Vor-/Rückneigen: 1150 Hüfteinbeugung bei Rumpfbeuge: 650 Seitneigen rechts/links: 30/300 Drehen im Sitzen rechts/links: 35/350 Schober: 10/14 cm Ott: 30/31,5 cm FBA: 42 cm FBA auf U-Liege: 36 cm Liege-Jugulum-Abstand: 14 cm Laségue beidseits negativ (Blatt 78 der SG-Akte = Seite 4 des Gutachtens) Dr. D. hat damit im Ergebnis endgradige Bewegungseinschränkungen in allen drei

Bereichen der Wirbelsäule dargestellt, lediglich der Wert nach Ott für die Beweglichkeit der BWS deutet auf eine etwas stärkere Einschränkung hin, die sich aber durch die Bewegungsausmaße (freie Dreh- und Seit-Neig-Beweglichkeit) nicht in diesem Ausmaß verifizieren ließ; auch Dr. W. konnte gegenüber dem SG (Blatt 64/66 der SG-Akte) mitteilen, dass hinsichtlich der Wirbelsäule eine "engradig schmerzhaftige Bewegungseinschränkung in allen Abschnitten" bei FBA 15 cm, Schober 10/15 cm, Ott 30/32 cm bestünden. Er hat damit sehr vergleichbare Ergebnisse berichtet wie Dr. D. ... Aus dem vom Kläger vorgelegten, für das Verfahren erstellten Stellungnahme des Arztes für Orthopädie Dr. P. (Blatt 93/97 der SG-Akte) ergeben sich folgende Bewegungsausmaße (Blatt 95 der Senatsakte = Seite 2 der Stellungnahme): HWS: Vorneigung/Rückneigung: 40/0/30 Seitneigung rechts/links: 40/0/30 Drehen rechts/links: 30/0/30 BWS und LWS: Vor-/Rückneigen: 1150 Seitneigen rechts/links: 30/30 Drehen im Sitzen rechts/links: 30/30 Schober: 10/13 cm Ott: 30/31 cm FBA: 40 cm Laségue rechtsseitig endgradig positiv, links negativ Die von Dr. P. dargestellten Bewegungsausmaße weichen damit nur gering von denjenigen des Dr. D. ab.

Zwar liegen damit in drei Wirbelsäulenabschnitten Funktionsbeeinträchtigungen vor, die jedoch nur jeweils leichtgradig sind. Insoweit hat auch keiner der behandelnden Ärzte schwerere Befunde mitteilen können (s.o.). Ein GdB von 20 setzt nach B Nr. 18.9 VG mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, ein GdB von 30 schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt bzw mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten voraus. Nach der Rechtsprechung des Senats rechtfertigt die Verteilung auf zwei Wirbelsäulenabschnitte mit jeweils nur mittelgradigen Auswirkungen bzw. mit mittelgradiger und schwerer Betroffenheit je Wirbelsäulenabschnitt beide Male nur den GdB 30, was ebenso für den vergleichbaren, aber nicht gesondert geregelten Fall der Betroffenheit von drei Wirbelsäulenabschnitten gelten muss, in denen jeweils nur mittelgradige Auswirkungen bestehen (Senatsurteil vom 24.01.2014 – [L 8 SB 2497/11](#) – juris RdNr. 44). Damit kann auch bei Betroffenheit von drei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 20 erst erreicht werden, wenn es sich – zumindest in einem Wirbelsäulenabschnitt – um mittelgradige funktionelle Auswirkungen handelt. Solche liegen beim Kläger aber nicht vor. Weder lassen sich aus den Bewegungsausmaßen solche mittelgradigen Funktionseinschränkungen ableiten (dazu s.o.), noch liegen häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilitäten mittleren Grades oder häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome vor. Dies konnte auch Dr. P. so nicht darlegen. Daher ist der Kläger durch die Bewertung von Dr. D., der für die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule einen Teil-GdB von 20 angenommen hat, nicht beschwert, denn ein höherer Teil-GdB von mindestens 30 kommt nach den dargelegten Bewertungsmaßstäben nicht in Betracht. Auch Dr. B. hat für den Beklagten (Stellungnahme vom 18.01.2012, Blatt 115 der SG-Akte) der Bewertung des Teil-GdB mit 20 zugestimmt. Ob nach den Bewertungsvorgaben der VG auch ein Teil-GdB von 10 gerechtfertigt wäre, kann dahinstehen.

Im Funktionssystem der Arme (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) ist eine endgradige Streckhemmung sämtlicher Langfinger (von jeweils 1 cm) zu berücksichtigen (vgl. das Gutachten von Dr. D.). Diese bedingt – wie Dr. D. zutreffend ausgeführt hat – keinen Teil-GdB. Es liegt weder i.S.d. B Nr. 18.13 VG eine Versteifung noch der Verlust eines Fingers vor. Auch liegt eine GdB-relevante Behinderung i.S. einer Funktionsbeeinträchtigung der Schultergelenke nicht vor. Zwar mag diagnostisch – wie Dr. P. mitgeteilt hat – ein Impingement-Syndrom rechtsseitig angedeutet positiv, links negativ, vorliegen, doch haben Dr. D. und Dr. P. insoweit normale Bewegungsausmaße mitgeteilt (dazu vgl. Blatt 88 bzw. Blatt 96 der SG-Akte): Schultergelenke: rechts links Dr. D. Dr. P. Dr. D. Dr. P. Arm seitwärts/körperwärts: 170/0/20 150/0/20 170/0/20 170/0/20 Arm rückwärts/vorwärts: 35/0/160 30/0/130 35/0/160 30/0/160 Arm auswärts/einwärts drehen, Oberarm anliegend: 60/0/90 60/0/40 60/0/90 80/0/60 Arm auswärts/einwärts drehen, Oberarm abgehoben: 70/0/50 - 70/0/50 - Da gemäß B NR. 18.14 VG ein Teil-GdB von 10 eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) mit Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit voraussetzt, der Kläger aber auch nach der Messung von Dr. P. noch weit darüber hinaus die Schulter bewegen kann, ist ein Teil-GdB nicht zuzuerkennen.

Die Behinderung im Funktionssystem der Beine (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) ist eine kernspintomographisch objektivierbare medial (innen gelegene) betonte Kniegelenks-Arthrose und beginnende Retropatellar-Arthrose beidseits bei derzeit freier Kniegelenksbeweglichkeit und klinisch objektivierter Bandstabilität zu berücksichtigen (vgl. das Gutachten von Dr. D.). Auch Dr. K. und Dr. P. haben eine Gonarthrose diagnostiziert. Hüfterkrankungen, wie sie Dr. K. und Dr. H. (Blatt 78 der Senatsakte) angegeben hat, konnte Dr. D. nicht feststellen. Auch Dr. P. hat eine solche nicht mitgeteilt. Angesichts der von Dr. D. bzw. Dr. P. gemessenen Bewegungsausmaße von (Streckung/Beugung) rechts 0/0/125, links 0/0/125 (Blatt 89 der SG-Akte) bzw. rechts 0/0/110, links 0/0/120 (Blatt 96 der SG-Akte) liegen beidseitige Bewegungseinschränkungen geringsten Ausmaßes vor, weshalb nach B Nr. 18.14 VG ein Teil-GdB an sich nicht anzusetzen ist. Mit Dr. D., der eine Belastungsminderung beider Kniegelenke bei Nichtausgleichbarkeit im paarigen Organ angenommen hat und daraus einen Teil-GdB von 20 angenommen hat, kann der Senat dem mit Dr. B. (Blatt 115 der SG-Akte) als einer großzügigen Bewertung folgen. Eine schwerer wiegende Behinderung bzw. gravierendere Funktionsbeeinträchtigung, die Anlass zu einem höheren Teil-GdB gäben, konnte der Senat auch anhand der Angaben von Dr. K. und Dr. P. nicht feststellen.

Auch konnte der Senat eine Fibromyalgie nicht feststellen. Die von Dr. W. mitgeteilten Umstände weisen eher auf eine psychiatrische Erkrankung als auf eine Fibromyalgie hin. Der Senat sieht sich darin bestätigt, dass auch keiner der anderen Ärzte hierzu nähere Befunde mitteilen konnte. Im Übrigen wäre eine Fibromyalgie-Erkrankung nach B Nr. 18.4 VG entsprechend den Funktionsbeeinträchtigungen zu bewerten, weshalb dort mögliche Auswirkungen bewertet werden.

Die im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) bestehenden Behinderungen sind mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Nach B Nr. 3.7 VG sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen aus einem GdB-Rahmen von 0-20, stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) aus einem GdB-Rahmen von 30 bis 40 zu bewerten. Der Kläger leidet, wie der Gutachter Prof. Dr. T. mitgeteilt hat, an einer seelischen Störung. Eine Depression konnte der Senat nicht feststellen, vielmehr ein Schmerzsyndrom. Diese seelische Störung bedingt jedoch keine stärker behindernde Störung. Zwar hat Dr. T. ausgeführt, der Kläger somatisiere, doch hat er dadurch noch keine somatoforme Störung zum Ausdruck gebracht. Der Gutachter hat lediglich verdeutlicht, dass der Kläger seelische Umstände körperlich äußere. Dabei konnte der Senat aber auch eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht feststellen. Der Kläger war bei der Untersuchung durch Dr. T. bewussteinklar, voll orientiert, mäßigen Antriebs, leicht unterdurchschnittlicher, nicht depressiver Stimmung. Auch der vom Kläger behauptete soziale Rückzug liegt nicht vor. So war der Kläger nach Angaben seines Bevollmächtigten in der Lage, wohl in den Kosovo (Blatt 55 der Senatsakte), mithin sein Heimatland, zu fahren, was nicht für den von ihm und Dr. L. (Blatt 153 der SG-Akten) beschriebenen sozialen Rückzug mit so gut wie keinen Kontakten und keinen außerhäusigen Veranstaltungen sowie einen Rückzug nach wenigen Minuten

eines Familienfestes, spricht. Soweit der Kläger ausführt, wegen der seelischen Störung keinen Hobbys nachgehen zu können, hat Dr. L. (Blatt 42 der Senatsakte) ausdrücklich mitgeteilt, dass der Kläger auch vor Beginn der seelischen Störung keinen Hobbys nachgegangen sei, weshalb aus dem Fehlen von Hobbys auch nicht auf eine Folge der seelischen Störung geschlossen werden kann. Auch war – nicht nur bei Dr. T. – eine Verdeutlichungstendenz unübersehbar. Soweit der Kläger vorträgt, diese sei nur von Dr. T. – letztlich zu seinen Lasten und tendenziös – festgestellt worden, sei nur auf die Auskunft des HNO-Arztes Dr. M. verwiesen, bei dem ein Tonaudiogramm wegen eindeutiger Verdeutlichungshandlungen nicht durchführbar war; vergleichbares ist auch dem Gutachten von Dr. S. zu entnehmen. Diese bewussten Verdeutlichungshandlungen sprechen auch gegen die von Dr. L. (z.B. Blatt 152 der SG-Akte) beschriebenen Antriebsstörungen bis hin zur völligen Initiativlosigkeit. Daher konnte sich der Senat davon überzeugen, dass der Teil-GdB allenfalls am oberen Rand des für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen vorgesehenen GdB-Rahmens zu bemessen ist, weshalb die Teil-GdB-Bemessung mit 20 jedenfalls nicht zu Lasten des Klägers festzustellen ist. Die Ein- und Durchschlafstörungen, Kopfschmerzen sowie die sonstigen Schmerzen, soweit nicht bereits andernorts berücksichtigt, sind bei dieser Bewertung einbezogen.

Soweit der Kläger auf nicht näher benannte Veröffentlichungen "vor einigen Jahren" dem Gutachter Prof. Dr. T. Tendenzen gegen Ausländer unterstellen will, kann der Senat diese weder aus dem Gutachten noch aus dem Vortrag des Klägers entnehmen. Zwar ist das Gutachten von Prof. Dr. T. kurz, geht aber schlüssig auf alle maßgeblichen und wesentlichen Fragen ein. Auch soweit der Gutachter den Kläger als emotionalen-instabilen Patienten darstellt, entspricht dies in der Sache den Ausführungen von Dr. L. ... Dass der Kläger reflexartig vor Gutachtern – wie er selbst ausgeführt hat: in einer Stresssituation – ein eher günstiges Bild von sich abgegeben hatte, konnte der Senat nicht annehmen. Denn Dr. S. und Dr. M. konnten bewusstes verdeutlichendes Verhalten darlegen, was im Hinblick auf das damit verfolgte Ziel gegen eine zu positive Selbstdarstellung des Klägers spricht. Dass dies gegenüber Prof. Dr. T. anders gewesen wäre, konnte der Senat gerade nicht feststellen. Dies wird besonders durch die von Prof. Dr. T. beschriebene falsche Antwort auf die Kopfrechenfrage bestätigt (dazu vgl. Blatt 173 der SG-Akte = Seite 7 des Gutachten, dazu vgl. auch Dr. W. auf Blatt 47 der Senatsakte). Soweit der Kläger mit Dr. L. darauf hinweist, dass ein Rückschluss auf die wahre psychische Verfassung eines Patienten nur über eine genaue Kenntnis der Krankengeschichte und dessen Fähigkeiten zur Gestaltung seines Alltages ermöglicht werde, so stimmt der Senat dem uneingeschränkt zu, konnte aber beim Kläger die Auskunft von Dr. L. sowie die Selbstdarstellung des Klägers weit übersteigende Fähigkeiten feststellen. Auch der Gutachter Prof. Dr. T. konnte sich auf Grundlage der in der Akte befindlichen umfangreichen Berichte (insbesondere von Dr. L.) und der Untersuchung des Klägers sowie dessen Schilderungen gegenüber dem Gutachter ein umfassendes Bild der Krankengeschichte machen. Der Teil-GdB ist nicht zu Lasten des Klägers zu niedrig auf 20 angesetzt.

Die von Dr. H. (Blatt 78 der Senatsakte) angegebenen Erkrankungen Depression, Psychomatose, psychovegetativen Erschöpfungssyndrom, Burn-Out-Syndrom, chronische Belastungsreaktion, Angststörung, Koordinationsstörung und Migräne betreffen das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche. Der Senat konnte diese aber nicht feststellen. Die von der Beklagten als seelische Störung Depression, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom umschriebene psychische Funktionsbeeinträchtigung ist mit dem Teil-GdB 20 umfassend angemessen bewertet.

Eine Funktionsstörung im Funktionssystem Ohren (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG), die mit einem Teil-GdB von mehr als 10 zu bewerten wäre, konnte der Senat nicht feststellen. Dr. S. hat (Blatt 40/41 der SG-Akte) einen Tinnitus mit Schlafstörung und eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits angegeben und einen Teil-GdB von 20 für angemessen gehalten. Das von ihr vorgelegte Tonaudiogramm (Blatt 109 der SG-Akte) scheint dies zu bestätigen. Denn angesichts der Ausführungen des Gutachters Dr. S. (Blatt 137 der SG-Akte = Seite 17 des Gutachten) ist der Kläger problemlos in der Lage, einem in leiser Lautstärke geführten Gespräch auch ohne Lippenablesens zu folgen. Auch der vom Senat befragte Dr. M. (Blatt 63 der Senatsakte) konnte angesichts einer erheblichen Aggravation des Klägers einen aussagekräftigen Hörtest nicht durchführen. Auf dieser Basis konnte der Senat angesichts der vorliegenden Unterlagen und Auskünfte keinen Teil-GdB feststellen. Kann der Senat insoweit die Voraussetzungen eines geltend gemachten Teil-GdB nicht feststellen, so trägt der Kläger den daraus entstehenden (Beweis-)Nachteil. Da Dr. S. aber einen Teil-GdB von 10 für wahrscheinlich gehalten hat, kann im Hinblick auf die bestehenden Auswirkungen des Tinnitus zumindest dieser Wert berücksichtigt werden.

Das vom Gutachter Dr. v. B. diagnostizierte, noch von der Internistin M. (Blatt 69 der Senatsakte) vermutete COPD im GOLD Stadium 1 bis beginnend 2 ist als Behinderung des Funktionssystems der Atmung (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) zu berücksichtigen. Die Erkrankung ist adäquat mit einer überdosierten inhalativen antioberstruktiven medikamentösen Behandlung versorgt. Der Kläger konnte so bei der Untersuchung durch Dr. v. B. in der Ergospirometrie über 12 Minuten eine Belastbarkeit von 75 Watt erreichen (der Abbruch erfolgte wegen Erschöpfung). Damit konnte sich der Senat im Anschluss an Dr. v. B. von einer leichten Funktionsbeeinträchtigung überzeugen, die mit einem Teil-GdB von 20 ausreichend zu bewerten war (B Nr. 8.3 VG).

Im Funktionssystem der Augen besteht auf Grundlage der Auskunft der Fachärztin für Augenheilkunde V. keine Gesundheitsstörung mit Funktionsbeeinträchtigung (Blatt 64/66 der Senatsakte).

Auch wenn die Internistin M. (Blatt 70 der Senatsakte) einen erhöhten Blutdruck, Dr. H. eine arterielle Hypertonie (Blatt 78 der Senatsakte), angegeben haben, ergibt sich für den Senat kein Hinweis auf eine GdB-relevante Funktionseinschränkung i.S. von B Nr. 9.3 VG. Denn keiner der Ärzte hat hierzu relevante Befunde mitteilen können. Gleiches gilt für das von Dr. H. (a.a.O.) angegebene Struma und die Hypothyreose.

Weitere GdB-relevante Erkrankungen und Funktionseinschränkungen, die einen Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, liegen nicht vor.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Gutachten, Arztauskünfte und ärztlichen Unterlagen bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Der Senat hält deshalb weitere Ermittlungen, nicht mehr für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Die Gutachten gehen von zutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen aus, enthalten keine unlösbaren inhaltlichen Widersprüche und geben keinen Anlass, an der Sachkunde oder Unparteilichkeit des Gutachters zu zweifeln. Auch sehen die Prozessordnungen – auch das SGG – einen allgemeinen Anspruch auf Überprüfung eines Sachverständigengutachtens durch ein sog. Obergutachten nicht vor (BSG 23.05.2006, [B 13 RJ 272/05 B](#), juris). Auch im Übrigen musste der Senat auch nicht auf einen entsprechenden Beweisantrag hin weiteren Gutachten einholen. Denn der rechtskundig vertretene Kläger hat vorbehaltlos ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) erklärt und damit dem Gericht gegenüber nach dem objektiven Erklärungswert ihrer Mitteilung zum Ausdruck gebracht, dass sich zuvor

gestellte Beweisanträge erledigt haben (siehe BSG, Beschluss vom 01.09.1999 - [B 9 V 42/99 B](#), BSG [SozR 3-1500 § 124 Nr. 3](#)).

Nach Überzeugung des Senats ist auch die Feststellung des Gesamt-GdB von 40 ist zutreffend. Denn nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209, 213](#); BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3-3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Das ist beim Kläger nicht der Fall.

Unter Beachtung der gegenseitigen Auswirkungen ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass der Gesamt-GdB von 40, gebildet aus Teil-GdB-Werten von - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Rumpfes (Wirbelsäule), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Beine (Knie), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Gehirns einschließlich Psyche, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Gehörs und - 20 für die Funktionsbeeinträchtigung des Funktionssystems der Atmung (COPD) mit 40 ausreichend bemessen ist.

Abgesehen davon ist unter Berücksichtigung der höchsten Teil GdB Werte von jeweils 20 für die Behinderungen der Wirbelsäule, der Beine, der psychischen Erkrankung und der Atmung die Feststellung des Gesamt GdB von 50 nicht gerechtfertigt. Nach den dargestellten Grundsätzen zu Bildung des Gesamt GdB ist es bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Nach der Rechtsprechung des Senats (vgl. zuletzt Urteil vom 24.01.2014 - [L 8 SB 211/13](#) -, veröf-fentlicht in Juris, [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); Urteile vom 25.03.2011 [L 8 SB 4762/08](#) und 05.03.2010 [L 8 SB 5038/08](#) , m.w.N., jeweils unveröffentlicht) ist es daher von seltenen Ausnahmefällen abgesehen, z.B. bei gegenseitiger, die Lebensqualität erheblich beeinträchtigender Verstärkung nicht möglich, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Teil GdB von 20 einen Gesamt GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Eine solche Wertigkeit kommt den vom Verordnungsgeber als leichte Behinderungen eingestuften Funktionseinschränkungen in der Regel nicht zu. Umstände, wie etwa das besonders ungünstige Zusammenwirken von Behinderungen, die eine Ausnahme zulassen, liegen nicht vor.

Damit ist im Verhältnis zu dem bis dahin maßgeblichen Bescheid vom 11.07.2008 in der Fassung des Bescheids vom 29.08.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.10.2008 eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nicht eingetreten, sodass ein Anspruch auf höhere Neufeststellung des GdB nicht besteht. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-04-02