

L 8 SB 1719/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 18 SB 2742/10

Datum
16.03.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1719/12

Datum
28.03.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 16.03.2012 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) ab 20.08.2009 zusteht (mindestens GdB 50 statt 40).

Der 1962 geborene Kläger, deutscher Staatsangehöriger, ist zu 32 Stunden/Woche als Diplom-Elektroingenieur versicherungspflichtig beschäftigt (Blatt 93 der Senatsakte);

Das Landratsamt C. (LRA) stellte mit Bescheid vom 18.01.2007 (Blatt 25/26 der Beklagtenakte) beim Kläger einen GdB von 30 seit 15.11.2006 fest (zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 23/24 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen: hyperreagibles Bronchialsyndrom, Allergie, Erkrankung der Nase (Teil-GdB von 10), Diabetes mellitus (mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbar), Verlust der Schilddrüse (Teil-GdB von 10), Bandscheibenschaden, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen (Teil-GdB von 20), erektile Dysfunktion, seelische Störung (Teil-GdB von 20)).

Am 20.08.2009 beantragte der Kläger die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 31/34 der Beklagtenakte). Zu diesem Antrag gab er an, an einem Bandscheibenvorfall der HWS 2006 (Verschlimmerung des Krankheitsbildes, erhöhte und dauerhaft starke Schmerzen), einem Bandscheibenschaden der LWS (starke Schmerzen mit erheblicher Einschränkung der Bewegungsfähigkeit), Hallux rigidus (operiert links in 2008 aber ohne dauerhafte Schmerzreduktion, starke Schmerzen in beiden Zehengelenken auch beim zurücklegen kurzer Entfernungen) und einer erektilen Dysfunktion mit Libidoverlust und schmerzhafter Spermatocoele zu leiden. Der Kläger legte vor - einen Bericht des Arztes für Allgemeinmedizin Gi. vom 18.06.2008 (Blatt 35/36 der Beklagtenakte), - einen Bericht von Prof. Dr. Se. vom S. Rheumazentrum Baden-Württemberg vom 24.06.2008 (Blatt 37/38 der Beklagtenakte), - einen Bericht von Dr. Ku. vom S. Rheumazentrum Baden-Württemberg vom 21.07.2008 (Blatt 39 der Beklagtenakte) und - einen OP-Bericht über eine Arthrolyse und Cheilektomie links mit Knorpelglättung und Anbohrung vom 21.07.2008 (Blatt 40 der Beklagtenakte).

Unter Berücksichtigung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dres. Z./O./K. vom 07.10.2009 (Blatt 41/42 der Beklagtenakte), die vorschlugen, zusätzlich eine Funktionsstörung durch Zehenfehlform, operiert, mit einem Teil-GdB von 10 zu berücksichtigen, lehnte das LRA mit Bescheid vom 15.10.2009 die begehrte höhere (Neu-)Feststellung des GdB ab (Blatt 43/44 der Beklagtenakte). Die Verhältnisse hätten sich durch das Hinzutreten einer weiteren Funktionsbeeinträchtigung zwar geändert, Auswirkungen auf den festgestellten GdB ergäben sich aber nicht.

Am 09.11.2009 (Blatt 46 der Beklagtenakte) erhob der Kläger Widerspruch zu dessen Begründung (Blatt 46/47 der Beklagtenakte) er auf den erstmals 2006 diagnostizierten Bandscheibenvorfall der HWS den Bandscheibenvorfall der LWS, den Hallux rigidus sowie die erektile Dysfunktion mit Libidoverlust und schmerzhafter Spermatocoele einging. Er leide mittlerweile unter Depressionen, seine Frau habe sich zwecks Scheidung von ihm getrennt.

Das LRA holte daraufhin eine Auskunft des behandelnden Neurologen und Schmerztherapeuten Dr. J. ein. Dieser gab an (Auskunft vom 12.04.2010, Blatt 56/57 der Beklagtenakte), es liege ein intraforaminal reichender Bandscheibenvorfall HWK5/6 rechts vor, die klinische

Symptomatik entspreche einer progredienten Wurzelsymptomatik C6 rechts. Anhaltspunkte für eine wesentliche psychogene Überlagerung sehe er nicht. Dr. J. legte zudem Berichte des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. O. vom 09.09.2009 (Blatt 52 der Beklagtenakte), des Radiologen Dr. Scho. vom 25.10.2007 und 11.02.2010 (Blatt 53, 54 der Beklagtenakte) und des Facharztes für Neurochirurgie H. vom 16.02.2010 (Blatt 55 der Beklagtenakte) vor.

Nachdem Dr. F.-M. in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 04.05.2010 (Batt 58/59 der Beklagtenakte) einen Gesamt-GdB von 40 (zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen: Bandscheibenschaden, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen (Teil-GdB von 30), erektile Dysfunktion, seelische Störung (Teil-GdB von 20), hyperreagibles Bronchialsyndrom, Allergie, Erkrankung der Nase (Teil-GdB von 10), Diabetes mellitus (mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbar), Verlust der Schilddrüse (Teil-GdB von 10), Funktionsstörung durch Zehenfehlform, operiert, (Teil-GdB von 10)) vorschlug, stellte das LRA mit (Teil-)Abhilfe-)Bescheid vom 05.05.2010 (Blatt 61/62 der Beklagtenakte) einen GdB von 40 seit 20.08.2009 fest. Der Beklagte wies den Widerspruch im Übrigen durch das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 04.06.2010 (Blatt 68/70 der Beklagtenakte) zurück. Die mit Bescheid vom 05.05.2010 vorgenommene Erhöhung des GdB auf 40 gebe das Ausmaß der tatsächlich eingetretenen Änderungen des Gesundheitszustandes wieder.

Am 01.07.2010 hat der Kläger beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben. Der GdB sei zu niedrig festgesetzt. Die Verschlimmerung und Schwere der Behinderungen, insbesondere der Dauerschmerzzustand mit außergewöhnlichem Schmerzsyndrom an HWS, LWS, Zehengelenken und im linken Brustbereich sei nicht ausreichend gewürdigt worden. Die Operationen an mittlerweile beiden Füßen hätten keine Linderung gebracht. Die Fahrt zur Arbeit bedeute jeden Tag eine Qual. Erholsamer Schlaf sei nicht mehr möglich. Lebensqualität sei keine mehr vorhanden. Die erektile Dysfunktion habe seinen seelischen Zustand und das Familienleben stark beeinträchtigt. Er lebe notgedrungen alleine, was ihn zusätzlich stark belastete, da er die Wochenenden nicht zur Regenerierung nutzen könne, sondern den kompletten Haushalt und Einkauf erledigen müsse.

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 31/41, 42/50, 51, 56/135 der SG-Akte Bezug genommen. Der Neurologe und Schmerztherapeut Dr. J. hat dem SG am 02.11.2010 geschrieben, den Kläger am 20.02. und 20.10.2010 behandelt zu haben. Es bestehe eine Wurzelläsion C6 recht und ein Bandscheibenvorfall HWK 5/6 mit Radikulopathie C6 rechts. Eine im Februar 2010 beabsichtigte Operation sei wegen der damit verbundenen Risiken nicht durchgeführt worden, aktuell bestehe allenfalls eine relative OP-Indikation, die Parese habe sich etwas zurückgebildet. Er teile die ihm überlassene Einschätzung des Versorgungsarztes des Beklagten zum GdB. Der Orthopäde und Chirotherapie Dr. O. hat dem SG mitgeteilt (Schreiben vom 05.11.2010, den Kläger zuletzt am 26.05. und 08.09.2009 gesehen zu haben. Es habe ein rezidivierendes Lumbalsyndrom bei initialen degenerativen Veränderungen, ein rezidivierendes HWS-Schmerzsyndrom bei mittelgradigem BSV C5/6 rechtsbetont, eine Großzehengrundgelenksarthrose beidseits, ein Zustand nach Arthrololyse und Cheilektomie links mit Knorpelglättung und ein Verdacht auf ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei Diclofenac-Abusus vorgelegen. Er teile die ihm überlassene Einschätzung des Versorgungsarztes des Beklagten zum GdB. Dr. Rö. hat dem SG geschrieben (Auskunft vom 10.12.2010), den Kläger ausschließlich wegen des Bandscheibenvorfalles HWK 5/6 mit Radikulopathie C6 rechts behandelt zu haben. Den GdB aufgrund des Bandscheibenvorfalles schätze er auf 40 ein. Der Arzt für Allgemeinmedizin Gi. hat unter dem Datum des 16.05.2011 dem SG u.a. geschrieben, die Wurzelläsion habe sich seit Anfang 2010 verstärkt. Der Diabetes mellitus sei diätisch eingestellt und im Schweregrad leicht. Die allgemeine Kraftlosigkeit verbunden mit Libidoverlust sei mittelschwer, eine allergische Rhinopathie mit hyperreagiblem Bronchialsyndrom sei leicht bis mittelschwer, die Großzehengrundgelenk-Arthrose beidseits bei Zustand nach Cheilektomie beidseits sei mittel- bis leichtgradig, der Zustand nach Thyreodektomie sei leicht, die anhaltende Belastungssituation mittel- bis schwergradig und der Ausschluss der Herzerkrankung mit Null zu bewerten. Hinsichtlich der Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule nahm er einen Teil-GdB von 40 an, im Übrigen schloss er sich der Einschätzung des Versorgungsarztes an.

Das SG hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. Sto. und eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei Dr. Be ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 145/169 und 170/188 der SG-Akte Bezug genommen. Dr. Sto., Chefarzt der Abteilung Orthopädie der V. Klinik Bad R., hat in seinem Gutachten vom 15.09.2011 festgestellt, beim Kläger bestünden ein degeneratives HWS-Syndrom mit intermittierenden Nervenwurzelreizerscheinungen C6 rechts sowie Muskelverspannung der prävertebralen Muskulatur und chronischen Nackenhinterkopfschmerzen, ein degeneratives LWS-Syndrom mit lokaler Beschwerdesymptomatik, Verspannung der prävertebralen Muskulatur und endgradiger Bewegungseinschränkung für die Reklination ohne radikuläre Reiz- oder Kompressionserscheinungen sowie Vorfußbeschwerden beidseits mit Arthrose des Großzehengrundgelenkes sowie ein Zustand nach Cheilektomie mit Bewegungseinschränkung im Großzehengrundgelenk und orthopädischer Schuhzurichtung. Das Wirbelsäulenleiden sei mit einem GdB von 30, die Vorfußbeschwerden beidseits mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Den Gesamt-GdB hat er auf 40 eingeschätzt. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Rehabilitationswesen Dr. Be. hat in seinem Gutachten vom 15.09.2011 ausgeführt, beim Kläger lägen chronische, haltungs- und belastungsabhängig zunehmende Nackenschmerzen auf Grund degenerativer Veränderungen der Halswirbelsäule mit intermittierenden (nur bei bestimmten Haltungen oder Belastung) auftretenden Nervenwurzelreizerscheinungen C6 und C7 rechts, aber ohne radikuläre Ausfallserscheinungen, zudem phasenweise haltungs- und belastungsabhängige Kreuzschmerzen ohne Nervenwurzelreizerscheinungen oder radikuläre Ausfallserscheinungen, in Folge degenerativer Veränderungen der Lendenwirbelsäule, eine erektile Dysfunktion und reduzierte Libido bei urologisch festgestellter Spermatozele links und endokrinologisch nachgewiesenem Testosteronmangel (Padam-Syndrom), sowie nachvollziehbare, passagere, leichtere depressive Verstimmungszustände, ohne dass die Kriterien für eine eigenständige depressive Störung (depressive Episode) erfüllt seien, vor. In Übereinstimmung mit Dr. Sto. hat Dr. Be. den Teil-GdB für das HWS- und LWS-Syndrom in Folge Verschleißerscheinungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten und intermittierenden Nervenwurzelreizerscheinungen auf 30 bewertet, den Gesamt-GdB unter Berücksichtigung der auf anderen Gebieten festgestellten Behinderungen mit 40 angegeben. Für die seelische Störung, insbesondere hervorgerufen durch die erektile Dysfunktion, hat er einen Teil-GdB von 20 vorgeschlagen.

Der Kläger hat (Blatt 190/192 der SG-Akte) u.a. eingewandt, die Gutachter hätten seine Krankengeschichte nicht gekannt, ihre Ausführungen seien reine Momentaufnahmen. Der Sachverhalt habe sich durch die Gutachten objektiv nicht geändert.

Das SG hat nun hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung des behandelnden Internisten und Endokrinologen Dr. Kl. als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 196/198 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie Dr. Kl. hat mit Auskunft vom 23.12.2011 berichtet, der bei Hypogonadismus

bestehende symptomatische Testosteronmangel sei einer Gelbehandlung zugeführt worden, er sei nach weiteren Untersuchungen laborchemisch ausgeglichen gewesen. Subjektiv habe der Kläger weiter Defizite empfunden. Er teile hinsichtlich der fachinternistisch bestehenden Krankheitsmomente die ihm überlassene Einschätzung des Versorgungsarztes des Beklagten zum GdB.

Der Kläger hat unter Vorlage eines Berichts des Radiologen Dr. Scho. vom 24.01.2012 ausgeführt (Blatt 208/201 der SG-Akte), die Gutachten seien unzutreffend. Die Stellungnahme des Dr. Kl. sei ebenfalls falsch gedeutet. Berücksichtige man [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#), so ergebe sich bei ihm ein GdB von wenigstens 60.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 16.03.2012 abgewiesen. Ein GdB von 50 werde nicht erreicht. Auf orthopädischem Fachgebiet sei das Wirbelsäulensyndroms mit einem Teil-GdB von 30, die Vorfußbeschwerden mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Auf nervenärztlichem Fachgebiet bestünden passagere depressive Verstimmungszustände sowie seelische Störungen infolge erektiler Dysfunktion und reduzierter Libido, die mit einem Teil-GdB von 20 bewertet würden. Soweit Dr. Rö. und Dr. Gi. wegen der chronischen Schmerzen einen höheren GdB vorgeschlagen hätten, führe dies lediglich dazu, dass der Teil-GdB von 30 für die Wirbelsäule als voll ausgefüllt anzusehen sei. In internistisch-endokrinologischer Hinsicht habe Dr. Kl. angegeben, die Diabeteserkrankung sei im Rahmen einer Therapie mit Metformin normalisiert. Hinsichtlich der Schilddrüsenerkrankung finde eine Substitutionsbehandlung statt. Die Bewertung mit einem Teil-GdB von 10 erscheine nachvollziehbar. Der Testosteronmangel lasse sich mit einem Testosteron gel laborchemisch ausgleichen. Soweit der Kläger weiter Defizite empfinde, sei dies in dem Teil-GdB von 20 für den Komplex seelische Störung/erektiler Dysfunktion ausreichend berücksichtigt.

Gegen das ihm am 30.03.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 24.04.2012 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die Verschlimmerung, die Schwere seiner Behinderung und der Umfang der vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei nicht ausreichend gewürdigt. Insbesondere das chronische Schmerzsyndrom i.S. einer Somatisierungsstörung, vornehmlich aufgrund des HWS-Schadens und die seelischen Störungen (Depressionen), seien nicht ausreichend berücksichtigt. Das orthopädische Gutachten könne schon deshalb nicht vollständig sein, da es am 15.09.2011 erstellt worden sei, sich der zweite BSV in der LWS aber erst Ende 12/2011 ereignet habe. Dass keine nervenärztliche oder psychotherapeutische Behandlung stattgefunden habe sei schlichtweg falsch. Der seit vielen Jahren behandelnde Facharzt für Anästhesie, Dr. Rö., habe den Teil-GdB, allein aufgrund des HWS-Bandscheibenvorfalles und des damit verbundenen chronischen Schmerzsyndroms, auf 40 eingeschätzt, ohne Berücksichtigung der vorhandenen weiteren Funktionsstörungen und ohne Berücksichtigung des in 12/2011 aufgetretenen zweiten BSV in der LWS. Dass das SG alle weiteren, teilweise erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen unberücksichtigt gelassen habe, sei zu rügen. Bevor auf das "hinterste Unterkapitel" einer Verordnung verwiesen werde, seien zuerst einmal die Hauptleitlinien zur Anwendung zu bringen. Der Kläger schätzt die Funktionsstörungen wie folgt ein: - BSV, HWS, BSV, LWS mit starken Funktionseinschränkungen; Nervenwurzelkontakt und schwerem Schmerzsyndrom (Teil-GdB 40) - Hallux Rigidus, zweimal operiert, ohne Besserung, starke Schmerzen beim Gehen (Teil-GdB 20) - Erektile Dysfunktion, Libidoverlust, Hypogonadismus, Testosteronmangel (Teil-GdB 30) - Chronische Prostatitis, chronische Harnwegsentzündungen stärkeren Grades, Entleerungsstörungen der Blase, schmerzhafte Spermatozele, Hydrozelen (Teil-GdB 30) - Hyperreagibles Bronchialsystem, starke Allergie (Teil-GdB 20) - Diabetes Mellitus (schwer einstellbar), Verlust der Schilddrüse (Teil-GdB 30) - Seelische Störungen, Depressionen (Teil-GdB 30) - Schmerzmittelabhängigkeit (Teil-GdB 30) - Sehstörungen (Löcher in der Netzhaut / Laserkoagulation), Schwindel, Verwirrtheit, besonders am Morgen (Teil-GdB 20) Wie bei objektiver Beurteilung dieser Summe von schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein Gesamt-GdB von 40 resultieren soll, sei absolut nicht nachvollziehbar. Der Gesamt-GdB müsse zwischen 60 und 70 liegen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 16.03.2012 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids des Landratsamtes C. vom 15.10.2009 in der Fassung des Teilabhilfebescheids vom 05.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 04.06.2010 zu verurteilen, bei ihm seit 20.08.2009 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.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 24.05.2012 (Blatt 19 der Senatsakte), 31.05.2012 (Blatt 21 der Senatsakte), 06.07.2012 (Blatt 24/25 der Senatsakte) u.a. ausgeführt, nach der Stellungnahme von Dr. Rö. und drei Monate nach der Begutachtung durch Dr. Sto. und Dr. Be. habe sich ein weiterer extrem schmerzhafter Bandscheibenvorfall ereignet.

Der Senat hat Herrn Gi. und Dr. Rö. als sachverständigen Zeugen schriftlich befragt. Wegen des Inhalts und Ergebnisses dieser Beweisaufnahme wird auf Blatt 28/29 und 31/39 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. Rö. hat in seinem Schreiben vom 20.07.2012 mitgeteilt, es hätten sich Änderungen ergeben. Die Beschwerdesymptomatik bezüglich der Halswirbelsäule sei nahezu unverändert. Neu seien Beschwerden bezüglich der Lendenwirbelsäule. Der Kläger habe zusätzlich einen Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1 rechts. Es bestünden deutliche Bewegungseinschränkung mit FBA 43 cm und Aufhebung der Lendenwirbelsäulenlordose sowie beidseits endgradig positivem Lasègue. Der Arzt für Allgemeinmedizin Gi. hat dem Senat am 22.11.2012 geschrieben, eine relevante Veränderung habe sich am 31.12.2011 ergeben als der Kläger aus einer Beuge-Dreh-Bewegung heraus einen massiven Schmerz im Bereich der LWS gespürt habe. Bei der weiteren Untersuchung hätten sich mittelgradige Foraminalstenosen L4/5 und L5/S1 rechts, sowie ein intraforaminaler NPP L5/S1 rechts ergeben. Schmerzmedikamente seien eher im Rahmen der oberen Grenzdosis und teilweise sogar darüber hinaus eingenommen worden, um das tägliche Leben bewältigen zu können. Eine Krankschreibung bzw. eine angebotene Rehamaßnahme habe der Kläger aus Sorge wegen Arbeitsplatzverlustes abgelehnt. Der Einsatz des Schmerztherapeuten habe zwar Linderung, aber keine definitive Besserung erbringen können. Im Verlauf des Jahres 2012 hätten wechselhaft starke Schmerzen zwischen LWS und wie vorbeschrieben schon die HWS bestanden. Mitte 2012 sei es zu einer bakteriellen Prostatitis mit schlussendlich längerem Antibiotikaeinsatzes, langsamer Besserung unter Mitbetreuung durch den Urologen gekommen. Im gleichen Zeitrahmen habe der Kläger eine Durchfallerkrankung entwickelt, die schlussendlich ohne definitiv zu sistieren bis in den Oktober hinein angehalten habe. Schlussendlich müsse von einer Gesamtverschlechterung der Gesundheitssituation ausgegangen werden.

Der Senat hat daraufhin Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. S. (dazu vgl. Blatt 45/54 der Senatsakte). Der Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 21.02.2013 ausgeführt, auf orthopädischem Gebiet bestünden Bandscheibenschäden mit Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen und eine

Funktionsbehinderung der Großzehen. Die Bandscheibenvorfälle, deren Gewebe sich durch eine tendenzielle Schrumpfungsnäigung auszeichne, besäßen nur mehr eine untergeordnete Bedeutung. Rückschauend sei es zweifellos richtig gewesen, die zunächst vorgeschlagene operative Behandlung nicht durchzuführen zu lassen. Im Hinblick auf die subjektive Schmerzsymptomatik empfehle er, "Nervenzurzelreizerscheinungen" bei der Formulierung der Behinderungen weiterhin anzugeben und zu berücksichtigen. In Folge der Wirbelsäulenerkrankung sei es zu Bewegungseinschränkungen, teilweise auch zu neurologischen Ausfällen, gekommen. Den Teil-GdB hinsichtlich der Bandscheibenschäden mit Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule, Nervenzurzelreizerscheinungen hat Dr. S. auf 30, denjenigen hinsichtlich der Funktionsbehinderung der Großzehen auf 10 geschätzt. Den Gesamt-GdB hat er auf 40 bemessen.

Hierzu hat sich der Kläger unter Vorlage eines Berichts von Prof. Dr. Dri. vom 19.02.2013 mit Schreiben vom 16.03.2013 (Blatt 55/58 der Senatsakte) geäußert. Bei objektiver Betrachtung müsse der GdB mindestens 70 betragen. Mit Schreiben vom 27.04.2013 (Blatt 62/63 der Senatsakte) hat der Kläger u.a. angegeben, die Ausführungen des Beklagten seien entbehrlich und zeugten von blankem Opportunismus.

Dr. S. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 02.05.2013 (Blatt 64/67 der Senatsakte) u.a. ausgeführt, Bandscheibenvorfälle seien besonders dann von Bedeutung, wenn sie nervale Strukturen beeinträchtigten, vorwiegend dann, wenn sie bei feststellbaren Bewegungs-, Reflex- und Sensibilitätsstörungen auf eine Nervenzurzelkompression hinwiesen. Derartige Störungen hätten beim Kläger nicht bzw. gegenüber früheren Befunden nicht mehr vorgelegen. Aus einer guten Beweglichkeit mit allenfalls geringen Einschränkungen lasse sich auch ableiten, dass keine der bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen eine derartige Schmerzhaftigkeit verursache, die eine über das übliche Maß hinausgehende spezielle ärztliche Behandlung erfordere. Er habe die Schmerzsymptomatik berücksichtigt und deshalb vorgeschlagen, Nervenzurzelreizerscheinungen bei den Behinderungen weiterhin anzugeben und auch zu berücksichtigen.

Die Sach- und Rechtslage wurde in einem Termin am 23.08.2013 mit den Beteiligten erörtert; wegen des Inhalts und Ergebnisses wird auf Blatt 70/72 der Senatsakte Bezug genommen.

Im Nachgang des Termins hat der Kläger mit Schreiben vom 06.09.2013 mitgeteilt, die Hallux rigidus-Erkrankung sei trotz Operation beider Großzehengrundgelenke nicht besser geworden, es hätten sich wieder deutliche fortschreitende Degenerationen gezeigt; er hat auch Kopien von Röntgenbildern vorgelegt (zum Ganzen vgl. Blatt 76/78 der Senatsakte).

Der Senat hat weiterhin Beweis erhoben durch schriftliche Befragung des behandelnden Hautarztes des Zentrums für Hautkrankheiten der Klinik für Dermatologie und Allergologie Prof. Dr. Dri. und des Neurologen und Psychiaters Dr. Ha. als sachverständigen Zeugen (dazu vgl. Blatt 79/80, 81/81 RS, 83 RS der Senatsakte). Prof. Dr. Dri. hat in seiner Auskunft vom 04.09.2013 angegeben, beim Kläger bestehe eine Adulte Mastozytose, die zwar Untersuchungszeitpunkt noch nicht "mehr als 6 Monate" bestanden habe, es sei aber davon auszugehen, dass es sich um einen Dauerzustand handle. Die Adulte Mastozytose sei in der versorgungsärztlichen Stellungnahme noch nicht erwähnt. Im Analogieschlussverfahren schätze er den GdB hierfür 10, was keine Änderung des ermittelten Gesamt-GdB bedeute. Für Dr. Ha. hat die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Re. mitgeteilt (Schreiben vom 23.09.2013), dass Dr. Ha. Ende 2012 berentet worden sei; telefonisch wurde mitgeteilt, dass Dr. Ha. weder eine Adresse noch Unterlagen hinterlassen habe.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 15.10.2013 (Blatt 85 der Senatsakte) angegeben, am 28.01.2013 bei der Nachfolgerin von Dr. Ha. in Behandlung gewesen zu sein.

Abschließend hat der Senat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei Dr. Schn. ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 86/110 der Senatsakte Bezug genommen. Der Facharzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Schn. hat in seinem Gutachten vom 08.01.2014 ein anhedon-depressives Syndrom bei multiplen Belastungen im Sinne eines mittelgradigen depressiven Syndroms, eine erektile Dysfunktion, somatoforme Beschwerden und eine akzentuierte Persönlichkeitszüge festgestellt. Eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit (außergewöhnliches Schmerzsyndrom) liege nicht vor. Es bestünden die Somatisierungstendenzen bzw. somatoformen Störungen; für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ergebe sich aber kein ausreichender Anhalt. Auch wegen der orthopädischen Leiden sei es nicht zu einer Ausbreitung der Schmerzen auf andere Körperteile i.S. eines so genannten "Chronic Widespread Pain" gekommen. Der Kläger weise nicht die Persönlichkeitsstruktur für die Ausbildung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf. Es bestünden vor allem die organischen Komponenten des Schmerzerlebens. Die seelischen Störungen, und erektile Dysfunktion sei mit einem Teil-GdB von 30 zu bemessen; ein GdB von 40 sei nicht angemessen, da der Kläger nicht auf Dauer arbeitsunfähig sei aufgrund der psychischen Störung. Es bestehe auch eine reaktive Komponente des psychischen Befindens bedingt durch die Rechtsverfahren und die Belastungen im Beruf. Die Symptomatik sei nicht so gravierend ausgeprägt, dass hierdurch ein GdB von 40 gerechtfertigt sei. Akutstationäre psychiatrische Aufenthalte, wie sie in der Regel bei einer ambulant unzureichend therapierbaren schweren depressiven Symptomatik indiziert seien, seien bisher nicht notwendig gewesen. Weder der Diabetes mellitus noch das Schilddrüsenleiden einzeln bzw. in der Gesamtheit bedingten einen GdB von 10. Der Gesamt-GdB liege bei 40.

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:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet.

Der Bescheid des Landratsamts C. vom 15.10.2009 in der Fassung des Teilabhilfebeseids vom 05.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 04.06.2010 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 18.01.2007 zwar insoweit eingetreten, als nunmehr der GdB mit 40 zu bemessen ist, doch hat der Beklagte dem mit dem Teilabhilfebeseid vom 05.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.06.2010 Rechnung getragen. Eine darüber hinausgehende wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist nicht eingetreten. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden. Der Senat nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung vom 16.03.2012 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.

Im Funktionssystem des Rumpfes (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG), zu der der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, besteht nach Überzeugung des Senats eine Funktionsbehinderung in Form von Bandscheibenschäden, Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule und Nervenwurzelreizerscheinungen, die mit einem Teil-GdB von 30 zutreffend bewertet sind. Der Gutachter Dr. S. hat folgende Bewegungsmaße gemessen (Blatt 48 der Senatsakte = Seite 4 des Gutachtens) Vorbeugung des Kopfes 50°, Rückbeugung 40°, endgradig mit Schmerzangabe. Rechts-/Links-Neigung 20-0-20°, Rechts-/Links-Drehung 40-0-30°, Rumpfbeugung 40°, Finger-Boden-Abstand bis 33 cm, Schober 10/13,5 cm Ott 30/32 cm, Wiederaufrichtung frei, Rückbeugung 10° mit Schmerzangabe, Rechts-/Links-Neigung 25-0-20°, Rechts-/Links-Drehung 40-0-40°, Langsitz bis 30 cm Finger-Zehen-Abstand. Auch hat er an Armen und Händen seitengleiche Muskulatur und in allen Gelenken freie Beweglichkeit festgestellt. Dr. Sto. hat ähnliche Bewegungsmaße festgestellt (Blatt 156 der SG-Akte = Seite 10 des Gutachtens): Finger-Boden-Abstand 15 cm Ott 30/31,5 cm Schober 10/14 cm Reklination bis 10° mit Schmerzangabe kombinierte Rumpfsseitneigung bis 25° beidseits mit endgradiger Schmerzangabe kombinierte Rotation bis 40° beidseits mit endgradiger Schmerzangabe HWS: Reklination/Anteversion 40/0/50° in allen Segmenten Kinn-Jugulum-Abstand 2/18 ca kombinierte Seitneigung 20/0/15° in allen HWS-Segmenten kombinierte Rotation bis 80° beidseits Auch hat er Hinweise auf Blockierungen einzelner Wirbelgelenke nicht gefunden. Nervenwurzelreizerscheinungen haben Dr. Schu. und auch Dr. Sto. gefunden, Prof. Dr. Be. hat diese bestätigt.

Dem dargestellten Befund des Gutachters Dr. Schu. (Gutachten vom 21.02.2013 widerspricht auch nicht der vom Kläger vorgelegte Befundbericht von Dr. Scho. vom 24.01.2012 (Blatt 210 der SG-Akte) und die Auskunft des Dr. Rö. vom 20.07.2012 (Blatt 28/29 der Senatsakte). Dr. Scho. hatte eine Lumbago L3 rechts dargestellt, zusätzlich ein rechts intraforaminaler Bandscheibenvorfall mit mittelgradigen Foraminalstenosen L4/5 und L5/S1 rechts bei deutlichen erosiven Veränderungen im Fach L4/5 rechts und freiem Lumbalkanal. Dr. Schu. hat die aus der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Scho. stammenden Röntgenbefunde bei seinem Gutachten berücksichtigt (Blatt 49 f der Senatsakte = Seite 5 des Gutachtens) und die daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen umfassend erhoben (Blatt 50/51 der Senatsakte = Seite 6/7 des Gutachtens). Der Prolaps C 5/6 hat zu Nervenwurzelbeschädigungen mit Lähmungserscheinungen an rechten Arm geführt (Blatt 50 der Senatsakte = Seite 6 des Gutachtens). Die Beeinträchtigung der Nervenwurzel C6 rechts hat zu einer progredienten Wurzelsymptomatik C6 rechts mit nicht sicher erhältlichem Bizeps-sehnenreflex und einer Parese der Beugung im Ellenbogengelenk geführt. Auch liegt eine Bewegungseinschränkung der Hals- und Lendenwirbelsäule mäßigen Grades vor; im neurologischen Befund ist jedoch eine Besserung eingetreten (a.a.O.). Die kernspintomographisch festgestellten degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule mit einem Bandscheibenvorfall L 5/S 1 rechts verursachen eine Bewegungseinschränkung, jedoch keine neurologischen Ausfallserscheinungen verursacht.

Da beim Kläger allenfalls mittelgradige funktionelle Auswirkungen in mindestens zwei Wirbelsäulenabschnitten in Form von anhaltenden Bewegungseinschränkung, immer wieder sogar mit neurologischen Ausfallserscheinungen auftreten, hat Dr. Schu. , wie auch Dr. Sto. , den Teil-GdB mit 30 nicht zu niedrig festgestellt; dabei sind die vom Kläger angegebenen und zum Teil unstreitig bestehenden Schmerzen bereits berücksichtigt. Dem vom Versorgungsarzt (Blatt 59 der Beklagtenakte) ebenfalls auf 30 eingeschätzten Teil-GdB für die Behinderungen der Wirbelsäule haben auch die behandelnden Ärzte, der Neurologe Dr. J. und der Orthopäde O. zugestimmt. Dem von Dr. Rö. und Arzt Gi. höher angenommenen Teil-GdB von 40 konnte der Senat auch unter Berücksichtigung der von ihnen angegebenen besonderen Schmerzen nicht folgen.

Im Funktionssystem der Beine (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) besteht eine Behinderung durch den zweimal operierten Hallux Rigidus, von dem der Kläger angibt, die Besserung sei durch bereits wieder eingetretene degenerative Veränderungen aufgebraucht. Die VG sehen in B Nr. 18.14 VG beim Verlust einer Zehe einen GdB von 0, beim Verlust einer Großzehe einen GdB von 10 vor. Mit berücksichtigt sind dabei bereits die mit dem Verlust bzw. aufgrund des Verlusts einhergehenden Schmerzen. Da die Situation des Klägers dem Verlust einer Großzehe nahesteht, kann mit Dr. S. der dafür vorgesehene GdB auch vorliegend in Ansatz gebracht werden. Da der vorgesehene GdB aber keinen Spielraum nach oben lässt ist diese Funktionsstörung mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Soweit der Kläger wegen der starken Schmerzen beim Gehen einen Teil-GdB von 20 angesetzt haben möchte, kann dem angesichts der bindenden Vorgaben der VG nicht gefolgt werden.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich Psyche (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) sind nach Überzeugung des Senats nicht die erektile Dysfunktion, der Libidoverlust und der Hypogonadismus bei Testosteronmangel vorrangig zu bewerten, denn diese gehören zum Funktionssystem des Geschlechtsapparates und werden dort (s.u.) bewertet. Die vorliegende seelische Störung ist aber mit einem Teil-GdB von 20 ausreichend bewertet. Die Einschätzung von Dr. Schn. , der einen GdB von 30 angenommen hat, ist nicht überzeugend. Dr. Schn. geht von einem anhedon-depressiven Syndrom bei multiplen Belastungen im Sinne eines mittelgradigen depressiven Syndroms, somatoformen Beschwerden und akzentuierten Persönlichkeitszügen aus. Prof. Dr. Be. hat in seinem Gutachten nachvollziehbare, passagere, leichtere depressive Verstimmungszustände, ohne dass die Kriterien für eine eigenständige depressive Störung (depressive Episode) erfüllt seien, beschrieben. Dies ist für den Senat überzeugend. Einer fachspezifischen psychiatrischen Behandlung hat sich der Kläger entgegen seinem Angaben im Erörterungstermin am 23.08.2013 nicht unterzogen. Dies ergibt sich aus der Auskunft des Neurozentrums S. vom 23.09.2013 und seinen Angaben bei der Untersuchung durch Dr. Schn. (Seite 7 des Gutachtens). Auch die behauptete medikamentöse Behandlung – ihre Glaubhaftigkeit unterstellt – hat er allenfalls nach Vorlage des Gutachtens von Dr. Be. aufgenommen. Bei der Untersuchung durch Dr. Be. wurde eine medikamentöse Behandlung seiner psychischen Probleme von ihm nicht angesprochen, auch das Medikament Elontril ist in der im Gutachten von Dr. Be. wiedergegebenen aktuellen Medikation (Seite 8 des Gutachtens) nicht aufgeführt. Eine Änderung im psychischen Krankheitszustand, der die nachgehende Aufnahme einer medikamentösen Therapie aus medizinischen Gründen erklären könnte, ist der Befundbeschreibung im Gutachten von Dr. Schn. nicht zu entnehmen. Eine über die von Dr. Be. angenommene leichtere depressive Verstimmung hinausgehende psychiatrisch relevante Gesundheitsstörung ist insoweit für den Senat auch nach dem Befund von Dr. Schn. nicht ersichtlich. Die daraus folgenden Funktionsbehinderungen sind - auch unter Berücksichtigung der sich aus der erektilen Dysfunktion ergebenden psychischen Beeinträchtigungen - als leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Denn eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit liegt nicht vor. Zwar hat Dr. Schn. somatoforme Beschwerden mitgeteilt, eine somatoforme Störung kann daraus aber nicht abgeleitet werden. Der Gutachter Dr. Schn. (Blatt 99/105 der Senatsakte = Seite 14/20 des Gutachtens) hat eine angemessene Gestik des überwiegend ernst schauenden Klägers mit kaum mimischen Regungen bei unauffälligem athletischen bzw. kräftigen Habitus dargestellt. Klinisch hatte es kein Anhalt für eine manifeste Simulation oder Dissimulation gegeben, ebensowenig lagen Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, der Auffassung und der Konzentration vor. Signifikante Gedächtnisstörungen konnte Dr.

Schn. nicht erheben. Im Antrieb war der Kläger angemessen, eine Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung liegt nicht vor. Die affektive Resonanzfähigkeit war deutlich eingeschränkt. Dieser Befund, der dem von Prof. Dr. Be. erhobenen ähnelt (Blatt 179 ff der SG-Akte = Seite 10 ff des Gutachtens) bestätigt, dass auch unter Berücksichtigung der vorgetragenen Schmerzen eine stärkere psychische Störung nicht vorliegt.

Auch liegt trotz der Schmerzen und der Schlafstörungen eine wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht vor. Der Kläger arbeitet vollschichtig in verantwortungsvoller Position, er versorgt alleine seinen Haushalt. Zur Arbeit fährt er täglich von C. -A. bzw. C. nach D. bzw. N., was - eigenen Angaben des Klägers zufolge - Fahrstrecken von 100 bis 600 km bedeutet. Schon alleine daraus (zum Tagesablauf vgl. Blatt 94/95 der Senatsakte = Seite 9/10 des Gutachtens Dr. Schn.), aber auch aus dem vom Kläger hingenommenen Aufwand mit vielseitigen Kontakten zu Behörden, Anwälten und Gerichten im Zusammenhang mit den geführten Rechtsstreitigkeiten mit seiner Frau bzw. dem Sozialgericht, kann der Senat nicht auf einen sozialen Rückzug schließen. Damit ist der Teil-GdB insoweit auf 20 festzusetzen. Dass er die Wochenenden zu Hause bzw. im leerstehenden früheren gemeinsamen Haus der Eheleute verbringt, um Hausarbeiten zu erledigen - so die Wiedergabe im Gutachten von Dr. Be. und andeutungsweise auch im Gutachten von Dr. Schn. , belegt ebenso wenig eine psychisch bedingte Zurückgezogenheit mit relevanter Einschränkung der Erlebnisfähigkeit.

Eine Schmerzmittelabhängigkeit, die anamnestisch in verschiedenen Arztberichten immer wieder auftaucht, die der Kläger gegenüber dem Senat behauptet, gegenüber Dr. Schn. aber verneint hat (Blatt 103 der Senatsakte = Seite 18 des Gutachtens "Eine Suchterkrankung sei ihm nicht bekannt") bedingt keinen eigenständigen Teil-GdB von Teil-GdB 30. Abgesehen davon, dass die VG hierfür keinen eigenständigen GdB-Wert vorsehen, ist dies allenfalls bei der Bemessung des Teil-GdB im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu berücksichtigen. Gleiches gilt für den vom Kläger angegebenen Schwindel, die Verwirrtheit ("besonders am Morgen"). Dieses Vorbringen hat der Senat aber bei der Bemessung des Teil-GdB von 20 berücksichtigt.

Funktionssystem der Atmung (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) ist durch ein hyperreagibles Bronchialsyndrom, eine Allergie sowie eine Erkrankung der Nase beeinträchtigt. Aus den vorliegenden Unterlagen, insbesondere der Berichte von Herrn Gi. vom 16.05.2011 (Blatt 59 der SG-Akte), der eine allergische Rinopathie bei hyperreagiblem Bronchialsystem (Schweregrad leicht bis mittel) beschrieben hat, und vom 11.12.2006 (Blatt 111/112 der SG-Akte), wo dieser eine chronische Rhinitis bei Verdacht auf frühblühende Bäume-pollenallergie mit gleichzeitiger bronchialer Hyperreagibilität beschrieben hat, von Dr. Sa. vom 02.05.2002 (Blatt 118 der SG-Akte, Diagnose: bronchiale Hyperreagibilität bei allergischer Rhino-Konjunktivitis), von Dr. Kra. , HNO-Arzt, vom 19.06.2000 (Blatt 121 der SG-Akte, Diagnose: Nasenseptumdeviation, chronische Rhinitis), lässt sich ein Teil-GdB von mehr als 10 nicht ableiten. Eine schwere Form einer chronischen Bronchitis oder Bronchiektasen (dazu B Nr. 82. VG) liegt ebensowenig vor wie eine vor Einschränkung der Lungenfunktion (dazu vgl. B Nr. 8.3 VG) oder ein Bronchialasthma (dazu B Nr. 8.5 VG). Soweit der Kläger hier einen höheren Teil-GdB annimmt, sieht der Senat in den medizinischen Befunden hierfür keinen Anhaltspunkt.

Der Diabetes Mellitus und der Verlust der Schilddrüse betreffen das Funktionssystem der inneren Sekretion und Stoffwechsel (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG). Diese Funktionsbehinderungen bedingen allenfalls einen Teil-GdB von 10. Soweit bis 15.07.2010 nach B Nr. 15.1 VG darauf abgestellt wurde, ob der Diabetes mellitus mit Medikamenten eingestellt war, die die Hypoglykämieeigung nicht erhöhten und ab 15.07.2010 darauf abgestellt wird, dass die Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslöst und den Betroffenen somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt, ist jeweils ein Teil-GdB von 0 anzunehmen. Dr. Schn. konnte darlegen, dass die Diabetes-Behandlung mittels Metformin kein Hypoglykämiepotential hat. Nach B Nr. 15.6 VG - die Entfernung eines malignen Schilddrüsentumors erfolgte nicht in den letzten fünf Jahren (zur Schilddrüsenresektion im Jahr 2000 vgl. Blatt 122/123 der SG-Akte) - sind Schilddrüsenfunktionsstörungen gut behandelbar, so dass in der Regel anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten ist. Selten auftretende Organkomplikationen (z. B. Exophthalmus, Trachealstenose) sind gesondert zu beurteilen. Bei der nicht operativ behandelten Struma richtet sich der GdB nach den funktionellen Auswirkungen Hinsichtlich des Schilddrüsenleidens erfolgt eine medikamentöse Therapie. Beeinträchtigungen oder Organkomplikationen bedingt durch das Schilddrüsenleiden bestehen beim Kläger nicht. Nachdem der behandelnde Internist und Endokrinologe Dr. Kl. der Bewertung des Versorgungsarztes vom 04.05.2010 mit einem Teil-GdB von 10 ausdrücklich zugestimmt hat, konnte der Senat auch angesichts der vorliegenden ärztlichen Unterlagen keinen höheren Teil-GdB als 10 für die Funktionsstörungen im Funktionssystem der inneren Sekretion und des Stoffwechsels annehmen. Soweit der Kläger hier einen Teil-GdB von 30 in Ansatz gebracht hat, kann der Senat dem angesichts der Vorgaben der VG nicht folgen. Ein medizinischer Anhaltspunkt für einen derart hohen Teil-GdB liegen nicht vor.

Das Funktionssystem des Geschlechtsapparates (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) ist durch eine erektile Dysfunktion behindert. Dies konnte Dr. Kl. , vom SG befragt (Blatt 196/198 der SG-Akte), darlegen. Anfang 2001 hatte sich wieder ein normogonadotroper Hypogonadismus mit symptomatischem Testosteronmangel gefunden, der sich in einer Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit (kognitive, körperliche, psychische sowie sexuelle Komponenten beinhaltend) ausgedrückt hatte. (Dr. Kl. a.a.O.). Unter Einsatz von Testosteron in Applikationsform als Gel hatte sich der normogonadotrope Hypogonadismus mit Testosteronmangel laborchemisch wieder ausgleichen lassen, weshalb diese Erkrankung nicht eigenständig zu erfassen war. Für die erektile Dysfunktion ist aber ein Teil-GdB von 10 anzusetzen. Gründe für die Zuerkennung eines GdB von 20 i.S.d. B Nr. 13.2 VG liegen nicht vor, da der Kläger, geboren am 02.06.1962, weder jüngeren Alters ist oder einen Kinderwunsch ausgedrückt hat, noch eine erfolglose Behandlung stattgefunden hat. Bei dieser Bewertung mit einem Teil-GdB von 10 sind subjektiv wahrgenommenen Defizite berücksichtigt.

Soweit der Kläger auf eine chronische Prostatitis und chronische Harnwegsentzündungen stärkeren Grades, Entleerungsstörungen der Blase, eine schmerzhafte Spermatozele und Hydrozelen, die nach seiner Auffassung mit einem Teil-GdB von 30 zu bemessen seien, verweist, konnte sich der Senat hiervon nicht überzeugen. Während der Urologe Dr. Si. im Jahr 2001 (Blatt 120 der SG-Akte) über eine chronisch rezidivierende, wohl bakteriell bedingte Prostatitis und eine erektile Dysfunktion berichtet hat, hat der Urologe Dr. N. im Bericht vom 29.07.2003 (Blatt 110/111 der SG-Akte) eine kleine Spermatocele links als Ursache einer Schmerzsymptomatik, nebenbefundlich eine kleine, weiche Prostata ohne Hinweis auf eine behandlungsbedürftige Begleitprostatitis, mitteilen können. Auch der Urologe Dr. L. hat mit Bericht vom 12.02.2008 (Blatt 83/84 der SG-Akte) einen grenzwertig niedrigen Testosteronwert bei urologisch unauffälligem Befund mitgeteilt, jedoch keine Prostatitis, vielmehr ein homogenes Parenchym ohne entzündliche Veränderungen. Auch soweit Herr Gi. gegenüber dem Senat (Blatt 32 der Senatsakte) Mitte des Jahres 2012 eine bakterielle Prostatitis beschreibt, ist diese unter Mitbetreuung des Urologen gebessert (a.a.O.) und führt nicht zu einer Erhöhung des Teil-GdB. Damit konnte der Senat hinsichtlich des Funktionssystems des Geschlechtsapparates keinen höheren GdB als 10 annehmen.

Im Funktionssystem der Haut (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) besteht die Behinderung des Klägers in einer dauerhaften adulten Mastozytose, die zwar zum Untersuchungszeitpunkt durch Prof. Dr. Dri. noch nicht "mehr als 6 Monate" bestanden hatte, aber wegen des Dauercharakters bereits zu berücksichtigen ist. Die adulte Mastozytose, die den in B Nr. 17.5 VG genannten Erkrankungen ähnelt, aber beim Kläger noch auf einzelne Stellen begrenzt ist (vgl. die Auskunft im Erörterungstermin, Blatt 71 der Senatsakte, wo er von juckenden Pickeln berichtet hat; vgl. auch die Auskunft von Prof. Dri. , Blatt 79 der Senatsakte, der von rötlich flachen Papeln an Brust und Rücken gesprochen hat) kann mit Prof. Dr. Dri. mit einem Teil-GdB von 10 bewertet werden. Eine systemische Erkrankung, bei der innere Organe betroffen sind, konnte bisher ausgeschlossen werden.

Eine Erkrankung des Funktionssystems des Herz-/Kreislaufsystems (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) liegt nicht vor; Herr Gi. (Blatt 59 der SG-Akte) und Dipl.Med. De. (Blatt 63/64 der SG-Akte) konnten eine Herzerkrankung ausschließen.

Im Funktionssystem der Augen (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) konnte der Senat i.S. von B Nr. 4 VG eine GdB-relevante Erkrankung bzw. Funktionsbeeinträchtigung nicht feststellen. Zwar hat der Kläger Sehstörungen ("Löcher in der Netzhaut/Laserkoagulation") angegeben, doch hat sich das bei keinem der vorliegenden Arztberichte bestätigen lassen. Aus dem Bericht von des Facharztes für Augenheilkunde Dr. Ba. vom 26.07.2008 (Blatt 82 der SG-Akte) ein korrigierter Visus auf beiden Augen von jeweils 0,8 und der Ausschluss einer diabetischen Retinopathie. Hieraus, wie auch aus der von Dr. Ba. mitgeteilten peripheren Netzhautdegeneration lässt sich ein Teil-GdB von wenigstens 10 nicht ableiten. Soweit der Kläger in Verbindung mit dem angeblichen Schwindel, und einer "Verwirrtheit, besonders am Morgen" einen Teil-GdB von 20 begründet sieht, kann ihm der Senat angesichts der Vorgaben von B Nr. 4 VG, insbesondere 4.3, nicht folgen, zumal der Schwindel die Verwirrtheit dem Funktionssystem des Gehirns einschließlich Psyche zuzuordnen und dort zu bewerten sind.

Die von Herrn Gi. (Blatt 32 der Senatsakte) dargestellte, von Juli 2012 bis Oktober 2012 reichende Durchfallerkrankung stellt keine überdauernde Behinderung i.S.d. [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) von länger als sechs Monaten dar, weshalb ein teil-GdB nicht zu vergeben ist.

Sonstige Gesundheitsstörungen mit einer wesentlichen Funktionseinschränkung, die einen Teil-GdB von mindestens 10 rechtfertigen, liegen beim Kläger nicht vor.

Auf Basis dieser festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdB mit 40 zu bewerten. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach 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 aber nicht der Fall.

Der Senat konnte sich auf Grundlage der zuvor dargestellten Bemessungskriterien aufgrund der Teil-GdB-Werte von Teil-GdB-Werten von - 30 für die Funktionsbehinderung im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 10 für die Funktionsbehinderung im Funktionssystem der Beine (Hallux rigidus), - 20 für die Funktionsbehinderung im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche, - 10 für die Funktionsbehinderung im Funktionssystem der Atmung (COPD), - 10 für die Funktionsbehinderung im Funktionssystem der inneren Sekretion und des Stoffwechsels (Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung), - 10 für die Funktionsbehinderung im Funktionssystem des Geschlechtsapparates (erektiler Dysfunktion, Libidoverlust) und - 10 für die Funktionsbehinderung im Funktionssystem der Haut (adulte Mastozytose) - wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken - und unter Berücksichtigung der jeweiligen Funktionsbehinderungen sowie Schmerzen usw. nicht von einem höheren Gesamt-GdB als 40 überzeugen; Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB besteht daher nicht. Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass sich insbesondere die Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet und auf nervenärztlichem Fachgebiet, insbesondere die Schmerzen, beeinflussen bzw. beeinflussen können.

Damit ist im Verhältnis zu dem der Zuerkennung eines GdB von 30 zugrundeliegenden Bescheid vom 18.01.2007 (Blatt 26 der Beklagtenakte) zwar eine wesentliche Änderung eingetreten, als nunmehr ein GdB von 40 festzustellen war. Dem ist der Beklagte aber - wie ausgeführt - mit dem Bescheid vom 15.10.2009 in der Fassung des Bescheids vom 05.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.06.2010 nachgekommen, sodass ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des GdB nicht besteht. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-04-02