

L 3 SB 4688/13

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

3

1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 14 SB 859/10

Datum
11.09.2013

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 4688/13

Datum
29.10.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 11. September 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ab welchem Zeitpunkt der Grad der Behinderung (GdB) des Klägers mit 50 festzustellen ist.

Bei dem am 24.06.1947 geborenen Kläger hatte der Beklagte unter Berücksichtigung diverser Arztbriefe, insbesondere des Chirurgen Dr. A. vom 20.09.2004 und 19.10.2004, des Internisten Dr. B. vom 12.10.2004, des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. C. vom 15.10.2004 und des Allgemeinmediziners Dr. D. vom 14.12.2005 sowie unter Zugrundelegung der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. E. vom 14.02.2006, in der als Behinderungen degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und eine Funktionsbehinderung beider Schultergelenke mit einem Einzel-GdB von 20 sowie Ohrgeräusche mit einem Einzel-GdB von 10 berücksichtigt und der Gesamt-GdB mit 20 eingeschätzt worden waren, mit Bescheid vom 23.02.2006 den GdB mit 20 seit 16.11.2005 festgestellt.

Der Kläger beantragte am 02.06.2009 die Neufeststellung des GdB und wies dabei auf ein Wirbelsäulen-Syndrom, einen Tinnitus, Schulter- und Ellenbogengelenksprobleme sowie chronische Schmerzen hin. Sodann holte der Beklagte den Befundbericht des Dr. D. vom 28.06.2009 ein. Dieser führte darin unter anderem aus, es komme immer wieder zu Nervenwurzelreizungen im gesamten Wirbelsäulen-Bereich im Sinne einer Cervikalneuralgie mit resultierender Taubheit in den Händen sowie muskulären Verspannungen, Interkostalbeschwerden mit Problemen bei tiefer Einatmung sowie Lumboischialgien mit Schonhaltung bei ebenfalls deutlichen muskulären Verspannungen. Ursachen seien Fehlstellung und Abnutzung der Wirbelsäule mit Bandscheibenschäden. Beigefügt war unter anderem der Arztbrief des Orthopäden Dr. F. vom 03.03.2009, in dem eine schmerzhafte Halswirbelsäule, Myalgien, Parästhesien mit Ausstrahlung in beide Arme und eine segmentale Blockierung der unteren Halswirbelsäule beidseits befundet, Reflexe und motorische Funktionen ohne Befund beschrieben und eine Cervikobrachialgie beidseits sowie degenerative Halswirbelsäulen-Veränderungen diagnostiziert wurden. Dr. G. gelangte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 19.08.2009 zu der Einschätzung, gegenüber der bisherigen versorgungsärztlichen Beurteilung hätten sich keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte ergeben. Mit Bescheid vom 26.08.2009 lehnte der Beklagte den Antrag des Klägers ab.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Er fügte das Attest des Dr. D. vom 19.09.2009 bei. Darin wurden erhebliche Veränderungen am Stütz- und Bewegungsapparat, besonders an der Wirbelsäule sowie an den großen Gelenken, beschrieben. Es bestünden Arthrosen und Tendopathien mit resultierendem chronischen Schmerz. Des Weiteren bestünden schmerzverstärkende muskuläre Dysbalancen mit Verspannungen. Besonders an der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule komme es aufgrund von Bandscheibenschäden zu Nervenwurzelreizungen mit Ischialgien sowie Parästhesien in beiden Händen. Aufgrund der Schmerzsituation mit Einschränkung der Mobilität und Belastbarkeit hätten sich psychische Beschwerden entwickelt. Daraufhin berücksichtigte Dr. H. in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12.10.2009 als zusätzliche Behinderung eine depressive Verstimmung mit psychovegetativen Störungen mit einem Einzel-GdB von 20 und schätzte den Gesamt-GdB mit 40 ein. Daher stellte der Beklagte mit Teil-Abhilfebescheid vom 16.10.2009 den GdB mit 40 seit 02.06.2009 fest. Sodann wurden die Arztbriefe des Radiologen Dr. I. vom 22.09.2009 und der Universitätsmedizin Mannheim vom 14.11.2009 betreffend einer Supraspinatussehnenruptur rechts aktenkundig. Dr. J. hielt in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 06.12.2009 die bisherige versorgungsärztliche Beurteilung aufrecht. Mit Widerspruchsbescheid vom 09.02.2010 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 05.03.2010 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Er hat zur Begründung insbesondere ausgeführt, er habe vor einigen Jahren ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten und seither immer wieder Schmerzen von Seiten der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in Nacken und Schultern, begleitet von zeitweise starken Kopfschmerzen. Seine Wirbelsäulenerkrankung sei daher mit einem höheren Einzel-GdB einzustufen.

Das SG hat die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Die Orthopädin Dr. K. hat unter dem 14.05.2010 über die Nachbehandlung der operierten rechten Schulter berichtet. Die Hals-Nasen-Ohren Ärztin Dr. C. hat mit Schreiben vom 28.05.2010 dargelegt, der Kläger klage über ein zu Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen und teilweise depressiven Verstimmungen führendes Ohrgeräusch sowie eine zunehmende Geräuschempfindlichkeit. Dr. D. hat am 30.05.2010 ausgeführt, es lägen Erkrankungen am Stütz- und Bewegungsapparat sowie seit Februar 2009 Schulterbeschwerden rechts vor.

Daraufhin hat das SG von Amts wegen das Gutachten des Orthopäden Dr. L. vom 21.12.2010 eingeholt. Der Sachverständige hat den Wirbelsäulenschaden mit aus seiner Sicht mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt mit einem Einzel-GdB von 20 angesetzt. Er hat zur Begründung dargelegt, an der Halswirbelsäule lägen erhebliche degenerative Veränderungen mit muskulärer Reizung vor. Dahingegen hätten an der Rumpfwirbelsäule weder klinisch noch radiologisch wesentliche Reizerscheinungen festgestellt werden können. Es hätten auch keine höhergradige Skoliose oder auffällige Aufbraucherscheinungen bestanden. Radikuläre Reizerscheinungen hätten sich weder an den oberen noch unteren Gliedmaßen gefunden. Eine GdB-relevante Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes liege nicht vor. Unter Berücksichtigung der für ihn fachfremden weiteren Einzel-GdB-Werte betrage der Gesamt-GdB 40.

In einer weiteren sachverständigen Zeugenaussage hat Dr. D. unter dem 29.04.2011 ausgeführt, die Schmerzsituation habe sich verstärkt. Er hat unter anderem den Arztbrief des Dr. I. vom 31.01.2011 über eine durchgeführte magnetresonanztomographische Untersuchung der Halswirbelsäule sowie den Arztbrief des Orthopäden Dr. F. vom 24.03.2011, in dem eine multisegmentale, degenerative Veränderung im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule mit deutlicher Bewegungseinschränkung in zwei Wirbelsäulenabschnitten beschrieben worden ist, vorgelegt.

Daraufhin hat das SG auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) das Gutachten des Dr. F. vom 15.07.2011 eingeholt. Dieser hat nach am 14.07.2011 erfolgter Untersuchung des Klägers muskuläre Reizsyndrome der Halswirbelsäule mit mittelschwerer Funktionsbehinderung, der Brustwirbelsäule mit leichter Fehlstatik ohne wesentliche Funktionsbehinderung und der Lendenwirbelsäule mit leichter Fehlstatik bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der Bandscheiben in allen lumbalen Segmenten, mit einer Facettengelenksarthrose in allen lumbalen Segmenten sowie mit einer Einengung der Neuroforamina L2/3, L3/4, L4/5 und L5/S1 mit leichter bis mittelschwerer Funktionsbehinderung ohne sensible oder motorische Ausfallserscheinungen diagnostiziert und hierfür den Einzel-GdB mit 30 eingeschätzt. Ferner hat er die Schultergelenkerkrankung mit einem Einzel-GdB von 10 beurteilt. Er hat unter Zugrundelegung der für ihn fachfremden Einzel-GdB-Werte von 20 für die Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen sowie von 20 für die depressive Verstimmung und psychovegetativen Störungen den Gesamt-GdB mit 40 eingeschätzt.

Daraufhin hat das SG auf weiteren Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Prof. Dr. M. vom 08.02.2012 eingeholt. Der Sachverständige hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei depressiver Verstimmung diagnostiziert und mit einem Einzel-GdB von 30 beurteilt. Er hat unter Zugrundelegung der für ihn fachfremden Einzel-GdB-Werte von 30 für die orthopädischen Veränderungen, von 20 für das hals-nasen-ohren-ärztliche Fachgebiet, von 20 für eine Rhinopathie sowie von 10 für einen Bluthochdruck den Gesamt-GdB mit 50 eingeschätzt.

Dr. Köhler hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 27.04.2011 die im Gutachten des Dr. F. vorgeschlagene Erhöhung des Einzel-GdB für die Auswirkungen der Wirbelsäulen-Veränderungen ab dem Zeitpunkt der Begutachtung für vertretbar erachtet. Dies ergebe sich aus den erstmals in diesem Gutachten und im Gutachten des Prof. Dr. M. beklagten Schmerzen der Lendenwirbelsäule im Sinne deutlicher Zeichen von Nervenreizerscheinungen und aus den Ergebnissen der kernspintomographischen Untersuchungen der Hals- und Lendenwirbelsäule mit dem Nachweis der entsprechenden möglichen somatischen Korrelate der Beschwerden. Bei dem Beschwerdebild und dem klinischen Befund im Gutachten des Dr. L. sei die festgestellte insgesamt mittelgradige Beeinträchtigung durch die Wirbelsäulen-Situation durch die "offenen" anamnestischen Angaben und durch die Befunde unterstützt. Da sich die Beurteilung der Auswirkung der Schmerzsymptomatik im Rahmen der von Prof. Dr. M. diagnostizierten Schmerzstörung weitgehend mit der Beurteilung der Auswirkungen der Schmerzen, die orthopädischerseits bei der Einstufung berücksichtigt worden seien, überschneide, werde vorgeschlagen, die Einstufung der depressiven Verstimmungen mit einem Einzel-GdB von 20 und des Schmerzsyndroms mit einem Einzel-GdB von 20 getrennt vorzunehmen. Hinsichtlich der Einstufung des Bluthochdrucks und der Funktionseinschränkung der Schultergelenke mit jeweils einem Einzel-GdB von 10 bestehe Übereinstimmung. Die Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen sei weiterhin mit einem Einzel-GdB von 20 einzuschätzen. Hinsichtlich schlafassoziierter Atemstörungen beziehungsweise des Schnarchens lägen keine Ergebnisse der entsprechenden Diagnostik im Schlaflabor vor, die eine konkrete wesentliche Beeinträchtigung nachwiesen. Mithin ergebe sich ein Gesamt-GdB von 50 seit 14.07.2011.

Das hierauf beruhende Vergleichsangebot des Beklagten hat der Kläger nicht angenommen. Er hat das Attest des Dr. F. vom 14.07.2012 vorgelegt, in dem dieser ausgeführt hat, aufgrund der vielseitigen und funktionell sich deutlich bemerkbar machenden Veränderungen im Bereich beider Wirbelsäulenabschnitte sei mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdesymptomatik zumindest bereits Anfang 2010 bestanden habe, auch wenn die bildhafte Darstellung durch die Kernspintomographien der Halswirbelsäule vom 31.01.2011 und der Lendenwirbelsäule vom 09.02.2011 erst später erfolgt sei. Veränderungen dieser Art entwickelten sich erfahrungsgemäß über einen längeren Zeitraum. Ferner hat der Kläger das Attest des Dr. D. vom 16.07.2012 vorgelegt, der darin ausgeführt hat, aufgrund der schon seit Jahren behandelten Beschwerden könne man mit Sicherheit sagen, dass die Veränderungen an der Wirbelsäule schon wenigstens im gesamten Jahr 2010 bestanden hätten.

Hierzu hat der Beklagte ausgeführt, es sei nicht nachgewiesen, dass ein Einzel-GdB von 30 bedingendes Ausmaß der Wirbelsäulenveränderung bereits im Jahr 2010 vorgelegen habe. Die nachträglich ausgestellten Atteste von Dr. F. und Dr. D. seien nicht geeignet, eine abweichende Feststellung begründen zu können. Angesichts des klägerischen Vorbringens stelle sich eher die Frage, weshalb eine konkrete Untersuchung nicht bereits in den Jahren 2009 und 2010 vorgenommen worden sei, wenn damals bereits eine derartige

Verschlimmerung vorgelegen haben solle. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 11.09.2013 hat der Beklagte im Wege eines Teil-Anerkennnisses die Feststellung des GdB mit 50 seit 14.07.2011 zugesagt. Dieses Teil-Anerkenntnis hat der Kläger nicht angenommen.

Mit Teil-Anerkenntnis- und Teil-Endurteil vom 11.09.2013 hat das SG den Beklagten verurteilt, in Abänderung des Bescheides vom 26.08.2009 in der Gestalt des Teil-Abhilfebescheides vom 16.10.2009 und des Widerspruchsbescheides vom 09.02.2010 den GdB mit 50 seit 14.07.2011 festzustellen, und die Klage im Übrigen abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, die Beweislage betreffend der beim Kläger vorliegenden Behinderungen lasse eine Feststellung des Vorliegens eines Gesamt-GdB von 50 vor dem 14.07.2011 nicht zu. Zunächst sei Dr. L. davon ausgegangen, dass die beim Kläger vorliegenden Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet lediglich einen Einzel-GdB von 20 rechtfertigen würden. Diesen Einzel-GdB habe er auf die beim Kläger vorliegende Wirbelsäulenerkrankung zurückgeführt. Dr. F. habe seine hiervon abweichende Einschätzung für die Wirbelsäulenbeschwerden mit zwischenzeitlich am 31.01.2011 und 09.02.2011 angefertigten Magnetresonanztomographie-Aufnahmen gerechtfertigt, da diese deutlicher machen würden, dass es sich um deutliche, funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten handele. Es erschließe sich aber in keiner Weise, wie Magnetresonanztomographie-Aufnahmen funktionelle Auswirkungen belegen könnten. Vielmehr komme es hierfür auf die Beweglichkeit der Wirbelsäulensegmente an. Gerade hier lasse jedoch der von Dr. F. erhobene Befund erhebliche Zweifel an dessen Einschätzung mittelgradiger funktioneller Einschränkungen der Halswirbelsäule aufkommen. Die von Dr. F. erhobenen Neutral-Null-Werte der Halswirbelsäule zeigten lediglich eine minimale Bewegungseinschränkung bei der Vor-Rückneigung und eine geringe Bewegungseinschränkung bei der Seitneigung. Ferner könne nicht mit der erforderlichen Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeinschätzung des Dr. F. schon vor dem 14.07.2011 zutreffend gewesen sei. Vielmehr habe sich Dr. L. dahingehend eingelassen, dass sich im Bereich der Rumpfwirbelsäule weder klinisch noch radiologisch wesentliche Reizerscheinungen hätten feststellen lassen. Hinsichtlich der von Prof. Dr. M. festgestellten Behinderungen sei zu berücksichtigen, dass es keinerlei belastbare Nachweise dafür gebe, dass die beim Kläger diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei depressiver Verstimmung schon bei Antragstellung beziehungsweise vor dem 31.03.2010 ein derartiges Ausmaß angenommen habe, dass ein Einzel-GdB von 30 hierfür in Ansatz gebracht werden könne. Vielmehr spreche der Umstand, dass der Kläger bislang erst zwei- bis dreimal in nervenärztlicher Behandlung gewesen sei, gegen eine nachhaltige psychische Behinderung. Auch habe der Kläger davon berichtet, dass er sich in sozialer Hinsicht gut integriert fühle.

Gegen das ihm am 25.10.2013 zugestellte Urteil des SGs hat der Kläger am 30.10.2013 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, die Ergebnisse des Dr. L., der im Dezember 2010 eine unauffällige Lendenwirbelsäule diagnostiziert habe, seien durch die magnetresonanztomographischen Untersuchungen widerlegt. Es sei nicht wahrscheinlich, dass sich derart schwerwiegende degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, wie sie magnetresonanztomographisch zu Tage getreten seien und wie sie Dr. F. in seinem Gutachten beschrieben habe, in dem kurzen Zeitraum zwischen der Begutachtung durch Dr. L. und der magnetresonanztomographischen Untersuchung entwickelt haben könnten. Dies umso mehr, als er schon seit vielen Jahren über Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich klagt und diese auch bereits von Dr. D. in seinem Arztbrief vom 14.12.2005 beschrieben worden seien. Auch Prof. Dr. M. habe dargelegt, die somatoforme Schmerzstörung lasse sich bei ihm schon vor vielen Jahren beschreiben.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 11. September 2013 und den Bescheid des Beklagten vom 26. August 2009 in der Gestalt des Teil-Abhilfebescheides vom 16. Oktober 2009 und des Widerspruchsbescheides vom 9. Februar 2010 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, den GdB mit 50 seit 2. Juni 2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Ein Einzel-GdB von 30 für das Wirbelsäulenleiden als Grundlage für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft lasse sich erst durch das Gutachten des Dr. F. bestätigen.

Der Senat hat Dr. D. und Dr. F. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. D. hat unter dem 01.02.2014 ausgeführt, er habe den Kläger am 17.02.2009 wegen deutlich muskulärer Verspannung der Rückenmuskulatur besonders im Nacken und an der Lendenwirbelsäule, am 11.05.2009 wegen einer Verspannung der Rückenmuskulatur und Parästhesien in den Händen sowie eines Neuralgieschmerzes in den Beinen, am 04.08.2009 wegen deutlicher Schonhaltung mit eingeschränkter Mobilität des Rückens sowie thorakalem Druck, am 14.09.2009 wegen einer typischen Vorbeuge-Seithaltung, am 27.11.2009 und 13.01.2010 bei unveränderter Rückenproblematik, am 23.02.2010 und 14.07.2010 wegen muskulärer Verspannungen im Rücken-Schulterbereich, am 19.01.2011 und 04.04.2011 wegen zunehmender beziehungsweise therapieresistenter Wirbelsäulen-Erkrankung mit radikulärer Reizung sowie am 20.09.2011 wegen einer psychischen Belastungsreaktion bei bestehendem Wirbelsäulen-Problem gesehen beziehungsweise behandelt. Ein entsprechendes Tagesprotokoll ist von ihm beigelegt worden. Dr. F. hat mit Schreiben vom 04.02.2014 dargelegt, den Kläger am 03.03.2009 wegen einer Cervikobrachialgie beidseits, einer Osteochondrose und Unkovertebralarthrose C4 bis C7 mit Einengung der Neuraforamina sowie am 07.02.2011 wegen einer Osteochondrose C4 bis C7 mit Wurzelreizung bei Unkovertebralarthrosen und Degeneration der Rotatorenmanschette rechts mit Schultersteife behandelt zu haben.

Hierzu hat Dr. Wolf in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.04.2014 ausgeführt, der Einzel-GdB von 30 für das Wirbelsäulenleiden ergebe sich erst durch das Gutachten des Dr. F. ... Zuvor sei im Gutachten des Dr. L. für das Wirbelsäulenleiden allenfalls ein Einzel-GdB von 20 festgestellt worden. Aus den Angaben des Dr. D. ergäben sich keine ausreichend detaillierten klinischen Funktionsparameter der Wirbelsäule, um bereits für die Zeit vor der Begutachtung durch Dr. F. für das Wirbelsäulenleiden einen Einzel-GdB von 30 eindeutig nachweisen zu können. Auf erneute Anfrage des Senats hat Dr. F. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 04.06.2014 ausgeführt, bei der Vorstellung am 03.03.2009 habe eine Dokumentation über die Bewegungsausmaße der Halswirbelsäule nicht stattgefunden. Bei der Vorstellung am 07.02.2011 habe ein Finger-Boden-Abstand von 10 cm und ein Maß nach Schober von 10/14 cm festgestellt werden können.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt 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, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Urteils des SGs vom 11.09.2013 insoweit, als mit ihm die Klage des Klägers auf Feststellung des GdB mit 50 bereits seit 02.06.2009 statt erst seit 14.07.2011 abgewiesen worden ist. Der Kläger erstrebt insoweit die Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 26.08.2009 in der Gestalt des Teil-Abhilfebescheides vom 16.10.2009 und des Widerspruchsbescheides vom 09.02.2010 und die Verpflichtung des Beklagten, bei ihm den GdB mit 50 auch vom 02.06.2009 bis zum 13.07.2011 festzustellen. Dieses prozessuale Ziel verfolgt der Kläger zulässigerweise gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage.

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers auf Neufeststellung des GdB ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Von einer solchen ist bei einer Änderung im Gesundheitszustand auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung oder Herabsetzung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt, während das Hinzutreten weiterer Funktionsstörungen mit einem Einzel-GdB von 10 regelmäßig ohne Auswirkung auf den Gesamt-GdB bleibt.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gelten für die Bemessung des GdB folgende Grundsätze (BSG, Urteil vom 17.04.2013 - [B 9 SB 3/12 R](#) - juris, mit weiteren Nachweisen):

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag eines behinderten Menschen in einem besonderen Verfahren das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Als GdB werden dabei nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) in der Fassung des Gesetzes vom 23.04.2004 ([BGBl. I 606](#)) gelten die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Durch diesen Verweis wird auf die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe für das versorgungsrechtliche Bewertungssystem abgestellt, dessen Ausgangspunkt die "Mindestvomhundertsätze" für eine größere Zahl erheblicher äußerer Körperschäden im Sinne der Nr. 5 Allgemeine Verwaltungsvorschriften zu § 30 BVG sind. Von diesem leiten sich die aus den Erfahrungen der Versorgungsverwaltung und den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft gewonnenen Tabellenwerte der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) ab. Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) in der Fassung vom 13.12.2007 ([BGBl. I 2904](#)) wird zusätzlich auf die aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG (bis zum 30.06.2011) beziehungsweise des § 30 Abs. 16 BVG (ab dem 01.07.2011) erlassene Rechtsverordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) Bezug genommen, so dass ab 01.01.2009 die VersMedV vom 10.12.2008 ([BGBl. I 2412](#)), die durch die Verordnungen vom 01.03.2010 ([BGBl. I 2904](#)), 14.07.2010 ([BGBl. I 928](#)), 17.12.2010 ([BGBl. I 2124](#)), 28.10.2011 ([BGBl. I 2153](#)) und 11.10.2012 ([BGBl. I 2122](#)) geändert worden ist, anstelle der AHP Grundlage für die Feststellung des GdB ist. Als Anlage zu § 2 VersMedV sind "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) veröffentlicht worden, in denen unter anderem die Grundsätze für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden sind. Diese sind nach Teil A Nr. 2 VG auch für die Feststellung des GdB maßgebend.

Die AHP und die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte Sachverständigengutachten dar. Dabei beruht das für die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante Maß nicht allein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die GdB-Bewertung auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des Sachverständnisses anderer Wissenszweige zu entwickeln.

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB gemäß [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) Zuständen nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) und die sich daraus ableitenden, für eine Teilhabebeeinträchtigung bedeutsamen Umstände festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann den in den AHP und der VG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann - nach Teil A Nr. 19 Abs. 1 AHP und Teil A Nr. 3 Buchst. a VG in der Regel ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB - in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei können die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinander stehen. Außerdem sind nach Teil A Nr. 19 Abs. 2 AHP und Teil A Nr. 3 Buchst. b VG bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der GdB-Tabelle der AHP und der VG feste Grade angegeben sind.

Die Bemessung des GdB ist grundsätzlich tatrichterliche Aufgabe. Dabei hat insbesondere die Feststellung der nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens zu erfolgen. Darüber hinaus sind vom Tatsachengericht die rechtlichen Vorgaben zu beachten. Rechtlicher Ausgangspunkt sind stets [§ 2 Abs. 1](#), [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX; danach sind insbesondere die Auswirkungen nicht nur vorübergehender Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft maßgebend.

Im vorliegenden Fall ist bei der Prüfung einer wesentlichen Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) der Zeitraum ab der letztmaligen Feststellung des Gesamt-GdB mit Bescheid vom 23.02.2006 zu beurteilen. Formal betrachtet sind bis zum 31.12.2008 die AHP und ab dem 01.01.2009 die VG heranzuziehen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat das SG zutreffend dargelegt, dass beim Kläger eine wesentliche Änderung der Gesundheitsverhältnisse nur insoweit eingetreten ist, als der Gesamt-GdB auf jetzt 50 erst ab 14.07.2011 heraufzusetzen war.

Zutreffend hat das SG dargelegt, dass im Bereich des Funktionssystems "Rumpf" der Einzel-GdB erst seit 14.07.2011 mit 30 zu bewerten ist. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen nach eigener Prüfung gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) unter Verweis auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils zur Vermeidung von Wiederholungen an und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Auch unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren ist gegenüber der angefochtenen Entscheidung des SGs eine andere Beurteilung nicht gerechtfertigt.

Entgegen der Ansicht des Klägers ist die im Gutachten des Dr. L. vom 21.12.2010 erfolgte Einschätzung des Einzel-GdB von 20 für die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule nicht durch die magnetresonanztomographischen Untersuchungen vom 31.01.2011 und 09.02.2011 widerlegt worden. Denn maßgeblich ist für die GdB-Beurteilung die durch den Wirbelsäulenschaden bedingte Funktionseinschränkung. Dr. L. hat aber im Rahmen seiner gutachterlichen Untersuchung am 14.12.2010 im Bereich der Halswirbelsäule eine Rotation von 70/0/80 Grad (Normalmaß 60-80/0/60-80 Grad), eine Seitneigung von 20/0/30 Grad (Normalmaß 30-40/0/30-40 Grad) und eine Inklination/Reklination von 40/0/60 Grad (Normalmaß 40-50/0/50-70 Grad) sowie im Bereich der Lenden- und Brustwirbelsäule einen Finger-Fußboden-Abstand von 0 cm, ein Zeichen nach Schober von 10/16,5 cm (Normalmaß 10/14-15 cm), ein Zeichen nach Ott von 30/31 cm (Normalmaß 30/32 cm), eine Rotation von 45/0/45 Grad (Normalmaß 30-50/0/30-50 Grad) und eine Seitneigung von 30/0/30 Grad (Normalmaß 30-40/0/30-40 Grad) befundet, so dass von nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 einen Einzel-GdB von 30 rechtfertigenden schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten zum damaligen Untersuchungszeitpunkt nicht ausgegangen werden kann. Vielmehr handelt es sich dabei lediglich um endgradige Bewegungseinschränkungen und damit nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 lediglich einen Einzel-GdB von 10 rechtfertigende geringe funktionelle Auswirkungen. Nur unter Berücksichtigung des Schmerzsyndroms lässt sich der von Dr. L. für das Funktionssystem "Rumpf" angenommene Einzel-GdB von 20 vertreten, so dass es auf die vom Kläger im Berufungsverfahren aufgeworfene Frage, seit wann das von Prof. Dr. M. in seinem Gutachten vom 08.02.2012 beschriebene Schmerzsyndrom vorliegt, nicht ankommt. Zu einer anderen Einschätzung führt auch nicht die Ansicht des Klägers, es sei nicht wahrscheinlich, dass sich die durch die magnetresonanztomographischen Untersuchungen vom 31.01.2011 und 09.02.2011 festgestellten und von Dr. F. im Rahmen seiner gutachterlichen Untersuchung vom 14.11.2011 beschriebenen Wirbelsäulenschäden erst nach der am 14.12.2010 erfolgten gutachterlichen Untersuchung durch Dr. L. entwickelt haben könnten. Denn für die Feststellung von Behinderungen genügt gerade nicht die hinreichende Wahrscheinlichkeit, sondern ist der Nachweis, also eine mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, erforderlich. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den von Dr. D. seit Jahren beschriebenen Verspannungen der Wirbelsäulenmuskulatur und Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich. Denn auch insoweit fehlt es an für die GdB-Feststellung erforderlichen dokumentierten Bewegungsmaßen. Mithin hat das SG zutreffend dargelegt, dass im Bereich des Funktionssystems "Rumpf" der Einzel-GdB mit 20 bis 13.07.2011 und mit 30 seit 14.07.2011 zu bewerten ist.

Ferner ist im Bereich des Funktionssystems "Gehirn einschließlich Psyche" von einem Einzel-GdB von höchstens 30 auszugehen. Einen höheren Einzel-GdB hat auch Prof. Dr. M. in seinem Gutachten vom 08.02.2012 für die depressiven Verstimmungen und das Schmerzsyndrom nicht befürwortet. Auch macht der Kläger eine andere Einschätzung nicht geltend. Mithin hat der Senat keine Anhaltspunkte, eine nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 einen Einzel-GdB von 40 oder mehr rechtfertigende stärker behindernde Störung im oberen Beurteilungsspielraum oder gar schwere Störung anzunehmen.

Zusätzlich ist wegen der Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen für das Funktionssystem "Ohren" ein Einzel-GdB von 20, für die Funktionseinschränkung der Schultergelenke für das Funktionssystem "Arme" ein Einzel-GdB von 10 und wegen des Bluthochdrucks im Funktionssystem "Herz-Kreislauf" ein Einzel-GdB von 10 zu berücksichtigen. Insoweit folgt der Senat der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Köhler vom 27.04.2011.

In Bezug auf die von Prof. Dr. M. in seinem Gutachten vom 08.02.2012 angenommene Ronchopathie folgt der Senat ebenfalls der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Köhler vom 27.04.2011, in der zu Recht ausgeführt worden ist, dass hinsichtlich schlafassoziierter Atemstörungen beziehungsweise des Schnarchens keine Ergebnisse der entsprechenden Diagnostik im Schlaflabor vorliegen, die eine konkrete wesentliche Beeinträchtigung nachweisen, so dass hierfür entgegen Prof. Dr. M. kein Einzel-GdB zu Grunde gelegt werden kann.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Einzel-GdB-Werte (bis 13.07.2011 Einzel-GdB 20 und seit 14.07.2011 Einzel-GdB 30 für das Funktionssystem "Rumpf", Einzel-GdB höchstens 30 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche", Einzel-GdB 20 für das Funktionssystem "Ohren", Einzel-GdB 10 für das Funktionssystem "Arme" und Einzel-GdB 10 für das Funktionssystem "Herz-Kreislauf") hat das SG den Gesamt-GdB rechtsfehlerfrei erst seit 14.07.2011 mit 50 festgestellt. Denn bei der Bildung des Gesamt-GdB ist nach Teil A Nr. 2 und 3 VG von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und ist dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhöhen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Insoweit führen von Ausnahmefällen abgesehen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Bei der Bemessung des Gesamt-GdB ist auch ein Vergleich mit anderen schwerwiegenden Erkrankungsbildern anzustellen. Denn nach Teil A Nr. 3 Buchst. b VG sind bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind. Gemessen an diesen Voraussetzungen sind die beim Kläger bestehenden Erkrankungen insgesamt erst seit 14.07.2011 mit Gesundheitsschäden zu vergleichen, deren Funktionsbeeinträchtigungen einen Gesamt-GdB von 50 begründen.

Mithin ist seit Erlass des Bescheides vom 23.02.2006 eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen des Klägers nicht insoweit eingetreten, als der Gesamt-GdB bereits vor dem 14.07.2011 auf 50 heraufzusetzen gewesen wäre. Das die auf die Verpflichtung des Beklagten, den GdB mit 50 bereits vor dem 14.07.2011 festzustellen, gerichtete Klage abweisende Urteil des SGs hat sich daher als rechtmäßig erwiesen.

Nach alledem war die Berufung 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

2014-11-05