

L 3 SB 1172/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 25 SB 426/11
Datum
15.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 1172/13
Datum
09.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Februar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Kosten und baren Auslagen für die Gutachten des Dr. A. vom 15. Juli 2014 sowie des Prof. Dr. B. vom 7. August 2015 werden nicht auf die Staatskasse übernommen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höherbewertung des Grades der Behinderung (GdB).

Bei dem 1954 geborenen Kläger hatte der Beklagte mit Bescheid vom 24.11.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2006 den GdB seit 18.04.2005 auf 30 festgesetzt, unter Berücksichtigung folgender Funktionsstörungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen, Schulter-Arm-Syndrom, chronisches Schmerzsyndrom, Einzel-GdB 20; Depression, Einzel-GdB 20.

Am 13.07.2010 stellte der Kläger beim Beklagten den Antrag, wegen einer Verschlechterung seiner Gesundheitsstörungen den GdB höher zu bewerten. Nach medizinischer Sachaufklärung - unter anderem zog der Beklagte den Reha-Entlassungsbericht der C.-Klinik vom 25.02.2010 bei; bezüglich der Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte Bezug genommen - berücksichtigte der Beklagte zwar zusätzlich ein Schlafapnoe-Syndrom mit einem Einzel-GdB von 20 und eine Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks mit einem Einzel-GdB von 10 (versorgungärztliche Stellungnahme der Dr. D. vom 13.08.2010), eine Erhöhung des Gesamt-GdB folgte seiner Ansicht nach daraus jedoch nicht, so dass der Beklagte den Neufeststellungsantrag mit Bescheid vom 17.08.2010 ablehnte.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren schlug der Versorgungsarzt Dr. E. in seiner Stellungnahme vom 01.11.2010 vor, die Störungen entsprechend der Organsysteme neu zu sortieren (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinung, Schulter-Arm-Syndrom, Wirbelsäulenverformung, Einzel-GdB 20; Depression, funktionelle Organbeschwerden, chronisches Schmerzsyndrom, Einzel-GdB 20; Schlafapnoe-Syndrom, Einzel-GdB 20 und Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks, Einzel-GdB 10) und schlug einen Gesamt-GdB von 40 vor. Dem folgend setzte der Beklagte mit Teilabhilfebescheid vom 11.11.2010 den GdB seit dem 13.07.2010 mit 40 fest und wies mit Widerspruchsbescheid vom 15.12.2010 den Widerspruch im Übrigen zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 20.01.2011 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und einen GdB von 50 begehrt. Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Wegen des Ergebnisses dieser Beweisaufnahme wird auf die Aussage des Dr. F., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 11.04.2011, des Dr. G. vom Medizinischen Versorgungszentrum H. vom 18.04.2011, des Nervenarztes Dr. I. vom 20.04.2011, des Internisten, Pneumologen und Allergologen J. vom 03.06.2011 und der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. K. vom 13.07.2011 Bezug genommen. Für den Beklagten hat hierzu Dr. L.-L. unter dem 10.10.2011 Stellung genommen und die Beurteilung durch den Beklagten durch die Aussagen der angehörten Ärzte für bestätigt erachtet.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat das SG weiterhin Dr. M. mit der Erstattung eines orthopädisch-chirurgischen Fachgutachtens gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragt. Dr. M. hat in seinem Gutachten vom 12.03.2012, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers am selben Tag, bei diesem einen NPP der HWS C5/C6 mit endgradigen Bewegungseinschränkungen der HWS, ein Impingementsyndrom der linken Schulter mit endgradiger Bewegungseinschränkung im Seitenvergleich, ein degeneratives BWS/LWS-Syndrom mit endgradiger bis mäßiger Einschränkung der Beweglichkeit und eine mediale Gonarthrose links mit endgradiger

Funktionseinschränkung mit Beschwerden festgestellt. Die Beeinträchtigung der HWS hat er unter Berücksichtigung der Beeinträchtigung auch des Schultergelenks und des linken Arms sowie der degenerativen Veränderungen der beiden übrigen Wirbelsäulenabschnitte mit einem Einzel-GdB von 30 und die Beeinträchtigung des linken Kniegelenks mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet und unter Berücksichtigung der weiteren Einzel-GdB für die Depression, das chronische Schmerzsyndrom sowie das Schlafapnoe-Syndrom einen GdB von 50 seit Juli 2010 für zutreffend erachtet. Die Beeinträchtigung vor allem der HWS mit ihren Auswirkungen auf den linken Arm habe sich in der Untersuchung als deutlich ausgeprägter dargestellt, als nach Aktenlage. Zum Gutachten des Dr. M. hat für den Beklagten der Versorgungsarzt Dr. W. unter dem 02.05.2012 Stellung genommen. Dr. M. habe eine lediglich endgradige Bewegungseinschränkung der HWS feststellen können, was noch nicht einmal mittelgradigen Funktionsstörungen entspreche. Selbst wenn die Sensibilitätsstörungen Ausdruck einer Nervenwurzelreizerscheinung wären, käme für die Wirbelsäulenbehinderung insgesamt kein höherer GdB als der bislang festgestellte GdB von 20 in Betracht.

Das SG hat weiterhin von Amts wegen ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten bei Dr. N. in Auftrag gegeben. Dr. N. hat in seinem Gutachten, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 18.09.2012, eine depressive Störung mit leicht ausgeprägter Symptomatik diagnostiziert, wobei eine zeitweise mittelschwere Ausprägung nach der Anamnese möglich, zur Zeit aber nicht manifest sei. Auf eine Angststörung könne nicht geschlossen werden, es liege im Hinblick auf die Ängste eher ein Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik nahe. Der GdB für die depressive Symptomatik und die hiermit verbundenen psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen sei auf 20 zu veranschlagen.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 15.02.2013 abgewiesen. In der Sache hat es ausgeführt, das beim Kläger vorliegende obstruktive Schlafapnoe-Syndrom, das mit einer nCPAP-Therapie behandelt werde, sei mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Auch der GdB auf psychiatrischem Fachgebiet betrage 20. Ein höherer Einzel-GdB sei nicht anzusetzen, denn beim Kläger sei keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit feststellbar, das SG folge insoweit den Einschätzungen des Dr. N. ... Auch die Gesundheitsstörungen betreffend die Wirbelsäule und Schultern des Klägers bedingten (nur) einen Einzel-GdB von 20. Die beim Kläger festgestellten LWS- und BWS-Beschwerden seien als gering einzustufen. Die Auswirkungen der HWS-Beschwerden seien nicht mehr als mittelgradig. Die beim Kläger bestehenden Gesundheitsstörungen der Schultern wiederum seien als nur gering einzustufen. Dies stehe fest auf Grund der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. F. und des Dr. K. sowie des von Dr. M. berichteten Befundes. Die beim Kläger bestehenden Kniegelenksbeschwerden seien mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten; dies habe auch Dr. M. bestätigt. Kein GdB von wenigstens 10 rechtfertigten die beim Kläger vorliegenden Senk-Spreizfüße sowie die Fettstoffwechselstörung und Adipositas. Eine Herzerkrankung liege ausweislich der Auskunft der Dr. K. nicht vor. Unter Berücksichtigung der festgestellten Einzel-GdB ergebe sich kein höherer GdB als 40.

Gegen den ihm am 21.02.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 15.03.2013 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, dass die Gesundheitsstörungen zu niedrig bewertet worden seien. So sei das Schlafapnoe-Syndrom angesichts der bei ihm vorliegenden Tagesmüdigkeit mit einem GdB von 30 zu bewerten. Dr. M. habe in seinem Gutachten die Beeinträchtigungen vor allem der HWS mit mittelschwer bis schwer bewertet und nach sorgfältiger Abwägung zutreffend einen GdB von 30 in Ansatz gebracht. Auch die psychische Beeinträchtigung sei angesichts des Vorliegens der somatoformen Störungen mit einem Einzel-GdB von mindestens 30 zu bewerten. Auch habe der Kardiologe Dr. O. beim Kläger anhaltende Thoraxschmerzen bestätigt. Der Kläger hat hierzu einen Befundbericht des Dr. O. vom 25.07.2013, einen Befundbericht des Dr. I. vom 04.10.2013 sowie einen Befundbericht des Facharztes für Chirurgie P. vom 26.06.2013 vorgelegt, bezüglich deren Inhalt auf die Gerichtsakte verwiesen wird.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Februar 2013 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 17. August 2010 in Gestalt des Teilabhilfebescheides vom 11. November 2010 und des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 2010 zu verpflichten, den Grad der Behinderung beim Kläger mit mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er bezieht sich zur Begründung auf die angefochtene Entscheidung sowie auf die im Laufe des Berufungsverfahrens vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. V. vom 28.01.2014 sowie vom 18.02.2016.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat der Senat eine internistisch-pneumologisch/kardiologische Begutachtung durch Dr. A. gemäß [§ 109 SGG](#) veranlasst. Dr. A. hat in seinem Gutachten vom 15.07.2014 aufgrund Untersuchung vom selben Tag beim Kläger ein ausreichend behandeltes Schlafapnoe-Syndrom mit nächtlicher Überdruckbeatmung, eine Adipositas, eine funktionelle Hyperventilationsneigung, degenerative Knochenskelettveränderungen mit betonter linker Schulter und eine aktenkundige Depression festgestellt. Eine Herzerkrankung sowie eine Lungenfunktionsstörung hat er nicht feststellen können. Während für die Adipositas wie auch für die Hyperventilationsneigung mit subjektiven Atembeschwerden kein GdB anzusetzen sei, sei die Schlafapnoe als leicht- bis mittelgradig mit einem GdB von 20 zu bewerten und insgesamt ein GdB mit 40 als leidensgerecht einzuschätzen.

Der Kläger hat den Reha-Entlassungsbericht der Q.-Q. Kliniken über seinen dortigen Aufenthalt vom 17.07.2014 bis 07.08.2014 in Auszügen vorgelegt.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) hat der Senat weiterhin Prof. Dr. B. mit der Erstattung eines neurologischen Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 07.08.2015, beruhend auf einer Untersuchung vom 15.06.2015, keinen Nachweis auf eine radikuläre Schädigung im Bereich C5/C6/C7 links und kein objektivierbares neurologisches Defizit feststellen können und eine degenerative Wirbelsäulenveränderung mit funktioneller Beeinträchtigung (C7-Reizsyndrom) festgestellt. Ein sicher objektivierbarer Schweregrad im Sinne einer messbaren Funktionseinschränkung liege nicht vor. Unter Berücksichtigung der Schmerzsymptomatik könne eine leichtgradige funktionelle Beeinträchtigung, die einen Einzel-GdB von 20 und damit mit den weiteren Gesundheitsstörungen einen Gesamt-GdB von 40 rechtfertige, angenommen werden.

Der Kläger hat noch den Befundbericht des Dr. R., Klinik für Anästhesiologie, Alb-Fils-Kliniken vom 26.10.2010, ein sozialmedizinisches Gutachten des Dr. S. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 10.12.2014 auf Grund Begutachtung vom selben Tag sowie ein Gutachten nach Aktenlage des Dr. T. für die Agentur für Arbeit U. vom 30.01.2015 vorgelegt, bezüglich deren Inhalts auf die Senatsakte verwiesen wird. Der Beklagte hat hierzu die versorgungsmedizinische Stellungnahme des Dr. V. vom 18.02.2016 vorgelegt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorliegenden Verwaltungsakten des Beklagten sowie der Prozessakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die geltend gemachte Feststellung eines GdB von mindestens 50.

Die rechtlichen Voraussetzungen eines Anspruchs auf Neufeststellung eines bereits bindend zuerkannten GdB nach § 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und § 69 Abs. 1 Satz 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie die einzelnen Anforderungen sowie die Bewertung einzelner Behinderungen mit einem GdB und die Ermittlung eines Gesamt-GdB nach § 69 Abs. 1 Satz 4 und Satz 5 SGB IX in Verbindung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG), also der Anlage der nach § 30 Abs. 16 Bundesversorgungsgesetz (BVG) erlassenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) hat das SG in dem angegriffenen Gerichtsbescheid zutreffend dargestellt. Ebenso hat das SG zutreffend auf Grundlage der in erster Instanz durchgeführten umfangreichen Beweiserhebung, insbesondere aufgrund der Bekundungen der als sachverständige Zeugen vernommenen behandelnden Ärzte des Klägers sowie des Gutachtens des Dr. N. festgestellt, dass wegen des Gesundheitszustandes des Klägers nach wie vor ein GdB von (nur) 40 anzuerkennen ist und ein Anspruch auf Zuerkennung eines höheren GdB nicht besteht. Um Wiederholungen zu vermeiden, verweist der Senat gemäß § 153 Abs. 2 SGG auf die dortigen Ausführungen.

Das Berufungsvorbringen des Klägers sowie die umfangreiche Beweiserhebung vor dem Senat rechtfertigen keine abweichende Beurteilung. Vielmehr haben insbesondere die gemäß § 109 SGG auf Antrag und Kosten des Klägers eingeholten Gutachten auf internistischem und neurologischem Gebiet die Beurteilung des SG in der angefochtenen Entscheidung in vollem Umfang bestätigt.

1. So ist für das Funktionssystem "Rumpf" (zur Zusammenfassung einzelner Funktionsbeeinträchtigungen und Funktionssysteme (vergleiche Teil A Nr. 2 lit. e) Satz 2 VG) nach wie vor ein Einzel-GdB von 20 anzusetzen. Prof. Dr. B. hat in seinem Gutachten die auf die Einschätzung der behandelnden Orthopäden bzw. Chirurgen Dr. F. und Dr. G. gestützte Beurteilung des SG weitestgehend bestätigt. Er hat insbesondere kein objektivierbares neurologisches Defizit und keinen Nachweis einer radikulären Schädigung im Bereich der Halswirbelsäule feststellen können. Zwar geht Prof. Dr. B. in Übereinstimmung mit Dr. M. von einer degenerativen Wirbelsäulenveränderung mit funktioneller Beeinträchtigung im Sinne eines C7-Reizsyndroms aus, wobei er an anderer Stelle allerdings davon spricht, er könne lediglich eine sensible Reizsymptomatik nicht ausschließen. Er geht insoweit indes jedenfalls von einer nur sensiblen funktionellen Symptomatik aus, die sich nicht objektivieren lässt, und kommt lediglich gemeinsam mit der Schmerzsymptomatik zu einer leichtgradigen funktionellen Beeinträchtigung. Vor diesem Hintergrund kann dahingestellt bleiben, ob Prof. Dr. B. die von ihm berichtete Wurzelreizsymptomatik mit hinreichender Sicherheit festgestellt hat, wogegen die von ihm gewählte Formulierung spricht. Denn angesichts der nur geringfügigen Symptomatik kommt für die Wirbelsäulenbehinderung auch bei angemessenem Reizsyndrom insgesamt kein höherer Einzel-GdB als der bislang festgestellte GdB von 20 in Betracht, so zutreffend Dr. W. in seiner Stellungnahme vom 02.05.2012. Wie bereits das SG ausführlich und zutreffend dargelegt hat, können die von sämtlichen Ärzten und Sachverständigen dokumentierten funktionellen Auswirkungen in den Wirbelsäulenabschnitten keine Bewertung mit "schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt" bzw. "mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten" und damit einen Einzel-GdB mit mehr als 20 rechtfertigen (vgl. Teil B Nr. 18.9 VG). Das von Dr. M. und Prof. Dr. B. angenommene Nervenwurzelreizsyndrom kann andererseits noch nicht als ein "über Wochen andauerndes, ausgeprägtes Wirbelsäulensyndrom" im Sinne von Teil B Nr. 18.9 VG eingestuft werden, welches eine höhere GdB-Einstufung rechtfertigen könnte. Vielmehr hat Prof. Dr. B. lediglich von einer sensiblen Reizsymptomatik berichtet. Es liegen auch keine anhaltenden Funktionsstörungen infolge einer Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen sowie Auswirkungen auf die inneren Organe vor, die zusätzlich zu berücksichtigen wären.

2. Entgegen Dr. M. vermag auch die Beeinträchtigung des Schultergelenks und des linken Arms keinen höheren Einzel-GdB zu rechtfertigen. Dr. M. selbst geht von einer nur endgradig eingeschränkten Schulterbeweglichkeit links aus, was indes mit der von ihm erhobenen Abduktion von 90 ° und Außenrotation von 80 ° kontrastiert. In diesem Zusammenhang ist indes auffällig, dass noch im Reha-Entlassungsbericht der C.-Klinik vom 25.02.2010 von einer freien Beweglichkeit beider Schultergelenke bei bereits damals diagnostizierter Rotatorenmannschettenruptur berichtet wurde. Im Reha-Entlassungsbericht der Q.-Q. Kliniken über den dortigen Aufenthalt des Klägers im Sommer 2014 ist eine nur leicht eingeschränkte Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk mit Beschränkung der Anteversion und Abduktion auf maximal 130 ° berichtet worden. Dr. A. hat im Rahmen seiner orientierenden Untersuchung, wenngleich fachfremd, eine freie Beweglichkeit sämtlicher Gliedmaßen, also auch der Schultergelenke festgestellt, was nur schwerlich in Einklang mit den Bekundungen des Dr. M. zu bringen ist. Angesichts dieser ärztlichen Beurteilungen einer allenfalls leicht eingeschränkten Schulterbeweglichkeit links und der hierzu im Widerspruch stehenden Feststellungen des Dr. M. vermag sich der Senat von einer Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit in einem Umfang, welcher wenigstens einen GdB von 20 rechtfertigen würde, nicht zu überzeugen. Im Übrigen würde eine solche Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit, wie sie sich unter Zugrundelegung der von Dr. M. angegebenen Funktionswerte ergäbe - entgegen der Auffassung des Dr. M. - nicht zu einer Erhöhung des für das Funktionssystem "Rumpf" zu vergebenden Einzel-GdB, sondern zur Begründung eines eigenen Einzel-GdB mit 20 führen, da die Schultergelenke zum eigenständigen Funktionssystem "Arme" (vgl. Teil A Nr. 2 lit. e) Satz 2 VG) zählen, wie sich bereits aus der Differenzierung in Teil B Nr. 18.9 "Wirbelsäulenschäden" und andererseits 18.13 "Schäden der oberen Gliedmaßen" und den hierunter subsumierten Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks ergibt. (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 29.10.2014, L 3 SB 3881/13, juris).

3. Beim Kläger liegt entgegen seinem Berufungsvorbringen keine Erkrankung auf kardiologischem Gebiet vor. Den Ausschluss einer Herzerkrankung durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. K. in ihrer sachverständigen Zeugenaussage gegenüber dem SG hat Dr. O. in seinem Befundbericht vom 25.07.2013 bestätigt. Danach hat sich beim Kläger kein auffälliger kardiologischer Befund gezeigt. Für die vom Kläger beklagten anhaltenden Thoraxschmerzen hat es keinerlei Hinweise für eine kardiale Genese gegeben. Auch Dr. A. hat - vor dem

Hintergrund des von ihm erhobenen Befundes schlüssig und nachvollziehbar - eine Herzerkrankung verneint. So hat sich sowohl elektrokardiographisch wie auch echokardiographisch ein Normalbefund gezeigt. Es haben sich im Rahmen der Untersuchung bei Belastung keine Herzrhythmusstörungen und keine Hinweise für eine Myocardischämie eingestellt. Beim Kläger hat eine unauffällige Globalfunktion bei allenfalls geringer Wandhypertrophie, ohne Vergrößerung, ohne morphologisch auffälligen Herzklappen und ohne Insuffizienzen vorgelegen.

Das Schlafapnoe-Syndrom ist mit einem GdB von 20 weiterhin zutreffend bewertet. Es hat sich keine Verschlechterung eingestellt und insbesondere ist keine Lungenfunktionsstörung hinzugetreten. Dr. A. hat die auf die sachverständige Zeugenauskunft des Schlafmediziners und Internisten J. gestützte Beurteilung des SG bestätigt. Danach liegt bei dem Kläger weiterhin ein ausreichend behandeltes Schlafapnoe-Syndrom mit nächtlicher Überdruckbeatmung ohne Folgeerscheinungen oder Komplikationen vor. Seine Beurteilung hat Dr. A. u.a. auf den Normalbefund des im Rahmen der erneuten Therapieeinstellung im Januar 2011 durch das Marienhospital Stuttgart erfolgten Vigilanztests gestützt sowie auf den Umstand, dass der Compliancespeicher eine ausreichende Nutzung des nCAP-Geräts bestätigt hat, weshalb, so zutreffend Dr. A., von einem ausreichend behandelten Schlafapnoe-Syndrom mit der Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung und mit regelrechtem Therapieerfolg auszugehen ist. Die von Dr. A. erhobenen Lungenbefunde schließen einen organischen Schaden des kardiopulmonalen Systems aus. Soweit sich bei der Blutgasanalyse in Ruhe und bei Belastung eine mittelgradige Hyperventilationsneigung gezeigt hat, die subjektiv Atembeschwerden verursachen kann, ist hierfür ein Einzel-GdB nicht festzusetzen, so zutreffend Dr. A. ...

4. Eine Verschlechterung, die einen höheren Einzel-GdB rechtfertigen könnte, ist auch für das nervenärztliche Gebiet nicht belegt. So sieht zwar Dr. I. in seinem Befundbericht vom 04.10.2013 mittlerweile eine generalisierte Angststörung mit depressiver Begleitsymptomatik im Vordergrund, wohingegen Dr. N. in seinem Gutachten für das SG eine eigenständige Angststörung verneint und vielmehr einen Zusammenhang mit der für ihn im Vordergrund stehenden depressiven Symptomatik gesehen hat. Wie aber bereits das SG dargestellt hat, ist für die GdB-Einstufung nicht die exakte Diagnose, sondern sind die aus der psychischen Erkrankung resultierenden Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit maßgeblich (Teil B Nr. 3.7 VG). Eine diesbezügliche Verschlechterung gegenüber dem von Dr. N. in seinem Gutachten erhobenen Befund lässt sich dem Befundbericht von Dr. I. gerade nicht entnehmen, so zutreffend Dr. V. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28.01.2014. Vielmehr berichtet Dr. I. von einer subdepressiven Verstimmung bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und ohne wesentliche Antriebsminderung mit Zeichen einer vegetativen Übererregbarkeit bei deutlicher Somatisierungstendenz. Letztendlich gelangt Dr. I. zu einer abweichenden diagnostischen Einordnung eines psychischen Befundes, der im Wesentlichen im Einklang mit dem von Dr. N. erhobenen steht und, wie das SG gestützt auf Dr. N. zutreffend dargelegt hat, nur einen Einzel-GdB von 20 rechtfertigen kann.

Angesichts der nur leicht ausgeprägten Symptomatik kommt auch unter Berücksichtigung des chronischen Schmerzsyndroms, welches angesichts seiner nicht erheblichen Ausprägung, so Dr. N., überwiegend der depressiven Störung im Sinne psychosomatischer Beschwerdeanteile zuzurechnen ist, kein Einzel-GdB von mehr als 20 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" in Betracht. Auch Prof. Dr. B. ist in seinem Gutachten von einem leichten Ausprägungsgrad der Schmerzsymptomatik ausgegangen. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus dem Befundbericht des Dr. R. vom 26.10.2015. Gleiches gilt für das sozialmedizinische Gutachten des MDK vom 10.12.2014 sowie das Gutachten nach Aktenlage für die Agentur für Arbeit. Den dortigen Befunden lässt sich, so zutreffend Dr. V. in seiner versorgungsmedizinischen Stellungnahme vom 18.02.2016, kein abweichender Befund entnehmen, der eine Abweichung von der bisherigen versorgungsärztlichen Beurteilung begründen könnte. Vielmehr wird dort jeweils von einer langjährigen (seit 1998), anhaltenden Schmerzproblematik im Bereich der linken Schulter mit Ausstrahlung in den linken Arm berichtet.

Anlass für eine Vernehmung des Dr. R. sowie des Schmerztherapeuten Dr. X. als sachverständige Zeugen von Amts wegen besteht daher nicht. Der diesbezügliche Sachverhalt ist umfassend durch das orthopädische Gutachten des Dr. M., das nervenärztliche Gutachten des Dr. N. sowie das neurologische Gutachten des Prof. Dr. B. aufgeklärt. Eine gegenüber den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten der genannten Gutachten eingetretene Verschlechterung der Schmerzproblematik wird vom Kläger nicht behauptet. Eine solche lässt sich, wie dargelegt, auch nicht den vorgelegten Befundberichten, insbesondere nicht dem Befundbericht des Dr. R. vom 26.10.2015 und dem MDK-Gutachten von 10.12.2014 entnehmen.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden drei bzw. (unter Annahme einer erheblich eingeschränkten Schulterbeweglichkeit) vier Einzel-GdB für die Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem, orthopädischem und internistischem Fachgebiet ergibt sich, wie das SG bereits zutreffend festgestellt hat und worauf der Senat Bezug nimmt, kein höherer Gesamt-GdB als 40. Dies gilt auch unter Annahme eines weiteren Einzel-GdB von 20 für die linke Schulter unter Zugrundelegung der von Dr. M. berichteten Funktionswerte. So ist es auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderungen zu schließen, die eine Erhöhung des Gesamt-GdB rechtfertigen würde (Teil A Nr. 3 lit. d) ee) Satz 2 VG). Es ist daher häufig nicht gerechtfertigt, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Einzel-GdB von 20, wie dies beim Kläger zu-trifft, einen Gesamt-GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24.01.2014, L 8 SB 2011/13, juris. Denn eine solche Wertigkeit kommt den vom Ordnungsgeber als leichte Behinderung eingestuften Funktionseinschränkungen in der Regel nicht zu. Umstände, die eine hiervon abweichende Beurteilung rechtfertigen könnten, wie insbesondere das besonders ungünstige Zusammenwirken von für sich genommen nur leichten Behinderungen, die indes in der Summe die Zuerkennung einer Schwerbehinderteneigenschaft gebieten, liegen beim Kläger nicht vor. Vielmehr bestehen zwischen den Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die von der Schulter ausgehen, mit denjenigen ausgehend von der Halswirbelsäule, erhebliche Überschneidungen (vgl. Teil A Nr. 3 lit. d) cc) VG); beide Funktionsbeeinträchtigungen schränken den Kläger im Wesentlichen in denjenigen Tätigkeitsfeldern ein, die mit Überkopfarbeiten einhergehen.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Die Kosten und baren Auslagen des Klägers für die beiden Gutachten nach [§ 109 SGG](#) von Dr. A. vom 15.07.2014 und von Prof. Dr. B. vom 07.08.2015 werden nicht auf die Staatskasse übernommen, da hierdurch die Sachverhaltsaufklärung nicht wesentlich gefördert worden ist und sie daher auch keine wesentliche Bedeutung für die gerichtliche Entscheidung gewonnen haben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-03-11