

L 8 SB 2143/15

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

1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 1556/13
Datum
16.04.2015

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 2143/15
Datum
24.10.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 16.04.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers im Berufungsverfahren sind nicht zu erstatten.

Der Kläger trägt die Kosten des auf seinen Antrag gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachtens von Prof. Dr. C. vom 05.02.2016 sowie seine baren Auslagen endgültig selbst.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, mit welchem Grad der Behinderung (GdB) die bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen zu bewerten sind.

Der 1961 geborene Kläger beantragte am 11.10.2012 bei dem Landratsamt Ludwigsburg – Versorgungsangelegenheiten – (LRA) erstmals die Feststellung eines GdB wegen einer Hörstörung. Er legte Berichte des Klinikums S. vom 18.11.2011 [Bl. 6/7 der Verwaltungsakten des Beklagten (VA)] und vom 31.05.2012 (Bl. 8/9 VA), das Ton- und Sprachaudiogramm vom 15.12.2011 (Bl. 10 VA) sowie den Kurzarztbrief des Klinikums S. vom 19.08.2012 (Bl. 12 VA) vor.

Der Versorgungsarzt Dr. S. bewertete nach Auswertung der Unterlagen den GdB für die Funktionsbeeinträchtigungen Taubheit rechts, Schwerhörigkeit links mit 30 (Stellungnahme vom 28.10.2012, Bl. 14/15 VA). Dementsprechend stellte das LRA mit Bescheid vom 08.11.2012 (Bl. 16/17 VA) den GdB mit 30 seit 01.10.2011 fest.

Gegen den Bescheid legte der Kläger am 22.11.2012 Widerspruch ein. Er machte die Nichtberücksichtigung eines Tinnitus im rechten Ohr, einer Arthrose im rechten Handgelenk sowie eines Bandscheibenvorfalles geltend.

Das LRA zog die Berichte des Klinikums S. vom 07.12.2012 (Bl. 26 VA), vom 29.03.2012 (Bl. 30/31 VA), vom 18.06.2012 (Bl. 32 VA) und vom 07.12.2012 (Bl. 39 VA), den Bericht des Chirurgen Dr. L. vom 10.01.2011 (Bl. 29 VA), den Bericht des Orthopäden Dr. R. vom 17.01.2013 (Bl. 34/35 VA) sowie den Bericht des Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. G. vom 05.02.2013 (Bl. 38 VA) bei.

In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 16.03.2013 (Bl. 41/42 VA) bewertete Dr. Maier Torner den GdB weiterhin mit 30. Bandscheibenschaden und Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks bewirkten keine Funktionsbeeinträchtigung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.04.2013 (Bl. 44/46 VA) wies das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch zurück.

Am 13.05.2013 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Nach Ansicht seiner behandelnden Ärzte sei ihm die Schwerbehinderteneigenschaft zuzuerkennen. Er machte eine Verschlimmerung der auf dem linken Ohr bestehende Schwerhörigkeit und das Bestehen von Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund der Arthrose im rechten Handgelenk und aufgrund eines im Jahr 2007 bestehenden Bandscheibenvorfalles, welche jeweils mit einem Einzel-GdB von (mindestens) 30 zu bewerten seien, geltend.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen. Der HNO-Arzt Dr. G. stimmte der GdB-Bewertung durch den Beklagten mit Schreiben vom 19.08.2013 (Bl. 19/25 SG-Akte) in Bezug auf den letzten Kontakt des Klägers im Januar

2013 zu. Der Orthopäde Dr. R. befürwortete im Schreiben vom 12.07.2014 (Bl. 57/74 SG-Akte) die Berücksichtigung eines GdB von 20 für eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenkes und eine Bewertung des Gesamt-GdB unter Berücksichtigung der Hörstörung sowie eines chronischen schmerzhaften HWS-LWS-Syndroms mit 40.

Zusätzlich zog das SG die Berichte des Klinikums S. jeweils vom 22.10.2013 [Bl. 32/33 = Bericht vom 29.03.2012 (Bl. 24/25 SG Akte), 34/35 SG-Akte = Bericht vom 18.06.2012 (Bl. 22 SG-Akte)] bei.

Der Beklagte anerkannte aufgrund der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. W. vom 12.11.2014 (Bl. 84/85 SG-Akte) unter dem 17.11.2014 einen GdB von 40 ab 01.10.2011.

Der Kläger nahm das Anerkenntnis nicht an und begehrte die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft.

Mit Urteil vom 16.04.2015 verurteilte das SG den Beklagten, bei dem Kläger einen GdB von 40 seit dem 11.10.2012 festzustellen und wies im Übrigen die Klage ab.

Das LRA stellte mit Ausführungsbescheid vom 17.07.2015 den GdB 40 seit 11.10.2012 fest.

Gegen das der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 30.04.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 20.05.2015 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung macht er eine Verletzung des Amtsermittlungsgrundsatzes durch das SG geltend. Insbesondere rügt er, dass vom SG in Bezug auf die Taubheit und Schwerhörigkeit keine ärztlichen Stellungnahmen eingeholt worden seien. Weiter beruft er sich darauf, dass aus den ärztlichen Stellungnahmen eindeutig zu entnehmen sei, dass die durch den Beklagten vorgenommene Abwägung in Bezug auf die Feststellung des GdB nicht ausreichend sei. Allein für die Taubheit und Schwerhörigkeit sei ein Einzel-GdB von 40, für die orthopädischen Beschwerden ein Einzel-GdB von 30 und insgesamt ein GdB von 50 gegeben.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 16.04.2015 abzuändern und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides des Landratsamtes Ludwigsburg vom 08.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.04.2013 und in der Fassung des Ausführungsbescheides vom 17.07.2015 zu verurteilen, einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat Prof. Dr. C. das orthopädisch-schmerztherapeutische Gutachten vom 05.02.2016 erstattet (Bl. 29/67 der Senatsakte). Nach Untersuchung des Klägers am 05.01.2016 hat der Gutachter Funktionsbeeinträchtigungen der Lendenwirbelsäule als mittelschwer eingestuft und mit einem Teil-GdB von 20 bewertet. Die als schwer zu bezeichnenden Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich des Handgelenks hat er mit einem Teil-GdB von 30 berücksichtigt. Als geringfügig bis leicht hat er Beschwerden seitens der Hals- und Brustwirbelsäule sowie seitens Kopfschmerzen eingestuft. Insgesamt hat er den Gesamt-GdB auf 50 eingeschätzt.

Der Kläger hat eine ärztliche Verordnung des Klinikums S. vom 28.09.2015 für einen Sprachprozessor vorgelegt (Bl. 68/70 der Senatsakte).

Der Beklagte hat die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. R. vom 21.04.2016 (Bl. 74/75 der Senatsakte) vorgelegt und ist der Auffassung, dass aus dem Gutachten des Prof. Dr. C. ein GdB von 50 nicht hergeleitet werden kann.

Der Kläger hat darauf hingewiesen, dass ihm der verordnete verbesserte Sprachprozessor nicht implantiert worden sei, sondern er immer noch den gleichen Sprachprozessor habe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Urteil einverstanden erklärt (Schriftsatz des Beklagten vom 13.09.2016, Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 20.09.2016).

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat ([§§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet.

Das SG hat zu Recht den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 08.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.04.2013 gemäß dessen Teilanerkennnis vom 17.11.2014 in der Fassung vom 12.01.2015 zur Feststellung eines GdB von 40 entsprechend dem in der mündlichen Verhandlung vom Kläger gestellten Antrag seit 11.10.2012 verurteilt und im Übrigen die Klage abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)).

Die der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) – wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) – auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen, sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Im Funktionssystem der Ohren bedingt die Hörstörung keinen höheren Teil-GdB als 30. Der Senat kann für das rechte Ohr eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit und für das linke Ohr eine geringgradige Schwerhörigkeit feststellen. Nach Teil B Nr. 5 VG ist für die Bewertung des GdB bei Hörstörungen die Herabsetzung des Sprachgehörs maßgebend, deren Umfang durch Prüfung ohne Hörhilfen zu bestimmen ist. Der Beurteilung ist die von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie empfohlene Tabelle (siehe Nr. 5.2.4, Tabelle D) zugrunde zu legen. Nach Durchführung eines Ton- und Sprachaudiogramms ist der Prozentsatz des Hörverlustes aus entsprechenden Tabellen abzuleiten. In der ärztlichen Verordnung des Klinikums Stuttgart vom 28.05.2015 (Bl. 68/69 der Senatsakte) wird für das rechte Ohr eine an Taubheit grenzende Schallempfindungsschwerhörigkeit aufgeführt. In den Berichten des Klinikums Stuttgart vom 18.06.2012, 29.03.2012 und 18.11.2011 wird zwar als Diagnose eine akute Ertaubung rechts genannt, aus dem Bericht vom 29.03.2012 ergibt sich dabei jedoch, dass тонаudiometrisch lediglich eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit ("nahezu Taubheit rechts") besteht. Auch der vom SG gehörte sachverständige Zeuge Dr. G. hat in seiner Auskunft vom 19.08.2013 eine an Taubheit grenzende Hörverschlechterung angegeben. Aus dem von ihm vorgelegten Tonaudiogramm vom 25.10.2011 ergibt sich gemäß der 4-Frequenztabelle nach Röser 1973 gemäß Teil B Nr. 5.2.2 VG bei einem Tönhörverlust von 80 dB bei 500 Hz, 75 dB bei 1000 Hz, 70 dB bei 2000 Hz und 90 dB bei 4000 Hz ein prozentualer Hörverlust von 93. Dies entspricht nach Teil B Nr. 5.2.4 VG einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit. Für das linke Ohr hat Dr. G. zwar den Schweregrad der Gesundheitsstörung als mittelschwer angegeben. Aus dem Tonaudiogramm vom 25.10.2011 ergibt sich gemäß der Tabelle nach Teil B Nr. 5.2.2 VG bei einem Tönhörverlust von 35 dB bei 500 Hz, 30 dB bei 1000 Hz, 20 dB bei 2000 Hz und 40 dB bei 4000 Hz lediglich ein prozentualer Hörverlust von 30 Prozent, was entsprechend der Tabelle nach Teil B Nr. 5.2.4 VG einer geringgradigen Schwerhörigkeit entspricht. Der GdB beträgt danach bei einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit des rechten Ohres und der geringgradigen Schwerhörigkeit des linken Ohres 30. Selbst bei Vorliegen von Taubheit rechts ergäbe sich kein höherer GdB. Ob der Kläger über einen Sprachprozessor verfügt bzw. ob ihm ein verbesserter Sprachprozessor nach der Testphase endgültig zur Verfügung steht, ist für die GdB-Bewertung ohne Relevanz, da entsprechend der Vorgaben der VG der ohne Hörhilfe ermittelte Hörverlust der GdB-Bewertung zugrunde gelegt wurde. Dass die Schwerhörigkeit des linken Ohres schwerwiegender sein könnte, ist nicht ersichtlich. Der vom SG gehörte sachverständige Zeuge Dr. G. hat der versorgungsarztlichen Bewertung zugestimmt und damit die im Klageverfahren behauptete Verschlechterung der Hörvermögens nicht bestätigt. Zudem entspricht der berücksichtigte Hörverlust von 30 Prozent dem Klagevortrag des Klägers, wonach er auf dem linken Ohr noch 70 Prozent hören könne. Dass der Kläger entsprechend seiner Behauptung gegenüber dem Gutachter auf dem linken Ohr nunmehr lediglich noch über ein Hörvermögen von 35 Prozent verfügen könnte, ist nicht nachvollziehbar. Eine – zumal derart schwere – Verschlechterung des Hörvermögens auf dem linken Ohr wurde im Berufungsverfahren nicht behauptet, sondern es ist lediglich eine unzureichende Ermittlung gerügt worden, da Dr. G. und das Katharinenhospital vom SG nicht gehört worden seien. Dies trifft aber nicht zu, denn es wurden die schriftliche Aussage von Dr. G. vom 19.08.2013 und die Berichte des Klinikums S.- Katharinenhospital - vom 22.10.2013 eingeholt. Naheliegender ist vielmehr, dass sich die Angabe des Klägers gegenüber Prof. Dr. C. nicht auf das Resthörvermögen, sondern den Hörverlust bezieht, wobei ein 35-prozentiger Hörverlust weiterhin der der GdB-Bewertung zugrunde gelegten geringgradigen Schwerhörigkeit entspräche, so dass sich keine Änderung der GdB-Bewertung ergibt. Gegen eine höhergradige Schwerhörigkeit des linken Ohres spricht zudem, dass der Kläger auf dem linken Ohr offenbar nicht mit einem Hörgerät versorgt ist, obwohl ihm das Tragen eines Hörgerätes nach seinen Ausführungen zur Klagebegründung empfohlen worden ist. Bei der Begutachtung durch Prof. Dr. C. hat der Kläger Probleme bezüglich des Hörvermögens im Wesentlichen in Bezug auf das rechte Ohr geschildert, für das linke Ohr nur eine deutliche Hörminderung, nicht aber eine hochgradige Schwerhörigkeit angegeben.

Die beim Kläger bestehenden Ohrgeräusche bedingen keinen höheren Teil-GdB als 10, so dass sie sich nicht erhöhend auf den Einzel-GdB für das Funktionssystem der Ohren auswirken. Erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen, die nach Teil B Nr. 5.3 VG zu einem Teil GdB von 20 führen würden, sind beim Kläger nicht festzustellen. Solche wurden vom Kläger nicht vorgetragen. Die von dem sachverständigen Zeugen Dr. G. angegebenen Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie Konzentrationsstörungen lassen sich nicht objektivieren. Konkrete Befunde diesbezüglich hat Dr. G. nicht mitgeteilt. Dagegen hat der Kläger gegenüber Prof. Dr. C. angegeben, der Tinnitus sei aufgrund des Cochleaimplantat besser bzw. nehme er ihn tagsüber weniger wahr. Zwar ist nach seinen Angaben nachts der Tinnitus rechts mit einem gleichbleibenden Pfeifen unverändert deutlich wahrnehmbar. Gleichwohl hat der Kläger keine Einschlaf- und Durchschlafstörungen angegeben. Auch sonstige Beeinträchtigungen ergeben sich aus der von dem Gutachter erhobenen vegetativen Anamnese nicht.

Im Funktionssystem der Arme besteht beim Kläger eine Handgelenks-Teilarthrose carpocarpal mit Flower-Platte bei Zustand nach carpalem Kollaps mit radioscapoidaler und mediocarpaler Arthrose nach operativer Versorgung einer Scaphoidpseudarthrose rechts und Zustand nach Neurotomie des Nervus interosseus posterior. Die damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen bedingen zur Überzeugung des Senats keinen höheren Teil-GdB als 20. Die Bewertung von Schäden der oberen Gliedmaßen erfolgt nach Teil B Nr. 18. 13 VG und richtet sich im Wesentlichen nach dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung. Für eine Bewegungseinschränkung des Handgelenks geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 30-0-40) ist ein GdB von 0 bis 10 vorgesehen. Eine stärkergradige Bewegungseinschränkung ist mit einem GdB von 20 bis 30 zu bewerten. Nach diesen Maßstäben rechtfertigen die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen des rechten Handgelenks einen GdB von 20. Nach den Feststellungen des Prof. Dr. C. ist beim Kläger der Bewegungsumfang für Dorsalextension/Palmarflexion auf 25/0/25° eingeschränkt, wobei die Drehbeweglichkeit des Unterarmes nicht relevant eingeschränkt ist. Zwar ist damit bereits eine Bewegungseinschränkung stärkeren Grades feststellbar. Eine Ausschöpfung des Bewertungsrahmens ist jedoch entgegen der Auffassung des Prof. Dr. C. trotz der gegenüber den Angaben des sachverständigen Zeugen Dr. R. bezüglich Extension verschlechterten Beweglichkeit nicht gerechtfertigt. Einer Versteifung des Handgelenks in ungünstiger Stellung, welche mit einem GdB von 30 zu bewerten wäre, kommt die beim Kläger vorliegende Bewegungseinschränkung nicht gleich. Dagegen entspricht ein GdB von 20 der von den VG vorgesehenen Bewertung bei Versteifung des Handgelenks in günstiger Stellung (leichte Dorsalextension). Da beim Kläger die Dorsalextension bis 25° möglich ist, ist die Funktionsbeeinträchtigung im Bereich des Handgelenks

beim Kläger jedenfalls nicht schwerwiegender als im Fall einer Versteifung in günstiger Stellung. Eine höhere Bewertung rechtfertigt sich auch nicht durch die von Prof. Dr. C. schmerzbedingt eingeschränkte Belastungsfähigkeit des rechten Handgelenks. Nach Teil A Nr. 2 j) VG schließen die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhafte Zustände. Eine außergewöhnliche Schmerzhaftigkeit kann beim Kläger nicht festgestellt werden. Dagegen spricht schon das Fehlen von Zeichen einer deutlichen Schonung der rechten Hand. So findet sich nach dem Untersuchungsbefund des Prof. Dr. C. keine Atrophie der Musculi interossei. Die Muskulatur der oberen Extremitäten weist im Seitenvergleich annähernd symmetrische Verhältnisse auf. Die Beschwielung der Hohlhände war seitengleich unauffällig. Auch eine Herabsetzung der Kraft im Bereich der Hand ist nicht feststellbar, insbesondere wurde vom Kläger der Händedruck beidseits kräftig vorgeführt. Dies passt auch zu den Angaben des Klägers, wonach die Schmerzen belastungsabhängig sind und er nur übermäßige Belastungen der Hand vermeidet.

Im Funktionssystem Rumpf bedingt die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule einen GdB von 10. Bei der GdB-Bewertung ist zu berücksichtigen, dass mit Bild gebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein noch nicht die Annahme eines GdB rechtfertigen. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an der Wirbelsäule durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen (vgl. Teil B Nr. 18.1 VG). Der GdB bei Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem sogenannten Postdiskotomiesyndrom) ergibt sich nach Teil B Nr. 18.9 VG primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulerverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein Teil-GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein. Nach diesen Kriterien kann der Senat nicht wenigstens mittelgradige Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt feststellen. Nach den Angaben des sachverständigen Zeugen Dr. R. besteht beim Kläger im Bereich von L5/S1 eine Osteochondrose. Nach den Ausführungen des Prof. Dr. C. sind die degenerativen Veränderungen nativradiologisch nur gering ausgeprägt. Die Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule hat der Gutachter zwar als mittelschwer angegeben. Für den Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule hat er leichte Funktionsbeeinträchtigungen mitgeteilt. Mittelgradige Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt lassen sich aus den von ihm erhobenen Befunden jedoch nicht herleiten. Wenigstens mittelgradige Bewegungseinschränkungen sind nicht feststellbar. Im Bereich der Halswirbelsäule besteht bei einem Kinn-Brustbein-Abstand von 3/19 cm, einer Beweglichkeit für Seitneigen rechts/links von 30/0/30° und Drehen rechts/links von 55/0/70° lediglich hinsichtlich der Drehung nach rechts eine endgradige Bewegungseinschränkung. Für Brust- und Lendenwirbelsäule kann bei einer möglichen Seitneigung rechts/links von 30/0/30° bei Normalmaßen von 30-40/0/30-40° (vgl. Formular des Spitzenverbandes der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung F 6222 0713 Messblatt Wirbelsäule), eine Rotationsbeweglichkeit von rechts/links 30/0/30°, einem Schober'sche Zeichen von 10/15 cm und einem Ott'sche Zeichen von 30/31 cm nur eine mittelgradig eingeschränkte Entfaltbarkeit der Brustwirbelsäule bei im Übrigen nicht relevant eingeschränkter Beweglichkeit festgestellt werden. Eine mittelgradige Einschränkung der Beweglichkeit in eine Richtung begründet allerdings noch keine insgesamt mittelgradige Einschränkung der jeweils mehrdimensional beweglichen Wirbelsäulenabschnitte. Der Senat folgt daher auch nicht der GdB-Einschätzung des Versorgungsarztes Dr. R. vom 21.04.2016, der sich maßgebend auf diese Bewegungsmaße für seine Beurteilung gestützt hat. Neurologische Störungen in Gestalt eines sensomotorischen Defizits oder motorische Ausfallerscheinungen hat der Gutachter nicht erhoben. Auch häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome im Sinne mittelgradiger funktioneller Auswirkungen kann der Senat nicht feststellen. Der Einschätzung von Prof. Dr. C., der solche angenommen hat, kann der Senat mangels entsprechender Befunden nicht folgen. Allein aus den Angaben des Klägers, in immer kürzer werdenden Abständen Rückenbeschwerden zu bekommen, kann das Auftreten häufig rezidivierender und andauernder Wirbelsäulensyndrome nicht hergeleitet werden. Wirbelsäulensyndrome können bei Instabilität und bei Einengung des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellocher auftreten (vgl. Teil B Nr. 18. 9 VG). Derartige Erscheinungen, die die Annahme häufig rezidivierender und Tage andauernder Wirbelsäulensyndrome erklären könnten, sind beim Kläger jedoch nicht feststellbar. Die Rückenbeschwerden des Klägers beruhen vielmehr auf muskulären Dysbalancen mit einer verminderten Dehnfähigkeit der Muskulatur im Lendenwirbelsäulenbereich, was dem Gutachten des Prof. Dr. C. zu entnehmen ist. Der Kläger hat Schmerzen im Wesentlichen beim Walken nach 20 bis 25 Minuten und in Form von morgendlichen Anlaufbeschwerden für die Dauer von 10 bis 15 Minuten beschrieben. Bis auf früher einmal erhaltene Physiotherapie und Schmerzmittel hat er eine Schmerzmitteleinnahme oder ärztliche Behandlungen bzw. Verordnungen bei der Begutachtung nicht angegeben. Dies spricht gegen das Bestehen von häufigen und mehrere Tage anhaltenden Wirbelsäulensyndromen. Solche sind auch in den sonstigen medizinischen Unterlagen nicht dokumentiert. Nach den Ausführungen des sachverständigen Zeugen Dr. R. befand sich der Kläger im Jahr 1999 und im Jahr 2002 jeweils einmalig wegen eines akuten Lumbago, der chirotherapeutisch behandelt wurde, und wegen eines rezidivierenden HWS-Syndroms 1999 und eines rezidivierenden Lumbago 2013, worauf eine jeweils eine Schmerz-Akupunkturbehandlung durchgeführt wurde, in Behandlung. Seit 15.10.2013 hatte Dr. Rödl jedenfalls bis zu seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 12.07.2014 keinen Kontakt zum Kläger. Sind danach Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule nur im Abstand von mehreren Jahren dokumentiert, können auch aufgrund der Angaben des Dr. R. keine häufig rezidivierenden Wirbelsäulensyndrome festgestellt werden. Ein höherer Einzel-GdB als 10 im Funktionssystem Rumpf besteht damit nicht.

Im Funktionssystem von Kopf und Gesicht kann der Senat keinen Einzel-GdB von wenigstens 10 aufgrund der vom Kläger gegenüber Prof. Dr. C. geschilderten Migräneanfälle feststellen. Nach Teil B Nummer 2.3 VG ist bei Vorliegen einer echten Migräne der GdB in Abhängigkeit von Häufigkeit und Dauer der Anfälle sowie Ausprägung der Begleiterscheinungen zu bewerten. Eine leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) bedingt einen GdB von 0 bis 10. Ein GdB von 20 bis 40 ist erst bei der mittelgradigen Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) vorgesehen. Der Kläger hat das Bestehen von Spannungskopfschmerzen und Migräne angegeben, wobei er ein bis zweimal pro Monat Kopfschmerzen habe. Wenn diese unerträglich und langanhaltend seien, dann dauerten sie 3 bis 4 Stunden. Medikamente in Form von Ibuprofen nehme er nur im äußersten Notfall. Daraus lässt sich allenfalls eine leichte Verlaufsform einer Migräne herleiten, wobei bei nur seltener Schmerzmitteleinnahme und dem Anhalten der Anfälle für nur wenige Stunden eine Tendenz zur mittelgradigen Verlaufsform und somit ein GdB von 10 nicht festgestellt werden kann. Dies entspricht auch der

Einschätzung des Prof. Dr. C ... Im Übrigen hat der Kläger im Klage- und Berufungsverfahren Beeinträchtigungen aufgrund einer Migräne oder sonstiger Kopfschmerzen nicht geltend gemacht.

Insgesamt ergibt aufgrund der vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen ein GdB von 40. 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. Teil 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. Nach diesen Maßstäben ergibt sich aus dem Einzel GdB von 30 im Funktionssystem der Ohren (Schwerhörigkeit, Tinnitus), dem Einzel GdB von 20 im Funktionssystem der Arme (rechtes Handgelenk) und dem Einzel GdB von 10 im Funktionssystem Rumpf (Wirbelsäule) der vom Beklagten anerkannte GdB von 40.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die im Verlaufe des Rechtsstreites durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt. Diese vermitteln dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Gesichtspunkte, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste, hat der Kläger im Berufungsverfahren nicht aufgezeigt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Die Kosten des gemäß [§ 109 SGG](#) im Berufungsverfahren eingeholten Gutachtens von Prof. Dr. C. vom 05.02.2016 sowie die baren Auslagen des Klägers, über die als Gerichtskosten der Senat in Ausübung des ihm nach [§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) zustehenden Ermessens von Amts wegen auch im Urteil entscheiden kann (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 16.08.2006 - [L 1 U 3854/06 KO-B](#), juris und [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); Urteil des Senats vom 23.11.2012 - [L 8 U 3868/11](#), unveröffentlicht), werden nicht auf die Staatskasse übernommen. Der Kläger hat diese daher endgültig selbst zu tragen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats können die Kosten eines nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachtens dann auf die Staatskasse übernommen werden, wenn dieses Gutachten für die gerichtliche Entscheidung von wesentlicher Bedeutung war und zu seiner Erledigung beigetragen bzw. zusätzliche, für die Sachaufklärung bedeutsame Gesichtspunkte erbracht hat. Es muss sich, gemessen an dem Prozessziel des Klägers, um einen wesentlichen Beitrag gehandelt haben und dementsprechend die Entscheidung des Rechtsstreits (oder die sonstige Erledigung) maßgeblich gefördert haben. Durch die Anbindung an das Prozessziel wird verdeutlicht, dass es nicht genügt, wenn eine für die Entscheidung unmaßgebliche Abklärung eines medizinischen Sachverhalts durch das Gutachten nach [§ 109 SGG](#) vorangetrieben worden ist. Vielmehr muss sich die Förderung der Sachaufklärung auf den Streitgegenstand beziehen (Kühl in: [Breitkreuz/Fichte, SGG](#), 2. Auflage, § 109 Rn. 11).

Hiervon ausgehend ist es nicht gerechtfertigt, die Kosten des Gutachtens von Prof. Dr. C. auf die Staatskasse zu übernehmen. Der Senat ist der gutachterlichen Beurteilung von Prof. Dr. C., soweit dieser eine höhere Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen des Handgelenks sowie der Wirbelsäule mit Auswirkung auf den Gesamt-GdB angenommen hat, nicht gefolgt. Damit hat das Gutachten des Prof. Dr. C. keinen wesentlichen Beitrag zur Sachaufklärung erbracht und gemessen am Prozessziel des Klägers den Rechtsstreit auch nicht gefördert.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-07