L 8 SB 4900/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 13 SB 1799/15
Datum
12.12.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 4900/17
Datum
20.07.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12.12.2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB).

Der 1962 geborene Kläger beantragte bei dem Landratsamt C. (LRA) am 11.05.2011 erstmals die Feststellung eines GdB (Blatt 2 VA).

Dr. Z. erstattete die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 01.07.2011 (Blatt 13 VA) und führte aus, dass eine leichte Einschränkung am rechten Arm vorliege, die einen Einzel-GdB von 10 bedinge. Den Antrag lehnte das LRA mit Bescheid vom 22.07.2011 (Blatt 16 VA) ab.

Auf den Neuantrag vom 31.05.2013 (Blatt 21 VA) erstattete Dr. F.-M. die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 29.07.2013 (Blatt 83 VA) und empfahl die Feststellung eines GdB von 20 unter Berücksichtigung einer Funktionseinschränkung des rechten Handgelenks und einer Gebrauchseinschränkung des rechten Armes. Mit Bescheid vom 31.07.2013 (Blatt 85 VA) stellte das LRA einen GdB von 20 ab dem 31.05.2013 fest.

Auf den Widerspruch des Klägers vom 12.08.2013 (Blatt 87 VA) erstattete Dr. F.-M. die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 06.11.2013 (Blatt 92 VA) und führte aus, dass die Werte für die Bewegungsumfänge der rechten Hand diskrepant seien, nach B 18.13 sei bereits eine Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenks stärkeren Grades berücksichtigt worden. Nach Vorlage des sozialmedizinischen Gutachtens des MDK vom 08.11.2013 (Blatt 106 VA) führte Dr. F.-M. in einer weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 20.11.2013 (Blatt 113 VA) aus, dass die Gebrauchseinschränkung des rechten Handgelenks weiter einen Einzel-GdB von 20 begründe, für ein chronisches Schmerzsyndrom sei ein Einzel-GdB von 10 zu berücksichtigen.

Den Widerspruch wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 05.12.2013 (Blatt 117 VA) zurück.

Am 31.03.2014 beantragte der Kläger die Neufeststellung des GdB (Blatt 120 VA). Das LRA holte die Befundscheine des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. W. vom 03.04.2014 (Blatt 126 VA) sowie vom 04.07.2014 (Blatt 167 VA) ein und zog das im Verfahren S 15 U 1237/11 (SG Karlsruhe) erstellte orthopädische Sachverständigengutachten des Dr. R. vom 19.03.2014 (Blatt 157 VA) bei. In seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28.08.2014 (Blatt 174 VA) verneinte Dr. Z. eine Verschlechterung. Unter Berücksichtigung des Entlassungsberichtes der Z. -Klinik vom 09.09.2014 (Blatt 186 VA) empfahl Dr. F.-M. in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 13.10.2014 (Blatt 188 VA) für ein chronisches Schmerzsyndrom, eine depressive Verstimmung sowie eine Anpassungsstörung einen Einzel-GdB von 20 und einen Gesamt-GdB von 30 ab dem 31.03.2014.

Mit Bescheid vom 25.11.2014 (Blatt 190 VA) stellte das LRA einen GdB von 30 ab dem 31.03.2014 fest.

Gegen den Bescheid erhob der Kläger am 11.12.2014 Widerspruch (Blatt 195 VA), zu dem Dr. Z. die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 11.02.2015 (Blatt 210 VA) erstattete und ausführte, dass beide Kniegelenke gut beweglich seien. Eine stärker behindernde seelische Störung mit wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bestehe nicht, die geltend gemachten Schlafstörungen seien mit berücksichtigt und die Funktionsbehinderung des Handgelenks ausreichend gewürdigt.

Den Widerspruch wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26.05.2015 (Blatt 217 VA) zurück.

Am 03.06.2015 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG). Das SG zog Befundberichte bei dem Arzt für Allgemeinmedizin Dr. D. bei (Blatt 19 ff. SG-Akte), zu denen der Beklagte die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. G. vom 14.12.2015 (Blatt 52 SG-Akte) vorlegte, der ausführte, dass sich aus den Funktionsbeeinträchtigungen am Kniegelenk kein GdB ableiten lasse, eine Versorgung mit einer Teilprothese bedinge einen Mindest-GdB von 10. Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG holte das SG das orthopädische Sachverständigengutachten des Dr. P. vom 25.11.2016 (Blatt 83/115 SG-Akte) ein, der den Gesamt-GdB mit 60 unter Berücksichtigung eines Einzel GdB von 30 für Dystymie, chron. Schmerzsyndrom und depressive Episode einschätzte. Dem Sachverständigengutachten widersprach der Beklagte unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. R. vom 09.03.2017 (Blatt 118 VA). Auf Antrag des Klägers erstattete Dr. P. die ergänzende Stellungnahme vom 03.04.2017 (Blatt 123/125 SG-Akte), zu der der Beklagte die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. R. vom 09.08.2017 (Blatt 134 SG-Akte) erstattete.

Mit Urteil vom 12.12.2017 verpflichtete das SG den Beklagten, bei dem Kläger seit 31.03.2014 einen GdB von 40 festzustellen und wies die Klage im Übrigen ab. Zur Begründung führte es aus, dass die Beschwerden an beiden Kniegelenken einen Einzel-GdB von 30 begründeten, zumindest am rechten Kniegelenk seien bei einem ausgeprägten Knorpelschaden anhaltende Reizerscheinungen in Form von Belastungsschmerzen, sowie ein Knochenmarksödem nachgewiesen, was auch durch die bereits eingetretene Umfangsminderung der Muskulatur am rechten Bein deutlich werde. Die Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk führe zu einem Einzel-GdB von 30, da eine Bewegungseinschränkung stärkeren Grades vorliege, die Beschwerden an den Schultergelenken rechtfertigten keinen Einzel-GdB von mehr als 10. Die von Dr. P. insoweit erhobenen Werte hätten sich weder vor noch nach der Untersuchung gezeigt. Die psychischen Beschwerden bedingten einen Einzel-GdB von 20, nachdem den Befundberichten des behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr. W. keine schwerwiegenden Befunde zu entnehmen seien, der eine angespannte Stimmung bei verminderter affektiver Resonanzfähigkeit ohne kognitive Störungen beschreibe. Aus den Einzel-GdB Werten von 30, 30 und 20 sei ein Gesamt-GdB von 40 zu bilden, da sich die psychischen Beschwerden, insbesondere im Hinblick auf das Schmerzsyndrom überschneiden würden.

Gegen das am 18.12.2017 (Blatt 175 SG-Akte) zugestellte Urteil hat der Kläger am 28.12.2017 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Er macht geltend, dass ein schmerzhafter Schulterbefund ab 90° vorliege, sodass für das System Arm ein Wert von 30 anzunehmen sei und sich ein Gesamt-GdB von 50 ergebe. Ergänzend legt er den Befundbericht von Dr. B. vom 29.01.2018 (Blatt 25 Senatsakte) und den MRT-Befund der rechten Schulter vom 23.04.2018 (Blatt 40 Senatsakte) vor.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12.12.2017 abzuändern und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 25.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.05.2015 zu verpflichten, einen GdB von 50 seit dem 31.03.2014 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er weist darauf hin, dass der Gesamt-GdB von 40, wie vom SG tenoriert, für vertretbar, die Einzel-GdB Werte aber teilweise für zu hoch erachtet würden. Von einer Anschlussberufung werde derzeit jedoch abgesehen.

Der Senat hat die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. B. (A. MVZ P.) vom 09.03.2018 (Blatt 31/37 Senatsakte) eingeholt.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber unbegründet. Das angefochtene Urteil des SG vom 12.12.2017 ist nicht zu beanstanden, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40. Die im Urteil des SG ausgesprochene Verurteilung auf Abänderung des angefochtenen Bescheides des Beklagten vom 25.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.05.2015 lässt keine Rechtsfehler erkennen und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 § 48 SGB X Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RVs 15/96 -, BSGE 81, 50 bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Die GdB-Bewertung richtet sich nach den Vorschriften des SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung des Bundesteilhabegesetzes vom 23.12.2016 (BGBl. I 2016, 3234), da maßgeblicher Zeitpunkt bei Verpflichtungs- und Leistungsklagen der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung der Tatsacheninstanz ist, wobei es für laufende Leistungen auf die Sach- und Rechtslage in dem jeweiligen Zeitraum ankommt, für den die Leistungen begehrt werden; das anzuwendende Recht richtete sich nach der materiellen Rechtslage (Keller in: Meyer Ladewig, SGG, 12. Auflage, § 54 Rdn. 34). Nachdem § 241 Absatz 2 SGB IX lediglich eine (Übergangs-) Vorschrift im Hinblick auf Feststellungen nach dem Schwerbehindertengesetz enthält, ist materiell-rechtlich das SGB IX in seiner derzeitigen Fassung anzuwenden.

Der Senat konnte ebenso wie das SG feststellen, dass gegenüber den Verhältnissen, die dem Bescheid vom 31.07.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.12.2013, mit dem ein GdB von 20 festgestellt worden ist, eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die

aber vom SG mit dem festgestellten GdB 40 seit 31.03.2014 rechtlich zutreffend erfasst ist.

Nach § 152 Absatz 1 SGB IX (§ 69 Abs. 1 und 3 SGB IX aF) stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des BVG zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Nach § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB IX sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Geisteszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht, § 2 Absatz 1 Satz 2 SGB IX. Schwerbehindert sind gemäß § 2 Abs. 2 SGB IX Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt; eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt (§ 152 Absatz 1 Satz 6 SGB XI). Bis zum 31.12.2008 waren die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91 - BSGE 72, 285; BSG, Urteil vom 09.04.1997 - 9 RVs 4/95 - SozR 3-3870 § 4 Nr. 19; BSG, Urteil vom 18.09.2003 B 9 SB 3/02 R - BSGE 190, 205; BSG, Urteil vom 29.08.1990 - 9a/9 RVs 7/89 - BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1). Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind (§ 70 Abs. 2 SGB IX in der ab 15.01.2015 gültigen Fassung). Bis zum 14.01.2015 galten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX (in der Fassung vom 20.06.2011) die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Hiervon hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die VersMedV erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "VG" zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden AHP getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - B 9 V 25/98 R -, SozR 3-3100 § 30 Nr. 22). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere § 69 SGB IX - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - B 9 SB 3/08 R - RdNr 27, 30 m.w.N.). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des § 69 SGB IX auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009 SozR 4-3250 § 69 Nr. 10 RdNr. 19 und vom 23.4.2009, a.a.O., RdNr 30).

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e).

Die Feststellung des GdB erfolgt zum Zeitpunkt der Antragstellung; auf Antrag kann, wenn ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird, festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat § 152 Abs. 1 Satz 2 SGBX; (§ 69 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IX a.F.).

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach § 152 Absatz 3 SGB IX (§ 69 Abs. 3 SGB IX aF). 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. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. 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. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft - gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB - nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 - oder ein anderer Wert - fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 - B 9 SB 2/13 R - SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris). Damit entscheidet nicht allein die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB. Vielmehr ist der Gesamt-GdB durch einen wertenden Vergleich dadurch zu bilden, dass die in dem zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Verordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen in Beziehung zu setzen sind - z.B. ist bei Feststellung der Schwerbehinderung der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktions-behinderungen usw. vorzunehmen. Maßgeblich sind damit grundsätzlich weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der

tatsächlich vorhandenen bzw. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 - L 8 SB 5215/13 - juris RdNr. 31) beeinträchtigen. Dies ist - wie dargestellt - anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Unter Berücksichtigung dieser Bewertungsgrundsätze hat der Senat für die Beeinträchtigung der oberen Extremitäten einen Einzel-GdB von 30 feststellen können.

Hierbei konnte der Senat im Bereich des rechten Handgelenks des Klägers, gestützt auf das Sachverständigengutachten des Dr. P. , eine Beweglichkeit handrücken/hohlhandwärts von 20-0-40° (Norm 30-0-60°) und ellenwärts/speichenwärts von 10-0-20° (Norm 25-0-40°) feststellen. Es fanden sich endgradige schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen des rechten Handgelenkes bei Andruckschmerz über der gesamten proximalen Handwurzelreihe, intensiviert über dem Ulnocarpalbereich. Die Beweglichkeit des Handgelenks beschreibt der Sachverständige als rechts schmerzbedingt reduziert, den Händedruck als schwach, die Widerstandskraft D1/D2 beim Hakeln als deutlich reduziert, den Faustschluss als nur mühsam zu erreichen. Spitz- und Klemmgriff nach D5 und D 4 waren nicht möglich.

Nach VG Teil B Nr. 18.13 bedingt eine Versteifung des Handgelenks in günstiger Stellung einen GdB von 20, eine solche in ungünstiger Stellung einen solchen von 30. Die Bewegungseinschränkung des Handgelenkes geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 30-0-40°) einen GdB von 0 – 10 und eine solche stärkeren Grades einen solchen von 20 – 30. Die Versteifung eines Fingers in günstiger Stellung (mittlere Gebrauchsstellung) rechtfertigt einen GdB 0-10. Der Verlust des Daumenendgliedes und des halben Grundgliedes ergibt einen GdB von 10, der Verlust des ganzen Daumens einen GdB von 25.

Anhand der Messwerte des Sachverständigen zeigt sich, dass beim Kläger zwar nicht nur die Beugung auf 40° eingeschränkt, sondern auch die Streckung nur bis 20° möglich gewesen ist. Dies sind jedoch nur geringe Bewegungseinschränkungen, wie sich aus dem Bewertungsrahmen nach den VG ergibt. Die Beugeeinschränkung auf 40° wird dort ausdrücklich als geringgradige Einschränkung bewertet. Die Abweichung um 10° vom Normwert von 30° für die Streckung ist ebenso nur eine endgradige bis allenfalls mittelgradige Einschränkung, die eine stärkergradige Bewegungseinschränkung in der Bewertungsstufe eines GdB von 20-30 auch durch die vorliegenden endgradigen Einschränkungen in beide Bewegungsrichtungen nicht begründen kann. Die Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit ergibt zur Überzeugung des Senats einen Teil-GdB von 10 Zwar war auch die Beweglichkeit ellenwärts und speichenwärts jeweils um die Hälfte eingeschränkt gewesen, doch stellen die VG auf die im täglichen Gebrauch besser kompensierbare Drehbeweglichkeit des Handgelenks nicht entscheidend ab, weshalb eine höhergradige Teil-GdB-Bewertung nicht gerechtfertigt ist. Dass der Sachverständige Dr. P. einen schwachen Händedruck, einen nur mühsamen Faustschluss und eine reduzierte Widerstandskraft D1/D2 beschrieben hat, bei nicht möglichem Spitz- und Klemmgriff nach D5 und D4, ist mangels einer diese Einschränkung erklärenden Diagnose für den Senat nicht ganz überzeugend. Diese Einschränkungen können letztlich aber auch als Tatsache unterstellt werden, eine GdB-Relevanz kommt den Einschränkungen in wertender Betrachtung nicht zu. Die VG Teil B Nr. 18.13 sieht für Einschränkungen an den Fingern nur GdB-Werte für den Verlust von einzelnen Gliedmaßen oder für die Versteifung eines Fingers vor, es wird auch darauf hingewiesen, dass Empfindungsstörungen an den Fingern, besonders an Daumen und Zeigefingern die Gebrauchsfähigkeit der Hand wesentlich beeinträchtigen können. Die beschriebene bloße Einschränkung der grundsätzlich noch erhaltenen Fingerbeweglichkeit und die Kraftminderung der Hand steht nicht direkt mit der Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit in Zusammenhang und kommt dem Verlust oder der Versteifung von einem oder zwei Fingern oder dem Teilverlust des Daumens, was jeweils für sich genommen auch nur einen GdB von 10 begründet, nicht gleich. Die beschriebenen Einschränkungen am Daumen und Zeigefinger sind daher allenfalls mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten, sie liegen streng genommen noch darunter, weshalb der Teil-GdB für die gesamte Einschränkung der rechten Hand nach wohlwollender Betrachtung mit einem GdB von 20 angenommen werden kann.

Bezüglich des Schultergelenkes rechts kann der Senat aufgrund des Sachverständigengutachtens des Dr. P. eine Beweglichkeit für den rechten Arm seitwärts/körperwärts von 80-0-20° (Norm 170-0-40°) und Arm vorwärts/rückwärts von 90-0-40° (Norm 180-0-60°), bei anliegendem Oberarm von 50-0-60° und 90° abgehobenem Oberarm von 0° (Norm 70-0-70°) feststellen. Darüber hinaus beschreibt der Sachverständige die Schulter als abgesenkt und in der Kulisse verschmächtigt, weiterhin eine asymmetrische Muskulatur an Ober- und Unterarmen mit Minderung rechts. Der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. B. vom 09.03.2018 (Blatt 31/37 Senatsakte) ist eine Beweglichkeit für die aktive Flexion am 30.10.2017 von 170° zu entnehmen, die ab 90° als schmerzhaft beschrieben wird, am 29.01.2018 wird die aktive Flexion mit 30° angegeben und die passive mit 120°, wobei wiederum auf starke Schmerzen verwiesen wird. Die Außen- und Innenrotation wird mit 0-0-70° angegeben.

Nach VG Nr. 18.13 bedingt eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) bei einer möglichen Armhebung nur bis 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen GdB von 10, eine nur bis 90° mögliche Armhebung mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen GdB von 20. Die von Dr. P. erhobenen Bewegungsmaße mit Einschränkung der Vor- und Seithebung auf 90° und knapp darunter ergeben somit einen GdB von 20, obgleich auch zu dieser Bewegungseinschränkung im Gutachten von Dr. P. keine nachvollziehbare medizinische Diagnose mitgeteilt wird. Dr. P. verweist insoweit wenig überzeugend auf eine "konsekutive" Einschränkung aus dem - nicht mehr vorliegenden - Tennisellenbogen. Hinzu kommt, dass eine auf Dauer bestehende Einschränkung des rechten Schultergelenks sich nach der Aktenlage nicht feststellen lässt, da nach Dr. B. im Oktober 2017 die aktive Beweglichkeit des rechten Schultergelenks bis 170° möglich war. Ob die im Nachgang zu der Untersuchung des Dr. P. gemessene passive Beweglichkeit von 170° bzw. 120° Folge der im April 2018 diagnostizierten Partialruptur der Supraspinatussehne (MRT-Befund von Dr. G. vom 23.04.2018, Blatt 40 der Senatsakte) ist, kann dahinstehen, denn die allein maßgebende aktive Beweglichkeit bis nur noch 30° am 29.01.2018 rechtfertigt nach den oben dargelegten Grundsätzen keine andere GdB-Bewertung. Letztlich gibt auch Dr. B. jeweils Schmerzen bereits ab einer Armvorhebung von 90° an, sodass ein Teil-GdB von 20 für die Schultergelenkseinschränkung anzunehmen ist.

Soweit der Kläger in der mündlichen Verhandlung eine (Pseudo-) Paralyse des rechten Arms - er könne den rechten Arm aktiv nur noch wenige Zentimeter vom Körper weg anheben - seit mehr als sechs Monaten geltend gemacht hat, ist hierzu kein medizinischer Befund vorgelegt worden. Im Hinblick auf die deutlich voneinander abweichenden Bewegungsmaße des rechten Schultergelenks in den im gerichtlichen Verfahren beigezogenen medizinischen Befundunterlagen hat der Senat darin auch keine Dauerbeeinträchtigung erkennen

können, zumal im Befundbericht von Dr. G. vom April 2018 angegeben ist, dass eine Muskelatrophie nicht zu diagnostizierten war, so dass deutliche Schonungszeichen für eine so erhebliche Funktionseinschränkung nicht vorgelegen haben bzw. die erstmals diagnostizierte längsverlaufende Teilruptur der Supraspinatussehne ohne Kontinuitätsunterbrechung im April 2018 noch zu keiner Muskelverkümmerung geführt hat und daher als frische Degenerationserscheinung aufgetreten ist. Eine Sehnenpartialruptur ist grundsätzlich einer Behandlung zugänglich bzw. degenerative Rupturen der Rotatorenmanschette sind auch unbehandelt durch andere Sehnen der Rotatorenmanschette kompensationsfähig, weshalb zum Zeitpunkt der Entscheidung des Senats eine als Behinderung festzustellende Dauerbeeinträchtigung noch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen war. Im Übrigen würde eine Versteifung des Schultergelenks in günstiger Stellung (Abspreizwinkel um ca. 45° unter Vorhalt, vgl. VG Teil B 18.3) allenfalls einen Teil-GdB von 30 rechtfertigen.

Der großzügig bemessene Teil-GdB von 20 für die Handgelenksbeeinträchtigung rechts und der Teil-GdB von 20 für die Schultergelenkseinschränkung rechts rechtfertigt zur Überzeugung des Senats gerade noch einen Einzel-GdB von 30 für die Behinderung der oberen Extremitäten. Daran würde die Einstufung mit einem Teil-GdB von 30 wegen der zuletzt vom Kläger behaupteten nur geringgradig möglichen aktiven Beweglichkeit, aber noch erhaltener passiven Beweglichkeit des rechten Schultergelenks, was nicht gänzlich dem Bild einer Versteifung des Schultergelenks entspricht, nichts ändern. Denn auch dieser Teil-GdB ist aus den dargelegten Gründen nicht vollends ausgefüllt, da eine mit GdB von 30 gewertete Versteifung im Vergleich hierzu eine gravierendere Einschränkung ist, und außerdem der Teil-GdB von 20 für die Handgelenksbeweglichkeit großzügig bemessen ist, so dass eine erhöhende Wirkung nicht zwingend anzunehmen ist.

Für die Bewertung der Beeinträchtigung der unteren Extremitäten ist zur Überzeugung des Senats nur ein Einzel-GdB von 10 festzustellen.

Im Bereich der Kniegelenke konnte der Senat eine Beweglichkeit für Streckung/Beugung von 5-0-110° rechts und 5-0-120° links (Norm 5-0-130°) feststellen (Sachverständigengutachten Dr. P., Blatt 99 SG-Akte). Danach liegt eine GdB relevante Bewegungseinschränkung der Kniegelenke nicht vor. Denn nach VG 18.14 bedingt eine Bewegungseinschränkung im Kniegelenk geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-0-90°) einseitig 0 – 10 beidseitig 10 – 20 mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-10-90°) einseitig 20 beidseitig 40 stärkeren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-30-90°) einseitig 30 beidseitig 50

Soweit Dr. P. in seinem Gutachten seine GdB-Bewertung der Kniegelenke mit 30 mit der von ihm diagnostizierte Knorpelschädigung des Kniegelenks unter Berufung darauf, dass jetzt das "zweite Kniegelenk hinzugekommen" sei (vgl. Blatt 104 der SG-Akte), begründet, ist dies für den Senat nicht überzeugend gewesen.

VG 18.14 bestimmt: Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalacia patellae Stadium II – IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig ohne Bewegungseinschränkung 10 – 30 mit Bewegungseinschränkung 20 - 40

Dr. P. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03.04.2017 (Blatt 123/125 SG-Akte) ausgeführt, dass bei dem Kläger eine Arthrose vorliegt, bei der die Knorpeldegeneration so weit geht, dass die Schicht darunter entzündlich reagiert, bei gleichzeitiger Innenmeniskusdegeneration. Ein entsprechender Befund ergibt sich aus dem Befundbericht des Radiologen Dr. M. (Kernspintomographie rechtes Kniegelenk vom 07.06.2016, Blatt 113 SG-Akte), der einen Knorpelschaden Grad III und eine Chondromalacia patellae Grad II beschreibt. Am linken Kniegelenk folgt aus dem radiologischen Befundbericht des Dr. G. vom 07.07.2016 (Blatt 112 SG-Akte) eine Retropatellararthrose mit mäßiger Chondropathia patellae, sodass sich insoweit keine GdB-Relevanz ergibt.

Soweit ein Knorpelschaden bildtechnisch belegt ist, setzen die GdB-Bewertungsgrundsätze nach den VG voraus, dass der Knorpelschaden mit anhaltenden Reizerscheinungen verbunden ist. Solche anhaltenden Reizerscheinungen sind weder dem Gutachten von Dr. P. noch den anderen zur Akte gelangten ärztlichen Befundberichten zu entnehmen.

Dr. P. hat die Knorpelschäden als ausgeprägt bezeichnet und auf entsprechende Schmerzzustände verwiesen, was allein aber noch nicht die Ausschöpfung des Bewertungsrahmens mit einem Einzel-GdB von 30 rechtfertigt. Außer der Beschwerdeäußerung des Klägers sind Symptome einer anhaltenden Reizerscheinung des Kniegelenks wie Knieschwellung, Kniegelenkserguss, Verfärbungen oder Erwärmungen der Kniegelenkregion oder sonstige ödematöse Erscheinungen medizinisch nicht belegt. Vielmehr hat Dr. P. in seinem Gutachten regelrechte Kniegelenkskonturen beschrieben (Blatt 98 der SG-Akte) und auch einen akuten Reizzustand des linken Knies verneint (Blatt 104 SG-Akte). Soweit in den MRT-Befunden vom 07.06.2016 (Bericht der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. M. und Kollegen vom 09.06.2016, Blatt 113 der SG-Akte) und vom 01.12.2017 (Bericht Dr. B. vom 09.03.2018 Blatt 36 der Senatsakte) Reizergüsse angegeben werden, werden sie als neu aufgetreten i.S. eines akuten Reizergusses (MRT vom 07.06.2016) bzw. "ganz flaues Knorpelödem" i.S. eines "geringvolumigen Reizgusses" beschrieben. Abgesehen davon, dass Bildbefunde allein noch keinen Hinweis auf sich auswirkende funktionelle Einschränkungen oder das Vorliegen einer klinischen Symptomatik ergeben, ist aus den beiden MRT-Befunden noch nicht eine Schlussfolgerung auf anhaltende Reizerscheinungen der Kniegelenke möglich, zumal außer der Schmerzäußerung des Klägers keine klinische Symptomatik beschrieben ist. Außerdem ist von psychiatrischer Seite eine Schmerzstörung diagnostiziert, weshalb die vom Kläger geklagten Knieschmerzen, jedenfalls in der geklagten Ausprägung, auch einer anderen Ursache zugeordnet werden könnten und dieser Schmerzäußerung keine hinreichende Indizwirkung für anhaltende Kniereizerscheinungen zukommt. In wertender Betrachtung hat der Senat daher für die Kniegelenkschmerzen des Klägers, soweit durch die MRT-Aufnahmen eine organische Ursache in Form der Knorpelschädigung hierfür nachgewiesen ist, einen Teil-GdB von 10 für gerechtfertigt angesehen, was annähernd dem am unteren Rand des Bewertungsrahmens angesiedelten Beschwerdebild einseitiger, ausgeprägter Knorpelschäden ohne Bewegungseinschränkung bei geringgradigen anhaltenden Reizerscheinungen entspricht (so auch Versorgungsarzt Dr. R. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 09.07.2017).

Für die beim Kläger vorliegenden psychischen Beeinträchtigungen hat der Senat einen Einzel-GdB von 20 festgestellt.

Hierzu konnte der Senat, gestützt auf den Entlassungsbericht der Z. -Klinik vom 09.09.2014 (Blatt 185 VA), das Bestehen einer Anpassungsstörung feststellen. Zum psychotherapeutischen Aufnahmebefund ist festgehalten, dass der Kläger Ein- und Durchschlafstörungen, Grübelneigung, Freudlosigkeit, Zukunftssorgen und Ängste angegeben hat. Der Kläger wird als bewusstseinsklar und allseits orientiert bei nicht wesentlich beeinträchtigter Psychomotorik beschrieben, die emotionale Schwingungsfähigkeit war leicht zum depressiven Pol verschoben, der Affekt herabgestimmt. Konzentration und Gedächtnis waren intakt, Wahrnehmungsstörungen, Störungen

des Selbsterlebens oder wahnhaftes Erleben waren nicht feststellbar, klinisch bedeutsame Zwänge werden verneint und der Kläger als klagsam beschrieben. Entsprechende Befunde ergeben sich aus dem Befundschein des Dr. W. vom 04.07.2014 (Blatt 167 VA), der keinen Anhalt für formale und inhaltliche Denkstörungen bei angespannter Stimmung und verminderter affektiver Resonanzfähigkeit beschreibt und neben einer Dysthymia eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert.

Nach den VG Teil B 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Die von der Rehaklinik und Dr. W. mitgeteilten Befunde rechtfertigen nach Überzeugung des Senats einen Einzel-GdB von 20, wie er auch in den versorgungsärztlichen Stellungnahmen angenommen wurde. Hinreichende Anknüpfungstatsachen für die Annahme einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, wie sie Dr. P. annimmt, kann der Senat hingegen nicht feststellen. Die von Dr. P. durchgeführten zwei Testverfahren reichen hierfür nicht aus. Insbesondere sind keine Anhaltspunkte gegeben, dass es zu einer Zunahme der Behandlungsbedürftigkeit seit dem Befundschein des Dr. W. gekommen wäre.

Ausgehend von dem Einzel-GdB von 30 für die oberen Extremitäten und dem Einzel-GdB von 20 für die psychische Beeinträchtigung ergibt sich ein Gesamt-GdB von 40. Dem Einzel-GB von 10 für die unteren Extremitäten, vorliegend vornehmlich für das rechte Kniegelenk, kommt keine erhöhende Wirkung zu. Dabei berücksichtigt der Senat, dass der Einzel-GdB von 20 auch auf einer Schmerzstörung bzw. einer Anpassungsstörung mit auffallender Klagsamkeit (vgl. Entlassungsbericht der Z. -Klinik vom 09.09.2014) beruht, so dass auch Überschneidungen zu den Einzel-GdB-Bewertungen der organisch bedingten Beeinträchtigungen vorliegen, so dass der Kläger mit dem Gesamt-GdB von 40 jedenfalls nicht nachteilig zu gering eingestuft ist.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2018-08-22