

L 15 SB 24/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

15

1. Instanz

SG Bayreuth (FSB)

Aktenzeichen

S 4 SB 369/02

Datum

19.01.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 15 SB 24/07

Datum

28.07.2011

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Schwerbehindertenrecht

1. Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach [§ 69](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Beweiswürdigung

2. Zur Bildung des Gesamt-GdB

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Bayreuth vom 19. Januar 2007 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Feststellung eines Grads der Behinderung (GdB) von 50 nach [§ 69](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Der 1951 geborene Kläger stellte am 03.11.2001 Antrag auf Feststellung des GdB und benannte dabei die Gesundheitsstörungen Arthrose in beiden Händen, Schulterbeschwerden rechts, Bluthochdruck, Rheuma, Depressionen/ psychische Beschwerden, Tinnitus, grauer Star und Zustand nach Schlaganfall. Er fügte ein Attest des praktischen Arztes M. vom 11.04.1995 bei, in dem ein ausgeprägtes polymorphes Krankheitsbild beschrieben wurde, außerdem einen Arztbrief des Prof. Dr. L. vom 05.09.2001 über eine Vorstellung des Klägers in der handchirurgischen Sprechstunde im August 2001. Nach Auswertung der medizinischen Unterlagen einschließlich der beigezogenen Befundberichte der HNO-Ärztin Dipl.Med. H. vom 14.11.2001 (prozentualer Hörverlust rechts 25 %, links 24%, kein Hörgerät, kein Schwindel) und des Augenarztes Dr. T. vom 20.11.2001 (Sehschärfe rechts und links unkorrigiert jeweils 1,25) sowie des Berichts des Klinikzentrums M. vom 31.07.2001 über die Maßnahme der Rehabilitation im Mai 2001 stellte der Beklagte einen GdB von 30 fest (Bescheid vom 12.12.2001).

Seinen Widerspruch stützte der Kläger in erster Linie auf "massive orthopädische Behinderungsleiden" und legte dazu Arztbriefe verschiedener Orthopäden, Neurologen und Radiologen aus den Jahren 1995 bis 2001 vor. Dr. I. bestätigte dem Kläger mit Attest vom 21.02.2001, dass seine Tätigkeit als Masseur mit starker Belastung der Hände und des Schultergürtels aus orthopädischer Sicht nicht mehr möglich sei. Nach Beiziehung eines Befundberichts des Dr. I. veranlasste der Beklagte eine versorgungsärztliche Untersuchung durch den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. E., der nach Befunderhebung insbesondere auf orthopädischem Gebiet das Gutachten vom 29.05.2002 erstattete. Auf der Grundlage der Ermittlungen erteilte der Beklagte den Teilabhilfe-Bescheid vom 01.07.2002. Für den GdB von 30 wurden jetzt folgende Gesundheitsstörungen benannt:

- Psychovegetative Störungen (20)
- Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräuschen (20)
- Bluthochdruck (10)
- Gicht mit Gelenkbeteiligung (10)
- Funktionsbehinderung des Hüftgelenks rechts bei degenerativen Gelenkveränderungen (10)
- Funktionsbehinderung des Schultergelenks rechts, Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts, degenerative Gelenkveränderungen an den Daumengrundgelenken und im Bereich beider Handwurzeln (10)

- Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen (10).

Im Übrigen wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 08.07.2002 zurückgewiesen. Der gesamte Beschwerdekomples sei angemessen berücksichtigt worden. Hingewiesen wurde u.a. darauf, dass bei der Beurteilung des GdB keine Berücksichtigung finde, ob die bestehende Behinderung in einem bestimmten Beruf besonders hinderlich sei oder bei der Berufsausübung wenig oder gar nicht störe.

Mit der am 08.08.2002 zum Sozialgericht Bayreuth erhobenen Klage hat der Kläger einen GdB von mindestens 50 gefordert. Bei der Vielzahl der festgestellten Behinderungen sei der GdB von 30 viel zu niedrig.

Das Sozialgericht hat nach Beiziehung weiterer Befundberichte (Neurologe Dr. W.; Dr. I.; Hausärztin M., die auch Fremdbefunde übermittelt hat; Frau Dr. R., Psychiater Dr. P.) eine Begutachtung durch den Internisten Dr. veranlasst, der nach Untersuchung des Klägers am 04.11.2003 den festgestellten Gesamt-GdB von 30 bestätigt hat. Der GdB von 20 für die psychovegetativen Störungen sei im Hinblick auf die aktenkundigen Befunde durchaus gerechtfertigt. Das Hörvermögen sei für die normale soziale Kommunikation als völlig ausreichend einzuschätzen. Den GdB für den Bluthochdruck könne man auf 20 anheben. Die übrigen sich auf den Bewegungsapparat beziehenden Behinderungsleiden würden jeweils einen GdB von 10 bedingen und sich auf den Gesamtleidenszustand nicht auswirken. Der Kläger würde diverse Beschwerden angeben, die tatsächliche Funktionseinschränkung sei allerdings als gering einzuschätzen.

Der nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) benannte Neurologe und Psychiater M. hat nach Untersuchung des Klägers am 14.07.2004 im Gutachten vom 19.07.2004 die Diagnosen (1) leichtes Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts im Rahmen einer leichten Polyneuropathie und (2) rezidivierende Verstimmungszustände mit psychosomatischer Ausgestaltung bei entsprechend prädisponierender kombinierter Persönlichkeitsstörung gestellt. Die Stimmung des Klägers sei, so der Sachverständige, allenfalls subdepressiv gefärbt gewesen mit deutlich dysphorischer Komponente, wobei wohl der chronische Ärger mit dem Hausbau und mit Konflikten an der Arbeitsstelle die wesentliche Rolle spielen würde. Es fänden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer endogenen Depression. Anzunehmen sei eine eher leichtere Persönlichkeitsstörung mit sthenisch-psychasthenischen Elementen, die sich wohl vor allem durch eine gestörte Vater-Sohn-Beziehung entwickelt habe. Es handle sich um eine Persönlichkeitsvariante, die bisher noch keine ausgesprochen krankhaften Züge angenommen habe. Bei Widerständen und Frustrationen neige er sehr dazu, mit Verstimmungszuständen, vermehrter Erschöpfung und Somatisierungsstörung zu reagieren. Es fänden sich Hinweise auf einen chronischen Alkoholmissbrauch, der zumindest in früheren Jahren auch ausgeprägt gewesen sei. Vor allem die jetzt festgestellte leichte Polyneuropathie sei wohl eine Folge des schädlichen Gebrauchs von Alkohol. Der Kläger habe einen durchaus noch aktiven Tagesablauf. Bei einer echten depressiven Erkrankung bzw. depressiven Störung von Krankheitswert würden sich der Tagesablauf sowie die Krankheitsvorgeschichte ganz anders darstellen.

Nach der Einschätzung des Sachverständigen M. bedingt die neurologische Gesundheitsstörung keinen GdB und die psychische Gesundheitsstörung einen GdB von 30. Auf die Einwendungen des Klägers hin hat er mit den ergänzenden Stellungnahmen vom 07.02.2005 und 31.05.2005 erläutert, dass es sich bei dem angesprochenen Alkoholmissbrauch um eine Verdachtsdiagnose handle, die er zugunsten des Klägers als gegeben angenommen habe. Sollte der schädliche Einfluss tatsächlich keine Bedeutung haben, müsse er sich der Beurteilung des Dr. anschließen und für die psychische Gesundheitsstörung einen GdB von 20 festsetzen. Er sei allerdings nach wie vor der Ansicht, dass durch den schädlichen Einfluss von Alkohol die psychovegetativen Störungen zum Teil bedingt und zusätzlich kompliziert und aggraviert würden, so dass die Festsetzung eines GdB von 30 gerechtfertigt sei, der auch als Gesamt-GdB anzusehen sei. Im Wesentlichen werde der Kläger durch die psychovegetative Störung behindert. Die ansonsten noch aufgeführten Funktionsstörungen seien nachrangig. Außerdem seien der Tinnitus, der labile Bluthochdruck, die Neigung zu Gicht und die polyneuropathische Symptomatik mit Schwerpunkt Sulcus-ulnaris-Syndrom zum Teil in die psychovegetative Störung einzuordnen.

Der ebenfalls nach § 109 SGG benannte Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin Dr. K. hat nach Untersuchung des Klägers am 29.09.2005 das Gutachten vom 31.10.2005 erstattet. Im Rahmen der Diagnostik hat er zur "Psyche" folgenden Befund erhoben: "Patient ist örtlich, zeitlich und zur Person orientiert. Das Denken erscheint inhaltlich und formal intakt. Auffallend ist eine deutlich depressive Verstimmung, die auch durch Moclobemid bereits medikamentös behandelt wird." Zur Frage der Funktionseinschränkungen im Alltag und Beruf findet sich im Gutachten die Bemerkung "Probleme insbesondere beim Massieren durch LWS-, BWS- und Handgelenksschmerzen." Als Beleg für den Leidensdruck des Klägers hat Dr. K. die häufigen Krankschreibungen (im laufenden Jahr 49 Tage) angeführt und sich dabei auf die dem Kläger von der AOK am 30.09.2005 ausgestellte Bescheinigung über die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2005 bezogen. Er hat die Diagnose eines schweren depressiven Syndroms im Sinn einer "genetisch prädisponierten endogenen Depression" gestellt und dafür einen Einzel-GdB von 50 angesetzt. Durch die wörtliche Wiedergabe von Auszügen aus den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit mit entsprechenden Hervorhebungen hat er dokumentiert, dass er sich bei der Bemessung des GdB einerseits an den "mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen 50 - 70" im Bereich der "Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen" orientiert hat und andererseits sich angelehnt hat an die "affektive Psychose ... nach dem Abklingen langdauernder psychotischer Episoden ... wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind 50". Die vom Versorgungsamt mit einem GdB 20 anerkannte Behinderung psychovegetative Störungen ziele, so Dr. K., zwar in die richtige Richtung, mache jedoch aus einer schweren, häufig lebenslangen Erkrankung mit einer hohen Letalitäts-/ Suizidrate eine banale Modediagnose. Im Ergebnis hat Dr. K. einen Gesamt-GdB von 60 vorgeschlagen und dabei als weitere Gesundheitsstörungen berücksichtigt: Lenden-Becken-Hüft-Syndrom bei Hüftgelenkverschleiß und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (Einzel-GdB 10), degenerative Veränderungen am Daumengrundgelenk und im Bereich beider Handwurzeln/ Sehnenverkalkung im rechten Schultergelenk/ Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts (Einzel-GdB 20), arterielle Hypertonie (Einzel-GdB 20), Hochton-Innenohrschwerhörigkeit mit Tinnitus (Einzel-GdB 20), Gicht mit Gelenkbeteiligung (Einzel-GdB 10). Dem Gutachten war ein Schreiben des Psychotherapeuten Dr. H. vom 22.10.2005 beigelegt: Nach Genehmigung durch die Kasse würden derzeit regelmäßige Therapiesitzungen stattfinden.

Nach ergänzenden Ermittlungen bei den aktuell behandelnden Ärzten hat das Sozialgericht eine weitere Begutachtung veranlasst. Der Arzt für öffentliches Gesundheitswesen Dr. W. hat sich im Gutachten vom 30.11.2006 nach einer Untersuchung des Klägers am 06.11.2006 für einen Gesamt-GdB von 40 ausgesprochen und dabei Überschneidungen der Behinderungsleiden berücksichtigt. Die seelische Störung samt psychovegetativer Störungen und Hirnschädigung hat er mit einem GdB von 30 bemessen und erläutert, dass die Einschätzung des Dr. K. nicht nachvollziehbar sei. Eine "Psychopharmakotherapie" werde nicht durchgeführt, der Kläger sei in der Lage, seinen Beruf auszuüben, er betreibe noch weiterhin sein Hobby Musik. Das zweite Hobby Sport bzw. Radfahren habe er nicht wegen der seelischen Gesundheitsstörung, sondern wegen der Wirbelsäulenproblematik eingestellt. Anhaltspunkte für Suizidalität oder wahnhaftes Schulsideen bestünden nicht. Die

Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräuschen und den Bluthochdruck hat er jeweils mit einem Einzel-GdB von 20 veranschlagt, die übrigen Gesundheitsstörungen jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule; degenerative Veränderung am Daumengrundgelenk und im Bereich beider Handwurzeln, Sehnenverkalkung im rechten Schultergelenk, Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts; Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke bei degenerativen Gelenkveränderungen; Gicht mit Gelenkbeteiligung; Refluxkrankheit der Speiseröhre; chronische Lidrandentzündung).

In der mündlichen Verhandlung am 19.01.2007 hat der Beklagte einen GdB von 40 anerkannt. Die Klage auf einen GdB von 60 hat das Sozialgericht Bayreuth mit Urteil vom 19.01.2007 abgewiesen. Zugleich hat das Sozialgericht den Beklagten verurteilt, dem Kläger die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu einem Viertel zu erstatten, und dabei berücksichtigt, dass der Beklagte ein Anerkenntnis bezüglich eines GdB von 40 ab 03.11.2001 abgegeben habe.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 29.01.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 14.02.2007 Berufung einlegen lassen. Mit Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall des Klägers am 31.08.2007 sind Ermittlungen des Gerichts beim behandelnden Neurologen und Psychiater Dr. F. angeregt worden.

Im November 2007 hat der Kläger das ärztliche Attest des Dr. F. vom 12.11.2007 vorgelegt: Bei dem seit 14.06.2005 in seiner nervenärztlichen Behandlung stehenden Kläger sei von einer chronifizierten depressiven Störung auszugehen. Die Symptomatik äußere sich in einer gedrückten Stimmungslage, Unruhe, Antriebsminderung, Schlafstörungen, Klagen über Vergesslichkeit im Sinn einer "depressiven Pseudodemenz" sowie verschiedene körperliche Beschwerden ("Ohrensausen", "Herzrasen"). Trotz intensiver Behandlungsmaßnahmen einschließlich einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie bei Dr. H. habe sich die Symptomatik nicht gebessert. Aus fachärztlicher Sicht sei er nicht in der Lage, drei oder mehr Stunden täglich zu arbeiten. In einem Attest vom 28.05.2008 hat Dr. F. einen GdB von mindestens 50 befürwortet. Im sodann vom Senat angeforderten Bericht vom 14.01.2008 hat Dr. F. bekundet, dass sich die Befunde weder erheblich verschlechtert noch deutlich gebessert hätten. Neue Leiden seien nicht hinzugetreten, alte nicht weggefallen. Eine stationäre Behandlung in der Neurologischen Klinik des Bezirkskrankenhauses D-Stadt habe der Kläger vorzeitig abbrechen müssen, nachdem er "panische Angst vor der Rückenmarkspunktion" gehabt habe. Beigefügt hat er neben einem MRT-Befund vom 31.07.2007 (Anlass: "Hörminderung links, Ohrgeräusche, kognitive Defizite, Vergesslichkeit, anamnestisch Hypertonus") den Bericht des Bezirkskrankenhauses D-Stadt über eine Vorstellung des Klägers in der Gedächtnisambulanz am 20.09.2007 (Diagnose: depressive Entwicklung, Ausschluss einer manifesten Demenz). Im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme im Februar/ März 2008 sind die Diagnosen rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradig), multiple Somatisierungsstörung (Magendruck, Übelkeit, Kopfschmerzen), chronisch rezidivierende Zervikalgie und Lumbalgie, Adipositas und Hypertonie festgehalten worden (Bericht vom 10.03.2008).

Der Internist und Rheumatologe Dr. F. hat dem Kläger am 01.04.2009 bestätigt, dass er die Anhebung des GdB von 40 um mindestens 10 für notwendig halte. Neben dem Hinweis auf eine ausgeprägte Rhizarthrose beidseits, arthrotische Veränderungen der übrigen kleinen Gelenke und ein degeneratives fehlstatisches Wirbelsäulensyndrom hat er geschrieben, dass ein initiales Fibromyalgie-Syndrom neu hinzugekommen sei, wofür auch die klinische Begleitsymptomatik des Patienten und vor allem die Müdigkeit sprächen; eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung könne ausgeschlossen werden. Im anschließend vom Senat angeforderten Befundbericht vom 04.09.2009 hat Dr. F., bei dem sich der Kläger nur einmal am 26.03.2009 vorgestellt hatte, die Diagnose Verdacht auf initiales Fibromyalgie-Syndrom mitgeteilt.

Nach Beiziehung aktueller Befunde von Dres. I./ K., der neuen Hausärztin J., Dr. H., Dr. F. und vom Internisten und Schlafmediziner Dr. E. (mit Schlaflaborbericht über die Untersuchung am 11.08./ 12.08.2009) hat der Senat die weitere Aufklärung des Sachverhalts durch Begutachtungen auf nervenärztlichem und orthopädischem Fachgebiet angeordnet.

Der Sachverständige Dr. K. hat im Gutachten vom 15.03.2010 nach neurologischer und psychiatrischer Befunderhebung am 11.03.2010 ausgeführt, dass eine tiefgreifende depressive Störung nicht feststellbar sei. Der Kläger habe über eine depressive Stimmung, Lustlosigkeit und ständige Müdigkeit geklagt sowie über einen Mangel an früheren Interessen wie Fahrrad Fahren und Gitarre Spielen. Er habe zahlreiche weitere vegetative Beschwerden angegeben, die zu zahlreichen Untersuchungen und Behandlungen geführt hätten. Der Kläger sei in seinem Antrieb etwas passiv und matt gewesen, der Affekt überwiegend normal mit leicht eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Insgesamt habe er moros verstimmt gewirkt, deutlich unzufrieden mit der derzeitigen Situation am Arbeitsplatz und unzufrieden mit vielen lebensgeschichtlichen Ereignissen, insbesondere mit dem Hausbau 1992 und den daraus resultierenden finanziellen Nachteilen. Er habe den Eindruck vermittelt, sich über nichts mehr freuen zu können, alles als Belastung zu erleben und sich vom Schicksal schlecht behandelt zu fühlen. Diese moros verstimmt Grundhaltung bestehe bereits seit ca. 20 Jahren, wie die dokumentierten ärztlichen Untersuchungen und auch die Angaben des Klägers belegen würden. Weder ärztliche Behandlungen noch eine ambulante Psychotherapie noch medikamentöse Behandlungen noch stationäre Rehabilitationsbehandlungen hätten an dieser Haltung des Klägers etwas ändern können. Dennoch sei er in der Lage, seinen Tag zu strukturieren und auch seiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

Dr. K. hat auf seinem Fachgebiet die Diagnosen Dysthymie, Karpaltunnel-Syndrom rechts, leichte sensible Polyneuropathie der Beine und Tinnitus gestellt. Die Dysthymie hat er mit einem Einzel-GdB von 20 veranschlagt, die übrigen Gesundheitsstörungen jeweils mit einem Einzel-GdB von 10. Die Dysthymie sei eine leichtere psychische Störung, bei der die Anforderungen des täglichen Lebens noch erfüllt würden. Dies treffe auch auf den Kläger zu, so dass aufgrund des langjährigen Verlaufs und der zahlreichen subjektiv erlebten Beschwerden ein Einzel-GdB von 20 zu rechtfertigen sei. Ein höherer GdB im Sinn von stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sei nicht zu begründen. Zu dem geklagten, seit mehr als zehn Jahren bestehenden Tinnitus hat er ausgeführt, dass dieser nicht so ausgeprägt sei, dass er die Organisation des Tagesablaufs wesentlich beeinflusse oder dominiere. Eine Verminderung des Gehörs sei bei der Untersuchung nicht feststellbar gewesen. Funktionelle Einschränkungen aufgrund des Karpaltunnel-Syndroms seien bei der Untersuchung nicht nachzuweisen gewesen. Es hätten sich auch keine Muskelatrophien, Lähmungen bzw. Sensibilitätsstörungen gefunden. Die Feinmotorik und der Tastsinn der Finger beider Hände seien völlig intakt gewesen. In der Zusammenschau der klinischen und technischen Befunde könne eine diskrete Polyneuropathie diagnostiziert werden, eine funktionelle Beeinträchtigung im Sinn von Koordinationsstörungen habe sich nicht gezeigt.

Dr. D. hat im orthopädischen Gutachten vom 03.04.2010 den Gesamt-GdB von 40 bestätigt. Auf seinem Fachgebiet ist er von folgenden Gesundheitsstörungen ausgegangen:

- Funktionsbehinderung der rechten Schulter, wiederkehrende Reizerscheinungen der rechten Schulter, Aufbraucherscheinungen der rechten Schulter, Funktionsbehinderung der Daumen, Aufbraucherscheinungen an den Daumen und der angrenzenden Handwurzelreihe: Einzel-GdB 20 mit Tendenz zu 30. Für die mäßiggradig Einschränkung der Funktion der rechten Schulter mit wiederkehrenden Reizzuständen sei ein Einzel-GdB von 20 vorgesehen. Unter Berücksichtigung der zusätzlichen Einschränkungen durch den Verschleiß der STT-Gelenke (Handwurzelreihe) sowie der beiden Daumensattelgelenke mit diskreter Funktionseinschränkung mit Auswirkung auf die Grobmotorik beider Hände tendiere der GdB für die oberen Extremitäten zu 30.
- Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Fehlstatik, verheilte ehemalige LWK-4-Fraktur mit leichter Fehlstellung, Minderung der Kalksalzdichte (Osteopenie): Einzel-GdB 20. Ursache für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und die Beschwerden seien der verheilte Bruch des 4. Lendenwirbelkörpers und der Verschleiß der unteren Halswirbelsäule und der unteren Lendenwirbelsäule. Bei fehlenden neurologischen Ausfallerscheinungen und einem nicht zu attestierenden außergewöhnlichen Schmerzsyndrom und nicht nachgewiesener Einengung des Spinalkanals könne eine höhere Bewertung als 20 nicht vorgeschlagen werden.
- Funktionsbehinderung der Hüftgelenke, Funktionsbehinderung der Großzehengrundgelenke, beidseitige Fußfehlform: Einzel-GdB 10. Für die diskrete Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke könne bei ungestörtem Geh- und Stehvermögen auch unter Berücksichtigung der Fußfehlform und der diskreten Funktionsbehinderung beider Großzehengrundgelenke eine höhere Bewertung als 10 nicht vorgeschlagen werden.

Für die Bewertung der Gesamtsituation beim Kläger hat er die weiteren Gesundheitsstörungen des Klägers berücksichtigt:

- Dysthymia: Einzel-GdB 20.
- Bluthochdruck: Einzel-GdB 20 (mit Tendenz zu 10).
- Tinnitus mit Schwerhörigkeit: Einzel-GdB 20 (mit Tendenz zu 10).
- Gicht mit Gelenkbeteiligung: Einzel-GdB 10.
- Refluxkrankheit der Speiseröhre: Einzel-GdB 10.
- Chronische Lidrandentzündung: Einzel-GdB 10.
- Karpaltunnel-Syndrom rechts: Einzel-GdB 10.
- Leichte sensible Polyneuropathie der Beine unklarer Ätiologie: Einzel-GdB 10.

Bei der Bildung des Gesamt-GdB müsse, so Dr. D., beachtet werden, dass Dr. K. für die seelische Störung einen Einzel-GdB von 20 statt bisher 30 vorgeschlagen habe. Bei Würdigung der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen und ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander lasse sich ein Gesamt-GdB von 50 nicht begründen. Der Kläger sei noch besser gestellt als ein Patient mit einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule oder einer Einschränkung der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung.

Der nach [§ 109 SGG](#) benannte Psychiater Prof. Dr. C. hat im Gutachten vom 23.11.2010 nach ausführlicher Anamnese und umfangreicher Befunderhebung folgende psychiatrische Diagnosen gestellt:

- selbstunsichere, sensitive, eher depressiv misstrauische Persönlichkeitsstruktur;
- situationsbedingte depressive Belastungsreaktionen, hervorgerufen und akzentuiert durch akute und länger dauernde belastende Lebensumstände und psychische Verletzungen, manifestiert in wiederkehrenden kurzfristigen bis gelegentlich auch länger dauernden moros gereizten Verstimmungszuständen.

Zusammenfassen lasse sich dies als Dysthymia (depressive Persönlichkeitsstörung), derzeit allenfalls leichte depressive Symptomatik. Die Auswirkungen auf die allgemeine Teilhabe am Leben könnten durchaus mit einem GdB von 20 beziffert werden. Das gelte seit Antragstellung, also ab 03.11.2001. Bei der Bezeichnung und Bewertung der übrigen Gesundheitsstörungen ist er den Feststellungen des Sachverständigen Dr. D. gefolgt. Unter Würdigung aller Aspekte könne ein Gesamt-GdB von 40 begründet werden.

Der zur mündlichen Verhandlung nicht erschienene und im Termin auch nicht vertretene Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Bayreuth vom 19.01.2007 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ab Antragstellung einen GdB von 60 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zum Antrag des Klägers vom 24.05.2011 hat der Senat mit Beschluss vom 28.07.2011 entschieden, dass die Ablehnung der Sachverständigen M., Dr. W., Dr. D. und Dr. K. verspätet und damit unzulässig sei und die Ablehnung des Sachverständigen Prof. Dr. C. unbegründet sei.

Die dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 18.07.2011 zugestellte Terminsmitteilung enthält den Hinweis, dass auch im Fall seines Ausbleibens Beweis erhoben, verhandelt und entschieden werden könne.

Der Senat hat die Akten des Beklagten und des Sozialgerichts Bayreuth beigezogen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Berufungsakte und der beigezogenen Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat in Abwesenheit des Klägers und seines Prozessbevollmächtigten verhandeln und entscheiden können, da diese über den Termin zur mündlichen Verhandlung informiert und dabei auch auf die Folgen des Ausbleibens hingewiesen worden sind ([§ 110 Abs. 1 Satz 2, § 153 Abs. 1 SGG](#)).

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Gegenstand des Verfahrens sind die Bescheide vom 12.12.2001 und vom 01.07.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.07.2002, wobei der Teilabhilfe-Bescheid vom 01.07.2002 (Bezeichnung weiterer Gesundheitsstörungen) den Bescheid vom 12.12.2001 ersetzt hat. Die Anfechtung dieser Bescheide hatte insoweit Erfolg, als für den Kläger im Wege des gerichtlichen Vergleichs vom 19.01.2007 ein GdB von 40 anerkannt worden ist. Soweit der Kläger einen höheren GdB als 40 beansprucht, bleibt seine Anfechtungs- und Verpflichtungsklage auch im Berufungsverfahren ohne Erfolg.

Rechtsgrundlage für die Feststellung des Vorliegens einer Behinderung und des GdB ist [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) in Verbindung mit den seit 01.01.2009 maßgeblichen Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG), Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung. Die VG haben die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) abgelöst, die für die Zeit vor 01.01.2009 weiterhin als antizipierte Sachverständigengutachten beachtlich sind (dazu BSG vom 18.09.2003, [B 9 SB 3/02 R](#); vom 24.04.2008, [B 9/9a SB 10/06 R](#); BVerfG vom 06.03.1995, BvR 60/95). Die Anhaltspunkte und nunmehr die Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind ein auf besonderer medizinischer Sachkunde beruhendes Regelwerk, das die möglichst gleichmäßige Anwendung der Bewertungsmaßstäbe im Bundesgebiet bezweckt und dem Ziel des einheitlichen Verwaltungshandelns und der Gleichbehandlung dient.

Der Senat ist davon überzeugt, dass der Gesamt-GdB mit 40 richtig bemessen ist. Der vom Kläger begehrte GdB von 50 ist auch nach der besonders gründlichen Beweisaufnahme nicht bewiesen. Alle Sachverständigen mit Ausnahme des Dr. K. sind sich darin einig, dass der Gesamtleidenzustand des Klägers mit einem GdB von 40 zu veranschlagen ist.

Beim Kläger liegen folgende mit Einzel-GdB von mindestens 10 zu bewertende Gesundheitsstörungen vor:

1. seelische Störung, psychovegetative Störungen (Dysthymie): Einzel-GdB 20 bis 30.
2. Funktionsbehinderung der rechten Schulter, wiederkehrende Reizerscheinungen der rechten Schulter, Aufbraucherscheinungen der rechten Schulter, Funktionsbehinderung der Daumen, Aufbraucherscheinungen an den Daumen und der angrenzenden Handwurzelreihe, Karpaltunnel-Syndrom rechts: Einzel-GdB 20 mit Tendenz zu 30.
3. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Fehlstatik, verheilte ehemalige LWK-4-Fraktur mit leichter Fehlstellung, Minderung der Kalksalzdichte (Osteopenie): Einzel-GdB 20.
4. Tinnitus mit Schwerhörigkeit: Einzel-GdB 20 mit Tendenz zu 10.
5. Bluthochdruck: Einzel-GdB 20.
6. Funktionsbehinderung der Hüftgelenke, Funktionsbehinderung der Großzehengrundgelenke, beidseitige Fußfehlform: Einzel-GdB 10.
7. Gicht mit Gelenkbeteiligung: Einzel-GdB 10.
8. Refluxkrankheit der Speiseröhre: Einzel-GdB 10.
9. Chronische Lidrandentzündung: Einzel-GdB 10.
10. Leichte sensible Polyneuropathie der Beine, Sulcus-ulnaris-Syndrom: Einzel-GdB 10.

Die Hauptbehinderung ist die seelische Störung mit psychovegetativen Störungen, an der der Kläger seit Antragstellung im November 2001 leidet und die im Verlauf der vergangenen zehn Jahre phasenweise mit einem Einzel-GdB von 20 und phasenweise mit einem Einzel-GdB von eher 30 zu bewerten ist, aufs Ganze gesehen also mit einem Einzel-GdB von 20 bis 30 veranschlagt werden kann. Eine Hirnschädigung in einem behinderungsrelevanten Ausmaß liegt nicht vor; keiner der nervenärztlichen Sachverständigen hat eine entsprechende Diagnose gestellt. Entgegen der Auffassung des Dr. K. hat beim Kläger eine tiefgreifende depressive Störung zu keinem Zeitpunkt vorgelegen. Bezüglich der Diagnostik schließt sich der Senat den gut nachvollziehbaren Feststellungen der Sachverständigen Dr. K. und Prof. Dr. C. an, die von einer Dysthymie (Dysthymia) ausgehen, die als depressive Persönlichkeitsstörung umschrieben werden kann. Die Dysthymie ist eine leichtere psychische Störung, bei der die Anforderungen des täglichen Lebens typischerweise noch erfüllt werden, wie dies auch beim Kläger der Fall war und ist. Dies hat vor allem Dr. K. herausgearbeitet, der einerseits die moros verstimmte, durch ärztliche Behandlungen (Psychotherapie, medikamentöse Behandlungen, stationäre Rehabilitationsbehandlungen) nicht beeinflussbare Grundhaltung des Klägers plastisch beschrieben hat, andererseits aber auch deutlich gemacht hat, dass der Kläger in der Lage sei, seinen Tag zu strukturieren und seiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen. In der Sache ähnlich hat sich der Sachverständige M. geäußert. Er ging von einer leichteren Persönlichkeitsstörung mit sthenisch-psychasthenischen Elementen aus, die bisher noch keine ausgesprochen krankhaften Züge angenommen habe. Der Kläger sei, so der Sachverständige im Juli 2004, bisher noch immer in der Lage gewesen, sich an die Gegebenheiten seines Lebens anzupassen. Bei Widerständen und Frustrationen reagiere er mit Verstimmungszuständen, vermehrter Erschöpfung und Somatisierungsstörungen.

Im Verlauf des streitigen Zeitraums seit November 2001 war die Symptomatik phasenweise stärker und phasenweise weniger stark ausgeprägt. Dies verdeutlichen die vielen, im Laufe des Rechtsstreits erstatteten Gutachten, aber auch die zahlreichen aktenkundigen Befunde der behandelnden Ärzte. Bei einem Bewertungsrahmen von 0 bis 20 bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen und von 30 bis 40 bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (vgl. Teil B Nr. 3.7 VG, Nr. 26.3 AHP) ist die Bewertung der Dysthymie mit einem Einzel-GdB von 20, wie dies die Sachverständigen Dr. K. (Gutachten vom März 2010) und Prof. Dr. C. (Gutachten vom November 2010) vorgeschlagen haben, schlüssig. Auch der Sachverständige M. hat für den Fall, dass ein Alkoholmissbrauch des Klägers nicht vorliegen sollte, die psychiatrische Gesundheitsstörung mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet (Gutachten vom Juli 2004 samt ergänzender Stellungnahme vom Februar 2005); die von ihm gestellte Verdachtsdiagnose Alkoholmissbrauch mit messbaren Folgen für die GdB-Bewertung ist im weiteren Verlauf der Beweisaufnahme nicht bestätigt worden ist. Auch der sozialmedizinisch sehr erfahrene internistische Sachverständige Dr. hat im November 2003 den GdB von 20 für die psychovegetativen Störungen bestätigt. Da der Senat davon ausgeht, dass die beim Kläger durch die psychische Störung bedingten Beeinträchtigungen zeitweise auch stärker ausgeprägt waren, hält er es für gut möglich, dass die im November 2006 durch Dr. W. erfolgte (fachfremde) Bewertung der seelischen Störung mit psychovegetativer Störung mit einem Einzel-GdB von 30 zutreffend gewesen ist. Eine schlechtere, eher mit Einzel-GdB 30 zu bewertende Befindlichkeit hat beim Kläger möglicherweise auch im Jahr 2005 vorgelegen, als er eine Psychotherapie mit Genehmigung der Krankenkasse begonnen hat.

Dem Votum des Dr. K. kann sich der Senat nicht anschließen. Sowohl seine psychiatrische Diagnostik als auch seine sozialmedizinische Bewertung können nicht überzeugen, worauf auch die späteren Sachverständigen Dr. W. und Dr. K. hingewiesen haben. Als Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin hat Dr. K. im Gutachten vom 31.10.2005 die Diagnose eines schweren depressiven Syndroms im

Sinn einer genetisch prädisponierten endogenen Depression gestellt und dafür einen Einzel-GdB von 50 angesetzt. Der von ihm bei der ambulanten Untersuchung des Klägers erhobene psychische Befund ist allerdings nichtssagend und keinesfalls geeignet, daraus ein schweres depressives Syndrom abzuleiten. Mit der zuvor vom psychiatrischen Sachverständigen M. getroffenen Feststellung, dass sich Hinweise auf das Vorliegen einer endogenen Depression nicht gefunden hätten, hat sich Dr. K. nicht ansatzweise auseinandergesetzt. Auch die sozialmedizinische Bewertung des depressiven Syndroms ist nicht fundiert. Ein Einzel-GdB von 50 würde schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten voraussetzen (vgl. Teil B Nr. 3.7 VG, Nr. 26.3 AHP zum Bewertungsrahmen bei "Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen"). Zur Frage der Funktionseinschränkungen im Alltag und Beruf findet sich im Gutachten des Dr. K. allerdings nur der Hinweis auf Probleme insbesondere beim Massieren durch Lendenwirbelsäulen-, Brustwirbelsäulen- und Handgelenksschmerzen, womit mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten sicher nicht ausreichend belegt werden. Auch die häufigen Krankschreibungen, von Dr. K. als Beleg für den Leidensdruck des Klägers angeführt, reichen nicht aus, um mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten des Klägers zu begründen. Vielmehr spricht der Umstand, dass der Kläger seinen Beruf noch ausübt, wenn auch mit häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, eher gegen die Annahme mittelgradiger sozialer Anpassungsschwierigkeiten. Soweit Dr. K. zur Begründung eines GdB von 50 ergänzend auf die Bewertungsvorgaben für schizophrene und affektive Psychosen (vgl. Teil B Nr. 3.6 VG, Nr. 26.3 AHP) zurückgegriffen hat, zeigt sich vollends, dass er sich in diesem Gutachten in Bereiche vorgewagt hat, für die ihm die Kompetenz fehlt.

Der Einzel-GdB für die oberen Extremitäten beträgt 20 mit Tendenz zu 30. Nach den Feststellungen des Dr. D. (Gutachten vom April 2010) und des Prof. Dr. C. (Gutachten vom November 2010) umfasst dieser GdB die Funktionsbehinderung der rechten Schulter, wiederkehrende Reizerscheinungen der rechten Schulter, Aufbraucherscheinungen der rechten Schulter, Funktionsbehinderung der Daumen und Aufbraucherscheinungen an den Daumen und der angrenzenden Handwurzelreihe. Auch das von neurologischer Seite diagnostizierte, geringfügig ausgeprägte Karpaltunnel-Syndrom rechts ist Teil des Einzel-GdB für die oberen Extremitäten. Dr. D. hat erläutert, dass für die mäßiggradige Einschränkung der Funktion der rechten Schulter mit wiederkehrenden Reizzuständen ein Einzel-GdB von 20 vorgesehen sei. Unter Berücksichtigung der zusätzlichen Einschränkungen durch den Verschleiß der STT-Gelenke (Handwurzelreihe) sowie der beiden Daumensattelgelenke mit diskreter Funktionseinschränkung mit Auswirkung auf die Grobmotorik beider Hände tendiere der GdB für die oberen Extremitäten zu 30. Zu Recht hat der Sachverständige einen GdB für das Funktionssystem Arme bzw. obere Extremitäten gebildet (vgl. Teil A Nr. 2 e VG) und ihn auch nachvollziehbar höher veranschlagt als die vorherigen Sachverständigen.

Bezüglich der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule samt Fehlstatik, verheilte ehemaliger Fraktur des LWK 4 mit leichter Fehlstellung und Osteopenie haben sich Dr. D. und ihm folgend Prof. Dr. C. für einen Einzel-GdB von 20 und damit für eine höhere Bewertung als die vorherigen Sachverständigen ausgesprochen. Der Senat folgt diesem Votum. Eine noch höhere Bewertung der Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule ist ausgeschlossen. Eine Funktionsbehinderung beruhend auf einem Bandscheibenvorfall, wie ihn der Kläger zu Beginn des Berufungsverfahrens mitgeteilt hat, haben die Sachverständigen nicht bestätigt. In Kenntnis des Beschwerdevortrags des Klägers (Schmerzen in der Wirbelsäule seit dem Bruch eines Lendenwirbels, Schlafstörungen durch die Rückenschmerzen) hat Dr. D. überzeugend ausgeführt, dass bei fehlenden neurologischen Ausfallserscheinungen und einem nicht zu attestierenden außergewöhnlichen Schmerzsyndrom und bei nicht nachgewiesener Einengung des Spinalkanals eine höhere Bewertung als 20 nicht möglich sei.

Der Tinnitus mit Schwerhörigkeit kann nur knapp mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet werden. Die Schwerhörigkeit ist dabei von geringem Gewicht. Verschiedene Sachverständige, etwa Dr. (Gutachten vom November 2003) und Dr. K. (Gutachten vom März 2010) haben bei der Untersuchung eine relevante Einschränkung des Hörvermögens nicht beobachten können. Nachdem für einen Tinnitus mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen ein GdB von 20 vorgegeben ist (vgl. Teil B Nr. 5.3 VG, Nr. 26.5 AHP) und die psychovegetativen Störungen des Klägers schon bei der Hauptbehinderung (seelische Störung) berücksichtigt werden, ist die Vergabe eines GdB von 20 für den Tinnitus mit Schwerhörigkeit großzügig. Darauf hat zuerst Dr. W. aufmerksam gemacht. Die Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. C. haben dem dadurch Rechnung getragen, dass sie einen GdB 20 mit Tendenz zu 10 vorgeschlagen haben. Wegen einer dennoch verbleibenden Überschneidung mit der Hauptbehinderung kann diese Gesundheitsstörung bei der Bemessung des Gesamt-GdB nicht nennenswert ins Gewicht fallen.

Der Bluthochdruck ist mit einem Einzel-GdB von 20 richtig bemessen. Diese Bewertung entspricht der Einschätzung aller Sachverständigen, soweit sie sich dazu geäußert haben. Da die Probleme des Klägers mit dem Bluthochdruck, insbesondere mit dem diastolischen Blutdruck, nicht ganz unerheblich sind, eine erhebliche Organbeteiligung bisher aber nicht nachgewiesen ist, kann sich der Senat der Bewertung des Bluthochdrucks mit einem GdB von 20 anschließen.

Die Funktionsbehinderung der Hüftgelenke und der Großzehengrundgelenke samt beidseitiger Fußfehlform ist gering ausgeprägt und mit einem Einzel-GdB von 10 ausreichend bewertet. In diesem Sinn haben sich alle Sachverständigen eingelassen, soweit sie sich dazu geäußert haben. Dr. D. hat auf das ungestörte Geh- und Stehvermögen des Klägers hingewiesen und die Funktionsbehinderung beider Großzehengrundgelenke als diskret bezeichnet.

Im Übrigen folgt der Senat der im Wesentlichen übereinstimmenden Einschätzung der Sachverständigen, dass die weiteren Gesundheitsstörungen Gicht mit Gelenkbeteiligung, Refluxkrankheit der Speiseröhre, chronische Lidrandentzündung und leichte sensible Polyneuropathie der Beine samt Sulcus-ulnaris-Syndrom jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 zu veranschlagen sind. Eine Fibromyalgie ist entgegen der Auffassung des Klägers nicht als weitere GdB-relevante Gesundheitsstörung zu berücksichtigen. Keiner der Sachverständigen hat diese Krankheit diagnostiziert. Der Internist und Rheumatologe Dr. F., den der Kläger ein einziges Mal im März 2009 konsultiert hatte, hat lediglich eine entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt (Befundbericht vom 04.09.2009).

Nach der Überzeugung des Senats beträgt der Gesamt-GdB 40. Mit Ausnahme des Dr. K. waren alle Sachverständigen der Auffassung, dass ein Gesamt-GdB von 50 nicht erreicht wird. Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist von der Hauptbehinderung der seelischen Störung mit einem Einzel-GdB von 20 bis 30 auszugehen. Wegen des zu 30 tendierenden Einzel-GdB von 20 für die oberen Extremitäten, des Einzel-GdB von 20 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und des Einzel-GdB von 20 für den Bluthochdruck ist die Erhöhung des Gesamt-GdB auf 40 gerechtfertigt. Die weiteren festgestellten Gesundheitsstörungen, auch der Tinnitus mit Schwerhörigkeit, beeinflussen das Ausmaß der Gesamt-Behinderung nicht wesentlich. Zu beachten ist insoweit die Regelung gemäß Teil A Nr. 3.d. ee VG. Danach führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, regelmäßig nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei

leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Für weitere Ermittlungen zur Aufklärung des Sachverhalts hat entgegen der Auffassung des Klägers keine Veranlassung bestanden. Dies hat der Senat dem Kläger mit Schreiben vom 06.06.2011 mitgeteilt, nachdem dieser beantragt hatte, zwei weitere namentlich benannte "unabhängige Gutachter" (einen Psychiater und einen Orthopäden) zu beauftragen. Das Antragsrecht gemäß [§ 109 SGG](#) ist verbraucht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2011-09-26