

L 2 SB 5/08

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung
2
1. Instanz
SG Lübeck (SHS)
Aktenzeichen
S 10 SB 286/04
Datum
14.12.2007
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 2 SB 5/08
Datum
13.04.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zu den Voraussetzungen der Bewertung eines Schlaf-Apnoe-Syndroms mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 wegen nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 14. Dezember 2007 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Der 1948 geborene Kläger beantragte am 4. Juli 2003 erstmals die Feststellung des GdB nach dem SGB IX für die Zeit seit dem 13. Januar 2003 sowie die Feststellung des Merkzeichens "G". Daraufhin holte das beklagte Land den Befund- und Behandlungsbericht des Arztes für innere Medizin Dr. H vom 10. Juli 2003 mit weiteren Arztbriefen, u. a. aus dem Krankenhaus G, sowie Befund- und Behandlungsberichte des Arztes für Orthopädie Dr. S vom 12. Oktober 2003 und vom 22. Januar 2004 sowie des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. D vom 5. November 2003 ein. Nach Auswertung durch die Versorgungsärztin Ha stellte das beklagte Land den GdB des Klägers mit Bescheid vom 9. Februar 2004 mit 20 fest und führte zur Begründung u. a. aus, dass dabei folgende Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt worden seien:

Wirbelsäulen-Syndrom Schlaf-Apnoe-Syndrom Ohrgeräusche.

Den dagegen eingelegten Widerspruch, den der Kläger nicht begründete, wies das beklagte Land mit Widerspruchsbescheid vom 16. Juni 2004 im Wesentlichen aus den Gründen des angefochtenen Bescheides zurück.

Zur Begründung seiner dagegen am 19. Juli 2004 bei dem Sozialgericht Lübeck erhobenen Klage hat der Kläger sinngemäß geltend gemacht, dass die Bewertung des GdB mit 20 nicht ernst zu nehmen sei. Allein der GdB für die Wirbelsäulenerkrankung sei mit 40 festzustellen. Hinzu kämen ein Tinnitus mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen, eine Einschränkung des Hörvermögens, die mit 20 zu bewerten sei sowie eine depressive Verstimmung. Ergänzend hat sich der Kläger auf zahlreiche medizinische Befunde bezogen. Dazu wird auf Bl. 27 bis Bl. 47 der Gerichtsakte verwiesen. Das beklagte Land hat mit Schriftsatz vom 11. August 2006 bei dem Kläger für die Zeit ab dem 1. Januar 2003 einen GdB von 30 und ab September 2004 einen GdB von 40 anerkannt.

Der Kläger hat das Teilerkenntnis des beklagten Landes angenommen und beantragt,

den Bescheid vom 9. Februar 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Juni 2004 teilweise aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über das Anerkenntnis vom 11. August 2006 hinaus ab 13. Januar 2003 einen GdB von mindestens 50 festzustellen, hilfsweise die Verhandlung zu vertagen und ein weiteres hals-nasen-ohrenärztliches Gutachten verbunden mit einer weiteren Untersuchung im Schlaflabor einzuholen, zur Frage der Klärung der Notwendigkeit der Überdruckbeatmung, hilfsweise ein entsprechendes hals-nasen-ohrenärztliches Gutachten gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einzuholen.

Das beklagte Land hat beantragt,

die Klage abzuweisen, soweit sie über sein bereits abgegebenes Teilerkenntnis vom 11. August 2006 hinausgeht.

Das Sozialgericht hat Befund- und Behandlungsberichte des Arztes für innere Medizin Dr. H vom 30. Mai 2005, des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. D vom 23. Mai 2005, des Arztes für Orthopädie Dr. S vom 13. Juni 2005 und der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 24. Juni 2005 eingeholt. Ferner hat das Sozialgericht die Gutachten des Arztes für innere Medizin Dr. B vom 18. Januar 2006 sowie des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. Hb vom 7. Juli 2006 sowie – auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) – das Gutachten des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Prof. Dr. J vom 22. August 2007 veranlasst.

Mit Urteil vom 14. Dezember 2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Im Vordergrund stehe ein Wirbelsäulensyndrom. Dies sei mit einem Einzel-GdB von 30 jedenfalls nicht zu niedrig eingeschätzt worden. Der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden ergebe sich nach Nr. 26.18 der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Für Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) sei nach Nr. 26.18 der AHP ein GdB von 20 anzunehmen. Bei mittelgradigen und schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten sei ein GdB von 30 bzw. 40 anzunehmen. Im Bereich der Halswirbelsäule fänden sich bei dem Kläger keine wesentlichen Einschränkungen. Nach den Feststellungen des Sachverständigen Dr. B sei die Halswirbelsäule bei der Untersuchung frei beweglich gewesen. Im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule bestünden zum Teil mittelgradige Einschränkungen. Allerdings würden die von Dr. B erhobenen Bewegungsmaße kaum einen GdB von 20 rechtfertigen. Im Hinblick auf die Ausführungen des Sachverständigen Dr. B, wonach bei der kernspintomographischen Untersuchung vom 28. Oktober 2003 Narbengewebe mit teilweiser Umscheidung und leichter Verziehung der linken S 1-Wurzeltasche als Teil-Ursache für ausstrahlende Schmerzen dokumentiert würden, lasse sich unter Berücksichtigung der damit einhergehenden Schmerzen ein GdB für die Wirbelsäule von insgesamt 30 gerade rechtfertigen. Eine höhere Einschätzung komme angesichts der erhobenen Befunde hinsichtlich der Beweglichkeit unter keinem denkbaren Gesichtspunkt in Betracht. Auch die depressive Störung sei mit einem Einzel-GdB von 20 seit September 2004 unter Berücksichtigung der Maßstäbe aus den AHP nicht zu gering eingeschätzt worden. Bei dem Kläger lägen allenfalls leichtere psychovegetative und psychische Störungen vor. Bei der Untersuchung durch Dr. B habe lediglich eine leichte depressive Färbung bestanden. Ferner sei zu berücksichtigen, dass sich der Kläger nach dem Befundbericht der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 24. Juni 2005 seit dem 14. September 2004 nicht mehr in Behandlung befunden habe. Als Diagnose habe Dr. M lediglich depressive Symptome festgestellt. Anhaltspunkte dafür, dass bei dem Kläger stärker behindernde Störungen vorlägen, ergäben sich aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht. Die Ohrgeräusche seien mit einem Einzel-GdB von 10 unter Berücksichtigung der Maßstäbe aus den AHP nicht zu gering eingeschätzt worden. Aus den erhobenen Befunden ergäben sich keine Hinweise darauf, dass bei dem Kläger erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen vorliegen würden, die eine höhere Einschätzung rechtfertigen könnten. Auch das bei dem Kläger bestehende Schlaf-Apnoe-Syndrom sei mit einem GdB von 10 nicht zu gering eingeschätzt worden. Auch insoweit hat sich das Sozialgericht der Beurteilung durch die Sachverständigen Dr. B und Dr. Hb angeschlossen. Nach den AHP sei erst bei der Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung ein GdB von 20 anzunehmen. Diese Notwendigkeit bestehe bei dem Kläger nicht. Dies werde auch durch das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. J bestätigt. Im Übrigen würde auch eine Bewertung des Schlaf-Apnoe-Syndroms mit einem Einzel-GdB von 20 keineswegs ohne Weiteres einen höheren Gesamt-GdB zur Folge haben. Die bei dem Kläger bestehende Schwerhörigkeit bedinge keinen GdB. Der Gesamt-GdB sei unter Berücksichtigung der AHP nicht höher als mit 30 und ab September 2004 mit 40 einzuschätzen. Den Antrag des Klägers, ein weiteres Gutachten auf hals-nasen-ohrenärztlichem Fachgebiet nach [§ 109 SGG](#) einzuholen, hat das Sozialgericht im Wesentlichen mit der Begründung abgelehnt, dass das Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) jedenfalls für das entsprechende Fachgebiet durch die Einholung des Gutachtens des Prof. Dr. J verbraucht sei.

Gegen das ihm am 30. Januar 2008 zugestellte Urteil wendet sich der Kläger mit der am 27. Februar 2008 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangenen Berufung und macht zur Begründung im Wesentlichen geltend: Die Bewertung des Wirbelsäulensyndroms mit einem Einzel-GdB von 30 und die Bewertung der depressiven Störung seit September 2004 mit einem Einzel-GdB von 20 seien nicht zu beanstanden. Nicht ausreichend sei jedoch die Bewertung des Schlaf-Apnoe-Syndroms mit einem Einzel-GdB von 10. Zur Begründung nimmt der Kläger u. a. auf Unterlagen aus dem Internet Bezug (Bl. 327 bis Bl. 339 der Gerichtsakte) sowie auf Arztbriefe des Arztes für innere Medizin Dr. Hc vom 29. August 2008, vom 31. Oktober 2008, vom 23. Februar 2009 und vom 7. Mai 2009. Der vom Gericht beauftragte Sachverständige Dr. T sei unqualifiziert. Entgegen der Auffassung des Sachverständigen sei zur Behandlung des Schlaf-Apnoe-Syndroms die erforderliche nasale Überdruckbeatmung nicht durchführbar, sodass der Einzel-GdB allein für diese Erkrankung mit 50 zu bewerten sei. Seine umfassenden Bemühungen zur Verwendung der Maske seien gescheitert. Die Maske bewirke, dass er ständig eitrige Entzündungen auf dem Nasenrücken habe und er leide unter Platzangst. Neben der mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewertenden Wirbelsäulenerkrankung sei weiterhin die mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewertende depressive Störung zu berücksichtigen. Aufgrund des im erstinstanzlichen Verfahren abgegebenen Teilanerkennnisses der Beklagten seien diese Bewertungen nicht mehr reversibel.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 14. Dezember 2007 aufzuheben, die Bescheide des beklagten Landes vom 9. Februar 2004 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16. Juni 2004 über das angenommene Teilanerkennnis hinaus zu ändern und das beklagte Land zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von 50 seit Januar 2003 festzustellen.

Das beklagte Land beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung macht das beklagte Land unter Bezugnahme auf die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. Hd vom 12. November 2008 geltend, dass die im Berufungsverfahren dokumentierte Verschlechterung des Hörvermögens zu einer Bewertung der Schwerhörigkeit mit einem Einzel-GdB von 10 führe. Daraus folge keine Änderung bezogen auf die mit dem abgegebenen Teilanerkennnis getroffene Entscheidung.

Der Senat hat den Befund- und Behandlungsbericht des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. D vom 22. September 2008, das am 13. März 2009 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangene Gutachten des Arztes für innere Medizin Dr. T mit einer

ergänzenden Stellungnahme vom 2. November 2009 und auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) das Gutachten des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. V vom 10. Oktober 2009 mit dessen ergänzender Stellungnahme vom 7. Januar 2010 eingeholt. Ferner hat der Senat Auszüge aus Tagungsprotokollen der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesarbeitsministerium mit Beiträgen zur Bewertung des Schlaf-Apnoe-Syndroms (Tagungen am 25./26. November 1998, am 28./29. April 1999 und am 26. März 2003) beigezogen. Wegen des Inhalts der Protokolle wird auf Bl. 465, 466 der Gerichtsakte verwiesen.

In der mündlichen Verhandlung am 13. April 2010 hat der Senat den Arzt für innere Medizin und Psychiatrie Dr. T zur Erläuterung seines Gutachtens vernommen. Insoweit wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Die den Kläger betreffende Verwaltungsakte des beklagten Landes sowie die Gerichtsakten haben dem Senat vorgelegen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf ihren Inhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§ 143 Sozialgerichtsgesetz – SGG –](#)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte ([§ 151 SGG](#)) Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der GdB des Klägers ist für die Zeit von Januar 2003 bis August 2004 nicht höher als mit 30 und für die Zeit ab September 2004 nicht höher als mit 40 zu bewerten.

Rechtsgrundlage für die Feststellung des GdB ist [§ 69 SGB IX](#). Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die zur Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Gemäß [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) 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. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX werden die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 17 BVG](#) erlassenen Rechtsverordnung gelten entsprechend. Danach sind bei der Bewertung des GdB seit dem 1. Januar 2009 die als Anlage zu [§ 2 der Versorgungsmedizinverordnung vom 10. Dezember 2008 \(BGBl. I S. 2412\)](#) erlassenen "versorgungsmedizinischen Grundsätze" zu beachten. Für die Zeit vor dem 1. Januar 2009 war der GdB unter Heranziehung der inhaltlich im Wesentlichen übereinstimmenden AHP in ihrer jeweils geltenden Fassung festzulegen. Zwar beruhten die AHP weder auf Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften, sodass sie keinerlei Normqualität hatten. Dennoch waren sie als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, deren Beachtlichkeit im konkreten Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sich zum einen daraus ergab, dass eine dem allgemeinen Gleichheitssatz entsprechende Rechtsanwendung nur dann gewährleistet war, wenn die verschiedenen Behinderungen nach gleichen Maßstäben beurteilt werden. Zum anderen stellten die AHP ein geeignetes, auf Erfahrungswerten der Versorgungsverwaltung und Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft beruhendes Beurteilungsgefüge zur Einschätzung des GdB dar (BSG, Urt. v. 18. September 2003 – [B 9 SB 3/02 R](#), [BSGE 91, 205](#) = [SozR 4-3250 § 69 Nr. 2](#), m. w. N.).

Die bei dem Kläger vorliegenden Wirbelsäulenschäden sind unter Berücksichtigung der Maßstäbe aus Teil B Nr. 18.9 der versorgungsmedizinischen Grundsätze und den damit übereinstimmenden Maßstäben aus den AHP 2004/2005/2008, Seite 116 bzw. den AHP 1996, Seite 140 in der mit Rundschreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 22. September 1997 (VI 5/55463/3) geänderten Fassung mit einem GdB von jedenfalls nicht mehr als 30 zu bewerten. Insoweit nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Gründe des sozialgerichtlichen Urteils Bezug. Die Bewertung der Wirbelsäulenschäden mit einem Einzel-GdB von 30 ist auch von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogen worden.

Ferner besteht bei dem Kläger ein Schlaf-Apnoe-Syndrom. Nach den Maßstäben aus Teil B Nr. 8.7 der versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. den damit übereinstimmenden Maßstäben aus den AHP 2004/2005/2008, Seite 70 und den AHP 1996, Seite 85 ist ein durch Untersuchung im Schlaflabor nachgewiesenes Schlaf-Apnoe-Syndrom ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überdruckbeatmung mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten. Bei Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung sehen die AHP bzw. die versorgungsmedizinischen Grundsätze eine Bewertung mit einem GdB von 20 vor und bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung einen GdB von wenigstens 50. Dabei sind Folgeerscheinungen oder Komplikationen, z. B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie oder Cor pulmonale zusätzlich zu berücksichtigen.

Ein Schlaf-Apnoe-Syndrom ist bei dem Kläger bereits im Jahre 1999 diagnostiziert worden. Die damals erhobenen Befunde waren geeignet, die Notwendigkeit einer nasalen Überdruckbeatmung zu begründen. Die bei dem Kläger in den Jahren 2006 und 2007 durchgeführten polygraphischen Untersuchungen ergaben dagegen, dass sich die Erkrankung inzwischen gebessert habe und die Notwendigkeit einer nasalen Überdruckbeatmung nicht mehr festgestellt werden konnte. Da nicht festgestellt werden kann, für welchen Zeitraum die Notwendigkeit einer nasalen Überdruckbeatmung im Anschluss an die im Jahr 1999 gestellte Diagnose bestand, ist nach dem auch im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast davon auszugehen, dass zu dem Zeitpunkt, für den der Kläger den GdB erstmals geltend macht (Januar 2003) zunächst ein mit einem GdB von 10 zu bewertendes Schlaf-Apnoe-Syndrom ohne die Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung bestand. Wie der Sachverständige Dr. T in der Verhandlung am 31. März 2009 – insoweit abweichend von seinen schriftlichen Ausführungen – klargestellt hat, wurden erstmals wieder bei einer am 29./30. Oktober 2008 durchgeführten polygraphischen Untersuchung im Schlaflabor (vgl. Arztbrief des Dr. Hc vom 31. Oktober 2008, Bl. 366 der Gerichtsakte) behandlungsbedürftige Störungen nachgewiesen, die die Notwendigkeit einer nasalen Überdruckbeatmung erneut begründen konnten. Daher ist der GdB für das Schlaf-Apnoe-Syndrom seit Oktober 2008 mit wenigstens 20 und für die Zeit davor seit Januar 2003 mit höchstens 10 zu bewerten.

Entgegen der Auffassung des Klägers liegen die Voraussetzungen für die Bewertung des Schlaf-Apnoe-Syndroms mit einem Einzel-GdB von 50 wegen "nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung" nicht vor. Dabei geht der Senat in Übereinstimmung mit dem Gutachten des Arztes für innere Medizin Dr. T, dem sich insoweit auch Prof. Dr. V in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. Januar 2010 angeschlossen hat, davon aus, dass die Bewertung mit einem GdB von 50 nur in Betracht kommt, wenn Gesundheitsstörungen festgestellt werden können, die die Durchführung der nasalen Überdruckbeatmung objektiv ausschließen. Dieser von den Sachverständigen zu Grunde gelegte Maßstab zur Beurteilung der "Undurchführbarkeit" der Überdruckbeatmung steht im Einklang mit der Auffassung der Sektion "Versorgungsmedizin" des ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesarbeitsministerium (Niederschrift über die Tagungen am 25./26. November 1998, am

28./29. April 1999 und am 26. März 2003). Danach kann eine "Undurchführbarkeit" der nasalen Überdruckbeatmung nicht in Fällen fehlender Compliance festgestellt werden, sondern nur bei Vorliegen von Erkrankungen wie z. B. einer Gesichtsschädelanomalie, die einen objektiven Hinderungsgrund für die Benutzung der Maske darstellt. Derartige Erkrankungen liegen bei dem Kläger nach den überzeugenden Darlegungen beider im Berufungsverfahren gehörten Sachverständigen nicht vor. Der Kläger hat u. a. gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. V zur Nutzung der Beatmungsmaske angegeben, dass er dieses Gerät gar nicht nutze, weil die Geräusche ihn und die Schlafpartnerin störten, weil er unter Platzangst unter der Maske leide sowie unter einem eitrigen Nasenrücken nach Nutzung der Maske. Ferner behindere der Schleimabfluss aus den Nasennebenhöhlen die Atmung. Daraus ergibt sich nachvollziehbar, dass die Benutzung der Maske für den Kläger mit erheblichen Unannehmlichkeiten und Schwierigkeiten verbunden ist. Der Kläger leidet jedoch nicht an Erkrankungen oder Behinderungen, die die Durchführung der nasalen Überdruckbeatmung unmöglich machen würden. Bei dem Kläger besteht auch keine psychische Erkrankung wie z. B. eine Angstneurose, die das Auftreten nicht überwindbarer Platzangst begründen könnte. Ferner ist bei dem Kläger keine Hauterkrankung oder allergische Reaktion diagnostiziert worden, die einen Kontakt mit dem für die Herstellung der Maske verwendeten Material generell ausschließen würde. Gegen die Undurchführbarkeit der Überdruckbeatmung spricht auch der von Dr. Hc im Schlaflabor erhobene Befund. Nach dem Inhalt des Befundberichts vom 31. Oktober 2008 war die Atmung des Klägers bei einem Druck von 11 mb normal. Der Schlafverlauf war nach Eingewöhnung ebenfalls normal.

Allerdings gibt es im vorliegenden Fall insbesondere unter Berücksichtigung der Arztbriefe des Dr. Hc vom 23. Februar und vom 7. Mai 2009 Hinweise, dass die mit der Benutzung der Maske verbundenen Unannehmlichkeiten erheblich über das dem Senat aus einer Vielzahl von Verfahren bekannte Maß hinausgehen und dass der Kläger insbesondere wegen der auftretenden Hautreizungen aber auch wegen eines Panikgefühls bei Verwendung einer Mund-Nasenmaske große Schwierigkeiten hat, sich an die Benutzung der Maske zu gewöhnen. Ob diese besonderen Schwierigkeiten bei der Benutzung der Maske in Übereinstimmung mit dem Gutachten des Prof. Dr. V eine Erhöhung des Einzel-GdB auf 30 rechtfertigen oder ob mit Dr. T davon auszugehen ist, dass der GdB für das Schlaf-Apnoe-Syndrom mit 20 zutreffend bewertet ist, lässt der Senat dahinstehen, weil sich dies aus den nachfolgend dargelegten Gründen nicht auf die Höhe des Gesamt-GdB auswirkt.

Die bei dem Kläger bis allenfalls 2007 vorliegende depressive Störung war ab September 2004 mit einem GdB von 20 zu bewerten. Insoweit folgt der Senat dem im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten Gutachten des Arztes für innere Medizin Dr. B. Jedenfalls seit Ende des Jahres 2007 kann das Vorliegen einer mit einem GdB zu bewertenden depressiven Störung bei dem Kläger nicht mehr festgestellt werden. Mit dieser Beurteilung folgt der Senat dem Gutachten des Arztes für innere Medizin und Psychiatrie Dr. T, der den Kläger am 18. Februar 2009 untersucht hat und der das Vorliegen einer krankheitswertigen depressiven Störung nach dem Ergebnis der Untersuchung ausgeschlossen hat. Bereits seit der Untersuchung durch Dr. B im Januar des Jahres 2006 liegen keine Befunde vor, die auf das Vorliegen einer depressiven Störung hindeuten könnten. Auf Nachfrage hat der Kläger zudem mitgeteilt, dass er sich in den letzten 12 Monaten nicht in neurologisch-psychiatrischer Behandlung befunden hat. Die Einschätzung des Dr. T, nach der eine mit einem GdB zu bewertende neurologisch-psychiatrische Erkrankung nicht mehr vorliegt, steht in Einklang mit der von der Prozessbevollmächtigten des Klägers als Anlage zum Schriftsatz vom 13. Dezember 2009 übersandten Stellungnahme des Klägers, in der dieser angibt, dass er eine sehr schwere Zeit hinter sich habe und bis Ende 2006, Anfang 2007 überhaupt nicht sicher war, ob er bis zur Rente durchhalten würde, er sei deshalb in neurologisch-psychiatrischer Behandlung gewesen. Soweit der Kläger einen Einzel-GdB von 20 für seine depressive Störung auch über das Jahr 2007 hinaus mit der Begründung geltend macht, dass dieser Einzel-GdB Grundlage des von der Beklagten im erstinstanzlichen Verfahren abgegebenen Teilerkenntnisses sei und dass dieser Einzel-GdB daher "nicht mehr reversibel" sei, ist darauf hinzuweisen, dass die der Bewertung des Gesamt-GdB zugrunde liegenden Einzel-GdB-Werte keine Bindungswirkung entfalten, weil das Schwerbehindertenrecht nur einen Gesamtzustand der Behinderung kennt und es sich deshalb bei einzelnen Graden der Behinderung lediglich um Bewertungsfaktoren für die Einschätzung des Gesamt-GdB handeln kann (BSG, Urt. v. 10. September 1997 – [9 RVs 15/96](#), [BSGE 81, 50](#) = [SozR 3-3870 § 3 Nr. 7](#)).

Wegen der Bewertung der Ohrgeräusche mit einem GdB von 10 bezieht sich der Senat ebenfalls gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Gründe des sozialgerichtlichen Urteils. Bezogen auf die durch das Sozialgericht mit einem GdB von 0 bewertete Schwerhörigkeit des Klägers ist während des laufenden Berufungsverfahrens eine gewisse Verschlechterung eingetreten. Nach dem von Dr. D als Anlage zu seinem Befundbericht vom 22. September 2008 übersandten Sprachaudiogramm betrug der Hörverlust auf beiden Ohren bis zu 20 %. Daraus folgt unter Berücksichtigung der Maßstäbe aus den AHP 2008, Seite 59, und den damit übereinstimmenden Maßstäben aus Teil B Nr. 5.2.4 der versorgungsmedizinischen Grundsätze ein GdB von maximal 10. Mit dieser Bewertung stützt sich der Senat auf die nachvollziehbare Auswertung der Befunde in der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. Hd vom 12. November 2008 sowie das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten des Dr. T. Diese Bewertung wird auch in dem auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten des Prof. Dr. V bestätigt.

Bei der Ermittlung des Gesamt-GdB dürfen die einzelnen Werte nicht addiert werden. Maßgebend ist vielmehr die Auswirkung der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt. Im Hinblick auf die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen ist zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird. Ein Gesamt-GdB von 50 kann beispielsweise nur angenommen werden, wenn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich ist wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung, oder bei Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung. Von Ausnahmefällen abgesehen führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Beurteilung des Gesamt-GdB berücksichtigt werden könnte. Dies gilt auch, 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 (vgl. AHP 1996, Seite 33 ff., AHP 2004/2005/2008, Seite 24 ff., Teil B Nr. 3 der versorgungsmedizinischen Grundsätze).

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe ist hier von dem GdB von 30 für die Wirbelsäulenschäden auszugehen. Dieser Wert wäre bei der Bewertung des Schlaf-Apnoe-Syndroms mit einem Einzel-GdB von 30 für die Zeit ab dem Jahr 2008 auf einen GdB von insgesamt 40 zu erhöhen. Bei der Bewertung des Schlaf-Apnoe-Syndroms mit einem GdB von 20 wird ein Gesamt-GdB von 50 erst recht nicht erreicht. Bezogen auf die Bildung des Gesamt-GdB von 40 folgt der Senat sowohl dem im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. T als auch dem auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten des Prof. Dr. V. Wie Dr. T in der mündlichen Verhandlung in jeder

Hinsicht nachvollziehbar und überzeugend dargelegt hat, würde der Kläger durch das mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewertende Wirbelsäulensyndrom auch bei Berücksichtigung eines mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewertenden Schlaf-Apnoe-Syndroms nicht so beeinträchtigt, wie z. B. ein Behinderter mit einer Herzerkrankung, die Funktionsstörungen bereits bei leichten körperlichen Belastungen mit sich bringt und die nach den AHP 2008, Seite 71 f. bzw. Teil B Nr. 9.1.1 der versorgungsmedizinischen Grundsätze mit einem GdB von mindestens 50 zu bewerten wäre.

Für die Zeit von September 2004 bis höchstens in das Jahr 2007 wurde der Einzel-GdB von 30 für die Wirbelsäulenerkrankung durch die mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewertende depressive Störung so weit erhöht, dass ein Gesamt-GdB von 40 gerade noch erreicht wurde. Da das Vorliegen einer depressiven Störung in der Zeit vor September 2004 nicht festgestellt werden kann, war der Gesamt-GdB in der Zeit von Januar 2003 bis August 2004 mit 30 zu bewerten.

Die weiteren beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen, die mit einem Einzel-GdB von höchstens 10 zu bewerten sind (Schlaf-Apnoe-Syndrom in der Zeit bis in das Jahr 2007, Schwerhörigkeit, Tinnitus), bewirken keine Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Beurteilung des Gesamt-GdB berücksichtigt werden könnte.

Im Ergebnis ist der Gesamt-GdB damit nicht höher zu bewerten, als dies mit dem im erstinstanzlichen Verfahren von der Beklagten abgegebenen und von dem Kläger angenommenen Teilerkenntnis bereits erfolgt ist.

Dem Antrag des Klägers, einen weiteren Befundbericht des Arztes für innere Medizin Dr. Hc einzuholen, hat der Senat nicht entsprochen, weil es darauf für die Entscheidung nicht ankommt. Das Vorliegen der vom Kläger geschilderten Schwierigkeiten bei der Verwendung der Atemmaske sind in den vorliegenden Berichten des Dr. Hc dokumentiert und wurden bei der Entscheidung berücksichtigt. Ausschlaggebend für die Bewertung des GdB für das Schlaf-Apnoe-Syndrom mit nicht mehr als 30 ist also nicht, dass der Senat die vom Kläger dargestellten Hindernisse bei der Benutzung des Schlaf-Apnoe-Gerätes nicht gewürdigt hätte, sondern dass diese nach den hier zu Grunde zu legenden Maßstäben nicht geeignet sind, eine "Undurchführbarkeit" der nasalen Überdruckbeatmung zu begründen, die eine Bewertung mit einem Einzel-GdB von 50 rechtfertigen würde. Die von dem Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten Arztbriefe des Dr. Hc vom 29. August 2008, vom 31. Oktober 2008, vom 23. Februar 2009 und vom 7. Mai 2009 sind auch von den Sachverständigen erkennbar ausgewertet worden. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass Dr. Hc in einem weiteren Befundbericht bisher noch nicht bekannte und berücksichtigte medizinische Befunde mitteilen könnte, waren auch dem Vorbringen des Klägers in der mündlichen Verhandlung nicht zu entnehmen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2010-05-26