

S 12 SB 945/13

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

SG Aachen (NRW)

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

12

1. Instanz

SG Aachen (NRW)

Aktenzeichen

S 12 SB 945/13

Datum

02.12.2014

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 10 SB 16/15

Datum

03.06.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Der Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 05.02.2013 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 27.05.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2013 in der Fassung des Bescheides vom 02.12.2014 verurteilt, den GdB des Klägers für die Zeit vom 09.11.2012 bis 15.04.2014 mit 30 sowie anschließend mit 40 zu bewerten. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Der Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers dem Grunde nach zu 1/3.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Der am 00.00.0000 geborene Kläger stellte am 09.11.2012 bei dem Beklagten einen Antrag auf Feststellung eines GdB.

Der Beklagte wertete durch seinen ärztlichen Dienst im Verwaltungsverfahren zunächst einen Operations- und Entlassungsbericht der Klinik für J Krankenhauses E aus Ende 2011, einen Befundbericht des Internisten Dr. S, einen Arztbericht des Internisten, Endokrinologen und Osteologen Dr. T aus Oktober 2012, laborärztliche Befundberichte aus Januar 2011, September und Oktober 2012, einen Bericht des Zentrums für S im Kreiskrankenhaus H betreffend eine Computertomographie des rechten Ellenbogens aus März 2011, einen Allergen-Testbogen aus Januar 2011, einen Befundbericht der Allgemeinmedizinerin L, einen Operationsberichts aus Oktober 2008 der Kliniken N, betreffend eine Radiusköpfchenmehrfragmentfraktur rechts, einen Radiologiebericht betreffend die Sonographie der Schilddrüse aus Mai 2012, einen Arztbericht des HNO Arztes Dr. T1 aus Mai 2012, einen Bericht über eine Kernspintomographie der Leber aus Juni 2012, einen Befundbericht des Urologen und Andrologen Dr. F, einen Bericht der Klinik für J1 der Kliniken N aus Juli 2011 und einen Befundbericht der Dipl.-Psychologin I aus und kam zu der Einschätzung beim Kläger seien für eine seelische Beeinträchtigung ein GdB von 10 sowie für bestehende Funktionsstörungen der Wirbelsäule ebenfalls ein GdB von 10 in Ansatz zu bringen.

Mit Bescheid vom 05.02.2013 lehnte der Beklagte daraufhin die Feststellung eines GdB ab.

Hiergegen legte der Kläger am 19.02.2013 Widerspruch ein, den er durch seinen Prozessbevollmächtigten damit begründete, dass auf orthopädischem, internistischem, HNO-heilkundlichem, allergologischem, urologisch-andrologischem sowie psychologisch-neurologischem Fachgebiet Beeinträchtigungen vorlägen, die einen GdB von mindestens 60 rechtfertigten.

Nach erneuter Durchsicht der vorgelegten bzw. eingeholten ärztlichen Unterlagen kam der ärztliche Berater der Bezirksregierung N, Dr. T2, zu der Einschätzung, der GdB für den Bereich "seelische Behinderung" könne mit 20 bewertet werden.

Am 27.05.2013 erließ der Beklagte daraufhin einen entsprechenden Änderungsbescheid, und stellte bei dem Kläger den GdB mit 20 fest.

Nach dem der Widerspruch daraufhin nicht zurückgenommen wurde, wies die Bezirksregierung Münster den Widerspruch unter Einbeziehung des Teilabhilfebescheides als unbegründet zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 29.08.2013 Klage erhoben und zur Begründung im Wesentlichen seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines internistisch-rheumatologisch- psychosomatischen Gutachtens des Herrn L, welches dieser gegenüber dem Gericht im Dezember 2013 erstattet hat. Auf Antrag des Klägers hat das Gericht darüber hinaus am 22.02.2014 ein

Gutachten des behandelnden Urologen des Klägers, Dr. F. nebst nervenärztlichen Zusatzgutachtens des Dr. X beauftragt, welche am 29. bzw. 30. Juli 2014 gegenüber dem Gericht erstattet worden sind.

Der Kläger hat im Rahmen der mündlichen Verhandlung beantragt,

den Bescheid vom 05.02.2013 in der Fassung des Abhilfebescheides vom 27.05.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2013 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei dem Kläger ab Antragstellung einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte hat erklärt, er ändere – im Hinblick auf das überzeugende Gutachten des Herrn Kohl – die angefochtenen Bescheide ab und stelle beim Kläger ab Antragstellung einen Grad der Behinderung von 30 fest.

Darüber hinaus hat er beantragt,

die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist teilweise begründet. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide insoweit im Sinne des [§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, als bei ihm ab Antragstellung ein GdB von 30 und ab dem 16.04.2014, dem Tag der Untersuchung bei Dr. X, ein GdB von 40 festzustellen ist. Soweit der Kläger darüber hinaus die Feststellung eines höheren GdB begehrt, ist die Klage abzuweisen.

Nach [§ 2 SGB IX](#) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion oder geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) werden die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Grad der Behinderung nach 10er Stufen abgestuft dargestellt. Bei dem Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wird nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

Die Bemessung des Gesamt-GdB hat dabei in mehreren Schritten zu erfolgen und ist trichterförmige Aufgabe (BSG Beschluss vom 09.12.2010 – [B 9 SB 35/10 B](#) = juris Rn. 5 m.w.N.; LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 – [L 13 SB 127/11](#) = juris Rn. 32).

Zunächst sind unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens die einzelnen, nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinn von regelwidrigen, von der Norm abweichenden Zuständen gemäß [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) und die daraus ableitenden Teilhabebeeinträchtigungen festzustellen. Sodann sind diese den in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. Schließlich ist unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen in einer Gesamtschau der Gesamt-GdB zu bilden (BSG Urteil vom 30.09.2009 – [B 9 SB 4/08 R](#) = juris Rn. 18 m.w.N.; LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 – [L 13 SB 127/11](#) = juris Rn. 32).

Nach Teil A Ziffer 3 der Anlage zu § 2 der aufgrund § 30 Abs. 17 Bundesversorgungsgesetzes (BVG) erlassenen Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG ([BGBl. I 2008, S. 2412](#) - Versorgungsmedizin-Verordnung) vom 10.12.2008 (Versorgungsmedizinische Grundsätze), die wegen [§ 69 Abs. 1, Satz 4 SGB IX](#) auch im Schwerbehindertenrecht zur Anwendung kommt, sind zur Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung rechnerische Methoden, insbesondere eine Addition der Einzelgrade der Behinderung, nicht zulässig. Vielmehr ist bei der Beurteilung des Gesamtgrades der Behinderung in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad der Behinderung bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Grad der Behinderung 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Hierbei ist gemäß Teil A Ziffer 3 lit. d) ee) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu beachten, dass leichtere Gesundheitsstörungen mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 nicht zu einer Erhöhung des Gesamtgrades der Behinderung führen, selbst wenn mehrere dieser leichteren Behinderungen kumulativ nebeneinander vorliegen. Auch bei Leiden mit einem Einzelgrad der Behinderung von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine Zunahme des Gesamtausmaßes der Behinderung zu schließen.

Schließlich sind bei der Festlegung des Gesamt-GdB zudem die Auswirkungen im konkreten Fall mit denjenigen zu vergleichen, für die in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen feste GdB-Werte angegeben sind (BSG Urteil vom 02.12.2010 – [B 9 SB 4/10 R](#) = juris Rn. 25; vgl. auch Teil A Ziffer 3 lit. b) Versorgungsmedizinische Grundsätze).

Die anspruchsbegründenden Tatsachen sind, dies gilt nach allgemeinen Grundsätzen des sozialgerichtlichen Verfahrens auch im Schwerbehindertenrecht grundsätzlich im Vollbeweis, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachzuweisen (vgl. BSG Urteil vom 15.12.1999 – [B 9 VS 2/98 R](#) = juris Rn. 14; Bayerisches LSG Urteil vom 18.06.2013 – [L 15 BL 6/10](#) = juris Rn. 67 ff.; Bayerisches LSG Urteil vom 05.02.2013 – [L 15 SB 23/10](#) = juris). Für diesen Beweisgrad ist es zwar nicht notwendig, dass die erforderlichen Tatsachen mit absoluter Gewissheit feststehen. Ausreichend, aber auch erforderlich ist indessen ein so hoher Grad der Wahrscheinlichkeit, dass bei Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens kein vernünftiger, den Sachverhalt überschauender Mensch mehr am Vorliegen der Tatsachen zweifelt (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2000 – [B 9 VG 3/99 R](#) = juris Rn. 11), d.h. dass die Wahrscheinlichkeit an Sicherheit grenzt (vgl. BSG, Urteil vom 05.05.1993 – [9/9a RV 1/92](#) = juris Rn. 14). Lässt sich der Vollbeweis nicht führen, geht die Nichterweislichkeit einer Tatsache zu Lasten dessen, der sich zur Begründung seines Anspruchs oder rechtlichen Handelns auf ihr Vorliegen stützen.

Der Kläger leidet zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung im Wesentlichen unter

1. Mittelgradig bis zeitweise schwergradige depressiver Episode mit somatischem Syndrom 2. Funktionseinschränkung der oberen rechten Extremität im Sinne einer endgradigen Bewegungseinschränkung des rechten Ellenbogens bei Zustand nach Fraktur des Radiusköpfchens.

Das Vorliegen dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen steht nach Auffassung der Kammer aufgrund der im Verwaltungs- und Klageverfahren eingeholten Befund- und Arztberichte sowie den Gutachten des Herrn L, Herrn Dr. X und Herrn Dr. F fest.

Daneben sind beim Kläger durch die behandelnden Ärzte, zu denen auch der nach § 109 SGG benannte Dr. F zählt, zahlreiche weitere Diagnosen, insbesondere auf urologisch-andrologischem und internistischen Fachgebiet, gestellt worden.

Dies sind im Einzelnen:

3. Chronisch abakteriell entzündliche Erkrankung der Prostata und der Samenblasen mit multiplen entzündlichen Verkalkungsherden und entzündlich bedingter intraprostatischer Harnröhren- und Blasenaustrittsenge – BOO/LUTS, mit geschilderten dringhaften/obstruktiven Dysurien, Reizblase, Nykturien, sensorischem Nachträufeln/Drangharninkontinenzschwäche, Harnstrahlabschwächung, Restharngefühl 4. chronisch abakterielle entzündliche Erkrankung des Einzelhodens/Nebenhodens rechts, reaktiv mäßige Hydrocele testis rechts, mit geschilderten Leisten- und Hodenschmerzen und teilweise Narbenschmerzen 5. Nieren-Eiweiß-Harnsäure-Stoffwechselstörung mit rezidivierender Harnsäure-Harngruß/Steinbildung und reaktiven, entzündlichen und schmerzhaften Erkrankungen des oberen und unteren Harntraktes, des äußeren und inneren Genitaltraktes, Harnsäurebedingten Entzündungsreaktionen, die v.a. in den Urogenitalorganen und im Muskel- und Gelenksystem möglich sind, mit geschilderten rezidivierenden kolikartigen Nieren-Unterbauchschmerzen, Übelkeit, Gelenkschmerzen 6. Androgenes Hormontief und Testosteronmangel 7. Libidominderung, Minderung der Rigidität, Qualität und Dauer der Erektion, teilweise Ejakulatio praecox 8. Kleinzystische Strukturveränderungen des rechten Schilddrüsenlappens, grenzwertige Struma, Schilddrüsenunterfunktion 9. Multiple Leberhaemangiome, 10. Fettstoffwechselstörung, 11. Bauchspeicheldrüsenfunktionsstörung, 12. diabetische Stoffwechselleistungsstörung, 13. Arterielle Hypertonie im Sinne einer Belastungshypertonie) 14. Metabolisches Syndrom 15. Schlaf-Apnoe-Syndrom 16. Pollinose 17. Allergene Disposition, größtenteils seit Kindheit bestehende Pollenallergie – oft über die gesamte Saison 18. Zungengrundhyperplasie 19. Nasenseptumtumor links 20. Chronische Rhinopathie mit Nasenatmungsbehinderung 21. Chronisch rezidivierende Polysinusitis 22. Z.n. Gehörgangspolypose rechts 23. BWS-Syndrom mit tastbarem paravertebralem Hartspann 24. Osteoporose

Aufgrund der durchgeführten Beweisaufnahme steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die unter Ziffer 3 bis 24 aufgeführten und auch noch weitere, vereinzelt in Arztberichten genannten, Diagnosen keine vom für das Lebensalter typischen Zustand abweichenden Beeinträchtigungen beschreiben, die – vor dem Hintergrund der absolut im Vordergrund stehenden psychischen Beeinträchtigungen, geeignet wären, den GdB insgesamt zu erhöhen. Die Kammer schließt sich insoweit der Einschätzung des Gutachters L an, der zutreffend ausgeführt hat, dass – trotz Bestehens zahlreicher Diagnosen, insbesondere auf urologisch und andrologischem Gebiet, unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers, der im Rahmen der Untersuchung bei Herrn L ermittelten Werte und des klinischen Bilds des Klägers, nicht im Ansatz zu erkennen ist, dass diese "in irgendeiner Art als Behinderung anzuerkennen sind (vgl. Gutachten Kohl Blatt 29).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den Feststellungen des Gutachters Dr. F.

Das Gutachten steht – dies ist für die Kammer offensichtlich – nicht auf dem Boden der Versorgungsmedizinischen Grundsätze und ist – was die sozialmedizinische Bewertung angeht – damit weitgehend unbrauchbar. Bemerkenswert, wenngleich nach Auffassung der Kammer letztlich eine Marginalie, ist schon, dass der GdB durchgängig als Prozentwert angegeben wird. Auch wenn ein GdB von 100 freilich das erreichbare Maximum darstellt und damit die Bestimmung der GdB in Relation zum Wert 100 steht, ist die Angabe von Prozentwerten beim GdB – anders als etwa bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) – nicht vorgesehen. Schwerwiegender ist indes, dass im gesamten Gutachten des Dr. F- abgesehen vom Zusatzgutachten des Dr. X – nicht ein Mal auf die Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze konkret eingegangen wird. Es wird weder dargelegt unter welche Ziffer die benannten Funktionsbeeinträchtigungen fallen, noch welche tatbestandliche Alternative der jeweiligen Ziffer der Gutachter für einschlägig hält. Auch Formulierungen wie etwa auf Seite 17 des Gutachtens

"Dies entspricht auch den versorgungsmedizinischen Grundsätzen einer fachärztlichen Begutachtung",

lässt es für die Kammer fraglich erscheinen, ob der Gutachter sich hier tatsächlich an den Vorgaben der Versorgungsmedizin-Verordnung orientiert hat.

Gegen die Anwendung der maßgeblichen Versorgungsmedizinischen Grundsätze spricht im Übrigen auch, dass im Gutachten Funktionssysteme gebildet werden, die unter Berücksichtigung der Systematik der Versorgungsmedizinischen Grundsätze, aber auch der insoweit gängigen Rechtsprechung im Bereich des Schwerbehindertenrechts, nicht im Ansatz nachvollziehbar sind. Hierfür mögen aus Sicht der Gutachter valide medizinische Gründe sprechen, was indes an dem hier benannten Faktum nichts ändert. Dies hat letztlich unter anderem auch zur Folge, dass zahlreiche geklagten Beschwerden nicht nur einmal, sondern in den verschiedenen – so gebildeten – Funktionssystemen immer wieder berücksichtigt werden, was bei der Bildung von Graden der Behinderung ebenfalls nicht zu überzeugen vermag. So werden beispielsweise immer wieder eine Abgeschlagenheit, eine Beeinträchtigung der Sexualität, eine Mutlosigkeit thematisiert, welche – zutreffend vom Gutachter L und Dr. X – als Ausdruck der wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nach Teil B Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze berücksichtigt worden sind. Im Gutachten Dr. F werden sie bei fast jeder somatischen Diagnose zusätzlich herangezogen, um zu begründen, dass hier – auch somatisch – ein GdB von mindestens 20 für das jeweilige Funktionssystem in Ansatz zu bringen sei. Dies überzeugt nicht.

Die Kammer legt hierbei Wert auf die Feststellung, dass sie damit mitnichten die vom Gutachter beschriebenen medizinischen Zusammenhänge in Abrede stellen möchte. Hierzu fehlen ihr die medizinischen Kenntnisse. Es ist aber im Schwerbehindertenrecht zu bewerten, wie die vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen und dafür ist eine ursachenunabhängige Betrachtungsweise angezeigt. Bei der hier in Rede stehenden Bildung des GdB geht es darum, wie konkret sich die Beeinträchtigungen auswirken.

Absolut im Vordergrund, da sich letztlich alle Gutachter einig, wenngleich die Einschätzungen im Einzelnen abweichen, steht beim Kläger die Beeinträchtigung der Psyche. Gemäß Teil B Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist beim Kläger von stärker behindernden Störungen mit wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit auszugehen, so dass für die Bewertung des GdB ein Spielraum von 30 bis 40 eröffnet ist.

Soweit der Gutachter Dr. X hier zudem das Vorliegen mittelgradiger sozialer Anpassungsschwierigkeiten bejaht, sind entsprechende Störungen weder durch die Feststellungen in seinem Gutachten, noch durch diejenigen in den Gutachten des Dr. F und des Herrn L oder auch sonstige Befund- oder Arztberichte objektiviert. Das Sozial- und Aktivitätsniveau welches der Kläger beschreibt rechtfertigt es nach Auffassung der Kammer nicht, schon für die psychische Beeinträchtigung des Klägers die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. So hat der Kläger gegenüber dem Gutachter L ausgeführt, er stehe gegen 5:15 Uhr auf, verrichte alleine die Morgentoilette und Körperpflege und fahre dann mit dem PKW zu seinem Arbeitsplatz. In der Mittagspause findet er die Zeit, zweimal in der Woche zum Kieser- Training zu gehen. Nach der Arbeit, die gegen 16:30 Uhr beendet ist, fährt er täglich zu seiner Mutter, der er beim Einkaufen und bei den alltäglichen Verrichtungen hilft. Gegen 18:30 Uhr bis 19:00 Uhr nimmt er mit seiner Frau ein gemeinsames Abendessen ein. Anschließend fühle er sich in der Regel platt und müde und schlafe meist während der Tagesschau ein. Der so vom Kläger beschriebene Alltag zeigt in der Tat Aspekte der Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit. Auf der anderen Seite wird deutlich, dass der Kläger nicht nur in der Lage ist, eigenverantwortlich für sich selbst zu handeln, sondern auch noch Verantwortung für seine Mutter übernimmt und diese in den Dingen des täglichen Lebens unterstützt. Darüber hinaus beschreibt der Kläger, dass er einen Freundeskreis hat, den er auch pflegt. So macht er etwa einmal jährlich mit einem Freund eine Klettertour. Den Kläger gelingt es nach eigenen Angaben auch, in der Natur bei der Ausübung des gemeinsamen Hobbys mit seiner Ehefrau, der Pflege eines Pferdes, Ruhe, Harmonie und Stille zu genießen. Der Kläger hat überdies ein Theaterabo, welches auch durchgängig genutzt wird. Der Kläger beschreibt insoweit, dass der sich häufiger hierzu zwingen müsse, letztlich aber im Nachhinein froh sei, es getan zu haben. Auch gehe er mit seiner Frau ab und zu ins Kino. Der Kläger beschreibt überdies, regelmäßig Urlaub - gerne in den Bergen- machen. Schon unter Berücksichtigung des insoweit geschilderten Aktions- und Sozialniveaus scheidet nach Auffassung der Kammer die Annahme von mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten aus. Es zeigt sich beim Kläger freilich eine ausgeprägte depressive Stimmung, wobei im Vordergrund die erhöhte Ermüdbarkeit, Tagesmüdigkeit, Konzentrationsschwäche und pessimistische Zukunftsperspektive sowie ein frühmorgendliches Erwachen, erhebliches Morgentief, Appetitverlust und - hierauf weist auch der Dr. F in seinem Gutachten hin - deutlicher Libidoverlust, verbunden auch mit einer allgemeinen Einschränkung der Sexualität im Vordergrund steht (vgl. zum Symptombild einer Depression - mit somatischen Syndrom - etwa Bandelow/Gruber/Falkai, Kurzlehrbuch Psychiatrie, 2. Aufl. 2012, S. 72 f.; vgl. auch Arolt/Reimer/Dilling, Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, 6. Aufl. 2007, S. 143 f.). Aufgrund dieser depressiven Stimmung und den damit einhergehenden Folgeerscheinungen ist es in der Vergangenheit auch immer wieder zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen. Beim Kläger kommt es nach eigenen Angaben auch immer wieder zu suizidalen Gedanken, von denen der Kläger sich indes ausreichend distanzieren kann. Eine leitliniengerechte Behandlung der psychischen Erkrankung erfolgt, die steht für die Kammer aufgrund der Gutachten des Herrn L und Dr. X fest, nicht. Weder wird eine psychiatrische Behandlung noch eine Medikation etwa mittels Psychopharmaka durchgeführt. Die Teilnahme an einstündigen psychotherapeutischen Sitzungen alle drei Wochen ist bei den geschilderten Beschwerden nach Auffassung des Herrn L sowie auch des Dr. X nicht als angemessen und ausreichend anzusehen. Hier sieht die Kammer, mit den beiden Gutachtern L und Dr. X durchaus noch Verbesserungspotenzial. Die Feststellungen des Dr. X in seinem Gutachten entsprechen weitestgehend denjenigen des Herrn L. Die beim Gutachten unterscheiden sich insoweit im Ergebnis lediglich durch die sozialmedizinische Bewertung.

Nach Auffassung der Kammer zeigt sich indes dadurch, dass auch bei der Begutachtung durch Dr. X - fast ein halbes Jahr nach derjenigen des Herrn L - sich das psychische Bild des Klägers nicht wesentlich gebessert hat, sondern in der Zwischenzeit weitere Arbeitsunfähigkeitszeiten hinzugekommen sind, dass hier durchaus von Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ausgegangen werden kann, die das Ausschöpfen des Bewertungsrahmens nach oben rechtfertigen. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Gutachten sieht die Kammer dies allerdings erst als durch das Gutachten des Dr. X hinreichend objektiviert an, weswegen ab diesem Zeitpunkt der GdB mit 40 festgestellt werden kann. Für die Zeit davor beträgt der GdB für die psychische Beeinträchtigung, wie von Herrn L vorgeschlagen, 30.

Für das Funktionssystem der oberen Extremitäten ist der GdB des Klägers gemäß Teil B Ziffer 18.13 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze mit 10 zu bewerten. Aufgrund des Gutachtens des Herrn L sowie des von Dr. F in Bezug genommenen Arztberichtes des Chefarztes der L in N, Dr. S, ist beim Kläger eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Ellenbogengelenks zu bewerten. Dr. S beschreibt bei der Extension/Flexion Bewegungsausmaße von 0°/5°/130° und bei der Pronation/Supination 60°/0°/90°. Herr L beschrieb ein Streckdefizit von 5° endgradig bei der Streckung und Beugung unter Angabe von Schmerzen. Die Supination und Pronation wird als ausreichend beschrieben, wobei der Kläger bei Kraftaufwand Beschwerden und Schmerzen angab (vgl. zu den anatomisch normalen Bewegungsausmaßen, Neurath/Lohse, Anamnese und klinische Untersuchung, 3. Aufl. 2010, S. 323). Entsprechend den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen ist beim Kläger zweifellos lediglich eine Bewegungseinschränkung geringen Grades objektiviert, die mit einem GdB von höchstens 10 zutreffend bewertet ist.

Für das Funktionssystem der männlichen Geschlechtsorgane ist gemäß Teil B Ziffer 13 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ein GdB von 0 bis höchstens 10 in Ansatz zu bringen. Der Gutachter Dr. F beschreibt in seinem Gutachten - wie auch bereits zuvor im Verwaltungsverfahren in entsprechenden Attesten, eine chronisch abakteriell entzündliche Erkrankung der Prostata und der Samenblasen mit multiplen entzündlichen Verkalkungsherden und entzündlich bedingter intraprostatischer Harnröhren- und Blasenangstenge - (bladder outlet obstruction - BOO und lower urinary tract symptoms - LUTS), mit geschilderten dranghaften/obstruktiven Dysurien, Reizblase, Nykturien, sensorischem Nachträufeln/Drangharninkontinenzschwäche, Harnstrahlabschwächung, Restharngefühl. Dr. F beschreibt eine leichte Gesamtvergrößerung der Prostata und tolerable Restharmengen. Gegenüber dem Gutachter L gab der Kläger an, er müsse häufig Wasser lassen, den Druck könne er nicht mehr so aufbauen und der Urin träufele nach. Diese Schilderung des Klägers passt auch zu den vom Gutachter Dr. F genannten Diagnosen einer gutartigen Prostatavergrößerung mit den hierbei typischen Folgebeschwerden. Unter Berücksichtigung des Beschwerdevortrags des Klägers und dessen Alter ist hierfür gemäß Teil B Ziffer 13.5 ein GdB von 0 bis 10 in Ansatz zu bringen. Hinsichtlich der chronisch abakteriell entzündlichen Erkrankung des Einzelhodens/Nebenhodens rechts bei noch vorhandener potentia coeundi - wenngleich diese nach dem Vortrag des Klägers teilweise eingeschränkt ist - ist gemäß Teil B Ziffer 13.2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ebenfalls ein GdB von 0 bis 10 in Ansatz zu bringen. Psychische Probleme im Zusammenhang mit geschildertem Libidoverlust und geschilderten vorzeitigem Samenerguss (Ejakulatio praecox) sind bereits unter Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze mit berücksichtigt worden. Die reaktiv mäßige Hydrocele testis rechts bedingt gemäß Teil B Ziffer

13.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ebenfalls einen GdB von 0 bis 10. Nach Auffassung der Kammer machen sowohl das Gutachten des Dr. X als auch das des Herrn L deutlich, dass der Kläger durch die bekanntermaßen im Alter zunehmende Folgen einer vergrößerten Prostata (vgl. hierzu – auch zur Frage der Prävalenz – etwa Schmelz/Sparwasser/Weidner, Facharztwissen Urologie, 3. Aufl. 2014, S. 412) nicht in einem Maße beeinträchtigt wird, die die Feststellung eines GdB hierfür überhaupt rechtfertigten. Allerhöchstens wäre hier ein GdB von 10 in Ansatz zu bringen.

Für das Funktionssystem der Harnorgane ist gemäß Teil B Ziffer 12 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ebenfalls ein GdB von 0 bis höchstens 10 in Ansatz zu bringen. Zum einen ist die bereits oben benannte geringgradige Harninkontinenz zu berücksichtigen, die nach Teil B Ziffer 12.2.4 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze einen GdB von 0 bis 10 bedingt sowie die Blasenentleerungsstörungen, die gemäß Teil B Ziffer 12.2.2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze, leichten Grades sind und daher ebenfalls keinen höheren GdB als 0 bis 10 bedingen können. Hinsichtlich der diagnostizierten Nieren-Eiweiß-Harnsäure-Stoffwechselstörung mit rezidivierender Harnsäure-Harngrieß/Steinbildung ist darauf zu verweisen, dass der Kläger gegenüber dem Gutachter L angegeben hat, er habe Nierensteine, bis jetzt habe sich aber weder ein spontaner Abgang eingestellt noch seien Koliken aufgetreten. Soweit Dr. F wiederkehrende kolikartige Nieren-Unterbauschmerzen beschreibt wird hier nicht im Ansatz objektiviert, wie häufig diese der Fall sein sollen. Gemäß Teil B Ziffer 12.1.1 ist hier ein höherer GdB als 10 keinesfalls objektiviert. Soweit der Gutachter Dr. F darauf hinweist, als Folge der Stoffwechselstörung seien Beeinträchtigungen des Gelenksystems möglich, sind diese bislang ebenfalls nicht objektiviert und sind damit nicht geeignet, den GdB anzuheben. Daneben wird von Dr. F das Vorliegen eines androgenen Hormontiefs im Sinne eines Testosteronmangel-Syndroms beschrieben (vgl. zum Testosteronmangel-Syndrom auch Hakimi, VersMed 2012, 74 = juris). Der beim Kläger gemessene Testosteronspiegel lag im April 2014 bei 8,0 nmol/L trotz regelmäßiger Anwendung von Andropo-Gel. Dies führe zu neuromuskulären Schmerzen, Kreislaufdysregulationen, nächtlichem Schwitzen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Osteoporose, Antriebslosigkeit, Gefühl von Durchblutungsstörungen, körperlicher Erschöpfung, Libidoeinschränkung und Beeinträchtigung der Sexualität, psychischer Erschöpfung, depressiver Verstimmung, deutlichen Stimmungsschwankungen und Lustlosigkeit. Der Gutachter beschreibt hier eine Vielzahl von Symptomen, die mit dem Fehlen von Testosteron in zusammenhängen. Das Fehlen von Androgenen, insbesondere von Testosteron, wirkt sich auf zahlreiche Körperfunktionen aus, von den Geschlechtsorganen, über die Leber, die Knochen, die Haut und das Zentrale Nervensystem (vgl. dazu etwa Siegenthaler/Blum, Klinische Pathophysiologie, 9. Aufl. 2006, S. 352 ff.) und ist für Männer mit zunehmenden Alter durchaus nicht unüblich (vgl. Jacobi/Biesalski/Gola/Huber/Sommer et.al., Anti-Aging für Männer: Strategien für den ganzen Mann, 2004, S. 124). Die im Schwerbehindertenrecht maßgebliche Betrachtungsweise ist indes – hierauf wurde bereits hingewiesen, nicht kausal sondern final. Aus diesem Grund sind die Beschwerden, so sie tatsächlich nachgewiesen sind, jeweils dort zu berücksichtigen, wo sie sich konkret beim Kläger auswirken.

Im Falle des Klägers wurde der Großteil der aufgezählten Beeinträchtigungen bereits unter Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze berücksichtigt. Andere Beeinträchtigungen sind nach Auffassung der Kammer nicht hinreichend objektiviert, insbesondere soweit der Gutachter letztlich allein Bezug auf die Selbstausskunft des Klägers im sog. AMS-Test (Aging male syndrome) nach Heinemann nimmt (vgl. dazu <http://www.aging-males-symptoms-scale.info>). Der Test mag als Anhaltspunkt für die Annahme eines Testosteronmangels ein taugliches Mittel sein. Eine Validierung der gemachten Angaben und beschriebenen Einschränkungen erfolgt aber nicht. Darüber hinaus stehen die Angaben des Klägers im Fragebogen teilweise auch im Widerspruch zu den gegenüber den Gutachtern L und Dr. X gemachten Angaben, wo entsprechende Beschwerden gerade nicht geschildert wurden. Es steht nach alledem – mit dem Gutachter L – zur Überzeugung der Kammer fest, dass auch für das Funktionssystem der Harnorgane ein GdB von 0 bis höchstens 10 in Ansatz zu bringen ist.

Für das Funktionssystem des Stoffwechsels und der inneren Sekretion ist ebenfalls ein GdB von 0 bis höchstens 10 zu berücksichtigen. Gemäß Teil B Ziffer 15.6 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind Schilddrüsenfunktionsstörungen gut behandelbar – wie auch bei der beim Kläger vorliegenden Schilddrüsenunterfunktion. Ein vorhandenes Struma wird als grenzwertig beschrieben. Funktionelle Auswirkungen bzw. Beeinträchtigungen sind nicht objektiviert, so dass hierfür ein GdB nicht anzuerkennen ist. Das Gleiche gilt nach Teil B Ziffer 15.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze für die diagnostizierte Fettstoffwechselkrankheit. Die beim Kläger beschriebene diabetische Stoffwechsellage wird nicht medikamentös behandelt. Unter Berücksichtigung von Teil B Ziffer 15.1 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze in der Fassung der Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung (2. VersMedVÄndV) vom 14.07.2010 ([BGBl. I, 928](#)) ist der GdB daher mit 0 zu bewerten.

Auch für das Funktionssystem der Verdauungsorgane ist der GdB gemäß Teil B Ziffer 10 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze mit 0 bis höchstens 10 zu bewerten. Soweit im Gutachten Dr. Evecek multiple Leberhaemangiome beschrieben werden, ist nicht im Ansatz objektiviert, dass und wie sich diese gutartigen Lebertumore den Kläger beeinträchtigen (vgl. zu Leberhaemangiomen etwa Largiadèr/Saeger/Keel, Checkliste Chirurgie, 10. Aufl. 2012, S. 414). Auch soweit eine Bauchspeicheldrüsenfunktionsstörung beschrieben wird, sind – auch unter Berücksichtigung der übrigen Gutachten – besondere Beeinträchtigungen hierdurch nicht objektiviert. Eine wesentliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes des Klägers wird, ebenso wie wesentliche Beschwerden, nicht beschrieben. Dr. F nennt in seinem Gutachten auch das Vorliegen eines sog. "metabolischen Syndroms", welches er mit ICD 10 E 88.9 kodiert. Unter E 88.9 werden sonstige, nicht näher bezeichnete Stoffwechselerkrankungen genannt. Es hat sich zwar teilweise eingebürgert, das metabolische Syndrom so zu erfassen. Es handelt sich indes hierbei an sich nicht um eine Diagnose – weswegen eine Kodierung nach ICD 10 auch dem Grunde nach nicht zu erfolgen hat – sondern um ein kardiologisches Risikocluster aus verschiedenen Diagnosen (vgl. hierzu und den medizinischen Voraussetzungen für die Annahme eines metabolischen Syndroms etwa, Karges/Al Dahouk, Innere Medizin in 5 Tagen, 2. Aufl. 2011, S. 261; Hien et. al., Diabetes-Handbuch, 7. Aufl. 2013, S. 46; Schneider, St./Manolopoulos, K./Klein, H. H., VersMed 2007, 115 = juris). Die beim Kläger insoweit relevanten Diagnosen wurden und werden indes bereits allesamt in den jeweiligen Funktionssystemen berücksichtigt, so dass insoweit die Feststellung eines höheren GdB für die Annahme eines metabolischen Syndroms als solches nicht in Betracht kommt.

Für das Funktionssystem der Atmungsorgane ist beim Kläger ein GdB von 0 bis 10 in Ansatz zu bringen. Beim Kläger wird im Gutachten des Dr. Evecek ein Heuschnupfen (Pollinosis) diagnostiziert. Angaben zum Schweregrad werden nicht gemacht. Bemerkenswert ist, dass in den Arztbericht des HNO-Arztes Dr. T aus 2014 eine entsprechende Diagnose nicht aufgeführt. Soweit das Gutachten Dr. F eine allergene Disposition des Klägers beschreibt sind wesentliche Einschränkungen ebenfalls nicht objektiviert. Der Kläger hat auch gegenüber Herrn L keine entsprechenden Angaben gemacht. Er hat lediglich ausgeführt, er habe es nur in der Allergiesaison schon mal auf den Bronchien. Hierfür habe er dann ein Spray. Die Selbsteinschätzung des Klägers hinsichtlich des Umfangs einer etwaigen Beeinträchtigung der Atmungsorgane wird auch durch die Messergebnisse der Lungenfunktionsprüfungen bestätigt. Herr L beschreibt normale ventilatorische

Verhältnisse. Die Lungenfunktionsprüfung, die dem Gutachten des Dr. F beigelegt war, beschreibt eine leichte Obstruktion. Die Feststellung eines GdB von mehr als höchstens 10 kommt hierfür nicht in Betracht. Damit ist auch die durch die vorliegende Zungengrundhyperplasie begründete Beeinträchtigung zutreffend mitbewertet. Eine wesentliche pharyngeale Obstruktion wird nicht beschrieben. Soweit beim Kläger ein Schlaf-Apnoe-Syndrom diagnostiziert wurde, kommt die Feststellung eines höheren GdB gemäß Teil B Ziffer 8.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze auch nicht in Betracht, da – ausweislich des entsprechenden HNO-ärztlichen Befundes – die Notwendigkeit einer nasalen Überdruckbeatmung nicht festgestellt wurde. Auch das beim Kläger festgestellte Schnarchen (Ronchopathie) führt in diesem Zusammenhang zu keiner höheren Bewertung.

Für das Funktionssystem der Nase ist kein GdB bzw. allerhöchstens ein solcher von 10 in Ansatz zu bringen. Die beim Kläger 2011 durchgeführte Septumoperation hat ein gutes Ergebnis gebracht. Soweit 2012 ein Nasenseptumtumor festgestellt worden war, sah der behandelnde HNO-Arzt keine medizinischen Notwendigkeit einer Intervention. Dieser könne bei passender Gelegenheit entfernt werden, wobei der HNO-Arzt seinerzeit darauf hinwies, dass die Nasenatmung insgesamt nicht wesentlich beeinträchtigt ist. Das gleiche gilt im Hinblick auf die beim Kläger diagnostizierte chronische Nebenhöhlenentzündung. Sowohl unter Berücksichtigung der Schilderungen des Klägers als auch der Berichte des HNO-Arztes ist hier gemäß Teil B Ziffer 6.2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätzen vom Vorliegen eines leichteren Grades ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen und damit von einem GdB von 0 bis 10 auszugehen.

Der diagnostizierte Zustand nach Gehörgangspolyposis rechts bedingt gemäß Teil B Ziffer 5 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ebenfalls keinen GdB. Eine wesentliche Beeinträchtigung des Hörens ist nicht objektiviert.

Für das Funktionssystem der Wirbelsäule ist der GdB gemäß Teil B Ziffer 18.9 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze allenfalls höchstens mit 10 zu bewerten. Der Gutachter L beschreibt in seinem Gutachten eine weitgehend normale physiologische Schwingung der Wirbelsäule. Die Beweglichkeit war in allen drei Etagen aktiv ausreichend möglich. Schmerzen wurden keine angegeben. Ein Klopfschmerz zeigte sich nicht. Die paravertebrale Muskulatur wurde als "nicht im wesentlichen verspannt" beschrieben. Der Gutachter ermittelte einen Finger-Boden-Abstand von 5 cm. Das Maß nach Schober – ein Anhaltspunkt für die Entfaltbarkeit der Lendenwirbelsäule – wurde mit 16/10 cm, ermittelt, das Maß Kinn/Sternum mit 0/19 cm, das Maß Kinn/Acromion rechts wie links 10 cm. Der Gutachter Dr. F scheint keine eigenen Erhebungen zum Bewegungsmaß der Wirbelsäule gemacht zu haben, sondern nimmt Bezug auf einen Arztbericht des Orthopäden Dr. S vom Juni 2014, der die Befunde des Herrn L nach Auffassung der Kammer bestätigt. Dr. S beschreibt die Halswirbelsäule als in allen Ebenen frei beweglich und druckindolent. Die Lendenwirbelsäule zeigte sich druckindolent. Die Ileosakralgelenke waren unauffällig. Dr. S beschrieb lediglich einen tastbaren Muskelhartspann links paravertebra mit Punktum maximum im Bereich der Brustwirbel BWK 2-8. Dr. S geht aber auch insoweit ausdrücklich von einem altersentsprechenden Normalbefund aus und empfiehlt die Fortsetzung des Rückentrainings. Neurologische Auffälligkeiten werden nicht beschrieben. Mit dem Gutachter L und Dr. S geht die Kammer davon aus, dass beim Kläger keine wesentlichen pathologischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule vorliegen.

Auf orthopädischem Bereich werden (mit Ausnahme der bereits oben beschriebenen Beeinträchtigungen der oberen Extremitäten) keine wesentlichen Beeinträchtigungen beschrieben. Die beim Kläger diagnostizierte Osteoporose bedingt keinen eigenen GdB. Gemäß Teil B Ziffer 18.1 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist der GdB insoweit von den objektivierten Funktionsbeeinträchtigungen und Schmerzen abhängig. Diese wurden bereits gewürdigt.

Auch darüber hinaus sind Beeinträchtigungen, die geeignet wären, einen GdB von mindestens 10 zu begründen nicht objektiviert.

Ausgehend von den objektivierten Beeinträchtigungen ist bei dem Kläger für den streitbefangenen Zeitraum nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) in Verbindung mit Teil A Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze für den Zeitraum von Antragstellung bis zur Untersuchung bei Dr. X ein Gesamt-GdB von höchstens 30 und ab diesem Zeitpunkt ein GdB von höchstens 40 in Ansatz zu bringen.

[§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) schreibt vor, bei Vorliegen mehrerer Teilhabebeeinträchtigungen den Grad der Behinderungen nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzusetzen. Der maßgebliche Gesamt-GdB ergibt sich dabei aus der Zusammenschau aller Funktionsbeeinträchtigungen. Er ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigengutachten sowie der versorgungsmedizinischen Grundsätze in freier richterlicher Beweiswürdigung nach natürlicher, wirklichkeitsorientierter und funktionaler Betrachtungsweise festzustellen (LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 – [L 13 SB 127/11](#) = juris Rn. 42 unter Bezugnahme auf BSG Urteil vom 11.03.1998 – [B 9 SB 9/97 R](#) = juris Rn. 10 m.w.N.). Dabei ist zu berücksichtigen, ob die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen, sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinander stehen (BSG Urteil vom 02.12.2010 – [B 9 SB 4/10 R](#) = juris).

Im vorliegenden Fall ist als allein führender GdB derjenige für die objektivierten psychischen Beeinträchtigungen heranzuziehen. Dieser GdB ist – wie oben dargelegt – zunächst mit höchstens 30 zu bewerten. Aufgrund der Annahme einer Chronifizierung und unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich immer wieder eingetretenen AU-Zeiten ist nach Auffassung der Kammer ab dem 16.04.2014 auch die Bewertung mit 40 möglich. Die übrigen Beeinträchtigungen bedingen allesamt einen GdB von höchstens 10 und sind – weder für sich noch in ihrer Gesamtheit – geeignet, den GdB zu erhöhen.

Eine Erhöhung des Gesamt-GdB, insbesondere die Feststellung des begehrten GdB von 50, kommt derzeit nach Auffassung der Kammer damit nicht in Betracht.

Eine Vergleichbarkeit des Klägers mit Personen, die etwa unter schweren psychischen Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten leiden, ist nach Auffassung der Kammer nicht gegeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#) und berücksichtigt die Tatsache, dass zum Zeitpunkt der Klageerhebung der GdB mit 30 statt mit 20 zu bewerten gewesen ist.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW
Saved
2016-06-24