

L 3 SB 165/16

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

3

1. Instanz

SG Regensburg (FSB)

Aktenzeichen

S 7 SB 112/15

Datum

05.09.2016

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 3 SB 165/16

Datum

16.07.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der Wohnsitzwechsel eines Menschen mit Behinderung im Laufe des sozialgerichtlichen Verfahrens bedingt bei Änderung der Zuständigkeit der Feststellungsbehörde einen entsprechenden Parteiwechsel auf Beklagtenseite.

Bei Einzel-GdB-Werten von 30, 20, 10 und 10 beträgt der Gesamt-Grad der Behinderung (GdB) im Regelfall 30 oder wie hier 40, nicht jedoch 50. Eine Funktionsstörung bzw. Funktionseinschränkung darf nicht doppelt in die Bildung des Gesamt-GdB einfließen, auch wenn sie aus unterschiedlicher fachärztlicher Sicht beurteilbar ist.

Eine etwaige besondere berufliche Betroffenheit ist im Schwerbehindertenrecht nicht GdB-erhöhend zu berücksichtigen.

Die Benennung eines ärztlichen Sachverständigen eigener Wahl erst in der mündlichen Verhandlung ist verspätet.

I. Auf die Berufung des Klägers werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 05. September 2016 aufgehoben und der Bescheid vom 11. August 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03. Februar 2015 insoweit abgeändert, als der Beklagte verurteilt wird, mit Wirkung ab 27. Mai 2014 einen GdB von 40 festzustellen.

II. Der Beklagte erstattet die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zur Hälfte.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der 1953 geborene Kläger begehrt die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft im Sinne von [§§ 2 Abs. 2, 152](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX) mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Der vormals in P-Stadt wohnhaft gewesene Kläger wies mit Erstantrag vom 27.05.2014 auf folgende bei ihm bestehende Funktionsstörungen hin: Starke Depressionen, Osteoporose, starke ständige Rückenschmerzen im Sitzen, Stehen und Liegen, Sinterungsfraktur LWK 3 und Fischwirbelfraktur BWK 11. Der behandelnde Neurologe Dr. G. bestätigte mit Befundbericht vom 09.06.2014 das Vorliegen einer depressiven Episode. Die Orthopädengemeinschaft A. beschrieb mit Befundbericht vom 24.06.2014 die bei dem Kläger auf ihrem Fachgebiet vorliegenden Funktionsstörungen, insbesondere Schmerzen im LWS-Bereich.

Das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) stellte mit Bescheid vom 11.08.2014 einen GdB von 20 unter Berücksichtigung nachstehender Gesundheitsstörungen fest: Depression (Einzel-GdB 20); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, mit Verformung verheilter Wirbelbruch, Osteoporose (Einzel-GdB 10).

Der Kläger hob mit Widerspruch vom 04.09.2014 hervor, dass die bei ihm vorliegende Depression nicht ausreichend bewertet worden sei. Dies gelte vor allem für die bestehenden Existenzängste. Auch seien die schmerzbedingten Folgen der beiden Wirbelbrüche nicht angemessen berücksichtigt worden. Der Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie B. machte Dr. G. mit Arztbrief vom 18.10.2014 darauf aufmerksam, dass der Kläger nach einer kontinuierlichen beruflichen Karriere mit zuletzt Aufstieg zum Finanzchef eines international agierenden Konzerns der Solarbranche Anfang 2013 im Rahmen einer Strukturkrise der Branche mit Insolvenz seines Unternehmens erstmalig in seinem Leben arbeitslos geworden sei. Deswegen leide er an einer gegenwärtig schweren depressiven Episode verbunden mit Existenzängsten. Die erstmalige Arbeitslosigkeit nach erfolgreicher Karriere wirke als massive narzisstische Kränkung, da der Selbstwert ausschließlich über die berufliche Sozialisation definiert gewesen zu sein scheine.

Das ZBFS half dem Widerspruchsbegehren mit Widerspruchsbescheid vom 03.02.2015 insoweit ab, als der GdB auf 30 angehoben wurde. Maßgeblicher Grund hierfür war die Bewertung der Gesundheitsstörung Depression mit nunmehr einem Einzel-GdB von 30 bei gleichbleibender Bewertung der orthopädischen Erkrankungen mit einem Einzel-GdB von 10.

Die Bevollmächtigten des Klägers haben mit Schriftsatz vom 19.02.2015 Klage zum Sozialgericht Regensburg (SG) erhoben und die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft mit einem GdB von mindestens 50 beantragt. Gerade die Tatsache, dass neben der ärztlichen Behandlung noch eine begleitende verhaltenstherapeutische Behandlung erfolge, zeige, dass es sich um ein gravierendes behinderungsrelevantes Krankheitsbild handele. Vor allem seien die bei dem Kläger vorhandenen Existenzängste überhaupt nicht berücksichtigt worden. Auch die Schmerzproblematik aufgrund des Wirbelsäulenbefundes sei nicht berücksichtigt worden. Zudem bestehe ein weiterer Aufklärungsbedarf hinsichtlich eines Schulter-Arm-Syndroms. Auch die Intensität der Osteoporose sei nicht richtig ermittelt worden.

Das SG hat die Behindertenakten des ZBFS beigezogen und aktuelle Befunde mit Fremdbefunden von Dr. G., Dr. C., Herrn B. und Dr. K. beigezogen, die den Kläger auf nervenfachärztlichem und orthopädischem Fachgebiet behandelt haben.

Der gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. H. ist mit neurologisch-psychiatrischem Fachgutachten vom 15.10.2015 zu dem Ergebnis gekommen, dass die bei dem Kläger bestehende Depression mit einem Einzel-GdB von 30 zutreffend bewertet worden sei. Der Kläger leide an einer rezidivierenden depressiven Störung nach Verlust seiner letzten Arbeitsstelle am 31.03.2013 infolge eines Konkurses der Firma. Die Symptomatik zeige das Vollbild einer depressiven Störung mit verminderter Lebensfreude, Lustlosigkeit, Schwunglosigkeit, Antriebsminderung, Grübelneigung, begleitender Unruhe, Schlafstörungen, Zukunftssorgen und erheblichen Insuffizienzgefühlen. Andererseits sei davon auszugehen, dass der Kläger bei Zurverfügungstellung einer geeigneten beruflichen Tätigkeit diese durchaus ausüben könnte. Auch scheine die familiäre Situation durch die Störung keinesfalls gefährdet oder gar zerbrochen. Insofern könne noch nicht von mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ausgegangen werden. Des Weiteren hat sich Dr. H. mit der geklagten Schmerzsymptomatik im Bereich der Wirbelsäule auseinandergesetzt und diese aus neurologisch-psychiatrischer Sicht mit einem Einzel-GdB von 10 bestätigt.

Der auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers gehörte Sachverständige R. hat mit neurologisch-psychiatrischem Fachgutachten vom 11.02.2016 die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft mit einem GdB von 50 befürwortet. Die sich zunehmend verstärkende depressive Symptomatik sei mit einem Einzel-GdB von jetzt 40 zu bewerten. Auch habe sich der orthopädische Beschwerdekomples verschlimmert. Bei dem Kläger bestünden nunmehr eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit Nerven- und Muskelreizerscheinungen, jedoch ohne objektivierbare neurologische Befunde wie Reflexauffälligkeiten oder Lähmungserscheinungen. Insofern sei ein Einzel-GdB von 20 nunmehr befundangemessen. Dies bedinge ab dem Zeitpunkt seiner Untersuchung (08.02.2016) einen Gesamt-GdB von 50.

Sowohl das ZBFS als auch der Kläger haben mit wechselseitigen Schriftsätzen an ihren jeweiligen Auffassungen festgehalten, dass ein GdB von 30 bzw. 50 befundangemessen sei.

Nach Anhörung hat das SG die Klage gegen den Bescheid vom 11.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.02.2015 mit Gerichtsbescheid vom 05.09.2016 abgewiesen und sich hierbei im Wesentlichen auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. H. gestützt. Dr. H. habe ausdrücklich hervorgehoben, dass beim Kläger zwar eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Alltag verbunden mit Vermeidungs- und Rückzugsverhalten vorliege; er weise jedoch ausdrücklich darauf hin, dass der Grad einer schweren Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten bei dem Kläger nicht vorliege. Das (weitergehende) Votum des Dr. R. enthalte keine überzeugende Begründung für die angenommene Erhöhung des GdB.

Die hiergegen gerichtete Berufung vom 07.11.2016 geht am selben Tag beim Bayerischen Landessozialgericht (BayLSG) ein. Es wird beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 05.09.2016 aufzuheben, den Beklagten und Berufungsbeklagten zu verurteilen, den Bescheid vom 11.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.02.2015 aufzuheben und beim Kläger und Berufungskläger einen Grad der Behinderung von mindestens 50 festzustellen sowie dem Kläger und Berufungskläger einen Schwerbehindertenausweis zu erteilen.

Zu Begründung wird hervorgehoben, der Kläger sei entsprechend dem Votum des Med.-Dir. R. schwerbehindert. Er habe eine Verschlimmerung der Depression sowie eine Verschlimmerung der Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule mit Muskel- und Nervenwurzelreizerscheinungen überzeugend dargestellt.

Von Seiten des Senats werden die Behindertenakten des ZBFS und die erstinstanzlichen Streitakten beigezogen. Dr. C. teilt mit Schreiben vom 09.02.2017 mit, dass ab Juli 2016 keine Kontakte mit dem Kläger mehr stattgefunden haben.

Der Senat bestellt mit Beweisanordnung vom 22.02.2017 auf orthopädischem Fachgebiet Dr. D. und auf nervenfachärztlichem Gebiet Dr. E. zu ärztlichen Sachverständigen. Dr. D. bestätigt mit Gutachten vom 11.05.2017 auf seinem Fachgebiet das Vorliegen eines Wirbelsäulensyndroms mit geringen funktionellen Auswirkungen mit einem Einzel-GdB von 10.

Dr. E. führt mit neurologisch-psychiatrischem Gutachten vom 30.05.2017 zusammenfassend aus, dass ein Gesamt-GdB von 30 vorliege, weil die seelische Störung mit einem Einzel-GdB von 30 führend sei. Die depressive Symptomatik sei als chronifiziert einzuschätzen und habe sich nach Aktenlage auf Basis eines belastenden Lebensereignisses mit Arbeitsplatzverlust generiert. Was die Funktionseinschränkung betreffe, sei es auf der Grundlage der depressiven Störung nicht zu einem Autonomieverlust gekommen. Der Kläger sei im Alltag aktiv. Er sei zu einem selbstbestimmten Leben in der Lage. Er sei fähig, sein Verhalten zu steuern, was aufgrund von "Antwortverzerrungen" in Testungen erkennbar sei. Er werde derzeit nicht behandelt, ohne dass es zu einer Verschlechterung gekommen sei. Auch der psychische Befund weise darauf hin, dass keine tiefgreifende, nicht auslenkbar depressive Störung vorliege. Der Kläger werde für fähig erachtet, seine psychischen Beschwerden zumindest teilweise auch aus eigenem Antrieb überwinden zu können. Das von dem Sachverständigen R. beschriebene Ausmaß der depressiven Symptomatik sei nicht mehr nachvollziehbar (schwankender Verlauf). Eine weitere fachfremde Begutachtung werde nicht für erforderlich gehalten.

Die Bevollmächtigten des Klägers heben mit Schriftsatz vom 16.08.2017 hervor, dass entsprechend den Ausführungen des Dr. D. eine Zusatzbegutachtung auf internistischem Fachgebiet erforderlich sei. Der Kläger habe entsprechend dem Bericht des St.-A.-Krankenhauses C-Stadt vom 11.07.2017 eine Zweitagenthrombose links erlitten.

Die bei Dr. G. vorgesehene internistische Begutachtung kommt nicht mehr zustande, weil der Kläger nach A-Stadt umgezogen ist. Dementsprechend wird der bisher beklagte Freistaat Bayern mit Beschluss vom 25.10.2017 aus dem Verfahren entlassen und das Land Mecklenburg-Vorpommern als neuer Beklagter aufgenommen.

Der gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. H./H-Stadt befürwortet mit fachinternistischem Gutachten vom 12.04.2018 die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft. Er diagnostiziert auf seinem Fachgebiet folgende Gesundheitsstörungen: Bekannte Varikosis mit Rezidiv-Thrombose, derzeit in Behandlung seit 7/2017 und auf Dauer mit einer Antikoagulation; multiple derzeit asymptomatische Gallenblasensteine; rezidivierende Ösophagitis bei Zustand nach chirurgischem Eingriff und rezidivierenden Ulcera ventrikuli; anamnestische Angabe eines Reizdarmsyndroms; Osteoporose; Zustand nach Herniotomie beidseits ohne derzeitige Restbeschwerden. Dr. H. bewertet den internistischen Beschwerdekomplex mit einem Einzel-GdB von 30 und befürwortet unter Einbeziehung der übrigen Funktionsstörungen auf nervenfachärztlichem und orthopädischem Fachgebiet einen Gesamt-GdB von 50.

Der nunmehrige Beklagte räumt mit Schriftsatz vom 25.06.2018 ein, dass bei dem Kläger aus seiner Sicht folgende Gesundheitsstörungen vorliegen: Seelische Störung (Einzel-GdB 30); funktionelle Störung des Dickdarms, Reflux-Krankheit der Speiseröhre (Einzel-GdB 20); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 10); Krampfadern mit Dauerantikoagulation (Einzel-GdB 10). Der Gesamt-GdB betrage ab Antragstellung jedoch unverändert 30.

Von Seiten des Berichterstatters wird mit Nachricht vom 09.07.2018 mitgeteilt, dass der Rechtsstreit entscheidungsreif erscheine und auch ein GdB von 40 in Betracht komme.

Die Bevollmächtigten des Klägers heben mit Schriftsatz vom 23.08.2018 hervor, dass der Kläger aufgrund der Reizdarmproblematik auch an spontanem unvorhersehbarem Stuhlabgang leide. Dies sei dem Kläger peinlich, zumal sich dies auch auf das eheliche Zusammenleben auswirke. Außerdem wird angeregt, den Freistaat Bayern beizuladen, weil er die angefochtenen Bescheide erlassen habe.

Dr. H. befürwortet mit Stellungnahme vom 29.10.2018 unverändert einen Gesamt-GdB von 50. Man könne davon ausgehen, dass es sich um einen revoltierenden Darm handele. Ein Reizdarmsyndrom sei im Wesentlichen nicht mit einem Untergewicht vergesellschaftet. Sicherlich seien die seelischen Störungen vorhanden; es lägen auch Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule vor. Die rezidivierenden Thrombosen bei Krampfadern seien jetzt mit einer Dauerantikoagulation behandlungspflichtig. In der Summation ergebe sich ein Gesamt-GdB von 50.

Der Beklagte erwidert mit Schreiben vom 27.12.2018, die Bildung des Gesamt-GdB 50 aus einem GdB 30 (seelische Störung) und einem GdB 20 bis 30 (Magen-Darm-System) widerspreche den "Versorgungsmedizinischen Grundsätzen". Durch den Gutachter werde nicht berücksichtigt, dass sich die seelischen Begleiterscheinungen im Rahmen des Reizdarm-Syndroms mit der seelischen Störung überschneiden würden. Ein höherer Gesamt-GdB als 30 könne aus Sicht des Beklagten nicht festgestellt werden. Dem widersprechen die Bevollmächtigten des Klägers mit Schriftsatz vom 26.02.2019.

In der mündlichen Verhandlung vom 16.07.2019 übergibt die Bevollmächtigte des Klägers den Schriftsatz vom 15.07.2019, in dem sie den wesentlichen Sachverhalt nochmals zusammenfasst und Prof. Dr. med. Dipl. Psych. M. nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) benennt.

Die Bevollmächtigte des Klägers stellt den Antrag, aus der Berufungsschrift vom 07.11.2016 und vom 15.07.2019 und beantragt zusätzlich die Zulassung der Revision.

Der Bevollmächtigte des Beklagten beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Behindertenakten des ehemaligen und des nunmehrigen Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144](#) und [151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, jedoch nur insoweit begründet, als mit Wirkung ab 27.05.2014 ein Grad der Behinderung (GdB) von 40 festzustellen ist.

Auch wenn der ehemals beklagte Freistaat Bayern den Bescheid des ZBFS vom 11.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.02.2015 erlassen hat, ist alleinig zuständig nunmehr als neuer Beklagter das Land Mecklenburg-Vorpommern, vertreten durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern Versorgungsamt Neubrandenburg. Der Parteiwechsel im Sinne von [§ 99 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beruht auf dem Umzug des Klägers und Berufungsklägers von P-Stadt nach A-Stadt. Nunmehr ist die Versorgungsbehörde Neubrandenburg nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) a. F. bzw. [§ 152 Abs. 1 SGB IX](#) n. F. i. V. m. [§ 3 Abs. 1](#) des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopfersversorgung (KOV-VfG) zuständig geworden. Diese hat über den gesamten streitgegenständlichen Zeitraum ab Antragseingang vom 27.05.2014 zu entscheiden, so dass eine Beiladung gemäß [§ 75 Abs. 1 oder 2 SGG](#) nicht erforderlich ist.

Auch wenn es sich hier um einen langen streitgegenständlichen Zeitraum handelt, ist maßgeblich für die Beurteilung der Zeitpunkt der (letzten) mündlichen Verhandlung. Hierbei sind sowohl rechtliche als auch tatsächliche Änderungen zu berücksichtigen, die im Laufe des Verfahrens eingetreten sind.

In den rechtlichen Verhältnissen ist keine wesentliche Änderung eingetreten. Denn das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG -) vom 23.12.2016 - [BGBl. I 2016, 3234](#) ff. sieht in Art. 26 Abs. 1 vor, dass dieses Gesetz vorbehaltlich der Abs. 2 bis 4 am 01.01.2018 in Kraft tritt. Gleichzeitig treten das Neunte Buch

Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Art. 1 des Gesetzes vom 19.06.2001, [BGBl. I S. 1046](#), 1047), das zuletzt durch Art. 2 dieses Gesetzes geändert worden ist, außer Kraft. Unter Hinweis auf Art. 26 Abs. 2 und Art. 2 Änderungen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Übergangsrecht zum Jahr 2017) sind die bisher maßgebenden Rechtsnormen übergangsweise weiter anzuwenden. Soweit das BTHG einzelne Ausnahmen hiervon vorsieht, sind diese hier nicht entscheidungserheblich.

[§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) a. F. entspricht [§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) n. F. Danach werden die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Weiterhin ist in der Übergangsregelung [§ 241 Abs. 5 SGB IX](#) normiert, soweit noch keine Verordnung nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend.

Daher sind zur Beurteilung der jeweiligen Funktionsstörungen und -beeinträchtigungen die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung in der jeweiligen Fassung) unverändert zugrunde zu legen. Diese haben die vormals geltenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 1996 ff., 2008" mit Wirkung zum 01.01.2009 abgelöst.

Wenn die Bevollmächtigten des Klägers in diesem Zusammenhang mit Schriftsatz vom 23.08.2018 u. a. auf einen erweiterten Behinderungsbegriff in [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) n. F. hingewiesen haben, betrifft dies vor allem den Arbeits- und Reha-Bereich. Für das hiesige Feststellungsverfahren sind jedoch aufgrund der Übergangsregelung [§ 241 Abs. 5 SGB IX](#) weiterhin die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" maßgebend (vgl. Kainz, "Wesentliche Änderungen durch das neue Bundesteilhabegesetz", NZS 2017 S. 649 bis 655).

Des Weiteren beinhaltet die Übergangsregelung [§ 241 Abs. 5 SGB IX](#), dass wie bisher eine etwaige besondere berufliche Betroffenheit des Klägers, der nunmehr langzeitarbeitslos ist, nicht GdB-erhöhend zu berücksichtigen ist. Denn es findet ebenfalls unverändert lediglich eine Verweisung auf die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG statt und keine zusätzliche Verweisung auf § 30 Abs. 2 BVG und die dort im sozialen Entschädigungsrecht vorgesehene Möglichkeit, eine besondere berufliche Betroffenheit GdB-erhöhend zu berücksichtigen. Maßgeblich ist daher weiterhin die Partizipationsfähigkeit am Leben in der Gesellschaft bzw. die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne von [§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#).

Hiervon ausgehend ist festzustellen, dass im Verwaltungsverfahren und im erstinstanzlichen Verfahren im Wesentlichen nur die nervenfachärztliche und die orthopädische Beschwerdesymptomatik thematisiert worden sind. Erst zweitinstanzlich ist deutlich geworden, dass auch auf internistischem Fachgebiet ein Beschwerdekomples vorliegt, der sich auf die Bildung des GdB auswirkt. Im Einzelnen:

Auf nervenfachärztlichem Gebiet besteht bei dem Kläger eine seelische Störung in Form einer Depression, die infolge des Jobverlustes im März 2013 aufgetreten ist. Der Kläger beklagt in diesem Zusammenhang eine negative Zukunftsperspektive, die Kränkung durch den Arbeitsplatzverlust. Er beschreibt Rückzugstendenzen, Lustlosigkeit, Partnerprobleme, affektive Beschwerden, vegetative Störungen und auch zahlreiche körperliche Beschwerden. Entgegen Med.-Dir. R. und in Übereinstimmung mit Dr. H. bestätigt die zweitinstanzlich gehörte Sachverständige Dr. E. mit Gutachten vom 30.05.2018 schlüssig und überzeugend das Vorliegen eines diesbezüglichen Einzel-GdB von 30. Der psychische Querschnittsbefund ist geprägt von einer stabilen Affektlage, eine tiefgreifende depressive Verstimmung ist nicht erkennbar. Hervorzuheben ist ein spontaner, lebhaft weit ausholender Beschwerdevortrag ohne Ermüdungserscheinungen. Es ergeben sich auch keine Hinweise für schwerwiegende seelische Erkrankungen mit inhaltlichen oder formalen Denkstörungen oder erworbenen kognitiven Defiziten. Zu betonen ist, dass der spontane Bewegungsablauf und die Körperhaltung, auch was die Angaben im Gespräch betrifft, keine Hinweise für ein stärkeres Schmerzsyndrom auf der Grundlage der wirbelsäulenabhängigen Beschwerden ergeben. Dementsprechend wird diese auch nicht behandelt, so Dr. E. ...

Weiterhin begründet die gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. E. ihre Diagnose "chronifizierte depressive Störung mit Somatisierung" damit, dass der Kläger über zahlreiche vegetative und Körperbeschwerden klagt, die als Somatisierungsstörung in die Diagnose mit eingehen, insbesondere auch die Neigung zur Diarrhoe. Entsprechend den vorliegenden Befunden liegt der Diarrhoe keine organische Darmerkrankung zugrunde. Kernsymptom einer Somatisierungsstörung ist der Widerspruch zwischen beklagten Körperbeschwerden und Organbefund. Die Symptomatik ist als chronifiziert einzuschätzen und hat sich unter Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Informationen auf der Basis eines belastenden Lebensereignisses mit Arbeitsplatzverlust generiert. Was die Funktionseinschränkung betrifft, ist es auf der Grundlage der depressiven Störung nicht zu einem Autonomieverlust gekommen. Der Kläger ist im Alltag aktiv. Er ist zu einem selbstbestimmten Leben in der Lage. Er ist fähig, sein Verhalten zu steuern, was bei negativen Antwortverzerrungen in Testuntersuchungen erkennbar ist. Er wird derzeit nicht behandelt, ohne dass es zu einer Verschlechterung gekommen ist. Auch der psychische Befund selbst weist darauf hin, dass keine tiefgreifende, nicht auslenkbar depressive Störung vorliegt. Der Kläger wird von der Sachverständigen Dr. E. für fähig erachtet, seine psychischen Beschwerden zumindest teilweise auch aus eigenem Antrieb überwinden zu können.

Dementsprechend liegt bei dem Kläger eine "stärker behindernde Störung" mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Sinne der "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" Teil B Rz. 3.7 vor. Vergleichbar werden auch ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert und somatoforme Störungen mit einem Einzel-GdB von 30 bis 40 berücksichtigt. In Übereinstimmung mit Dr. H. und Dr. E. erscheint hier ein Einzel-GdB von 30 als ausreichend, weil auch ausweislich des letzten Gutachtens der Sachverständigen Dr. E. sich die depressive Symptomatik zum großen Teil in einer Rückzugtendenz manifestiert. Auffälligkeiten im gesellschaftlichen Leben sind jedoch nicht beschrieben worden, auch nicht von dem Sachverständigen Med.-Dir. R. ... Wenn dieser den vorgesehenen GdB-Rahmen mit einem Einzel-GdB von 40 ausgeschöpft hat, beruht dies aus der Sicht des erkennenden Senats auf einer "Momentaufnahme" und stellt in Berücksichtigung der Gutachten des Dr. H. und der Dr. E. keinen Dauerzustand dar.

Zweitinstanzlich hat der gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. H. mit internistischem Fachgutachten vom 12.04.2018 herausgearbeitet, dass bei dem Kläger folgende Erkrankungen auf seinem Fachgebiet vorliegen: Thrombose, asymptomatische Cholecystolithiasis, Ösophagitis und rezidivierende Ulcera ventriculi, ein seit Jahren bestehendes Reizdarmsyndrom mit rezidivierenden Diarrhöen, eine nachgewiesene Osteoporose sowie ein Zustand nach beidseitiger Herniotomie. Den Zustand nach Herniotomie beidseits ohne Restbeschwerden bewertet Dr. H. ebenso wie die steingefüllte funktionslose Gallenblase mit einem Einzel-GdB von jeweils 0, da ohne Restbeschwerden bzw. asymptomatisch. Weiterhin weist Dr. H. ebenfalls zutreffend darauf hin, dass die Osteoporose im Rahmen der

Beurteilung dem orthopädischen Fachgebiet zuzuordnen ist.

Der Sachverständige Dr. H. hebt mit internistischem Gutachten vom 12.04.2018 hervor, dass die rezidivierende Ösophagitis mit Zustand nach Operation und wiederkehrenden Magengeschwüren seit Antragstellung mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten ist. Primär führend ist das Reizdarmsyndrom mit wiederkehrenden Durchfällen und funktionellen Darmbeschwerden mit relativer Inkontinenz, so dass es sich hier um einen Einzel-GdB von 20 bis 30 handelt. Der von Dr. H. beschriebene Bewertungsrahmen entspricht den Vorgaben der "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" in Teil B Rz. 10.2.2. Danach werden chronische Darmstörungen mit stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen (z. B. Durchfälle, Spasmen) mit einem Einzel-GdB von 20 bis 30 berücksichtigt. Diesbezüglich erfolgte im Vorfeld keine invasive Untersuchung, wie z. B. eine Koloskopie, so dass Dr. H. hier mutmaßt, dass es sich um eine sehr ausgeprägte funktionelle Darmstörung handelt, wobei differenzialdiagnostisch durchaus auch eine Divertikulitis mit zu berücksichtigen wäre.

Dr. H. stützt sich hierbei somit im Wesentlichen auf die von dem Kläger selbst angegebenen Beschwerden. Von entscheidender Bedeutung für den vorliegenden Rechtsstreit ist in diesem Zusammenhang, dass auch die Sachverständige Dr. E. auf S. 22 ihres Gutachtens vom 30.05.2017 hervorgehoben hat, der Kläger beklage eine negative Zukunftsperspektive, die Kränkung durch den Arbeitsplatzverlust, er beschreibe Rückzugstendenzen, Lustlosigkeit, Partnerprobleme, affektive Beschwerden, vegetative Störungen, auch zahlreiche Körperbeschwerden würden thematisiert. Hierbei ist insbesondere auch auf eine Neigung zur Diarrhoe hinzuweisen, so Dr. E ...

Dies bedeutet, dass sowohl Dr. E. die nämliche Problematik (Reizdarmsymptomatik bzw. Diarrhoen) aus nervenfachärztlicher Sicht als auch Dr. H. aus internistischer Sicht mit Auswirkung auf den GdB berücksichtigt haben. Eine Doppelberücksichtigung der nämlichen Funktionsstörung ist jedoch rechtlich unzulässig, so dass entgegen dem Votum des Dr. H. der internistische Beschwerdekomples nicht zu einem Einzel-GdB von 30 zusammengefasst werden kann. In diesem Zusammenhang weist der Beklagte mit Schriftsatz vom 25.06.2018 vielmehr zutreffend darauf hin, dass bei isolierter Betrachtung die funktionelle Störung des Dickdarms bei Reflux-Krankheit der Speiseröhre vielmehr mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten ist.

Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule ist mit einem Einzel-GdB von 10 zu berücksichtigen. Es liegen Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen vor (vgl. "Versorgungsmedizinische Grundsätze" Teil B Rz. 18.9). Entsprechendes gilt für das bei dem Kläger bestehende Krampfaderleiden mit Dauerantikoagulation, das ab Juli 2017 beschrieben ist (vgl. "Versorgungsmedizinische Grundsätze" in Teil B Rz. 9.2.3).

Ausgehend von vier Beschwerdekomplesen mit Einzel-GdB-Werten von 30, 20 und zweimal 10 beträgt der Gesamt-GdB ab Antragstellung 27.05.2014 40. - Die Diarrhoen sind nach Angaben des Klägers bereits seit langem vorliegend; er hat sie jedoch erst im zweitinstanzlichen Verfahren eingehend thematisiert. - Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB 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 GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Von Ausnahmefällen abgesehen (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) führen zusätzliche leichtere Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch nicht, wenn mehrere leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichteren Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen ("Versorgungsmedizinische Grundsätze" in Teil A Rz. 3).

Im Fall des Klägers ist nochmals darauf hinzuweisen, dass entgegen dem Votum des Dr. H. auch mit ergänzender Stellungnahme vom 29.10.2018 das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft zu verneinen ist. Ein Gesamt-GdB von 50 ist nicht zu bilden, da die Funktionsstörung Reizdarmsymptomatik mit Diarrhoen nicht doppelt aus nervenfachärztlicher und internistischer Sicht berücksichtigt werden kann. Andererseits handelt es sich bei diesem Beschwerdebild nicht um eine sogenannte "leichtere Funktionsbeeinträchtigung", die im Rahmen der Bildung des Gesamt-GdB außer Acht gelassen werden könnte. Vielmehr wirkt sich dieses Beschwerdebild nach dem glaubhaften Vorbringen des Klägers sowohl in seiner Ehe als auch bei Verlassen des Hauses aus, wenn sich dieses Beschwerdebild fast imperativ äußert. Die Auffassung des Beklagten mit Schriftsatz vom 25.06.2018, der Gesamt-GdB betrage lediglich 30, erscheint daher zu restriktiv. Ein Gesamt-GdB von 40 ist befundangemessen.

Soweit die Bevollmächtigte des Klägers mit Schriftsatz vom 15.07.2019, übergeben in der mündlichen Verhandlung vom 16.07.2019, beantragt hat, Prof. Dr. med. Dipl. Psych. M. nach [§ 109 SGG](#) zu hören, ist diesem Antrag nicht stattzugeben gewesen. Denn zum einen würde durch die Zulassung die Erledigung des Rechtsstreits erheblich verzögert werden. Zum anderen ist der Antrag nach der freien Überzeugung des Senats aus grober Fahrlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ([§ 109 Abs. 2 SGG](#)).

Denn der Berichterstatter des Senats hat der Bevollmächtigten des Klägers bereits mit Nachricht vom 08.01.2019 unter Fristsetzung bis 28.02.2019 mitgeteilt, dass der Rechtsstreit entscheidungsreif und ein GdB von 40 befundangemessen erscheine. Sie hat daher nicht erwarten können, dass das Gericht sich vorab nochmals mit den gegenteiligen Auffassungen beider Beteiligten vom 27.12.2018 (der GdB betrage 30) und 26.02.2019 (der GdB betrage 50) auseinandersetzt. Vielmehr ist bei solchen Fallkonstellationen mit einer alsbaldigen Terminierung des Rechtsstreits zu rechnen.

Und selbst wenn man zugunsten des Klägers nicht auf die Nachricht des Gerichts vom 08.01.2019 abstellt, hätte die Bevollmächtigte des Klägers spätestens auf die Ladung vom 29.05.2019, eingegangen bei der Bevollmächtigten des Klägers am 11.06.2019, unverzüglich reagieren können und müssen. Die Benennung von Prof. Dr. med. Dipl. psych. M. erst mit Vorlage des Schriftsatzes vom 15.07.2017 in der mündlichen Verhandlung vom 16.07.2019 ist daher verspätet.

Nach alledem ist der Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 05.09.2016 nur in dem beschriebenen Umfang stattzugeben gewesen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#). Der nunmehrige Beklagte hat die hälftigen außergerichtlichen Kosten des

gesamten Verfahrens zu tragen, da er aufgrund des Wohnsitzwechsels des Klägers für den ehemals zuständigen Freistaat Bayern in das Verfahren eingetreten ist.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)). Soweit die Bevollmächtigte des Klägers den Antrag, die Revision zuzulassen, auf [§ 160 Abs. 3 SGG](#) wegen Nichteinholung eines weiteren Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) stützt, ist dies unbehelflich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-12-20