

L 3 SB 1454/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3.
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 7 SB 514/18
Datum
13.04.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 1454/20
Datum
27.10.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 13.04.2020 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

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

Nachdem der 1970 geborene Kläger im Dezember 2014 in eine tätliche Auseinandersetzung verwickelt worden war, beantragte er mit Erstantrag vom 07.07.2015 die Feststellung seines GdB und verwies zur Begründung auf eine Distractionsverletzung der Halswirbelkörper (HWK) 4/5 mit Bogenwurzelfraktur HWK 4 und Korpusfraktur HWK 5 nach einer auf dem Rückweg von der Arbeit sich ereigneten „Gewalttat“, einen Bandscheibenvorfall, einen operierten Narbenbruch und eine depressive Störung.

Der Beklagte zog daraufhin medizinische Unterlagen der für den Kläger zuständigen Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) bei, die die Zwischenberichte des Facharztes L, vom 11.06.2015, vom 23.06.2015 und vom 01.07.2015 (Diagnosen jeweils: Commotio cerebri, Distractionsverletzung HWK 4/5 mit Bogenwurzelfraktur HWK 4 und Korpusfraktur HWK 5, postoperativ klinisches Wurzelkompressionssyndrom C 5 links), den „Ausführlichen Krankheitsbericht“ der W/K vom 18.06.2015 (Diagnosen: Z.n. Distractionsverletzung HWK 4/5 mit Bogenwurzelfraktur HWK 4 und Korpusfraktur HWK 5, Z.n. ventraler Spondylodese mit Bandscheibenausräumung HWK 4/5 und Spaninterposition vom Beckenkamm, ventrale winkelstabile Plattenspondylodese HWK 3 auf HWK 6 am 22.12.2014, persistierende Schmerzausstrahlung in die linke Schulter und Bewegungsunfähigkeit derselben) und den „Ausführlichen Krankheitsbericht“ der V/K-M vom 13.07.2015 (Diagnosen: Z.n. Distractionsverletzung HWK 4/5 mit Bogenwurzelfraktur HWK 4 und Korpusfraktur 5, Z.n. ventraler Spondylodese mit Bandscheibenausräumung HWK 4/5 und Spaninterposition vom Beckenkamm, ventrale winkelstabile Plattenspondylodese HWK 3 auf HWK 6 am 22.12.2014, Deltoideusparese links mit Remission bei Verdacht auf cervicale Nervenwurzelläsion C 5 links, depressive Unfallreaktion) übersandte.

Zudem holte der Beklagte einen Befundschein des den Kläger behandelnden S vom 14.12.2016 (Diagnosen: Z.n. Commotio cerebri, Z.n. Distractionsverletzung HWK 4/5 mit Bogenwurzelfraktur HWK 4 und Korpusfraktur HWK 5, postoperatives klinisches Wurzelkompressionssyndrom C 5 links, Partialruptur der SSP, mediale Luxation der langen Bicepssehne mit Teilruptur der Subscapularissehne, reaktive Depression) ein, dem zudem die Zwischenberichte des L vom 13.01.2016, vom 27.01.2016, vom 10.02.2016, vom 17.05.2016, vom 24.06.2016 und vom 11.10.2016 beigelegt waren.

Der Beklagte holte daraufhin die versorgungsärztliche Stellungnahme des M vom 04.03.2017 ein, demzufolge der Gesamt-GdB unter Berücksichtigung folgender Funktionseinschränkungen 10 betrage:
Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, verheilte Wirbelbrüche: Einzel-GdB 10,
Seelische Störung: Einzel-GdB 10,
Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks: Einzel-GdB 10.

Im Anschluss an diese Stellungnahme lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 08.03.2017 die Feststellung des GdB ab. Eine Feststellung sei nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) nicht zu treffen, weil die geltend gemachten Gesundheitsstörungen keinen GdB von wenigstens 20 bedingten.

Zur Begründung seines hiergegen am 24.03.2017 erhobenen Widerspruchs führte der Kläger im Wesentlichen aus, er begehre die Feststellung eines GdB von mindestens 50. Er leide unter erheblichen Wirbelsäulenschäden, die mit einem Wurzelkompressionssyndrom einhergingen, was mindestens einen GdB von 20 rechtfertige. Infolge der Verletzung der Halswirbelsäule leide er unter regelmäßigen Kopfschmerzen. Ebenso seien seine Schulterbeschwerden links mit einem GdB von mehr als 10 zu bewerten, weil zusätzlich zu der Bewegungseinschränkung eine deutliche Kraftminderung zu berücksichtigen sei und er an der Schulter einen Nervenschaden erlitten habe. Auch habe er wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer Depression eineinhalb Jahre in psychologischer Behandlung bei S1 gestanden und beabsichtige, sich erneut in psychologische Behandlung zu begeben, weshalb auch insoweit ein GdB von mindestens 20 festzustellen sei. Zudem trete bei ihm immer wieder ein Krampf im linken Zeh auf.

Der Beklagte forderte daraufhin weitere medizinische Unterlagen der BGHM an, die sodann den Zwischenbericht des L1 vom 16.12.2016 übersandte, der die Diagnosen Commotio cerebri, Distractionsverletzung HWK 4/5 mit Bogenwurzelfraktur HWK 4 und Korpusfraktur HWK 5, postoperativ klinisches Wurzelkompressionssyndrom C 5 links, Partialruptur der SSP (vorderer Sehnenzügel) sowie mediale Luxation der langen Bicepssehne mit Teilruptur der Subscapularissehne mit geringer Flüssigkeit im Rotatorenintervall (Pulley-Läsion) nach MRT-Diagnostik vom 13.08.2015 nannte.

Zudem forderte der Beklagte den Befundbericht der S1 vom 16.09.2017 an, die über die in der Zeit vom 05.10.2015 bis zum 02.02.2017 erfolgte Behandlung berichtete und die Diagnosen PTSD und Anpassungsstörung bezüglich veränderter körperlicher Einschränkungen und Schmerzen nach dem Vorfall angab.

Der Beklagte holte sodann die Stellungnahme der S2 vom 03.01.2018 ein, die bei im Übrigen unveränderter Bewertung die „Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, verheilte Wirbelbrüche“ mit einem Einzel-GdB von 20 bewertete und eine Anhebung des Gesamt-GdB auf 20 empfahl.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.01.2018 gab der Beklagte dem Widerspruch teilweise statt und stellte beim Kläger einen GdB von 20 ab dem 07.07.2015 fest. Den weitergehenden Widerspruch wies er zurück.

Zur Begründung seiner deswegen am 08.02.2018 zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren, die Feststellung eines GdB von 50, weiterverfolgt. Ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen hat er ausgeführt, seine unfallbedingten Kopfschmerzen führten zu Konzentrationsstörungen. Er könne nicht mehr am alltäglichen Leben teilnehmen und ziehe sich zurück. Zudem leide er aufgrund der andauernden Schmerzen unter Schlafstörungen. Zur weiteren Begründung hat der Kläger eine ärztliche Stellungnahme der G vom 18.07.2018, eine Empfehlung der G zur Durchführung einer ambulanten Psychotherapie vom 03.07.2018, ein Attest des P vom 14.09.2018 und den Zwischenbericht des L vom 21.01.2015 zur Akte gereicht.

Das SG hat einen aktuellen Befund der S1 eingeholt sowie P und G als sachverständige Zeugen befragt.

S1 hat unter dem 12.10.2018 ausgeführt, die letzte psychotherapeutische Sitzung habe am 18.03.2016 stattgefunden.

G hat in ihrer sachverständigen Zeugenaussage vom 22.10.2018 angegeben, sie habe beim Kläger eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode und eine mittelgradig ausgeprägte PTBS diagnostiziert.

P hat unter dem 23.10.2018 angegeben, der Kläger leide an einem seit 2015 nachgewiesenen Bandscheibenvorfall L5/S1 links, einem chronischen Halswirbelsäulen (HWS)-Syndrom nach HWK-4/5-Bogenwurzelfraktur, Korpusfraktur HWK 5 und Commotio cerebri sowie einem chronischen Impingement subacromialis links. Mit dem GdB von 20 für die Wirbelsäulen- und Schulterbeschwerden stimme er überein. Mit seiner sachverständigen Zeugenaussage hat er den vorläufigen stationären Zwischenbericht des L vom 31.12.2014 vorgelegt.

Sodann hat das SG das medizinische Sachverständigen Gutachten bei T (Hauptgutachter) und S3 (Zusatzgutachter) eingeholt.

S3 hat in seinem Gutachten vom 28.02.2019 (Tag der Untersuchung am 26.02.2019) bei dem Kläger chronische depressive Verstimmungen im Sinne einer Dysthymia diagnostiziert und mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet.

T hat in seinem Gutachten vom 04.03.2019 (Tag der Untersuchung am 26.02.2019) folgende Diagnosen gestellt: Spondylodese C 3 bis C 5 zur Therapie einer Fraktur des 4. und 5. HWK 2014 mit verbliebener mittelgradiger Funktionseinschränkung der HWS; beginnende degenerative Verschleißerkrankung der Lendenwirbelsäule (LWS) ohne aktuelle Funktionsbeeinträchtigung oder radikuläre Ausfallsymptomatik; endgradige Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks bei radiologisch altersentsprechendem Befund. Die im Bereich der HWS bestehenden Funktionseinschränkungen seien mittelgradig und bedingten einen Einzel-GdB von 20. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des linken Schultergelenks bedingten maximal einen Einzel-GdB von 10. Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Begutachtung durch S3 bestehe ein Gesamt-GdB von 20.

Der Kläger hat an seiner Klage festgehalten und den Bericht des S und der E, ZfP Klinikum am W, vom 07.03.2019 über seinen dortigen Aufenthalt vom 01.03.2019 bis zum 08.03.2019 zur Akte gereicht, die bei ihm die Diagnose Anpassungsstörung gestellt hatten. Hiernach sei er wegen Suizidgedanken und Fremdaggressivität zunächst fixiert und untergebracht und nach ausreichender Stabilisierung entlassen worden.

Nach Anhörung der Beteiligten zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 13.04.2020 abgewiesen. Gestützt auf die Sachverständigen Gutachten des S3 und des T hat das SG ausgeführt, der Gesamt-GdB des Klägers sei mit 20 zutreffend bewertet. Etwas Anderes ergebe sich auch nicht aus dem einmaligen Aufenthalt im Klinikum am W, der angesichts der deutlichen Besserung bei Entlassung keine dauerhafte Gesundheitsstörung im Sinne des Behinderungsbegriffs belege. Zudem hat es in dem Gerichtsbescheid den Antrag des Klägers auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe aus den Gründen der Hauptsacheentscheidung abgelehnt.

Der Kläger hat am 24.04.2020 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung trägt er im Wesentlichen vor, bei ihm bestehe eine Funktionsstörung der Wirbelsäule mit Teilversteifung. Im HWS-Bereich leide er unter erheblichen

Bewegungseinschränkungen und dadurch bedingt unter starken Schmerzen, insbesondere starken Kopfschmerzen. Zudem liege eine Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks vor, die Bewegung sei nur unter erheblichen Schmerzen möglich. Diese Beeinträchtigungen bedingten im Funktionssystem „Rumpf“ einen GdB von mindestens 30. Unter Verweis auf seinen Aufenthalt im Klinikum am W trägt er vor, seine psychischen Beschwerden seien derart gravierend, dass mitnichten von leichten psychischen Störungen die Rede sein könne. Er leide unter Angstzuständen, Konzentrations- und Schlafstörungen. Für das Funktionssystem „Psyche“ bestehe ein GdB von 40.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 13.04.2020 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 08.03.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.01.2018 zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von 50 seit dem 07.07.2015 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er hält den Gerichtsbescheid des SG für zutreffend.

Der Senat hat die ergänzende, nach Aktenlage verfasste, gutachterliche Stellungnahme des S3 vom 07.01.2021 eingeholt. Dieser hat angegeben, aus dem stationären Aufenthalt des Klägers im Klinikum am W ergebe sich keine Änderung in der Beurteilung zu seinem Gutachten vom 28.02.2019. Eine Akutverschlechterung des seelischen Befindens rechtfertige keine dauerhafte Anhebung des GdB.

Mit Beschluss vom 10.05.2021 hat der Senat die unter dem Az. L 3 SB 1533/20 B geführte Beschwerde des Klägers gegen die die Bewilligung von Prozesskostenhilfe ablehnende Entscheidung des SG zurückgewiesen.

Mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung hat sich der Beklagte, nicht aber der Kläger einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte, nach [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

1. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Gerichtsbescheides des SG vom 13.04.2020 sowie die Abänderung des angefochtenen Bescheides des Beklagten vom 08.03.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.01.2018 und die Verpflichtung des Beklagten, bei dem Kläger einen GdB von mindestens 50 festzustellen. Dieses prozessuale Ziel verfolgt der Kläger statthafterweise gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) im Wege der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage.

2. Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB ist [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in den bis zum 31.12.2017 und ab dem 01.01.2018 geltenden Fassungen in Verbindung mit [§ 69 SGB IX](#) in den bis zum 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise in Verbindung mit [§ 152 Abs. 1](#) und 3 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung. Im Hinblick auf die den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum betreffenden unterschiedlichen Gesetzesfassungen sind diese – da Übergangsregelungen fehlen – nach dem Grundsatz anzuwenden, dass die Entstehung und der Fortbestand des sozialrechtlichen Anspruchs auf Leistungen nach dem Recht zu beurteilen ist, welches zur Zeit der anspruchsbegründenden Ereignisse oder Umstände jeweils gegolten hat (BSG, Urteil vom 16.12.2014, [B 9 SB 2/13 R](#), juris; BSG, Urteil vom 04.09.2013, [B 10 EG 6/12 R](#), juris; vergleiche Stöltzing/Greiser in SGB 2015, 135-143).

a) Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung 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 [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können, wobei eine Beeinträchtigung in diesem Sinne vorliegt, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

b) Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in der bis zum 29.12.2016 geltenden Fassung stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag eines behinderten Menschen in einem besonderen Verfahren das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt ergänzend, dass der GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung festgestellt wird. Als GdB werden dabei nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX in der bis zum 29.12.2016 geltenden Fassung, nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5](#) und 6 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 1 Satz 5](#) und 6 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung hierbei nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Nach [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) in der bis zum 29.12.2016 geltenden Fassung wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des GdB und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Nach [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt diese Ermächtigung für die allgemeine – also nicht nur für die medizinische – Bewertung des GdB und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen sowie auch für die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit. Zwar ist von

dieser Ermächtigung noch kein Gebrauch gemacht worden. Indes bestimmt [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise [§ 241 Abs. 5 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung, dass – soweit eine solche Verordnung nicht erlassen ist – die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 17 BVG in der bis zum 30.06.2011 geltenden Fassung beziehungsweise § 30 Abs. 16 BVG in der ab dem 01.07.2011 geltenden Fassung erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend gelten. Mithin ist für die konkrete Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen die ab dem 01.01.2009 an die Stelle der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (AHP) getretene Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ (VG) zu § 2 Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) vom 10.12.2008 ([BGBl. I S. 2412](#)), die durch die Verordnungen vom 01.03.2010 ([BGBl. I S. 249](#)), 14.07.2010 ([BGBl. I S. 928](#)), 17.12.2010 ([BGBl. I S. 2124](#)), 28.10.2011 ([BGBl. I S. 2153](#)) und 11.10.2012 ([BGBl. I S. 2122](#)) sowie die Gesetze vom 23.12.2016 ([BGBl. I S. 3234](#)) und 12.12.2019 ([BGBl. I S. 2652](#)) geändert worden ist, heranzuziehen. In den VG sind unter anderem die Grundsätze für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden. Diese sind nach den VG, Teil A, Nr. 2 auch für die Feststellung des GdB maßgebend. Die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte Sachverständigengutachten dar. Dabei beruht das für die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante Maß nicht allein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die Bewertung des GdB auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des Sachverständigen anderer Wissenszweige zu entwickeln (BSG, Urteil vom 17.04.2013, [B 9 SB 3/12 R](#), juris).

c) Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) in den bis zum 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) Zuständen nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) und die sich daraus ableitenden, für eine Teilhabebeeinträchtigung bedeutsamen Umstände festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann den in den VG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei können die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinanderstehen (BSG, Urteil vom 17.04.2013, [B 9 SB 3/12 R](#), juris). Nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. c ist bei der Bildung des Gesamt-GdB in der Regel von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und sodann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhöhen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Insoweit führen nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. d, von Ausnahmefällen abgesehen, zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es danach vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Außerdem sind nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. b bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind.

Die Bemessung des GdB ist grundsätzlich tatrichterliche Aufgabe. Dabei hat insbesondere die Feststellung der nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens zu erfolgen (BSG, Urteil vom 17.04.2013, [B 9 SB 3/12 R](#), juris).

3. Unter Zugrundelegung der dargestellten Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 20.

a) Im Funktionssystem „Rumpf“ bedingen die beim Kläger bestehenden Funktionseinschränkungen keinen höheren Einzel-GdB als 20.

aa) Ausweislich des schlüssigen und überzeugenden Sachverständigengutachtens des T bestehen beim Kläger im Funktionssystem „Rumpf“ eine Spondylodese C 3 bis C 5 zur Therapie einer Fraktur des 4. und 5. HWK 2014 mit verbliebener mittelgradiger Funktionseinschränkung der HWS und eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung der LWS ohne aktuelle Funktionsbeeinträchtigung oder radikuläre Ausfallsymptomatik.

bb) Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 bedingen Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität einen GdB von 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 30, mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen GdB von 30 bis 40, mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb] einen GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehufähigkeit einen GdB von 80 bis 100.

cc) Die ausweislich der radiologischen Untersuchung korrekt einliegende Spondylodese C 3 bis C 5 führt, nachdem eine radikuläre Ausfallsymptomatik nicht besteht, bei einer von T festgestellten Beweglichkeit der HWS für Seitneigung des Kopfes rechts/links von 20/0/20° (Normalmaß 35-45/0/35-45°), einer Rotationfähigkeit von 40/0/40° (Normalmaß 70/0/70°) und einem Kinn-Brustbein-Abstand für Beugung von 5 cm (Normalmaß 0 cm) sowie für Streckung von 18 cm (Normalmaß 21 cm) zu mittelgradigen funktionellen Einschränkungen.

Die von T radiologisch festgestellten degenerativen Veränderungen der LWS in Gestalt einer mittelgradig ausgeprägten Spondylarthrose, einer mittelgradigen Zunahme einer Osteochondrose, einer geringgradig ausgeprägten Spondylose und einer Bandscheibenfachhöhenminderung um 25% in Höhe des Bandscheibenfachs L5/S1 führen bei einer LWS-Beweglichkeit für Rumpfsseitneigung von 40/0/40°, Rumpfrotation von 40/0/40° und einem Zeichen nach Schober bei 10/15 cm, was jeweils der Normalbeweglichkeit entspricht, nicht zu funktionellen Einschränkungen. Eine radikuläre Ausfallsymptomatik hat auch an der LWS nicht bestanden.

dd) Damit liegen beim Kläger mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor, die der Beklagte zutreffend mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet hat.

b) Im Funktionssystem „Arme“ liegen keine funktionellen Einschränkungen vor, die einen höheren Einzel-GdB als 10 bedingen.

aa) Ob beim Kläger in diagnostischer Hinsicht tatsächlich wie von P in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 23.10.2018 angegeben ein chronisches Impingementsyndrom subacromialis der linken Schulter besteht, was T anhand der von ihm durchgeführten radiologischen Befunderhebung nicht bestätigen konnte, kann im Ergebnis dahinstehen. Denn für die GdB-Bewertung sind allein die funktionellen Einschränkungen relevant (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.02.2018 – [L 6 SB 4718/16](#), juris Rn. 43).

bb) Nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 sind Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) bei einer Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit mit einem GdB von 10 und bei einer Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit mit einem GdB von 20 zu bewerten.

cc) Ausweislich der von T durchgeführten Beweglichkeitsprüfung hat beim Kläger in Bezug auf die linke Schulter eine Beweglichkeit für Arm rückwärts/vorwärts Heben von 40/0/170° (Normalmaß 40/0/150-170°), für Arm seitwärts/körperwärts Heben von 130/0/40° (Normalmaß 180/0/40°) und für Arm auswärts/einwärts Drehen mit anliegendem Oberarm von 60/0/90° (Normalmaß 40-60/0/90°) bestanden. Damit liegt nur für die Seitwärtshebung eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit vor. Funktionelle Folgen der durch die MRT-Untersuchung am 13.08.2015 diagnostizierten Partialruptur der SSP (vorderer Sehnenzügel) sowie medialen Luxation der langen Bicepssehne mit Teilruptur der Subscapularissehne mit geringer Flüssigkeit im Rotatorenintervall (Pulley-Läsion) lassen sich nicht feststellen. Vor diesem Hintergrund kommt ein höherer GdB als 10 keinesfalls in Betracht, worauf auch T zutreffend hingewiesen hat.

c) Die im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ bestehenden Funktionseinschränkungen hat der Beklagte mit einem Einzel-GdB von 10 zutreffend erfasst.

aa) Ausweislich des schlüssigen und überzeugenden Sachverständigengutachtens des S3 vom 28.02.2019 und dessen ergänzender gutachterlichen Stellungnahme vom 07.01.2021 besteht beim Kläger in diesem Funktionssystem eine chronische depressive Verstimmung im Sinne einer Dysthymia. Die mit dieser Gesundheitsstörung einhergehenden Funktionseinschränkungen begründen keinen höheren GdB als 10.

bb) Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20, stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 und schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80 bis 100 zu bewerten.

cc) Die von S3 diagnostizierte chronische depressive Verstimmung im Sinne einer Dysthymia ist eine leichtere psychische Störung im Sinne der VG, Teil B, Nr. 3.7. Dies entnimmt der Senat dem Sachverständigengutachten des S3. Der hiernach erhobene Befund zeigt nur leichtere Einschränkungen: Der Kläger hat weder eine Antriebsminderung noch eine psychomotorische Hemmung gezeigt. Er ist geistig gut flexibel gewesen. Er hat in der Grundstimmung ausgeglichen gewirkt und ist nur themenbezogen niedergestimmt gewesen. Eine tiefgehende oder vitale depressive Stimmungslage hat nicht bestanden. Auch hat S3 weder kognitive noch mnestische Defizite erhoben und auch keinen Anhalt für eine hirnorganisch bedingte psychische Symptomatik festgestellt. Diesem nur geringgradigen Befund entspricht auch der Umstand, dass der Kläger seit Beendigung der psychotherapeutischen Sitzungen bei S1 am 02.02.2017 keine Richtlinien-Psychotherapie mehr durchführt, sondern nur einmal monatlich G konsultiert.

Soweit der Kläger im Rahmen der Begutachtung gegenüber S3 angegeben hat, etwa zweimal im Monat leide er für drei bis fünf Tage unter Depressionen, während derer er im Bett liege und nicht esse führt dies zu keiner anderen Bewertung. In Bezug auf diese Einlassung hat S3 ausgeführt, es sei nicht plausibel, dass entsprechende depressive Episoden nur für so kurze Zeit und in der angegebenen Regelmäßigkeit auftreten. Diese Einschätzung hält der Senat für schlüssig und nachvollziehbar und legt sie seiner eigenen Urteilsbildung zugrunde.

Dass der Kläger neben der von S3 diagnostizierten Dysthymia noch an schwerergradigen psychischen Erkrankungen leidet, konnte der Senat nicht feststellen. Soweit S1 in ihrem Schreiben vom 16.09.2017 die Diagnose einer PTBS und G in ihrer sachverständigen Zeugenaussage eine PTBS als Verdachtsdiagnose angegeben haben, hält der Senat dies, gestützt auf das Gutachten des S3, nicht für überzeugend. Dies folgt daraus, dass S3 das Vorliegen der Diagnosekriterien der PTBS weder für den Zeitpunkt der Begutachtung noch für die Vergangenheit hat feststellen können und solche auch nicht von den Behandlerinnen mitgeteilt worden sind. Ebenso wenig lässt sich das Vorliegen der von G diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradiger Episode feststellen. Auch insoweit stützt sich der Senat auf das Gutachten des S3, demzufolge eine relevante depressive Störung nicht vorgelegen hat, weil die drei Hauptsymptome der Depression in Gestalt eines depressiven Affektes, eines Interessenverlusts und einer Antriebsminderung nicht im Vollbild vorgelegen haben. Dies ist angesichts des oben dargestellten, nur gering beeinträchtigenden psychischen Befundes nachvollziehbar und überzeugend.

Aus dem vom Kläger im Rahmen des erstinstanzlichen Verfahrens vorgelegten, im Wege des Urkundsbeweises verwerteten Befundbericht des S4 und der E des ZfP, Klinikum am W vom 07.03.2019 über den dortigen stationären Aufenthalt des Klägers vom 01.03.2019 bis zum 08.03.2019 ergibt sich keine GdB-relevante Verschlechterung. Eine solche setzt nach [§ 2 Abs.1 Satz 1 SGB IX](#) (vgl. auch VG, Teil A, Nr. 2 f) eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Zwar hat ausweislich dieses Befundberichts am Aufnahmetag im Klinikum am W ein im Vergleich zur Gutachtenssituation bei S3 deutlich verschlechterter psychischer Befund bestanden: Vor dem Hintergrund akuter finanzieller Probleme hat der Kläger sich leicht reizbar gezeigt und von fremd- und autoaggressiven Gedanken berichtet. Er ist deprimiert, wütend, psychomotorisch deutlich angespannt und im Antrieb reduziert gewesen. Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis waren beeinträchtigt. Bereits am Folgetag hat sich der Kläger aber wieder deutlich ruhiger gezeigt. Am Entlassungstag ist er stabilisiert gewesen und Anhalt für Fremdgefährdung oder akute Suizidalität hat nicht mehr bestanden. Eine dauerhafte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes kann dem Bericht damit nicht entnommen werden. Weitere Behandlungen sind seitdem nicht ersichtlich. Dem entsprechend hat auch S3 in der nach Aktenlage erstellten ergänzenden gutachterlichen

Stellungnahme vom 07.01.2021 die Exacerbation vom 01.03.2019 als Akutereignis qualifiziert, die als Reaktion auf eine akute Belastung (Geldsorgen) eingetreten ist und sich in den Folgetagen wieder gebessert hat. Unter Berücksichtigung einer Längsschnittbetrachtung hat S3 das psychische Leiden weiterhin als leichtgradig eingeordnet und eine GdB-relevante Verschlechterung verneint. Dieser überzeugenden Einschätzung schließt sich der Senat an und legt sie der eigenen Urteilsbildung zugrunde.

d) Den Gesamt-GdB hat der Beklagte zutreffend mit 20 festgestellt. Ausgehend von einem Einzel-GdB von 20 für das Funktionssystem „Rumpf“ wirken sich die beiden Einzel-GdB von jeweils 10 für die Funktionssysteme „Arme“ und „Gehirn einschließlich Psyche“ nicht erhöhend aus.

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

5. Die Revision ist nicht zuzulassen, da keiner der Gründe des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) gegeben ist.

Rechtskraft

Aus

Saved

2022-06-28