

L 6 SB 3447/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung

6
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 15 SB 552/14

Datum
09.08.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 3447/16

Datum
30.06.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 9. August 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt weiterhin die Zuerkennung (behördliche Feststellung) eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 und damit der Eigenschaft eines schwerbehinderten Menschen.

Der 1957 geborene, im Inland wohnhafte Kläger, ist als Heizungsbauer in Tagesschicht und Vollzeit beschäftigt und übt nach seinen Angaben gegenüber früher keine Hobbys mehr aus. Er ist seit 2005 verheiratet, wobei seine Ehefrau einen inzwischen volljährigen Sohn mit in die Ehe gebracht hat, den er adoptiert hat. Diese arbeitet vollschichtig als rechtliche Betreuerin, wobei sie der Kläger unterstützt. Kontakt zu dem Adoptivsohn und zu einem Bruder besteht nicht mehr (Anamnese aus dem Gutachten von Dr. A. vom 21. Januar 2015).

Erstmals mit Bescheid vom 28. Januar 2013 stellte der Beklagte bei dem Kläger wegen "Depression, Persönlichkeitsstörung" einen GdB von 30 fest. Im damaligen Verwaltungsverfahren hatten unter anderem der Entlassungsbericht der Sch.-Klinik vom 13. Juli 2011 über einen stationären Aufenthalt im Frühjahr 2011 (rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig; beginnenden Arthrose rechter Ellenbogen) und diverse Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. B. seit 2011 (Diagnose durchgehend "anhaltende schwere depressive Episode; anankastische Persönlichkeit") zu Grunde gelegen. Den damaligen Widerspruch des Klägers wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21. Februar 2013 zurück.

Am 14. Oktober 2013 beantragte der Kläger die Neufeststellung des GdB. Er machte geltend, weiterhin an einer Depression zu leiden. Er reichte weitere ärztliche Unterlagen ein, darunter den Entlassungsbericht der Klinik Al. vom 28. Juni 2013 über einen stationären Aufenthalt vom 18. April bis 6. Juni 2013, in dem eine rezidivierende depressive Episode, zurzeit schwer (F33.2G nach der ICD-10 GM), eine Burnout-Symptomatik (Z73.0G), der V.a. (Verdacht auf) eine schizoide Persönlichkeitsakzentuierung (F60.1V) und der V.a. eine Ellenbogenarthrose rechts diagnostiziert worden waren. Der Kläger hatte dort von negativen Erfahrungen auf seiner Betriebsstätte bis hin zum Mobbing berichtet, an sich mache ihm die Arbeit aber Freude. Ferner gelangte der Arztbrief des Kardiologen Dr. M. vom 16. September 2013, in dem eine organische Herzerkrankung ausgeschlossen worden (I42.9A) und ein Nikotinkonsum (F41.1G) als weitere Diagnose genannt war, zu den Akten. In seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 24. Oktober 2013 führte Dr. Z. aus, eine messbare Verschlechterung sei nicht dargelegt, die depressive Störung durch die berufliche Konfliktsituation überlagert. Gestützt hierauf lehnte der Beklagte den Neufeststellungsantrag mit Bescheid vom 29. Oktober 2013 ab.

Im Widerspruchsverfahren trug der Kläger vor, er habe erst jetzt nach langer Suche eine Psychotherapeutin gefunden, die ihn behandle. Er leide verstärkt unter Schlafstörungen, Verstimmung, Angst und sozialem Rückzug. Er begründete seinen Widerspruch - wie auch schon in dem ersten Verfahren - ausführlich unter Darlegung seiner Situation und beantragte am 15. November 2013 telefonisch konkrete Beweiserhebungen durch das Versorgungsamt. Der Beklagte holte daraufhin den Befundschein des Allgemeinmediziners Dr. H. vom 22. November 2013 ein ("depressive Episoden" bei Müdigkeit, Abgeschlagenheit, erheblicher Leistungsminderung, innerer Unruhe auf Grund Problemen am Arbeitsplatz und großer Schwierigkeiten mit dem Sohn, die bisherige Behandlung mit Citalopram reiche nicht aus).

Der Beklagte ließ die Angaben des Klägers und die neuen Unterlagen versorgungsärztlich auswerten und erließ daraufhin den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 23. Januar 2014.

Hiergegen hat der Kläger am 20. Februar 2014 über seinen Prozessbevollmächtigten Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Er hat vorgetragen, seit Oktober 2013 werde er auch psychotherapeutisch behandelt.

Das SG hat die Behandler des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Sodann hat es von Amts wegen das psychiatrische Gutachten bei Dr. A. vom 21. Januar 2015 erhoben. Die Sachverständige hat ausgeführt, bei ihm handle es sich um eine chronifizierte depressive Störung und eine Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, ängstlichen und reizbar-aggressiven Zügen. Es beständen Antriebsminderung, sozialer Rückzug, Insuffizienzgefühle, massive Schlafstörungen und das Gefühl von Leere. Der Kläger sei im Gespräch latent gereizt, signalisiere aber nach außen Gleichgültigkeit und Desinteresse. Er nehme ein Antidepressivum und gehe zweimal wöchentlich zu psychotherapeutischen Sitzungen. Der Kläger habe berichtet, seit Beginn der Therapie im Oktober 2013 funktioniere er sehr gut. Er könne ins Geschäft gehen und bekomme vieles hin, vieles sei Routine. Gelegentlich habe er black-outs. Er arbeite weiterhin. Sein wichtigstes Hobby, Fotografieren, sei sehr eingeschränkt, er nehme nicht mehr an Fotografenveranstaltungen teil, nur noch einmal jährlich am 3. Oktober an einer Tour ins Erzgebirge. Der Streit mit dem Bruder wegen des Erbes dauere an. Mit dem Adoptivsohn sei es eine einzige Katastrophe. Kontakte zu dem Sohn, zu Freunden oder anderen Verwandten beständen nicht mehr. Mit dem Autofahren habe er keine Probleme. Am Samstag helfe er seiner Frau in ihrem Büro. Körperliche Beschwerden habe er kaum, nur eine leichte Arthrose in beiden Ellenbogen. Die Beeinträchtigungen des Klägers auf psychiatrischem Gebiet seien mit einem GdB von 40 zu bewerten.

Gestützt auf den Vorschlag der Sachverständigen hat der Beklagte im Vergleichswege angeboten, einen GdB von 40 festzustellen. Ein Vergleich ist nicht zu Stande gekommen.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat das SG sodann Dr. Kö. mit einer Begutachtung beauftragt. Dieser Sachverständige ist in einem schriftlichen Gutachten vom 26. September 2015 zu der Feststellung gelangt, bei diesem beständen eine rezidivierende depressive Episode, zurzeit mittelschwer (F33.1 ICD-10 GM), eine Dysthymia (F34.1), eine generalisierte Angststörung (F41.1) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicher-asthenischen und zwanghaften Zügen (F61.x). Die Funktionseinbußen hieraus bedingten einen Teil-GdB von 40. Dr. A. sei darin zuzustimmen, dass dem Vorschlag des behandelnden Psychiaters, einen GdB von 50 anzunehmen, nicht gefolgt werden könne.

Der Kläger hat nun Beeinträchtigungen der Wirbelsäule geltend gemacht und die Atteste von Dr. Ku. vom 22. September, 15. Oktober und 16. November 2015 zur Akte gereicht. Das SG hat auch diesen Arzt schriftlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Er hat am 7. Dezember 2015 bekundet, dieser sei wegen Hämorrhoiden operiert worden, das rechte Kniegelenk sei nach einer OP schmerzfrei und er damit zufrieden. Es beständen kein Erguss, keine Meniskuszeichen pp, die Beweglichkeit sei frei, nur ein geringes retropatellares Reiben. An der Lendenwirbelsäule (LWS) lägen Steilstellung und Muskelhartspann vor, kein Druckschmerz bei L5/S1, eher etwas höher. Zuletzt habe der Kläger über nicht nachvollziehbare Ellenbogenschmerzen beidseits gejammert, bei freier Beweglichkeit in allen Dimensionen.

Er hat mit Schriftsatz vom 31. Dezember 2015 direkt an das SG umfangreich Stellung genommen und medizinische und berufliche Ausführungen gemacht, insbesondere eine Retropatellararthrose im rechten Knie behauptet. Ebenfalls persönlich hat der Kläger mit Schriftsatz vom 3. Mai 2016 vorgetragen, er leide auch an einer chronischen Borreliose im Stadium III, die Ursache der von ihm geklagten Gelenkschmerzen in den Knien und Ellenbogen sei. Ein Attest des Infektiologen Dr. Ha. vom 15. April 2016 ist beigelegt worden. Das Mandatsverhältnis zu seinem bisherigen Prozessbevollmächtigten hat der Kläger mit gleichem Schriftsatz gekündigt.

Mit Urteil auf Grund mündlicher Verhandlung vom 9. August 2016, zu welcher der Kläger erschienen ist, hat das SG die angegriffenen Bescheide teilweise aufgehoben und den Beklagten zur Feststellung eines GdB von 40 verpflichtet, im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Hinsichtlich der Auswirkungen der psychischen Erkrankungen sei den Feststellungen und Folgerungen sowie Vorschlägen der Sachverständigen Dr. A. und Dr. Kö. zu folgen. Weitere wesentliche gesundheitliche Einschränkungen beständen nicht. Die Retropatellararthrose verursache weder Bewegungseinschränkungen noch habe sie zu ausgeprägten Knorpelschäden geführt. Die seit langem bekannten Beeinträchtigungen an den Ellenbogen könnten allenfalls einen GdB von 10 begründen, der den Gesamt-GdB nicht erhöhe. Wegen der inzwischen diagnostizierten Borreliose sei die Behandlung abzuwarten, bevor von einer dauerhaften Behinderung auszugehen sei.

Ob der Beklagte das Urteil ausgeführt hat, ist den Akten nicht zu entnehmen.

Gegen dieses Urteil, ihm zugestellt am 10. September 2016, hat der Kläger über einen neuen Prozessbevollmächtigten am 13. September 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg erhoben. Die Störungen auf orthopädischem und internistischem Gebiet, Letztere gerade im Hinblick auf die Borreliose, seien zu Unrecht nicht beachtet worden. Orthopädisch sei er nunmehr bei einer anderen Ärztin in Behandlung. Er leide ferner an Konzentrationsstörungen.

Der Kläger beantragt (sachgerecht),

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 9. August 2016 teilweise aufzuheben und den Bescheid vom 29. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Januar 2014 aufzuheben sowie den Beklagten zu verpflichten, bei ihm unter Abänderung des Bescheids vom 28. Januar 2013 einen Grad der Behinderung von 50 ab dem 14. Oktober 2013 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt das angegriffene Urteil und seine Entscheidungen.

Der Senat hat Dr. Ha. schriftlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Er hat mitgeteilt, er habe den Kläger am 13. April und zur

Kontrolle am 30. November 2016 gesehen. Die eingeleitete Therapie mit Cefotaxim habe subjektiv keine Besserung erbracht; ganz im Gegensatz dazu seien die Antikörper in der serologischen Untersuchung rückläufig gewesen und es hätten sich auch andere Parameter abgeschwächt, sodass alles für einen Therapieerfolg spreche. Im Vordergrund des Krankheitsbildes ständen Schmerzen an den Ellbogen, Lähmungen, Beweglichkeitseinschränkungen. Kognitive Einschränkungen träten im Rahmen einer Borreliose nicht auf.

Der Kläger hat die Berichte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III der Universitätsklinik Ulm vom 9. November 2015 über eine neuropsychologische Testung an jenem Tage (Hinweise auf kognitive Antriebsarmut und Beeinträchtigungen der Informationsverarbeitung in Situationen, die eine vermehrte Aufmerksamkeit erfordern, Kurzzeit- und Alltagsgedächtnisleistungen unauffällig) und vom 23. August 2015 über eine Behandlung vom selben Tage (gegenwärtig mittelgradige ausgeprägte depressive Episode sowie - nur - Verdacht auf eine generalisierte Angststörung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung) vorgelegt.

Ferner hat der Senat die die nunmehr behandelnde Orthopädin als sachverständige Zeugin vernommen. Dr. Sc. hat unter dem 21. Februar 2017 mitgeteilt, der Kläger leide an Spondylarthrose, Osteochondrose, Lumbago, Ellenbogengelenksarthrose links und beginnend rechts, Epicondylitis humero radialis links, Spndylolisthesis bei L5/S1, Gonarthrose rechts, Retropatellararthrose beidseits, einer somatoformen Schmerzstörung, Senk-Spreizfuß beidseits und Hallux valgus, links mehr als rechts. Daneben beständen die Borreliose und langdauernde psychiatrische Diagnosen. An Funktionsbeeinträchtigungen lägen eine Steilstellung der LWS, Muskelhartspann, leichter Druckschmerz L5/S1 links und ein Finger-Boden-Abstand von 30 cm vor, die Beweglichkeiten der Knie- und Ellenbogengelenke seien frei, lediglich die Außenrotation links endgradig eingeschränkt. Die grobe Kraft sei seitengleich. Die GdB-Werte für den Wirbelsäulenschaden und für die Beeinträchtigungen der Kniegelenke seien jeweils auf 20 zu schätzen, der GdB für den Ellenbogen auf 5. Dr. Sc. hat auch den Entlassungsbericht der Klinik A. S. M. in Bad Sa. vom 20. Januar 2017 über einen stationären Aufenthalt des Klägers über den Jahreswechsel 2016/2017 zur Akte gereicht. Darin werden die rezidivierende depressive Episode als gesichert, die Angststörung und die Persönlichkeitsakzentuierung aber nur als Verdachtsdiagnosen genannt. Nebenbefundlich wird dort eine mittelschwere Obstruktion beschrieben, nachdem eine Lungenfunktionsprüfung eine Vitalkapazität (VC) von 87 % und eine Einsekundenkapazität (FEV1) von 55 % ergeben hat, es ist empfohlen worden, die Compliance des Klägers zu prüfen und die Untersuchung zu wiederholen (S. 2.7 des Entlassungsberichts).

Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört. Er hat mitgeteilt, die durchgeführte Lungenfunktionsprüfung sei fehlerhaft gewesen, eine Lungenerkrankung (COPD) sei nicht weiter thematisiert worden. Er habe sicherheitshalber jetzt das Rauchen aufgegeben. Im Sommer 2017 sei ein Termin bei einem Lungenarzt geplant. Gefragt nach seiner Alltagsgestaltung hat der Kläger angegeben, er leide regelmäßig an massiven Schmerzen, vor allem im LWS-Bereich, z.B. wenn er im Rahmen der Hausarbeit die Spül- oder Waschmaschine ein- oder ausräume. Schmerzmittel würden ihm nicht mehr verschrieben. Er nehme daher, da frei verkäuflich, Ibuprofen 400 mg, aber es habe keine Wirkung gezeigt. Wegen der weiteren Angaben des Klägers wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 31. März 2017 verwiesen.

Der Kläger hat letztlich das Attest des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. Haw. vom 18. März 2017 zur Akte gereicht (schwere depressive Episode, Verdacht auf anhaltende Schmerzstörung, chronische Borreliose).

Der Senat hat den Beteiligten durch Schriftsatz vom unter dem 6. April 2017 angekündigt, durch Beschluss ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter entscheiden zu wollen, und Gelegenheit zur Stellungnahme binnen zweier Wochen gegeben. Keine Seite hat Stellung genommen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Der Senat konnte über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden. Er hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Der Rechtsstreit weist auch keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden.

Die Berufung des Klägers ist zwar statthaft ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)) und auch sonst zulässig ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)), aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, soweit der Kläger die Zuerkennung eines GdB von mehr als 40 begehrt. Die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) ist auch insoweit zwar zulässig, aber nicht begründet. Der geltend gemachte Anspruch besteht nicht.

Verfahrensrechtliche Grundlage für die beanspruchte Feststellung des GdB mit 50 mit Wirkung ab Eingang des Neufeststellungsantrags am 14. Oktober 2013 ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Nach dieser Vorschrift ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung, hier des Bescheides vom 28. Januar 2013, vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Im Hinblick auf die Feststellung eines GdB ist von wesentlichen Änderung der Verhältnisse im Sinne dieser Normen auszugehen, wenn sich der Gesundheitszustand des behinderten Menschen soweit verschlechtert hat, dass daraus eine Erhöhung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt, wobei das Hinzutreten weiterer Funktionsstörungen mit einem Einzel-GdB von 10 allerdings regelmäßig ohne Auswirkung auf den Gesamt-GdB bleibt (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) - SozR 4-1300 § 48 Nr. 26). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt (teilweise) aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 - [9a RVs 55/85](#) - SozR 1300 § 48 Nr. 29 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 4). Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-

Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34).

Materiellrechtlich stützt sich der Kläger mit seinem Anspruch auf [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Danach stellen auf Antrag des behinderten Menschen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden eine Behinderung und den GdB fest. Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) 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. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10-er-Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gem. [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG (bis 30. Juni 2011: § 30 Abs. 17 BVG) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Bei dieser Rechtsverordnung handelt es sich um die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erlassene und am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)). Die in der Anlage zu § 2 VersMedV erlassenen "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) enthalten auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Grundsätze zur Bewertung der aus einer gesundheitlichen Schädigung folgenden Funktionsbeeinträchtigungen im Einzelnen. Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig ihrer Ursache, also final, bezogen ist (BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 3/12 R](#) - Juris). Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter, die in weiten Teilen der Bevölkerung auftreten, sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen (Teil A Nr. 2 Buchstabe c VG). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (Teil A Nr. 2 Buchstabe e VG).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer (unbenannten) Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzelfall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 24](#)). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder es erstinstanzlichen Gerichts Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze und unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung haben sich die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers seit Erlass des bestandskräftigen Bescheids vom 28. Januar 2013 über einen GdB von 30 bzw. seit Eingang des Neufeststellungsantrags am 14. Oktober 2013 nur insoweit verschlechtert, als nunmehr ein GdB von 40 festgestellt werden konnte, wie es das SG in dem angegriffenen Urteil ausgeführt hat. Eine stärkere Verschlechterung, die eine weitere Erhöhung auf den begehrten GdB von 50 oder mehr bedingt hätte, liegt dagegen nicht vor.

Für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" kann kein höherer GdB (Teil-GdB) als 40 angenommen werden.

Dabei handelt es sich bereits um den oberen Spannenwert aus Teil B Nr. 3.7 VG, wonach im Bereich von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychischen Traumata ein GdB von 30 bis 40 für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, somatoforme Störungen) anzunehmen ist. Ein GdB von 50 oder mehr in diesem Funktionssystem ist dagegen erst für schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheiten) mit bereits mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten gerechtfertigt.

Bei dem Kläger bestehen Erkrankungen aus dem depressiven Bereich vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicher-asthenischen und zwanghaften Zügen sowie einer - in der Folge entstandenen - somatoformen Schmerzfehlerverarbeitung. Dies entnimmt der Senat den Feststellungen der beiden Sachverständigen, die das SG in erster Instanz gehört hat, insbesondere dem Wahlgutachten von Dr. Kö. vom 26. September 2015. Dagegen umfasst die Persönlichkeitsstörung keine schizoide Züge, wie sie Dr. A. in dem Gutachten vom 21. Januar 2015 angenommen hat. Dass keine schizoide Persönlichkeitsstörung vorliegt, hat Dr. Kö. (S. 10 Gutachten) ausdrücklich festgestellt und nachvollziehbar begründet. Der Kläger leidet unter der angenommenen oder vorhandenen Isolation, daher verbleibt es insoweit bei Symptomen aus dem Bereich der depressiven Erkrankung. Offen lässt der Senat, ob die immer wieder geklagten Schmerzen vor allem im Ellenbogen, Teil der somatoformen Schmerzstörung sind. Diese Vermutung kann sich auf die Zeugenaussage von Dr. Ku. vom 7. Dezember 2015 stützen, der die Schmerzen des Klägers als "nicht nachvollziehbar" bezeichnet hat. Möglicherweise liegt nunmehr doch eine organische Ursache dieser Schmerzen vor, nachdem bei ihm eine chronische Borreliose diagnostiziert worden ist und Dr. Ha. in seiner Zeugenaussage vom 3. Februar 2017 sachverständig mitgeteilt hat, klassische Symptome dieser Erkrankung seien Schmerzen an den Ellbogen, Lähmungen und Beweglichkeitseinschränkungen. Jedenfalls sind die vom Kläger angegebenen Schmerzen für die GdB-Bewertung irrelevant, denn sie sind sehr geringfügig. Dies entnimmt der Senat vor allem seinen eigenen Angaben gegenüber Dr. A., wo er ausgeführt hatte, ganz im Vordergrund ständen die psychischen Beeinträchtigungen, während er kaum körperliche Beschwerden habe. Dafür spricht auch, dass der Kläger keine eigentliche Schmerzbehandlung durchführt, von dem seine Schmerzen niedrigdosiert in Eigenbehandlung mit verschreibungsfreien Schmerzmitteln im Bedarfsfall durchführt.

Der Senat lässt offen, ob die Funktionseinbußen des Klägers, die aus den psychischen Erkrankungen folgen, tatsächlich bereits wesentliche Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bedingen. Es ist zwar nicht zu verkennen, dass der Kläger in der psychisch-emotionalen Leidensdimension (vgl. zu den Ebenen psychisch bedingter Funktionseinbußen M. Philip, Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen Störungen, MedSach 6/2015, S. 111 ff.) merklich beeinträchtigt ist. Er leidet unter seiner empfundenen Zurückweisung und Isolation. Sein Denken ist eingeeengt und die Schwingungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Auch die kognitiven Einschränkungen sind hier zu verorten. Diese hat Dr. Kö. als leichtgradig bezeichnet, während sie Dr. A. überhaupt nicht hatte

feststellen können (S. 7 ihres Gutachtens). Leichte kognitive Einschränkungen in fordernden Situationen, aber nicht im Alltag, sind jedoch durch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung am 9. November 2015 im Universitätsklinikum U. bestätigt. Im sozial-kommunikativen Bereich sind die Einschränkungen dagegen allenfalls mittelgradig ausgeprägt. Der Kläger ist weiterhin handwerklich in Vollzeit berufstätig, er war zur Zeit der Begutachtung nur wegen körperlicher Erkrankungen bzw. der Operation am Knie arbeitsunfähig erkrankt. Er ist verheiratet, wobei das Eheleben zwar als angespannt, aber nicht als beschädigt beschrieben wird, insbesondere nachdem der Adoptivsohn nicht mehr im Haushalt lebt. Er hilft seiner Ehefrau samstags in ihrem Büro. Er besorgt Teile des Haushalts, was sich aus seinen Angaben über die Rückenschmerzen beim Geschirrspülen, Waschen und Saugen sowie beim Holzholen ergibt. Und auf physischer Ebene, wenn denn eine somatoforme Schmerzstörung angenommen wird, sind die Einbußen nur geringfügig, wie der Kläger selbst angegeben hat.

Jedenfalls bestehen bei dem Kläger keine mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, wie sie für einen GdB von 50 vonnöten wären. Er drückt sich umfassend und zutreffend aus und ist in der Lage, seine Interessen zielgerichtet wahrzunehmen. Dies ergibt sich aus seinen umfangreichen, strukturierten und begründeten eigenen Schriftsätzen aus dem Vor- und dem Klageverfahren, wie seinem sehr zielgerichteten Handeln, insbesondere was das Berufungsziel anbelangt mit an die jeweilige Prozesssituation angepasstem Vortrag, was die Steuerungsfähigkeit eindrucksvoll unterstreicht, sodass der Kläger nicht nennenswert eingeschränkt ist. Eine Gesamtschau der Lebensbiografie des Klägers führt zwar zu der Vermutung, dass seine seit langem bestehende Persönlichkeitsstruktur zu Schwierigkeiten im Bereich privater Lebensgestaltung und - wohl während des Berufslebens zunehmend - auch auf der Arbeit geführt hat; dort beklagt er mobbingähnliche Angriffe, die es unter den früheren Betriebsinhabern nicht gegeben habe. Der Senat hält, wie bereits ausgeführt, die hierauf aufbauende Vermutung des Wahlgutachters Dr. Kö. für nachvollziehbar, dass der Kläger durch erfahrene Ablehnung, die Schwierigkeiten mit dem Adoptivsohn und die Erbaseinmischung mit dem Bruder die depressive Erkrankung entwickelt hat und der soziale Rückzug erst danach eingesetzt hat. Diese sozialen Anpassungsschwierigkeiten können noch als leichtgradig bezeichnet werden. Schwierigkeiten unmittelbar im Umgang mit anderen Menschen, die zu direkter Ablehnung in der Gesellschaft führen würden, sind bei ihm dagegen nicht zu erkennen.

Bei dem Kläger liegt in keinem weiteren Funktionssystem ein GdB von wenigstens 20 vor, der für eine Erhöhung des GdB (Teil-GdB) von 40 für die psychischen Erkrankungen notwendig wäre (vgl. Teil A Nr. 3 Buchstabe d Doppelbuchstabe ee Satz 1 und 2 VG).

Die jüngst diagnostizierte chronische Borreliose begründet keinen GdB. Die bloße Diagnose, hier vor allem die Feststellung von Antikörpern im Blut, belegt allein keine Funktionsbeeinträchtigungen und stützt damit zu keinem GdB. Nach der Eingangsregelung bei Teil B Nr. 16 VG richtet sich die Höhe des GdB bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems nach der Schwere der hämatologischen Veränderungen, nach den Organfunktionsstörungen, nach den Rückwirkungen auf andere Organe, nach der Auswirkung auf den Allgemeinzustand und der Häufigkeit von Infektionen. Wie sich aus den entsprechenden Regelungen bei Teil B Nr. 10 VG - für entsprechende Krankheiten des Verdauungssystems - ergibt, rechtfertigt der serologische Nachweis von Antikörpern als Nachweis einer durchgemachten Infektion (Seronarbe) allein noch keinen GdB, vielmehr eine solche oft symptomlos und ohne funktionelle dauerhafte Einschränkung verläuft (vgl. zur Lyme-Borreliose als Berufskrankheit Nr. 3102, Urteil des BSG vom 27. Juni 2017 - [B 2 U 17/15 R](#) - juris, Prozessvorbericht). Bei dem Kläger sind zunächst nicht die, wie ausgeführt ohnehin geringfügigen, kognitiven Einschränkungen zu berücksichtigen, da diese nach Dr. Ha.s sachverständiger Aussage nicht auf der Borreliose beruhen können. Die schon seit langem bestehenden Schmerzen vor allem im Ellbogenbereich bedingen keinen GdB von wenigstens 10. Relevant wären insoweit Bewegungseinschränkungen oder Versteifungen (vgl. Teil B Nr. 18.13 VG). Nach der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Sc. vom 21. Februar 2017 sind jedoch - unter anderem - die Beweglichkeiten der Ellenbogengelenke frei, lediglich die Außenrotation links endgradig eingeschränkt. Ein GdB von 10 ist aber erst bei einer vollständigen Aufhebung der Unterarmdrehung (in günstiger Stellung), also einer Versteifung, gerechtfertigt.

Ebenso liegen keine orthopädisch bedingten Funktionseinbußen mit einem GdB von wenigstens 20 vor.

Dies gilt zunächst, wie ausgeführt, für die Ellenbogengelenke, wenn dort doch orthopädisch zu erfassende Erkrankungen wie eine Arthrose vorliegen sollten.

Im Funktionssystem "Rumpf" bestehen nach den übereinstimmenden Zeugenaussage von Dr. Ku. und Dr. Sc. lediglich eine Steilstellung der LWS, Muskelhartspann, leichter Druckschmerz L5/S1 links und ein Finger-Boden-Abstand von 30 cm, während die Rumpfbeweglichkeit nicht eingeschränkt ist. Entgegen dem Vorschlag Dr. Sc.s ist hierfür kein GdB von 20 anzunehmen. Ein solcher wäre nach Teil B Nr. 18.9 VG erst bei mindestens mittelgradigen Funktionseinschränkungen in einem WS-Abschnitt, hier der LWS, anzuerkennen. Dazu müssten unter anderem häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten mittleren Grades oder häufig rezidivierende und über Tage anhaltende WS-Syndrome vorliegen. Dies ist bei dem Kläger nicht der Fall. Er beklagt lediglich die - eventuell aus den Muskelverhärtungen folgenden - zeitweisen Schmerzen z.B. bei der Berufstätigkeit oder Hausarbeit. Auch in dem Entlassungsbericht der Klinik A. S. M. vom 20. Januar 2017 ist ausgeführt, bei den Probearbeiten des Klägers hätten keine Einschränkungen des Bewegungsausmaßes - der oberen Extremitäten - und kein defizit- oder schmerzorientiertes Verhalten beobachtet werden können.

Auch für das Funktionssystem "Beine" kann entgegen Dr. Sc.s Vorschlag kein GdB von 20 angenommen werden. Der Kläger leidet nach ihrer Zeugenaussage an Gon→arthrose rechts, Retropatellararthrose beidseits, Senk-Spreizfuß beidseits und Hallux valgus, links mehr als rechts. An den Knien liegen aber keine - für den GdB maßgeblichen - Bewegungseinschränkungen oder ausgeprägten Knorpelschäden mit anhaltenden Reizerscheinungen (Teil B Nr. 18.14 VG) vor. Dr. Ku. hat in seiner Aussage gegenüber dem SG angegeben, das rechte Kniegelenk sei nach einer OP schmerzfrei und der Kläger damit zufrieden, es beständen kein Erguss, keine Meniskuszeichen pp, die Beweglichkeit sei frei, es sei nur ein geringes retropatellares Reiben zu hören. Und ein Senk-Spreiz-Fuß ohne wesentliche statische Auswirkung, wie er bei dem Kläger allenfalls anzunehmen ist, bedingt nach ausdrücklicher Regelung in den VG einen GdB von 0.

Eine behinderungsrelevante Lungenerkrankung ist bei dem Kläger nicht zu berücksichtigen. Zwar hatte eine Lungenfunktionsprüfung während des Aufenthalts in der Klinik A. S. M. im Januar 2017 auffällige Ergebnisse, vor allem eine auf 53 % des Normwerts abgesunkene Einsekundenkapazität. Bereits dort war aber empfohlen worden, die Compliance des Klägers zu überprüfen. Er selbst hat hierzu bei seiner Anhörung am 31. März 2017 angegeben, die Messung sei fehlerhaft gewesen und eine Lungenerkrankung sei nicht weiter thematisiert worden. Der Senat hält daher eine Erkrankung auf lungenärztlichem Gebiet nicht für erwiesen. Außerdem liegt prognostisch noch keine

Dauererkrankung vor (vgl. [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#)), zumal der Kläger inzwischen das Rauchen aufgegeben hat.

Weitere Behinderungen sind nicht dargetan oder erkennbar, weshalb ein höherer Gesamt-GdB als 40 aktuell nicht begründbar ist.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-07-07