

L 6 SB 785/19

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 17 SB 3782/16

Datum

13.09.2018

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 785/19

Datum

18.07.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten werden das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 13. September 2018 abgeändert und die Klage umfassend abgewiesen. Außergerichtliche Kosten des Klägers sind von dem Beklagten im gesamten Verfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Beklagte wendet sich zuletzt gegen das erstinstanzliche Urteil, soweit er zur Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) als 30 verurteilt wurde.

Der 1969 geborene Kläger ist türkischer Staatsangehöriger. Er wurde während eines Heimataufenthaltes seiner Eltern, die bereits in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) lebten, in der Republik Türkei geboren. Mit Beginn der Grundschulzeit zog er mit seiner Mutter und seinen sechs Geschwistern dorthin, während sein Vater im Bundesgebiet blieb. Mit elf Jahren kehrte er dauerhaft in die BRD zurück. Die Hauptschule, welche er ein Jahr besuchte, musste er verlassen, da er in eine Handgreiflichkeit verwickelt war. Auf Initiative seiner Eltern holte er den Hauptschulabschluss an der Volkshochschule nach. Er begann verschiedene Berufsausbildungen als Diamantschleifer, Hotelfachmann, Koch und Gipser, ohne allerdings einen Abschluss zu erzielen. Ab 1987 arbeitete er auf Initiative einer seiner Brüder, in einem Unternehmen, welches Aluminiumprofile herstellt, wo er als Maschinenbediener beschäftigt war.

2013 und im Folgejahr kam es zu vier Verkehrsunfällen mit dem Motorroller des Klägers. Beim ersten Ende 2013 rutschte er mit ihm aus, wobei er sich Prellungen und Schürfungen zuzog. Nach einem weiteren im Februar 2014 geschah der dritte drei Monate später, bei dem er auf die Windschutzscheibe eines Personenkraftwagens geschleudert wurde, als er sich auf einer vorfahrtsberechtigten Straße befand. Hierbei zog er sich Frakturen des dritten, vierten und fünften Brustwirbelkörpers, Brüche der dritten und vierten Rippe links, eine Grundgliedfraktur der Großzehe rechts, eine Prellung der linken Schulter sowie Zahnschädigungen im Bereich des Ober- und Unterkiefers zu. Die Assistenzärztin F., Abteilung Unfall-, Hand- und Wiederherstellende Chirurgie des O. Klinikums O., berichtete nach dem deswegen erforderlichen stationären Aufenthalt vom 17. bis 24. Mai 2014, bei einer stabilen Fraktursituation habe von einer Operation abgesehen werden können. Der Kläger sei unter krankengymnastischer Anleitung bis zur Schmerzgrenze mobilisiert worden. Er habe sich alsbald selbsttätig auf dem gesamten Klinikgelände bewegen können. Konsiliarisch sei ein Arzt der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie hinzugezogen worden, welcher keinen Handlungsbedarf gesehen habe. Beim vierten Unfall Ende August 2014 sei der Kläger mit seinem Motorroller mit einem Taxi kollidiert, dessen Fahrer von hinten auf ihn aufgefahren sei. Hierbei habe er sich eine Prellung am kleinen Finger der linken Hand zugezogen.

Am 16. Oktober 2015 beantragte der Kläger beim Landratsamt O. die Feststellung des GdB.

Dr. S., Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete über die bei ihr durchgeführte ambulante Psychotherapie, diese habe Ende Mai 2015 in einem Umfang von ein- bis zweimal in der Woche begonnen und Mitte Dezember 2015 geendet. Sie habe eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) und eine narzisstisch-depressive Persönlichkeitsstruktur mit multiplem Suchtverhalten in Form einer Beziehungs-, Kauf- und Nikotinsucht diagnostiziert. Die zusätzlich vorhandene Schmerzstörung habe sich trotz intensiver Physiotherapie eher verfestigt, nachdem ihm mehrere Fachärzte für Orthopädie mitgeteilt hätten, dass die Schmerzen nicht durch entsprechende körperliche Veränderungen, insbesondere röntgenologisch, zu erklären seien. Der Kläger habe stark unter dem Gefühl gelitten, dass ihm erhebliches Unrecht zugefügt worden sei, wenn er für die durch den Unfall von Mai 2014 erlittenen Einschränkungen nicht ausreichend entschädigt werde. Verstärkt worden sei dies dadurch, dass die rechtlichen Auseinandersetzungen um Schmerzensgeld sich sehr lange hingezogen hätten. Durch das Geschehen sei der Kläger in seinem Selbsterleben erheblich beeinträchtigt gewesen, habe sich von seinen früheren Freunden zurückgezogen und habe Ängste entwickelt, dass er von den

bisherigen Arbeitskollegen gemobbt werden würde, wenn er in seiner jetzt geschwächten Verfassung an den Arbeitsplatz zurückkehre. Aus der Vorgeschichte sei deutlich geworden, dass er mit den verschiedenen Umzügen von und in die Türkei als Kind überfordert gewesen sei. Er habe wohl eine Bindungsstörung und narzisstische Beeinträchtigung entwickelt. In der Schule habe er Schwierigkeiten bekommen und ein impulsives, zum Teil aggressives Verhalten entwickelt. Nachdem er als Dreizehnjähriger eine Zeitlang allein gelebt habe, habe er die Schule abgebrochen. Später habe er den Hauptschulabschluss nachgeholt. Eine Ausbildung zum Hotelfachmann habe er nach kurzer Zeit beendet, weil er es dort wegen der Trennung von seiner gewohnten Umgebung nicht lange ausgehalten habe. Er habe sich anschließend eine Wohnung gemietet, in der er nahezu täglich Partys gefeiert habe. Mithilfe einer langjährigen Freundin habe er den Absprung geschafft, weshalb er auch nicht wie sein Vater der Alkoholsucht verfallen sei. Neben seiner aktuellen Freundin habe er fortlaufend bis aktuell Liebesbeziehungen zu anderen Frauen unterhalten. Schwangerschaften habe er als Versuche, ihn zu binden, gedeutet. Es sei innerhalb der Partnerschaften dreimal zu Schwangerschaftsabbrüchen gekommen. Die langjährige Freundin habe weiter zu ihm gehalten. Es sei mit ihr wie in einer Familie. Sie unterstütze ihn mit einer Wohnung. Als Partnerin habe er sie inzwischen als zu alt und wenig attraktiv empfunden. Von den Ärzten habe er sich nicht richtig verstanden gefühlt, insbesondere, weil sie die Bandscheibenprobleme im Bereich der Halswirbelsäule nicht als unfallbedingt eingestuft hätten. Dies habe ihn sehr gestört. Ähnlich sei es mit seinen Zähnen, die er vor dem Unfall für viel Geld habe überkronen lassen und von denen er einige dabei verloren habe.

Dr. N., Facharzt für Orthopädie, äußerte im Februar 2016, bei dem Zustand nach einer Deckplattenimpressionsfraktur ersten Grades von Th3 bis Th5 sei eine minimal verstärkte Brustkyphose ohne funktionelle Einschränkung verblieben. An der Schulter habe eine mäßige Arthrose im Bereich des Akromioklavikulargelenkes mit einer mäßigen Einengung des subakromialen Raumes bestanden. Insgesamt bestehe eine schwere chronifizierte Schmerzverarbeitungsstörung mit einem Dauerschmerz im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule sowie der Schulter. Eine ausgeprägte Diskrepanz des Schmerzerlebens zum objektivierbaren Befund habe bestanden. Die Beschwerden und die demonstrierten Funktionseinschränkungen korrelierten darüber hinaus nicht mit den radiologischen Befunden.

Nach Auswertung der ärztlichen Unterlagen bewertete die Versorgungsärztin L. eine degenerative Veränderung der Wirbelsäule und ein Schulter-Arm-Syndrom einerseits sowie eine seelische Störung und ein chronisches Schmerzsyndrom andererseits jeweils mit einem Einzel-GdB von 20, woraus ein Gesamt-GdB von 30 resultiere. Daraufhin stellte das Landratsamt O. mit Bescheid vom 25. November 2015 den GdB mit 30 seit 16. Oktober 2015 fest. Der Widerspruch wurde vom Regierungspräsidium Stuttgart mit Widerspruchsbescheid vom 7. September 2016 zurückgewiesen.

Bereits vom 19. Januar bis 1. März 2016 hielt sich der Kläger stationär in der M.-B.-Klinik in K. auf. Der Chefarzt Dr. C. diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.8) sowie Frakturen mit Beteiligung des Thorax, der Lumbosakralgegend und des Beckens (ICD-10 T02.10). Im Rahmen der Anamnese habe er berichtet, seit den Unfällen körperlich nichts mehr machen zu können. Zuvor habe er Kampfsport ausgeübt und getanzt. Die Schmerzen seien seitdem immer schlimmer geworden. Er gehe nur noch mit dem Hund spazieren. Er habe Krankenhäuser, bekomme Schweißausbrüche, wenn er ein Martinshorn höre und habe Alpträume, bei denen er Sand in seinem Mund spüre. Er habe Angst vor dem Verkehr, insbesondere dem Rollerfahren. Jetzt greife er als Verkehrsmittel auf das Auto zurück. Der Kläger habe über unstete Frauenbeziehungen berichtet. Er brauche seine Freiheit. Die Schilderung seiner vergangenen Beziehungen zu Frauen sei sehr narzisstisch geprägt gewesen. Er lebe in der Zwei-Zimmer-Mietwohnung seiner Partnerin, welche sich aktuell dort nicht aufhalte, weil sie ihre kranke Mutter versorge. Zum Mittagessen gehe er immer zu ihnen. Beim Putzen würden ihm Freunde helfen. Sein soziales Umfeld bestehe aus Freundinnen und Kumpels, die ihn unterstützten. Er habe befürchtet, Schwierigkeiten in seinem Betrieb zu bekommen, wenn er an den Arbeitsplatz zurückkehre. Er habe die Sorge, versetzt zu werden, weil er seiner beruflichen Tätigkeit nicht mehr gewachsen sei. Bis November 2015 habe er Krankengeld erhalten, seither beziehe er Übergangsgeld. Zuhause habe er Fische und Vögel. Zudem beobachte er gerne Hühner und Hasen. Sport treibe er keinen mehr. Beim Aufnahmegespräch sei er zu allen Qualitäten voll orientiert gewesen. Die Haltung sei freundlich, zugewandt und auskunftsfreudig bis redselig gewesen. Die Auffassung, die Konzentration, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Der formale Gedankengang sei geordnet gewesen. Störungen des inhaltlichen Denkens seien nicht aufgefallen. Im Affekt habe er ausgeglichen gewirkt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Hinweise auf eine Beeinträchtigung des Antriebes oder der Psychomotorik hätten nicht bestanden. Sein Verhalten sei sozial und situativ adäquat gewesen. Bei einer Körpergröße von 1,69 m habe er 82 kg gewogen, woraus sich ein Body-Mass-Index von 28,7 kg/m² errechne. Der Finger-Boden-Abstand habe 5 cm betragen. Die Koordination sowie das Gang- und Standbild seien unauffällig gewesen. Die Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes sei etwas eingeschränkt gewesen. Sonst habe eine freie Beweglichkeit der Gelenke der oberen und unteren Extremitäten bestanden. Zum Aufnahmegespräch sei er altersentsprechend wirkend und mit gebräuntem Gesicht erschienen. Aus seinen Schilderungen sei zu entnehmen gewesen, dass er wenig Anerkennung für seine Leistungen erhalten habe. Körperliche Fitness und Erfolg im Beruf hätten demgegenüber seinen Selbstwert stabilisiert. Auffällig gewesen sei, dass er seine Objektbeziehungen so gewählt habe, dass seine Partnerinnen ihm nicht würdig gewesen seien. Mit zunehmendem Alter habe er erkennen müssen, dass er sich den stabilen Rückhalt einer eigenen Familie nicht aufgebaut habe. Die Unfälle habe er als narzisstische Kränkung erlebt, weil er sich bis dahin wohl als unverwundbar erlebt habe. Insofern habe er die als degenerativ beschriebenen körperlichen Veränderungen durch die somatischen Diagnostiker als narzisstische Kränkung erfahren. Die Medikation bei der Entlassung habe aus Paroxetin, 10 mg (1-0-0-0), Ibuprofen, 800 mg (0-0-1-0), Pantoprazol, 40 mg (1-0-0-0), Fenofibrat, 800 mg (0-0-1-0), L-Thyroxin, 100 µg (1-0-0-0), welches im Verlauf gesteigert worden sei, sowie bedarfsweise Foster 100/6 µg (1-0-0-1) und Promethazin, 10 mg bestanden.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 7. September 2016 hat der Kläger am 27. September 2016 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben, mit der er die Feststellung des GdB von 50 verfolgt hat.

Das SG hat Prof. Dr. L., Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Nach seiner ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung am 6. März 2017 hat er ein chronisches Schmerzsyndrom der Wirbelsäule, betont im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule, mit einer überwiegend leichten bis mittelschweren Einschränkung der statischen Belastbarkeit und Beweglichkeit, aber ohne sensible und motorische Defizite, bei dem Zustand von in einer leichten Fehlstellung abgeheilten Brustwirbelbrüchen sowie ein Schmerzsyndrom des Schultergürtels und beider Schultern im Sinne einer leichten Einklemmungssymptomatik bei einer leichten Arthrose des Schulterreckgelenkes mit leichten funktionellen Einschränkungen festgestellt. Die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule hat er mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet, diejenigen der Schultergelenke mit einem Einzel-GdB von 10.

Der Kläger habe einem normalen Schrittempo auf dem Weg zum Untersuchungszimmer folgen können. Das Gangbild sei seitengleich harmonisch gewesen. Gehhilfen seien nicht eingesetzt worden. Die Konfektionsschuhe hätten keine Hinweise auf eine seitendifferente Belastung gezeigt. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei in allen Ebenen endständig eingeschränkt gewesen. Der Bewegungsablauf sei seitengleich harmonisch gewesen. Ein Anhalt für Bewegungsblockaden in der segmentalen Untersuchung habe nicht bestanden. Die Kyphose der Brustwirbelsäule sei haltungsbedingt leicht vermehrt gewesen. Die Fehllage sei aktiv inkomplett korrigierbar gewesen. Die Muskulatur sei insgesamt seitengleich regelrecht ausgebildet gewesen. Das Zeichen nach Ott sei mit 28/31 cm gemessen worden. Der paravertebrale Muskeltonus sei über der gesamten Lendenwirbelsäule beidseits vermehrt gewesen. Ein Druck- und Klopfschmerz über den Dornfortsätzen sei beklagt worden. Die Beckeninklination sei reduziert gewesen. Der Finger-Boden-Abstand sei kleiner als 30 cm gewesen. Ein Hinweis auf eine Blockade des Iliosakralgelenkes habe nicht bestanden. Die orientierende neurologische Untersuchung sei sensomotorisch unauffällig gewesen. Die Schultergelenke hätten bei der Bewegung Arm seitwärts/körperwärts beidseits 180-0-20° erreicht, Arm rückwärts/vorwärts beidseits 40-0-170° sowie Arm auswärts/einwärts drehen, bei anliegendem Oberarm beidseits 60-0-90° und bei seitwärts um 90° angehobenem beidseits 60°.

Das SG hat des Weiteren eine Begutachtung bei Dr. L., Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, veranlasst. Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 29. Mai 2017 hat dieser eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und ein somatoformes Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.4) diagnostiziert. Er habe in sich geschlossen und glaubwürdig die Beeinträchtigung durch eine posttraumatische Belastungsstörung geschildert. Er habe während der Untersuchung Belastungszeichen gezeigt, wenn es um den Unfallhergang oder die Folgen gegangen sei. Demgegenüber habe sein interaktionelles Verhalten kontrastiert, wenn es um andere Themen gegangen sei, zu denen er rational gesteuert und dem jeweiligen Sachumstand angemessen Auskunft habe geben können. In dieser Situation sei eine traumaspezifische stationäre Therapie zu empfehlen. Mittels dieser könne eine deutliche Besserung innerhalb eines relativ kurzen Zeitraumes von etwa sechs Monaten erzielt werden. In der Biografie habe sich wiedergespiegelt, dass er die Neigung habe, explizite oder implizite Regeln zu ignorieren. Hierdurch seien die bisherigen therapeutischen Bemühungen negativ belastet gewesen. Die posttraumatische Belastungsstörung äußere sich durch Albträume, die wiederholte Beschäftigung mit dem Trauma des verheerenden Auslöseereignisses, eine emotionale Instabilität in dieser Situation sowie die verminderte Fähigkeit, rational zu reagieren. Weiterhin leide der Kläger unter einer somatoformen Schmerzstörung, welche die vorliegenden somatischen Beschwerden akzentuiere und in ihrer Wahrnehmung verstärke. Die seelische Störung sei mit einem Einzel-GdB von 30, das chronische Schmerzsyndrom der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 20 und das Schmerzsyndrom des Schultergürtels mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten, woraus ein Gesamt-GdB von 40 resultiere.

Im Rahmen der Anamnese habe der Kläger angegeben, sehr viel länger für eine Tätigkeit zu benötigen als früher. Für eine Arbeit von fünf Minuten müsse er mittlerweile fünf Stunden aufwenden. Weiterhin leide er unter Albträumen. Er träume dann beispielsweise von Sand, von einer langen Allee oder einem Rollstuhl. Die aktuelle Medikation habe aus Paroxetin, 10 mg (1-0-0-0), bedarfsweise Ibuprofen, 800 mg, wobei er derzeit etwa fünf Tabletten im Monat einnehme, Novaminsulfon, 500 mg (1-1-1-1), Pantoprazol, 40 mg (1-0-0-0), L-Thyroxin, 75 µg (1-0-0-0) sowie Budesonid (1-1-1-0) bestanden. Seit einigen Monaten sei er bei dem Psychotherapeuten Dr. F. in Behandlung. Es habe bisher sechs Gespräche gegeben. Die Albträume hätten 2014 nach dem Unfallereignis begonnen und seien seither in der Intensität bis 2016 angestiegen. Er lebe seit 1986 in einer festen Partnerschaft mit einer 53-jährigen Frau. Sie kümmere sich um ihn, bereite das Essen zu und säubere die Wohnung, in der er mit ihr lebe, obwohl sie sich beziehungsweise seit dem Unfall voneinander entfernt hätten. Seit 2014 habe er eine weitere Beziehung zu einer 31-jährigen Frau, die ihn zu dem Untersuchungsgespräch begleitet habe. Über die Jahre hinweg habe er permanent bis zu fünf Beziehungen gleichzeitig unterhalten. Seine langjährige Partnerin sei über die vielen Beziehungen informiert gewesen und habe sie toleriert. Aus den zahlreichen Partnerschaften gebe es keine Kinder. Nach seinem Wissen sei es zu elf Abtreibungen gekommen. Seine zweite Partnerin komme regelmäßig in die Wohnung, die seiner langjährigen Freundin gehöre, koche dort für ihn und mache sauber. Seine promiskuitive Lebensweise pflege er in dieser Form seit dem 14. Lebensjahr. Bei dem Unfall im Mai 2014 habe er einen Helm getragen. Während des stationären Aufenthaltes habe er das Zimmer mit mehreren anderen Unfallopfern geteilt, was sich negativ auf seine Psyche ausgewirkt habe. Das Unfallgeschehen habe sich in wiederkehrenden Albträumen ausgewirkt. Er träume etwa von Sand, was er anfangs nicht verstanden habe. Jemand habe ihm die Erklärung angeboten, bei dem Unfall sei Zahnersatz beschädigt worden, weswegen er möglicherweise dessen Zement im Mund wahrnehme. Weiterhin träume er öfter von einem Rollstuhl, womit er die Aussage verbinde, irgendwann geholt zu werden. Schließlich tauche dabei eine Allee auf. Dort sei Sand und Blut. Er sei bettlägerig oder ihm fehlten die Glieder. Die Psychomotorik und Mimik seien unauffällig gewesen. Anfangs sei er stark agitiert und in seiner Gedankenführung teilweise unklar, unkonzentriert und in seinen Angaben unpräzise gewesen. Diese Interaktionsform habe sich fortgesetzt, solange die Thematik des Unfalls und die Folgen daraus besprochen worden seien. Bei der Besprechung anderer Dinge habe der Kläger klare Angaben machen können und habe rational gesteuert und präzise gewirkt. Er habe den Unterschied selbst bemerkt und ihn zutreffend beschrieben. Die Schwingungsfähigkeit sei zum Positiven hin leicht eingeschränkt gewesen. Es habe keinen Hinweis auf eine aktuelle psychotische Symptomatik gegeben.

Der Kläger hat den Bericht von Dr. D., Leiter des Zentrums für Schlafmedizin der Neurologischen Klinik des O. Klinikums O., von Juli 2017 vorgelegt, wonach ein obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert worden sei. Der Kläger sei mit einem Airsense S 10-Gerät mit Luftbefeuchter und einer FX Mirage-Nasenmaske ausgestattet worden.

Das SG hat daraufhin neben Dr. D. auch Dr. F., Facharzt für Neurologie, als sachverständigen Zeugen befragt, welche im September 2017 und im Folgemonat schriftlich geantwortet haben.

Dr. D. hat kundgetan, wegen des jungen Alters des Klägers und seiner Einschlafneigung sei eine vorgezogene Aufnahme zu zwei ambulanten Polysomnographien mit persönlichen Kontakten am 5., 6. und 7. Juli 2017 erfolgt. Eine CPAP-Therapie sei veranlasst worden.

Dr. F. hat beschrieben, eine eingeschränkte Beweglichkeit im Schultergelenk beidseits, ausgeprägte Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, multiple Bandscheibenprotrusionen der Halswirbelsäule mit multiplen Neuroforamenengen, eine ausgeprägte Dorsalgie bei dem Zustand nach einer stabilen Wirbelkörperfraktur von Th3 bis Th5 und Brüchen der dritten und vierten Rippe links sowie ein leichtes, sensibles Karpaltunnelsyndrom beidseits mit Erstdiagnose 2016 festgestellt zu haben.

Der Kläger hat schließlich den Entlassungsbericht von Dr. C. über den weiteren stationären Aufenthalt vom 23. Januar bis 6. März 2018 vorgelegt, wonach eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine psychische

Störung und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2), ein zervikozepales Syndrom (ICD-10 M53.0), eine Radikulopathie im Thorakalbereich (ICD-10 M45.14), ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit einer nCPAP-Therapie, ein Asthma bronchiale und eine Hypothyreose, jeweils nicht näher bezeichnet, sowie eine Adipositas vom Grad I durch eine übermäßige Kalorienzufuhr diagnostiziert worden seien. Die Medikation bei der Aufnahme habe aus L-Thyroxin, 75 µg (1-0-0-0), Simvastatin, 40 mg (1-0-0-0) und Novaminsulfon, 500 mg, bis zu dreimal täglich bei Schmerzen, bestanden. Der Kläger habe mittlerweile von Arbeitslosengeld II gelebt und angegeben, in der Zwei-Zimmer-Unterkunft seiner Freundin zur Untermiete zu wohnen. Er habe bekundet, darunter zu leiden, nicht arbeiten zu können. Bei bestehendem Arbeitsverhältnis sei er weiterhin arbeitsunfähig erkrankt gewesen. Er habe 2016 einen Rentenantrag gestellt, der abgelehnt worden sei. Er habe sich von den meisten Menschen zurückgezogen. Kontakt halte er noch zu einigen Freundinnen, mit denen er sich verstehe. Im Aufnahmegespräch sei er wach sowie örtlich, zeitlich, zur Person und situativ voll orientiert gewesen. Die Auffassung, die Konzentration, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Im Affekt sei er ausgeglichen gewesen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei voll erhalten und der Kläger auslenkbar gewesen. Hinweise auf eine leichte Angst hätten bestanden, demgegenüber nicht auf Phobien oder Zwänge. Der formale Gedankengang sei geordnet gewesen. Störungen des inhaltlichen Denkens, des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung seien nicht aufgefallen. Die Adipositas vom Grad I habe sich aufgrund eines Body-Mass-Indexes von 32,7 kg/m² ergeben. Der Finger-Boden-Abstand sei mit etwa 10 cm eingeschätzt worden. Die Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes sei etwas eingeschränkt gewesen. Im Vergleich zur freien Selbstauskunft im Rahmen der Anamnese und dem Vergleich zum klinischen Bild habe die Selbstbeurteilung realistisch gewirkt und dem klinischen Eindruck mit einer leichten Besserung vor der Entlassung entsprochen.

Der Beklagte hat daraufhin ein Vergleichsangebot unterbreitet, wonach wegen des Anfang Juli 2017 nachgewiesenen Schlafapnoe-Syndroms der GdB 40 ab 6. Juli 2017 beträgt, welches der Kläger abgelehnt hat.

Das SG hat den Rechtsstreit am 13. September 2018 mündlich verhandelt und daraufhin durch Urteil die angefochtene Verwaltungsentscheidung teilweise aufgehoben und den GdB mit 40 vor dem 6. Juli 2017 und mit 50 ab diesem Zeitpunkt festgestellt. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Die außergerichtlichen Kosten des Klägers sind dem Beklagten zu drei viertel auferlegt worden. Die posttraumatische Belastungsstörung sei mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten. Dieser Wert könne angesichts des mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewertenden Wirbelsäulenleidens beziehungsweise der chronischen Schmerzstörung auf insgesamt 40 erhöht werden. Ab Anfang Juli 2017 sei ein Schlafapnoesyndrom nachgewiesen, welches einen Einzel-GdB von 20 und damit einen Gesamt-GdB von 50 rechtfertige.

Gegen die dem Beklagten am 28. Februar 2019 zugestellte Entscheidung hat dieser am 6. März 2019 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt und sinngemäß beantragt, das Urteil des SG vom 13. September 2018 abzuändern, soweit er verurteilt worden sei, beim Kläger ab 6. Juli 2017 einen höheren GdB als 40 festzustellen, und die Klage auch insoweit abzuweisen.

Der Beklagte hat zur Begründung, auch gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. von Februar 2019, vorgetragen, es sei nicht einmal einer höherer Gesamt-GdB als 30 bis aktuell begründbar. Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" rechtfertige nach dem von Dr. C. Anfang 2016 und zwei Jahre später jeweils erhobenen psychischen Befund keinen höheren Teil-GdB als 10. Davon abgesehen sei von weitreichenden gegenseitigen Überschneidungen auszugehen, sowohl in Verbindung mit dem beim Wirbelsäulenleiden subsumierten chronischen Schmerzsyndrom und dem GdB auf psychischem Gebiet sowie auch in Verbindung mit dem Schlafapnoesyndrom. Dieses habe ebenfalls psychische Auswirkungen. So bestehe eine mögliche vermehrte Müdigkeit tagsüber und eine eventuelle Störung des Nachtschlafes durch Benutzung der Atemmaske. Selbst bei Teil-GdB-Werten von 30 und zweimal 20 sei ein Gesamt-GdB von 50 nur dann zu rechtfertigen, wenn eine gegenseitige Verstärkung der Funktionseinschränkungen vorliege. Hiervon sei vorliegend nicht ansatzweise auszugehen. Im Gegenteil lägen weitreichende Überschneidungen vor.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 13. September 2018 abzuändern und die Klage umfassend abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung des Beklagten zurückzuweisen.

Er trägt im Wesentlichen vor, entsprechend den Ausführungen des SG sei die Schwerbehinderteneigenschaft jedenfalls ab Anfang Juli 2017 begründet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Beklagten ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 SGG](#)), und begründet.

Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist das Urteil des SG vom 13. September 2018, soweit mit ihm der Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 56 SGG](#)) gegen den Bescheid vom 25. November 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. September 2016 ([§ 95 SGG](#)) im tenorierten Umfang stattgegeben wurde. Maßgebend für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist für diese Klageart der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) -, [BSGE 104, 116](#) (124); Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34), welche am 18. Juli 2019 stattfand.

Der Beklagte stellte in der mündlichen Verhandlung beim LSG zulässigerweise die Entscheidung des SG im gesamten Umfang seiner Verurteilung zur Überprüfung und verfolgte die umfassende Abweisung der Klage. Dieses Begehren war zwar weiter als noch bei Einlegung der Berufung. Hiermit verzichtete er indes nicht teilweise auf sein Rechtsmittel (vgl. Urteil des Senats vom 7. Dezember 2017 - [L 6 VG](#)

[4996/15](#) -, juris, Rz. 58). Daher konnte er seine Berufung während des zweitinstanzlichen Verfahrens erweitern, was in entsprechender Anwendung der Vorschriften über die Klageänderung möglich ist, da [§ 99 SGG](#) nach [§ 153 Abs. 1 SGG](#) auch im Berufungsverfahren gilt (Bayerisches LSG, Urteil vom 27. April 2006 - [L 10 AL 264/02](#) -, juris, Rz. 20). Der Senat lässt offen, ob es sich dabei nur um eine Berufungserweiterung handelt, die entsprechend [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) ohne Weiteres zulässig ist. Selbst wenn es sich um eine echte Änderung nach [§ 99 Abs. 1 SGG](#) handelt, war sie zuzulassen, da sich der durch einen vertretungsbefugten Sozialverband vertretene Kläger in der mündlichen Verhandlung rügelos auf den erweiterten Antrag des Beklagten einließ ([§ 99 Abs. 1 Alt. 1, Abs. 2 Alt. 2 SGG](#)).

Sein Anspruch gründet auf [§ 152 Abs. 1](#) und 3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in der aktuellen, seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung durch Art. 1 und 26 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 23. Dezember 2016 ([BGBl I S. 3234](#)). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat ([§ 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). Menschen mit Behinderungen sind nach [§ 2 Abs. 1](#) 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 (Satz 1). Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (Satz 2). Menschen sind im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 156 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 153 Abs. 2 SGB IX](#)). Von dieser Ermächtigung hat das BMAS Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG \(Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV\)](#) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) zu regeln (vgl. [§ 1 VersMedV](#)). Soweit noch keine Verordnung nach [§ 153 Abs. 2](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16 BVG](#) Rechtsverordnungen entsprechend ([§ 241 Abs. 5 SGB IX](#)). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu [§ 2 VersMedV](#) ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). 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, final bezogen ist. 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 sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (etwa "Altersdiabetes" oder "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). 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 (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-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. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) -, juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 152 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 ([BSGE 82, 176](#) (177 f.)). 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 der Vorinstanz 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 sowie unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers bis aktuell mit einem Gesamt-GdB von 30 ausreichend bewertet sind, wie vom Beklagten bereits mit dem angefochtenen Bescheid vom 25. November 2015 ab dem im Verwaltungsverfahren beantragten Datum, dem 16. Oktober 2015, festgestellt wurde. Das SG hätte der Klage daher nicht teilweise stattgeben dürfen, sondern sie insgesamt abweisen müssen.

Das Funktionssystem "Atmung" erreicht einen Teil-GdB von 20.

Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfellschwarten richtet sich der GdB nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 8 vor allem nach der klinischen Symptomatik mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Außerdem sind die Einschränkung der Lungenfunktion, die Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen (z. B. Cor pulmonale) und bei allergisch bedingten Krankheiten auch die Vermeidbarkeit der Allergene zu berücksichtigen.

Ein Schlafapnoe-Syndrom mit dem Nachweis im Schlaflabor und ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung erreicht einen GdB von 0 bis 10, mit der Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung von 20 und bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung von 50.

Der sachverständige Zeuge Dr. D. stellte im Zentrum für Schlafmedizin der Neurologischen Klinik des O. Klinikums O. am 5. Juli 2017 ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom fest und verordnete eine CPAP-Therapie, woraus mit Beginn des Folgetages der Erhebung ein Einzel-GdB von 20 resultiert. In Bezug auf das von Dr. C. angeführte Bronchialasthma, weswegen der Kläger auf Budesonid (1-1-1-0) zurückgreift, sind keine dauernden Einschränkungen der Lungenfunktion objektiviert, sodass der Teil-GdB für das Funktionssystem "Atmung" 20 beträgt.

Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist mit keinem höheren Teil-GdB als 10 zu bewerten.

In Anlehnung an die VG, Teil B, Nr. 3.7, wonach Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen mit einem GdB von 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit einer wesentlichen 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 sowie bei schweren 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 sind, stützen die wegen der von Dr. L. und Dr. C. zuletzt diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10-GM-2019 F43.1), der anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10-GM-2019 F45.4) beziehungsweise der Somatisierungsstörung (ICD-10-GM-2019 F45.0) sowie der psychischen Störung und Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10-GM-2019 F17.2) bestehenden Funktionsstörungen keinen höheren Einzel-GdB als 10. Dr. L. stellte zwar eine emotionale Instabilität bei der wiederholten Beschäftigung mit dem Trauma des dritten Motorrollerunfalles und eine verminderte Fähigkeit, emotional zu reagieren fest. Dr. S. beschrieb nach der ambulanten Psychotherapie von Mai bis Dezember 2015 Ängste des Klägers, von den bisherigen Arbeitskollegen gemobbt zu werden, wenn er in seiner geschwächten Verfassung an den Arbeitsplatz zurückkehrt. Deswegen ging er bislang seiner beruflichen Tätigkeit als Maschinenbediener nicht mehr nach. Die von Dr. C. Anfang 2016 und zwei Jahre später erhobenen psychischen Befunde, die im Wesentlichen identisch sind, belegen hingegen keine solchen Funktionsstörungen, dass sich ein höherer Einzel-GdB als 10 rechtfertigen lässt. Im jeweiligen Aufnahmegespräch war er wach sowie örtlich, zeitlich, zur Person und situativ voll orientiert. Die Auffassung, die Konzentration, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis waren nicht beeinträchtigt. Im Affekt war er ausgeglichen. Die affektive Schwingungsfähigkeit war voll erhalten und der Kläger war auslenkbar. Hinweise auf eine leichte Angst bestanden zwar zuletzt, demgegenüber nicht auf Phobien oder Zwänge. Der formale Gedankengang war geordnet. Störungen des inhaltlichen Denkens, des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung fielen nicht auf.

Ein maßgeblicher sozialer Rückzug liegt zudem nicht vor. Dr. C. gegenüber erwähnte der Kläger, dass sein soziales Umfeld aus Freundinnen und Kumpels besteht, die ihn sogar beim Putzen der Wohnung unterstützten. Er führt nach eigenem Bekunden seit seinem vierzehnten Lebensjahr bis aktuell eine promiskuitive Lebensweise. Zudem befinden sich in seiner Wohnung Fische und Vögel, um die er sich kümmert. Dass er die Unterkunft verlässt, zeigt sich daran, dass er zum ersten Aufnahmegespräch in der M.-Klinik mit gebräuntem Gesicht erschien. Mit dem Psychotherapeuten Dr. F. hatte er 2017 sechs Gespräche geführt, wie er im Mai dieses Jahres gegenüber Dr. L. anführte. Damit in Einklang steht der von ihm erhobene psychopathologische Befund. Die Psychomotorik und Mimik waren unauffällig. Anfangs agitierte er stark und war in seiner Gedankenführung teilweise unklar, unkonzentriert und in seinen Angaben unpräzise. Diese Interaktionsform setzte sich fortgesetzt, solange die Thematik des Unfalls von Mai 2014 und die Folgen daraus besprochen wurden. Bei der Besprechung anderer Dinge machte der Kläger klare Angaben und wirkte rational gesteuert und präzise. Die Schwingungsfähigkeit war zum Positiven hin leicht eingeschränkt. Einen Hinweis auf eine aktuelle psychotische Symptomatik gab es nicht. Ein Einzel-GdB von 30 für stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit wird den erhobenen Funktionsbeeinträchtigungen nicht gerecht, weshalb der Senat der medizinischen Einschätzung von Dr. L. nicht folgte. Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist daher mangels anderweitiger Einschränkungen in diesem Bereich mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten.

Die bei dem Kläger wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf die Funktionssysteme "Rumpf" und "Arme" Teil-GdB von 10 und 0.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die

Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenk-schwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen. Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen.

Das Funktionssystem "Rumpf" rechtfertigt einen Teil-GdB von 10.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz-dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Aufgrund der gutachtlichen Untersuchung des Sachverständigen Prof. Dr. L. im Herbst 2016 sind im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule leichte funktionelle Auswirkungen sowie allein in Bezug auf die Lendenwirbelsäule geringe belegt, wodurch für die Wirbelsäule ein Einzel-GdB von 10 angemessen, aber auch ausreichend ist. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule war in allen Ebenen endständig eingeschränkt (vgl. Backup/Hoffmann, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln, 6. Aufl. 2018, S. 23 ff.). Der Bewegungsablauf war seitengleich harmonisch. Ein Anhalt für Bewegungsblockaden in der segmentalen Untersuchung bestand nicht. Die Kyphose der Brustwirbelsäule war haltungsbedingt leicht vermehrt. Die Fehlhaltung war aktiv inkomplett korrigierbar. Die Muskulatur war insgesamt seitengleich regelrecht ausgebildet. Das Zeichen nach Ott wurde mit 28/31 cm gemessen, weshalb die Brustwirbelsäule hinreichend entfaltbar war. Der paravertebrale Muskeltonus war über der gesamten Lendenwirbelsäule beidseits vermehrt. Ein Druck- und Klopfschmerz über den Dornfortsätzen wurde beklagt. Die Beckeninklination war indes lediglich reduziert. Der Finger-Boden-Abstand war kleiner als 30 cm, Dr. C bestimmte ihn im Frühjahr 2016 bei seiner orientierenden Untersuchung mit 5 cm und zwei Jahre später immer noch mit 10 cm. Einen Hinweis auf eine Blockade des Iliosakralgelenkes fand Prof. Dr. L nicht. Die von ihm durchgeführte orientierende neurologische Untersuchung war sensomotorisch unauffällig. Dr. N stellte damit in Einklang stehend im Februar 2016 als Zustand nach der Deckplattenimpressionsfraktur ersten Grades von Th3 bis Th5 eine minimal verstärkte Brustkyphose ohne funktionelle Einschränkung fest. Die Beschwerden und die demonstrierten Funktionseinschränkungen korrelierten nicht mit den erhobenen radiologischen Befunden. Belegt sind lediglich mit den Wirbelsäulenerkrankungen üblicherweise vorhandene Schmerzen (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j), welche in den in der GdB-Tabelle angegebenen Werten bereits berücksichtigt sind. Denn der Kläger griff bislang wegen der Schmerzen nur auf Novaminsulfon, 500 mg (1-1-1-1) und lediglich bedarfsweise auf Ibuprofen, 800 mg zurück, wobei er zuletzt im Mai 2017 gegenüber dem Sachverständigen Dr. L. bekundete, von Letzterem etwa fünf Tabletten im Monat einzunehmen. Das Funktionssystem "Rumpf" erreicht danach keinen höheren Teil-GdB als 10. Die medizinische Einschätzung von Prof. Dr. L überzeugte den Senat nicht.

Das Funktionssystem "Arme" hat einen Teil-GdB von 0 zur Folge.

Der GdB bei Gliedmaßenschäden ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.11 aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust. Die aufgeführten GdB für Gliedmaßenverluste gehen, soweit nichts Anderes erwähnt ist, von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im Allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktions-einschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB eine Änderung erfährt. Bei der Bewertung des GdB von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe günstiger sind als schlaife. Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

Prof. Dr. L stellte ein Schmerzsyndrom des Schultergürtels und beider Schultern im Sinne einer leichten Einklemmungssymptomatik bei einer leichten Arthrose des Schulterergelenkes mit leichten funktionellen Einschränkungen fest. Bei der gutachtlichen Untersuchung konnte der Kläger beide Arme bis 170° heben, ohne dass eine Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit ermittelt wurde. Dr. C beschrieb die Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes bei seiner orientierenden Untersuchung Anfang 2018 als etwas eingeschränkt. Ein messbarer GdB ist damit entgegen der medizinischen Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. L nicht erreicht.

Nach den medizinischen Befundunterlagen sind keine sonstigen Gesundheitsstörungen nachgewiesen, derentwegen einem Funktionssystem zuzuordnende Einschränkungen vorliegen, welche überhaupt erst geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen. Die Hypothyreose wird mit L-Thyroxin, zuletzt 75 µg (1-0-0-0) substituiert (VG, Teil B, Nr. 15.6). Die beim Kläger vorhandene Adipositas Grad I (ICD-10-GM-2019 E66.00), welche Dr. C diagnostizierte, bedingt keinen GdB. Nach den VG, Teil B, Nr. 15.3 können nur Folge- und Begleitschäden, insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat, die Annahme begründen. Solche sind allerdings nicht objektiviert.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), beträgt im Falle des Klägers der Gesamt-GdB keinesfalls mehr als 30 ab 16. Oktober 2015 bis aktuell.

Nach alledem war auf die Berufung des Beklagten das Urteil des SG abzuändern und die Klage umfassend abzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2020-06-05