

---

## S 18 SB 17/18

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Aachen
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	18
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 SB 17/18
Datum	20.08.2019

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger beehrte Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) als 40.

Der am 00.00.0000 geborene Kläger beantragte bei der Beklagten erstmals am 09.03.2017 die Feststellung eines GdB. Zur Begründung führte er die Folgen eines im August 2016 erlittenen Arbeitsunfalls an; eine schwere Quetschung des rechten Armes mit offenen Unterarmbrüchen und Weichteildecollement bis zum Oberarm und eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Der Kläger war mit dem rechten Arm zwischen zwei Umlenkwalzen geraten und in eine Industriemaschine hineingezogen worden. Hilfe erschien zunächst nicht in Sicht, bevor doch ein Kollege den für den Kläger selbst nicht erreichbaren Notausknopf drücken konnte.

Der Kläger bezieht bis heute Verletztengeld, eine Feststellung zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch die Berufsgenossenschaft (BG) ist bislang nicht

---

erfolgt.

Die Beklagte holte einen Befundbericht der Traumaambulanz des Euregioâ Institut f¼r Psychosomatik und Psychotraumatologie in B (F) (Dr. G) und Arztbriefe des BG Klinikums E (12/2016,2/2017) ein.

VersorgungsÃrztlich wurde eine FunktionseinschrÃnkung der rechten oberen GliedmaÃe als BG â Leiden mit einem Einzel â GdB von 20 bewertet, ebenso eine seelische StÃrzung.

Auf dieser Grundlage stellte die Beklagte mit Bescheid vom 14.06.2017 bei dem KlÃger einen GdB von 30 fest.

Hiergegen legte der KlÃger durch seinen BevollmÃchtigten am 06.07.2017 Widerspruch ein. Zur BegrÃndung wurde auf einen dreifachen Krankenhausaufenthalt nach dem Arbeitsunfall wegen einer schweren Verletzung des rechten Armes mit zusÃtzlicher psychologischer Belastung hingewiesen. Es sei ein GdB von mindestens 50 gerechtfertigt. Beigef¼gt waren Entlassungsberichte des BG Klinikums E (9/2016,11/2016,2/2017) und ein Arztbrief des Facharztes f¼r psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. G aus dem F (2/2017).

VersorgungsÃrztlich wurde darauf hingewiesen, dass aus dem Bericht der BG Klinik aus Februar 2017 eine MdE von zumindest 20 erlesbar sei. Die FunktionsstÃrzung der Psyche kÃnne auf einen Einzel â GdB von 30 angehoben werden. Mit "Abhilfebescheid" vom 29.08.2017 stellte die Beklagte daraufhin einen GdB von 40 fest.

Nachdem durch den KlÃgerbevollmÃchtigten unter Beif¼gung eines Arztbriefes des Facharztes f¼r Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. I (9/2017) auf SchÃdigung des Nervus radialis rechts hingewiesen wurde, die zusÃtzlich zu ber¼cksichtigen und zu bewerten sei, wurde versorgungsÃrztlich nunmehr auch die FunktionseinschrÃnkung der rechten oberen GliedmaÃe mit einem Einzel â GdB von 30 bewertet, ohne dass eine ErhÃhung des Gesamt â GdB bef¼rwortet wurde. Mit Widerspruchsbescheid vom 27.12.2017 wies die Bezirksregierung M¼nster den Widerspruch des KlÃgers als unbegr¼ndet zur¼ck.

Hiergegen hat der KlÃger durch seinen BevollmÃchtigten am 10.01.2018 Klage erhoben.

Er hat Berichte Åber ambulante Behandlungen der Klinik f¼r Handchirurgie, Plastische Chirurgie, Zentrum f¼r Schwerverletzte des BG Klinikums E (5/2017, 6/2017,7/2017) vorgelegt.

Das Gericht hat den medizinischen Aktenteil der BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse beigezogen. Sodann hat das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen SachverstÃndigengutachtens der FachÃrztin f¼r Psychiatrie und Psychotherapie, forensische Psychiatrie Dr. S vom 19.11.2018 mit

---

Zusatzuntersuchung durch die Neurologin T und Zusatzgutachten des Arztes f¼r Orthop¼die Dr. X vom 16.07.2018. Nach Einw¼nden des Kl¼ger-Bevollm¼chtigten hat das Gericht eine erg¼nzende Stellungnahme des Dr. X vom 01.04.2019 eingeholt. Die Sachverst¼ndigen haben die Bewertungen der Beklagten best¼tigt, wobei Frau Dr. S darauf hingewiesen hat, dass der Einzel-GdB von 30 f¼r eine abklingende PTBS nur soeben erreicht werde. Vor der m¼ndlichen Verhandlung hat das Gericht den zwischenzeitlich erweiterten medizinischen Aktenteil der BG beigezogen, u. a. ein im St.-Antonius Hospital F erstelltes Fach chirurgisches Gutachten vom 08.11.2018 in dem eine MdE von vor¼bergehend 30 %, nach Ablauf von sp¼testens drei Jahren von 20 % angenommen wird.

Kl¼gerseitig wird durch den Bevollm¼chtigten die sozialmedizinische Bewertung der Sachverst¼ndigen kritisiert. So seien etwa die Ausma¼e der Unterarmdrehbeweglichkeit nicht ausreichend ber¼cksichtigt. Diese stelle sich in einem Rahmen einer privatrechtlichen Streitigkeit erstatteten Gutachten, das nicht vorgelegt wird, deutlicher dar. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass nach dem Hauptgutachten neben einem Zustand nach Ulnarissch¼digung mit verbliebenen sensiblen Defiziten auch ein Verdacht auf eine sensible Radialissch¼digung festgestellt worden sei. Die psychiatrische Sachverst¼ndige ber¼cksichtige zu wenig, dass der Kl¼ger bei seinem Unfall beinahe ums Leben gekommen w¼re und in den vergangenen Jahren mehrfach Operationen und station¼re Krankenhausaufenthalte habe hinter sich bringen m¼ssen. Zudem best¼tige die Sachverst¼ndige, dass trotz positiver Ver¼nderungen vor allem im privaten Bereich weiterhin Psychotherapie notwendig sei. Einzelne in der Anamnese des psychiatrischen Gutachtens geschilderte Begebenheiten, das Funktionsniveau betreffend, bestreitet der Kl¼ger â¼ Bevollm¼chtigte ohne weitere Erl¼uterung im Rahmen der m¼ndlichen Verhandlung erstmals.

Der Bevollm¼chtigte des Kl¼gers beantragt, die Beklagte zu verpflichten, unter Aufhebung des Bescheides vom 14.06.2017 unter Einbeziehung des Abhilfebescheides vom 29.08.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.12.2017 bei dem Kl¼ger einen GdB von mindestens 50 ab Antragstellung festzustellen.

Die Vertreterin der Beklagten beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie h¼lt die sozialmedizinische Einsch¼tzung der Sachverst¼ndigen f¼r Å¼berzeugend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach â¼ und Streitverh¼ltnisses wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgr¼nde:

I. Die zul¼ssige kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([Å§ 54 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)) ist unbegr¼ndet. Der Kl¼ger wird durch den angefochtenen Bescheid vom 14.06.2017 in der Fassung des Bescheides vom

---

29.08.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.12.2017 nicht beschwert ([Â§ 54 Abs. 2 SGG](#)). Der Bescheid ist rechtmäßig. Der Kläger hat gegen die Beklagten keinen Anspruch auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von mehr als 40.

II. Maßgebliche Bestimmung für die Feststellung des GdB ist Â§ 152 in der ab 01.01.2018 gültigen Fassung vom 23.12.2016 (Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG; [BGBl I 2016, 1824](#)) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) ([Â§ 69 SGB IX](#) a. F.). Nach Abs. 1 Satz 1 der genannten Bestimmung stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Diese Vorschrift knüpft materiell-rechtlich an den in [Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) bestimmten Begriff der Behinderung an.

Danach 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. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt nach S. 2 vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Durch diese zum 01.01.2018 in Kraft getretene, sich an Art. 1 der UN Behindertenkonvention anlehende neue Formulierung eines erweiterten Behinderungsbegriff nach dem biopsychosozialen Modell der Behinderung, sind inhaltlich im Vergleich zur vorangegangenen Definition der Behinderung in [Â§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) a. F. keine inhaltlichen Änderungen erfolgt (vgl. die Gesetzesbegründung [BT-Drs. 18/9522, S. 226](#): "Rechtsklarheit"; Urteil der Kammer vom 09. Oktober 2018 – [S 18 SB 1183/16](#) –, Rn. 28, juris; Schaumberg/Seidel, SGB 2017, S. 572 ff. und 618 ff.; a. A. Luthe in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, [Â§ 2 SGB IX](#), Rn. 60 1; zu Â§ 2 Abs. 1 a. F.: Urteil der Kammer vom 24. Oktober 2017 – [S 18 SB 460/16](#) –, Rn. 41 ff., juris m.w.Nachw.).

Nach [Â§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [Â§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

Nach [Â§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) in der bis zum 14.01.2015 gültigen Fassung galten für den GdB die Maßstäbe des Â§ 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) – nach dem sich die Beurteilung des Schweregrades, dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS), nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen richtet – und der aufgrund des [Â§ 30 Abs. 16 BVG](#) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Auf Rechtsgrundlage der Vorgangsvorschrift des Â§ 30 Abs. 16, dem Abs. 17 des [Â§](#)

---

[30 BVG](#) in der bis zum 30.06.2011 gÄ¼ltigen Fassung, wurde mit Wirkung zum 01.09.2009 die Verordnung zur DurchfÄ¼hrung des [Ä§ 1 Abs. 1](#) und des [Ä§ 35 BVG](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung â VersMedV) vom 08.12.2008 erlassen, die die bis zu diesem Zeitpunkt fÄ¼r die Bewertung des Grads der Behinderung maÄ¼geblichen Anhaltspunkte fÄ¼r die Ärztliche GutachtertÄtigkeit im sozialen EntschÄdigungsrecht und im Schwerbehindertenrecht", Ausgabe 2008 (AHP 2008), ablÄ¼st. Da insbesondere die maÄ¼gebliche Anlage 2 zu [Ä§ 2 VersMedV](#), die die so genannten "Versorgungsmedizinischen GrundsÄtze" (VMG) beinhaltet, im Wesentlichen den AHP entspricht (vgl. die BegrÄ¼ndung [BR-Drucks. 767/08, S. 3](#) f.), waren mit dem Wechsel keine erheblichen inhaltlichen Ä¼nderungen verbunden (BSG, Urteil vom 30. September 2009 â [B 9 SB 4/08 R](#) -, juris; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10. Dezember 2009 â [L 11 SB 352/08](#) -, juris). Im Unterschied zu den AHP ("antizipierte SachverstÄndigengutachten mit normÄhnlicher Wirkung " â BSG, Urteil vom 30. September 2009 â [B 9 SB 4/08 R](#) -, juris) handelt es sich bei der VersMedV um eine Rechtsverordnung, d.h. eine fÄ¼r Verwaltungen und Gerichte verbindliche untergesetzliche Rechtsnorm, die im Lichte der rechtlichen Vorgaben des [Ä§ 152 SGB IX](#) auszulegen ist (BSG, Urteil vom 30. September 2009 â [B 9 SB 4/08 R](#), juris; BSG, Urteil vom 23. April 2009 â [B 9 SB 3/08 R](#) â, Rn. 29, juris; Urteil der Kammer vom 24. Oktober 2017 â [S 18 SB 460/16](#) -, Rn. 39 ff., juris).

Zum 15.01.2016 hat der Gesetzgeber in [Ä§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) das Bundesministerium fÄ¼r Arbeit und Soziales ermÄchtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die GrundsÄtze aufzustellen, die fÄ¼r die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung und die medizinischen Voraussetzungen fÄ¼r die Vergabe von Merkzeichen maÄ¼gebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Diese ErmÄchtigung findet sich seit dem 01.01.2018 in [Ä§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) (nÄher: Goebel in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, [Ä§ 153 SGB IX](#), Rn. 5). Solange noch keine Verordnung nach [Ä§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten indes gemÄÄ [Ä§ 241 Abs. 5 SGB IX](#) (159 Abs. 7 SGB IX a.F.) weiterhin die MaÄ¼stÄbe des [Ä§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der aufgrund des [Ä§ 30 Abs. 16 BVG](#) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend (vgl. hierzu [BT-Drucksache 18/3190, S. 5](#); vgl. hierzu weiter, Urteil der Kammer vom 24. Oktober 2017 â [S 18 SB 460/16](#) -, Rn. 26, juris).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist damit â fÄ¼r den gesamten streitgegenstÄndlichen Zeitraum von der Antragstellung am 09.03.2017 bis zum Tag der mÄ¼ndlichen Verhandlung â die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen GrundsÄtze (Teil A, S. 17 ff.) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, S. 33) sind die dort genannten GdS-SÄtze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden StÄ¼rungen auf kÄ¼rperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berÄ¼cksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A, S. 20) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschlieÄ¼lich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a, S. 33).

---

Die Bemessung des GdB folgt dabei nicht starren Beweisregeln, sondern ist aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigengutachten sowie der Versorgungsmedizinischen Grundsätze in freier richterlicher Beweiswürdigung nach natürlicher, wirklichkeitsorientierter und funktionaler Betrachtungsweise festzustellen (BSG, Urteil vom 24. April 2008 – B 9/9a SB 10/06 R –, Rn. 28, juris; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 29. Juni 2012 – L 13 SB 127/1 –, Rn. 42, juris unter Bezugnahme auf BSG Urteil vom 11. März 1998 – B 9 SB 9/97 R –, Rn. 10, juris m.w.N.).

Objektiv beweisbelastet für das von Amts wegen aufzuklärende ([§ 103 SGG](#)) Ausmaß einer Behinderung im dargelegten Sinne ist nach den allgemeinen Beweislastregeln, nach denen derjenige rechtserhebliche Tatsachen zu beweisen hat, der sie als für ihn günstig behauptet, im vorliegenden Fall der Kläger. Es gilt der Beweismaßstab des Vollbeweises. Für diesen Beweisgrad ist es zwar nicht erforderlich, dass die maßgeblichen Tatsachen mit absoluter Gewissheit feststehen. Ausreichend, aber auch notwendig ist indessen ein so hoher Grad der Wahrscheinlichkeit, dass bei Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens kein vernünftiger, den Sachverhalt überschauender Mensch noch zweifelt, d.h. dass die Wahrscheinlichkeit an Sicherheit grenzt (Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 20. März 2012 – L 15 SB 66/11 –, Rn. 40, juris; unter Bezugnahme auf BSG Urteil vom 05. Mai 1993 – 9/9a RV 1/9 –, juris; so auch Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25. April 2013 – L 13 SB 3/13 –, juris).

III. Diesen Grundsätzen folgend rechtfertigen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers im hier maßgeblichen Prüfungszeitraum die Feststellung eines höheren GdB als 40 nicht. Eine sukzessive, indes langwierig voranschreitende Verbesserung des Gesundheitszustandes nach dem einschneidenden Berufsunfall im August 2016, der ursächlich für die gesamte Behinderung des Klägers ist, führt zu keiner differenzierten Beurteilung des GdB im streitgegenständlichen Zeitraum. Eine weitere Verbesserung kann sich erst zukünftig als im Sinne einer Auswirkung auf den Gesamt GdB wesentlich auswirken. Dies ergibt sich für die Kammer aus einer Gesamtschau der vorhandenen ärztlichen Unterlagen, insbesondere den Feststellungen in den eingeholten Sachverständigengutachten der Psychiaterin Dr. S und des Orthopäden Dr. X. Die Bewertung des orthopädischen Sachverständigen wird durch die Einschätzung des fachchirurgischen Gutachtens der Dres. I1 aus dem T-Hospital gestützt (hierzu 1.). Die sozialmedizinische Einschätzung der Sachverständigen Dr. S ist nach Auffassung der Kammer unter rechtlichen Gesichtspunkten insoweit zu korrigieren, als der GdB für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" mit einem Einzel GdB von 20 zu bewerten ist (hierzu 2.).

Der Kläger leidet hiernach unter folgenden Gesundheitsstörungen: â€¢ Funktionsstörung der Arme: GdB 30 â€¢ Funktionsstörung "Gehirn einschließlich Psyche": GdB 20

---

1. Im Funktionssystem "Arme" leidet der KlÄxger unter einem Zustand nach offener Unterarmfraktur rechts mit schweren Weichteilverletzungen am rechten Unterarm und Oberarm, Zustand nach Plattenosteosynthese an Radius und Ulna mit Pseudoarthrose am rechten medialen Radius bei stabiler Plattenosteosynthese, zuletzt mit zunehmender Konsolidierung, und Zustand nach Spalthauttransplantation mit hypertropher Narbenbildung am rechten Unterarm. Ferner besteht ein Zustand nach UlnarisschÄxdigung. Eine sensible SchÄxdigung des Nervus Radialis, von der der BevollmÄxchtigte des KlÄxgers trotzdem ausgeht, konnte auch im Rahmen der neurologischen Zusatzuntersuchung (durch die Neurologin Dr. T) innerhalb der Begutachtung durch die SachverstÄxndige Dr. S letztlich nicht nachgewiesen werden.

Die resultierende endgradige BewegungseinschrÄxnkungen des rechten Ellenbogengelenkes, eine leichtgradige EinschrÄxnkung des rechten Handgelenkes und eine endgradige BewegungseinschrÄxnkungen des rechten Daumens und Finger sowie eine bestehende HypÄxsthesie am rechten Unterarm und eine HypÄxsthesie und KribbelparÄxsthesien am 4. und 5. Finger rechts bewertet der orthopÄxdische SachverstÄxndige Dr. X unter prÄxziser BegrÄ¼ndung â□□ insbesondere in der ergÄxnzenden Stellungnahme vom 01.04.2019 â□□ mit einem GdB von insgesamt 30.

Dr. X bewertet die einzelnen StÄ¶rungen im Bereich der rechten oberen ExtremitÄxt zunÄxchst jeweils gesondert nach Teil B Ziff. 18.13 VMG und stellt sodann Ä¼berzeugend die (besonderes) negativen Wechselwirkungen der einzelnen BeeintrÄxchtigungen unter sozialmedizinischem Vergleich der GesamtbeeintrÄxchtigung zu einer in Teil B Z. 18.13 VMG ausdrÄ¼cklich mit einem GdB von 30 belegten Gesundheits â□□ bzw. FunktionsstÄ¶rung dar. Die Fragmentierung der StÄ¶rungen im zuletzt einheitlich zu bewertenden Funktionssystem macht das Ergebnis besonders gut nachvollziehbar.

a) Dabei betrachtet der SachverstÄxndige zunÄxchst die die EinschrÄxnkungen am rechten Ellenbogen. GemÄxÄ□ Teil B Z. 18.13 sind BewegungseinschrÄxnkungen im Ellenbogengelenk geringen Grades mit Streckung/Beugung bis 0/30/120° bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit mit einem GdB von 0-10 zu bewerten, stÄxrkeren Grades (insbesondere der Beugung einschlieÄ□lich EinschrÄxnkung der Unterarmdrehbeweglichkeit) mit einem GdB von 20-30.

Insofern resultiert bei dem KlÄxger in Bezug auf das Ellenbogengelenk ein Einzel â□□ GdB von 10. Einerseits ist zwar die Unterarmdrehbeweglichkeit eingeschrÄxnkt, worauf der KlÄxger â□□ BevollmÄxchtigte abhebt, andererseits sind die BewegungsmaÄ□e passiv fÄ¼r eine EinschrÄxnkung geringen Grades nicht erreicht. Allein nach den aktiven BewegungsmaÄ□en in der Untersuchung durch den SachverstÄxndigen Dr. X wÄxre ein GdB von soeben 20 begrÄ¼ndbar, da die Beugung stÄxrker als 120° eingeschrÄxnkt ist, gleichwohl die Streckung nicht einmal im Sinne einer BewegungseinschrÄxnkung geringen Grades eingeschrÄxnkt ist. Im Gutachten der Dres. Il fÄ¼r die BG aus dem November 2018 sind indes bereits bessere Werte vermerkt. Bei der FunktionsprÄ¼fung des rechten Ellbogens fand sich dort eine endgradig eingeschrÄxnkte Beweglichkeit mit Minderung der

---

groben Kraft f¼r Beugung und Streckung (Kraftgrad 2/3).

Die aktive Beweglichkeit in der gutachterlichen Untersuchung des Dr. X wies eine Beugung/Streckung von 100/5/0° auf, passiv war im Vergleich zur Gegenseite (Normalwerte von 135/0/10°) nur die Beugung leicht um 10° eingeschränkt (also bis ca. 125°), bei der Rotation bestand eine leichtgradige Einschränkung der Beweglichkeit um 20-30° im Vergleich zur Gegenseite (Normalwerte bis 80-90°). Es fand sich kein Reizzustand, keine Schwellung, keine Überwärmung, kein Spontanschmerz, lediglich eine leichte Druckschmerzhaftigkeit über dem medialen und lateralen Epikondylus.

In der Begutachtung durch die Dres. II f¼r die BG aus dem November 2018 betrug die Beugung/Streckung 130/5/0°. Streckung und Beugung waren insofern lediglich endgradig eingeschränkt. Die Unterarmdrehbeweglichkeit lag bei 40/0/75° (Normalwerte 80/0/80°).

Auch aus den zahlreichen Berichten der Klinik f¼r Handchirurgie, Plastische Chirurgie der BG Klinik E ergeben sich keine wesentlich anderen Angaben. Im Bericht vom 16.03.2017 etwa, um den Zeitpunkt der Antragstellung auf Feststellung eines GdB herum, wurde von einer noch deutlich eingeschränkten Unterarmdrehung (40/0/80°) berichtet. Unter dem 03.04.2017 ist eine verbesserte auswärtige und einwärtige Unterarmdrehung vermerkt, bei einem Bewegungsumfang von 60/0/80°. Im Bericht vom 27.07.2017 knapp sechs Monate nach Stellung des Antrages bei der Beklagten betrug die Unterarmdrehung rechts 50/0/65° war also dort wie in der Untersuchungen des Sachverständigen Dr. X wiederum um 20-30° eingeschränkt. Die Werte anderer Bewegungsebenen wurden nicht vermerkt. Ein besserer Befund findet sich in den letzten Berichten. Unter dem 23.03.2018 ist berichtet worden, dass der Kläger weiterhin intensiv regelmässig Krankengymnastik und Ergotherapie durchf¼hre. Der Kläger versichere, dass er den rechten Arm zunehmend mehr einbringe, etwa versuche Liegestützen mit dem rechten Arm zu absolvieren. Nach Belastung habe er allerdings vermehrt Schmerzen. Unter dem 10.07.2018 und 19.07.2018 ist eine Beweglichkeit im Ellenbogen rechts f¼r Extension/Flexion von 0/5/120° angegeben worden, insofern ähnlich wie in der Begutachtungsuntersuchung der Dres. II. Angaben zu einer Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit sind nicht gemacht worden. Im Bericht vom 04.07.2019 schließlich wird von einer freien Beweglichkeit des Ellenbogengelenkes berichtet. Die auswärtige Unterarmdrehung sei etwa um ein Drittel eingeschränkt, die Unterarmdrehung annähernd frei möglich.

b) Auch in Bezug auf die Pseudarthrose (ausbleibende Heilung eines Knochenbruches) der Speiche ist die Bewertung des Sachverständigen Dr. X mit einem Einzel GdB von 10 nachvollziehbar.

Nach Z. 18.13 VMG ist eine Pseudarthrose der Elle oder Speiche mit einem Einzel GdB 10-20 zu bewerten. Eine Unterarmpseudarthrose, also der Elle (Ulna) und der Speiche (Radius), bedingt straff mit einem GdB 20 und schlaff einen GdB 40.

---

Hieraus leitet Dr. X, in rechtlicher Hinsicht nicht zu beanstanden, ab, dass schlaffe Pseudarthrosen auch dann höher zu bewerten sind als straffe, wenn allein Elle oder Speiche betroffen sind. Insofern ist für die bei dem Kläger vorliegende Pseudarthrose der Speiche bei stabilen Verhältnissen und anliegender Osteosynthese der untere Wert des Rahmens von 10-20 anzusetzen.

Der Sachverständige weist in seiner ergänzenden Stellungnahme auf den vorläufigen Entlassungsbericht aus der BG Klinik aus Januar 2019 hin. Dort wurde eine Revision mit Pseudarthrosenausräumung, Entfernung einer zu Schraube sowie Spongiosaanlagerung durchgeführt. Nach Ablauf der Heilungsphase sei erfahrungsgemäß mit einem verbesserten Befund zu rechnen. Gegebenenfalls könne ca. ein halbes Jahr nach der OP ein Befund eingereicht werden. Eine etwaige Befundverschlechterung könnte dann Berücksichtigung finden. Zwischenzeitlich deutet sich nach den letzten Terminen in der BG Unfallklinik E bei der Physio- /Ergotherapie täglich eingeleiteter Ultraschalltherapie endlich eine Knochenbruchheilung an. Unter dem 04.07.2019 ist berichtet worden, dass in der Röntgenaufnahme vom 03.07.2019 sich eine zunehmende knöcherner Konsolidierung abzeichne. Die Rehaberaterin des Klägers bei der BG, die beim Termin im BG Klinikum am 03.07.2019 anwesend war, hat mit ihrem Schreiben vom 09.08.2019 mitgeteilt, sofern die knöcherner Verheilung weiter voranschreite, sei in den nächsten Wochen mit der vollen Belastbarkeit des Armes zu rechnen, so dass erneut in die Berufswegeplanung eingestiegen werden könne. Vermutlich sei ein Qualifizierungsbeginn Anfang 2020 realistisch.

c) Im Bereich des Handgelenkes ist die Bewertung des Sachverständigen mit einem weiteren Einzel-GdB von 10 günstig.

Nach Z. 18.3 VMG beträgt der GdB durch eine Bewegungseinschränkung des Handgelenkes geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 30°/0-40° (Normalwerte: 40-60/0/50-70) 0-10, stärkeren Grades 20-30. Erst eine Versteifung des Handgelenks in günstiger Stellung (leichte Dorsalextension) ist mit einem GdB 20 zu bewerten, in ungünstiger Stellung mit einem GdB von 30.

Dr. X hat bei dem Kläger Bewegungsmaße von handgelenkswärts 0°/0° handhohlhandwärts, also Streckung/Beugung 50/0/30° festgestellt, die das in den VGM dargestellte Ausmaß der Bewegungseinschränkung geringen Grades nicht ganz erreichen. Der Sachverständige hat darauf hingewiesen, dass im vorläufiger Entlassungsbericht der BG Klinik über einen Aufenthalt im Januar 2019 eine bessere Beweglichkeit dokumentiert worden ist mit Extension/Flexion, also Streckung/Beugung 50/0/60° sowie speichen Ellenwärts (Rotation) 20/0/30° (Normalwerte: 20/0/30°). In einem Bericht des BG Klinikums vom 03.04.2017, zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Feststellung eines GdB, wurde mitgeteilt, es zeige im Vergleich zur Voruntersuchung vom 10.03.2017 eine leicht verbesserte Beweglichkeit des rechten Handgelenkes mit Bewegungsmaßen handgelenkswärts 0°/0° hohlhandwärts 60/0/40°, Ellen- und speichenwärts 30/0/15°. Im Bericht des Klinikums vom 27.07.2017, knapp sechs Monate nach Stellung des Antrages auf Feststellung eines GdB, wurde demgegenüber über eine Bewegungseinschränkung geringen Grades im Sinne der Z. 18.13 VMG mit

---

einer Streckung/Beugung von 40/0/30° und Rotation von 10/0/10° berichtet.

d) Die Bewegungseinschränkung der Finger bewertet Dr. X ebenfalls isoliert mit einem Einzelwert GdB von 10. Dabei zieht der Sachverständige den sozialmedizinischen Vergleich mit der Versteifung eines Fingers in gänztiger Stellung, mittlerer Gebrauchsstellung, die nach Teil B Z. 18.13 VMG mit einem Einzelwert GdB von 0-10 zu bewerten ist bzw. mit dem kompletten Verlust eines Zeigefingers, Mittelfingers oder Ringfingers, der ebenfalls einen GdB von 10 bedeutete. Erst die Versteifung beider Daumengelenke und des Mittelhandgelenkes in gänztiger Stellung bedingt beispielsweise einen GdB von 20. Der Vergleich des Sachverständigen erscheint der Kammer nachvollziehbar.

In der Untersuchung war die Kraft bei der Überprüfung der Beweglichkeit der rechten Hand um ca. 20 % im Vergleich zur Gegenseite eingeschränkt (Rechtshänder). Entsprechendes gilt für die Beugung und Streckung der Finger gegen Widerstand. Die Beweglichkeit des Daumens war bei der Abduktion und Adduktion endgradig eingeschränkt. Der Griff von der Daumenkuppe bis zur Hohlhand ist dem Kläger bis 1 cm möglich gewesen, der Griff von der Daumenkuppe zu den vier Fingerkuppen bis zu einem Abstand von ca. einem halben Zentimeter. Die Beugung der Finger zur Faust ist nicht vollständig möglich gewesen, es verblieb ca. 1 cm Abstand von den Fingerkuppen zur Hohlhand. Passiv konnte die rechte Hand zur Faust geschlossen werden.

e) Zuletzt bewertet der orthopädische Sachverständige eine Schädigung des nervus radialis übereinstimmend mit der psychiatrischen Sachverständigen Dr. S unter Hinzuziehung der Neurologin Dr. T mit einem Einzelwert GdB von 10. Dabei weist er zutreffend darauf hin, dass nach Teil B Z. 18.13 VMG erst ein vollständiger Nervenausfall im mittleren distalen Bereich mit einem Einzelwert GdB von 20 zu bewerten wäre.

Bei dem Kläger besteht eine in der Aktenlage durchgehend beschriebene Sensibilitätsminderung mit Kribbelparästhesien am rechten Unterarm, teils Oberarm und der Finger, zuletzt des vierten und fünften Fingers. Dies ist nach Bewertung des Sachverständigen Dr. X nicht vergleichbar mit einem vollständigen Nervenausfall. Neurologisch habe er nur die grundlegenden Befunde dokumentiert, da die Erstellung der Befunde einer elektrophysiologischen Untersuchung der Hauptgutachterin Dr. S unter Zuhilfenahme der Neurologin Dr. T überlassen worden sei.

Im Gutachten der Frau Dr. S ist infolge der elektrophysiologischen Untersuchung die Diagnose eines Zustandes nach Ulnarisschädigung mit verbliebenen sensiblen Defiziten gestellt sowie der Verdacht auf sensible Radialisschädigung geäußert worden. Zusammenfassend wird berichtet, elektrophysiologisch hätten sich Hinweise auf einen abgeschlossenen neurogenen Umbau im N. ulnaris ergeben, bezüglich des N. radialis sei nicht sicher beurteilbar ob technisch bedingt oder durch sensible Radialisschädigung kein Antwortpotenzial erhältlich gewesen sei. Insofern ist entgegen der Darstellung des Klägers Bevollmächtigten nicht etwa eine Schädigung von nervus radialis und ulnaris nachgewiesen, zu bewerten

---

mit einem Einzelwert GdB von 50, vielmehr ist in Bezug nervus radialis in der elektrophysiologischen Untersuchung allein der Verdacht einer Schädigung entstanden, hinsichtlich des Nervus Ulnaris wird ein Zustand nach Schädigung dargestellt. Letzteres deckt sich nach sachverständiger Bewertung zum Teil mit dem klinischen Bild, den beschriebenen sensiblen Störungen. Durch die Hauttransplantate und Operationen sei indes auch von der Schädigung kleiner Hautnervenäste auszugehen. Die sensiblen Störungen bedingten keine schwerwiegendere funktionelle Einschränkung. Der GdB sei hier lediglich mit 10 einzuordnen.

Auch in der übrigen Aktenlage findet sich kein Nachweis für die Schädigung des nervus radialis. Im letzten Bericht des BG Klinikums E vom 05.06.2019 wird angegeben, der Kläger beklage Kribbelparästhesien im Bereich des 3.-5. Strahles der rechten Hand. 2006 (gemeint war vermutlich 2017, s. u.) sei eine neurologische Untersuchung erfolgt, die eine leichte Irritation des nervus ulnaris gezeigt habe. Diesbezüglich werde eine erneute neurologische Untersuchung empfohlen.

Es liegt ein Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. I an die BG Klinik vom 12.09.2017 vor, der berichtete, es bestehe der Verdacht auf eine Ulnarisläsion rechts. In der Zusammenfassung berichtet der Neurologe, aus neurologischer elektrophysiologischer Sicht sei die Prognose für den Kläger insgesamt noch als Gut zu betrachten. Der Kläger befinde sich weiterhin in Behandlung in der BG Klinik, werde nun auch schmerztherapeutisch, aktuell seit drei Wochen mit Pregabalin 150 mg behandelt, hierunter seien die stechenden und neuralgieförmigen Schmerzen im rechten Arm etwas besser geworden. Der Kläger habe anamnestisch in vielen Bereichen des Unterarms überhaupt kein Gefühl mehr, in anderen Bereichen Kribbelparästhesien.

f) Gleichwohl Dr. X damit lediglich Einzelwert GdB von jeweils 10 begründen konnte, hat er nachvollziehbar einen GdB von 30 im Funktionssystem Arme dargestellt. Dabei ist es ohne weiteres nachvollziehbar, dass sich angesichts der Verkettung mehrerer für sich gesehen moderater Einzelstörungen innerhalb eines Funktionssystems die finalen Einschränkungen, vergleichbar eines Ausnahmefalles nach Teil A Z. 3 d) ee) S. 1 VMG (der besonders negative Wechselwirkungen mit einem Einzelwert GdB von 10 bewerteter Funktionsstörungen aus unterschiedlichen Funktionssystemen erfasst) zu einer erheblichen Beeinträchtigung summieren. In der Summe zieht der Sachverständige den sozialmedizinischen Vergleich zu einem vollständigen Verlust von zwei Fingern oder dem vollständigen Ausfall des Nervus axillaris bzw. zieht Parallelen zur Versteifung des Ellenbogengelenkes einschließlich der Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit in gestreckter Stellung und der Versteifung des Handgelenkes in ungestreckter Stellung, die jeweils nach Teil B Z. 18.13 VMG mit einem GdB von 30 zu bewerten wären. Dies grenzt er ab zu den Beeinträchtigungen eines Ellenbogenschlottergelenkes bzw. einer kompletten Unterarmpseudoarthrose in schlaffer Ausprägung oder dem Verlust von drei Fingern mit Einschluss des Daumens bzw. der Finger II+III+IV, die einen GdB von 40 bedeuteten.

---

Der Kammer erscheint die differenzierte sozialmedizinische Einschätzung nicht nur angesichts des erkennbaren Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigung plausibel, sondern auch in Anbetracht der zu berücksichtigenden Schmerzen, die nach tatrichterlicher Erfahrung ebenfalls einer erheblichen Funktionsstörung entsprechend einem GdB von 30 korrespondieren (vergleiche Teil A Z. 2 j) S. 1 VMG, wonach die in der GdS -Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit einschließen und auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände berücksichtigen).

aa) Angesichts nahezu seitengleicher Umfangsmaße liegen bei dem Kläger unter intensiver Physiotherapie keine muskulären Verschmächtigungen vor. Hinsichtlich der Funktionsfähigkeit beschreibt Dr. Wegg näher, dass aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit und Kraft am rechten Ellenbogengelenk, Handgelenk sowie der Hand Tätigkeiten, die manuelle Geschicklichkeit oder Kraft im rechten Arm verlangten, nur eingeschränkt möglich seien. Das Heben oder Tragen von schweren Lasten sei ebenso wenig möglich, wie feinmotorische Arbeit, die Gefühl in den Fingern verlange. Bei alltäglichen Verrichtungen mit der rechten Hand müssten Ausweichbewegungen verrichtet werden. Aufgrund der verminderten Sensibilität im rechten Unterarm und des vierten und fünften Fingers bestehe eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Verletzungen. Feinmotorische Tätigkeiten seien auch aufgrund der verminderten Sensibilität nur eingeschränkt möglich. Der Sachverständigen Dr. S gegenüber hat der Kläger hierzu konsistent geschildert, er sei beim Essen beeinträchtigt, d.h. beim Halten des Bestecks, er stecke das Messer zwischen Daumen und Zeigefinger. Er könne aber Autofahren (Automatikwagen) und auch das Lenkrad halten, ebenfalls (mit der rechten Hand) Schreiben. Auch war dem Kläger etwa das An- und Ausziehen mit Ausweichbewegungen selbstständig möglich. Zudem konnte der Kläger wie bereits angesprochen unter Belastungsschmerzen liegenstutzen durchfahren. Diese Dinge werden bei einer kompletten Unterarmpseudoarthrose in schlaffer Ausprägung oder bei Vorliegen eines Ellenbogenschlottergelenkes bzw. dem Verlust von drei Fingern mit Einschluss des Daumens bzw. der Finger II+III+IV nicht bzw. deutlich erschwerter möglich sein.

aa) Bezüglich der Schmerzen erzählt der Kläger nach der Anamnese des Sachverständigen Dr. X Novaminsulfon abends und Ibuprofen tagsüber bei Bedarf (entsprechende Angaben gegenüber Dres. J, vergleiche BG -Gutachten vom 08.11.2018) gegenüber der Sachverständigen Dr. S hat der Kläger angegeben, Medikamente würden ihm nicht verordnet, er nehme aber Novaminsulfon 500 mg zweimal täglich. Pregabalin (vgl. Arztbrief des Dr. I vom 12.09.2017) gegen neuropathische Schmerzen hat der Kläger bei guter Wirksamkeit mit einer Schmerzreduktion um 50 % (vergleiche Arztbrief des BG Klinikums E, Klinik für Schmerzmedizin vom 28.10.2017) nach Vorstellung in der Schmerzprechstunde des BG -Klinikums E (vergleiche Arztbrief Klinik für Handchirurgie vom 27.07.2017, Arztbrief des BG Klinikums E, Klinik für Schmerzmedizin vom 19.09.2017 mit der Absicht, die Medikation von 75 bzw. 150 mg täglich bis auf zweimal 150 mg täglich zu steigern) nur zeitweise eingenommen (zur Abdosierung vergleiche Arztbrief der Klinik für Handchirurgie des BG -Klinikums vom 23.03.2018), nachdem er zunächst (um den Zeitpunkt

---

der Antragstellung bei der Beklagten) mit Ibuprofen versorgt wurde (vgl. Arztbrief der des BG Klinikums E vom 03.04.2017, zuvor: Entlassungsbericht vom 07.02.2017: Ibuprofen 600 mg zweimal täglich, Novalgin 500 mg dreimal täglich, Amitriptylin 25 mg zur Nacht; Arztbrief vom 27.07.2017: Novalgin 500 mg dreimal täglich und Amitriptylin zur Nacht). Gegenüber dem Sachverständigen Dr. X hat der Kläger angegeben, es beständen konstant Schmerzen im Bereich des radialen und ulnaren Unterarmes, wenn er abgelenkt sei, seien die Beschwerden besser zu ertragen, wenn er zur Ruhe komme, habe er ziehende Schmerzen. Entsprechend ziehende Schmerzen habe er immer wieder im Bereich der Narben. Unter Therapie würden die Beschwerden dann besser werden. Im Vordergrund ständen für ihn aber die Schmerzen im Bereich der Tiefe des rechten Unterarms.

2. Im Bereich des Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" leidet der Kläger nach der Diagnose der Sachverständigen, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, forensische Psychiatrie Dr. S unter einer abklingenden PTBS (hierzu: Urteil der Kammer vom 09. Oktober 2018 [S 18 SB 1183/16](#), Rn. 59 ff., juris), die nach Auffassung der Kammer mit einem GdB von 20 zu bewerten ist. Während der Einzel GdB zu Beginn des streitgegenständlichen Zeitraums eine Tendenz nach oben aufwies (etwa bis Februar 2017 vgl. dem Arztbrief aus dem F vom 16.02.2018), ist er zuletzt "nur" noch voll erreicht. Ohne dass dies im Ergebnis für die Bildung des Gesamt GdB von Bedeutung wäre (vgl. 3.), hält die Kammer die Einschätzung der psychiatrischen Sachverständigen mit einem soeben erreichten Einzel GdB von 30 unter Berücksichtigung der durch die Rechtsprechung konkretisierten rechtlichen Vorgaben der VMG die der Kläger Bevollmächtigte unberücksichtigt lässt letztlich für zu hoch. Insbesondere die stabile und sehr ausgeprägte, unbeeinträchtigt gebliebene soziale Einbindung des Klägers und das gute Funktionsniveau lassen trotz einer fortbestehenden Belastung mit dysthymem Antrieb, Schlafstörungen und einer Größenbeileigung mit allgemein erhöhter flottierender leichter Angst im Hintergrund bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit und Notwendigkeit einer beruflichen Umorientierung infolge des Arbeitsunfalles eine höhere Bewertung nicht zu. Aufgrund der Ausführungen des Klägers Bevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung sieht sich die Kammer dazu veranlasst, nochmals darauf hinzuweisen, dass für die Bewertung des GdB nach den dargestellten Grundsätzen weder die (vorliegend dramatische Unfall-) Ursache der Gesundheitsstörung noch die Diagnose von Bedeutung sind, sondern allein die finalen Auswirkungen.

Nach Teil B Nr. 3.7 VMG werden leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20 bewertet. Für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) ist ein Bewertungsrahmen von 30 bis 40 vorgesehen. Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten werden mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit 80 bis 100 bewertet.

---

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts können zur Auslegung die vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat am Beispiel des "schizophrenen Residualzustandes" entwickelten Abgrenzungskriterien herangezogen werden (vgl. BSG, Urteil vom 23. April 2009 – [B 9 VG 1/08](#) –, Rn. 43, juris, unter Bezugnahme auf die Beschlüsse des Ärztlichen Sachverständigenbeirats vom 18./19. März 1998 und vom 8./9. November 2000; LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 06.02.2013 – [L 11 SB 245/10](#) –, Rn. 45 ff., juris; vgl. auch Wendler/Schillings, Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil B Ziffer 3.7; Steffens, in: Nieder/Losch/Thomann, Behinderungen zutreffend einschätzen und begutachten, B 3, S. 86 ff.). Danach werden leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten angenommen, wenn z. B. Berufstätigkeit trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich ist (wesentliche Beeinträchtigung nur in besonderen Berufen, z. B. Lehrer, Manager) und keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften, z. B. keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme bestehen. Psychische Anpassungsschwierigkeiten, die einen Behinderungsgrad von 30 bis 40 rechtfertigen, sind nach dem Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates (BMA am 18./19.03.1998 – zitiert nach Rohr/Sträter, Teil B: GdS-Tabelle-19, 96. Lfg. – Stand Dezember 2011) durch Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße gekennzeichnet. Dieses Kriterium ist zur differenzierenden Einschätzung von Anpassungsschwierigkeiten analog auch dann heranzuziehen, wenn die Symptomatik der psychischen Störungen ganz unterschiedlich ist (Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats, BMA am 8./9.11.2000, Rohr/Sträter, a.a.O., GdS-Tabelle-18). Grundzüge der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit finden ihren Niederschlag in den Beschreibungen der weiteren Bereiche der Teilhabe gemäß der ICD (International Classification of Diseases): tägliche Routine durchführen, mit Stress umgehen, Kommunikationsfähigkeit, Mobilität, Selbstversorgung, auf Gesundheit achten, häusliches Leben, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfes beschaffen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen, anderen helfen, mit Fremden umgehen, Erholung und Freizeit, politisches Leben u.a. Auch die familiäre und soziale Erlebnis- sowie die berufliche Gestaltungsfähigkeit sind einzubeziehen. Dabei ist eine Abgrenzung zu den Kriterien für mittelgradige soziale Anpassungsstörungen – eine sich in den meisten Berufen auswirkende psychische Veränderung, die eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt, erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung – zu wahren (st. Rspr., Urteil der Kammer vom 09. Januar 2018 – [S 18 SB 1001/16](#) –, Rn. 31, juris m.w.N.; Urteil der Kammer vom 09. Oktober 2018 – [S 18 SB 1183/16](#) –, Rn. 66, juris; vgl. auch Wendler/Schillings, Versorgungsmedizinische Grundsätze, Kommentar, 8. Aufl. 2017, zu Teil B Z. 3.6 m.w.N.).

Die bei dem Kläger verbliebenen Auswirkungen der abklingenden PTBS rechtfertigen hiernach, den Höchstwert für leichtere psychovegetative bzw. psychische Störungen anzusetzen. Eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit wie sie etwa durch eine ausgeprägtere depressive Störung bedingt wird, ist hingegen noch nicht anzunehmen.

---

Die Sachverständige führt aus, der Kläger sei über die zweifellos objektivierbaren orthopädischen und neurologischen Folgen hinaus auch noch durch eine erhöhte Ängstlichkeit in Bezug auf eine erneute Gefahr von Verletzungen beeinträchtigt, etwa durch den Verkauf seines Motorrad und beim Fußballspielen, für das er sich nunmehr eine Schiene habe anfertigen lassen. Auch in anderen Lebensbereichen habe er nach zweijähriger, intensiver Psychotherapie und durch die erreichte Besserung seiner Symptomatik früherer Interessen jedoch wieder aufgreifen können, wobei ihm andere Aspekte indes wegen der körperlichen Einschränkung auf Dauer verschlossen seien (Boxtraining). Die Fähigkeit des Klägers, Freude und Interesse zu empfinden, sei weiterhin erkennbar eingeschränkt, auch wenn er auf der oberflächlichen Ebene wieder eine Reihe von Aktivitäten aufgenommen habe. Er erlebe sich selber als weiterhin verändert, was auch aus psychiatrischer Sicht angesichts der erhobenen Befunde plausibel erscheine. Zu den spezifischen Symptomen einer PTBS traten auch unspezifische Ängste, eine Neigung zu erhöhter Besorgnis, Vorsicht, ein Verlust von Vertrauen und tiefgreifender Verunsicherung.

Im Vordergrund der Schilderung der psychischen Beschwerden standen in der Anamnese durch die Sachverständige Dr. S Schlafstörungen mit häufigem nächtlichem Erwachen und heute noch ab und zu vorkommenden Alpträumen, die zu einer Tagesmüdigkeit führten. Ferner leide der Kläger vor allem unter der beruflichen Unsicherheit, die sich für ihn aus dem Unfallereignis im August 2016 ergeben habe. Dieses Ereignis habe zu im Moment des Erlebens zu Todesängsten geführt. Daraus resultiert weiterhin nachvollziehbar eine verstärkte Unsicherheit und eine Neigung zu Befürchtungen und Ängsten, ein Hadern mit dem Unfall und den daraus resultierenden Lebensveränderungen und Einschränkungen. Subjektiv ist der Kläger auch in seiner Konzentration gestört und nimmt eine verstärkte Aufregung schon bei Kleinigkeiten an sich wahr. Vor dem Unfall sei er ein ganz anderer Mensch gewesen, habe eine lustige und fröhliche Ausstrahlung auf andere gehabt. Er habe einfach nie schlechte Laune gehabt. Mit dem Unfall sei er erst einmal überhaupt nicht klar gekommen, habe sich hilflos gefühlt. Er kämpfe damit, den Unfall und die Folgen zu akzeptieren, mittlerweile werde es schon besser. Seine Stimmung sei besser geworden, aber nicht so wie früher.

Das im Rahmen der Bewertung der Funktionsstörung der Psyche bedeutsame (soziale) Funktionsniveau des Klägers ist jedoch sehr weitgehend erhalten.

Es bestehen wie für eine leichtere Beeinträchtigung der Psyche charakteristisch keine wesentlichen Beeinträchtigungen der familiären Situation oder bei Freundschaften. So hat der Kläger etwa zu seinen Eltern weiterhin ebenso ein sehr gutes Verhältnis, wie zu seinen beiden jüngeren Brüdern. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung durch die Sachverständige wohnte der Kläger noch bei seinen Eltern, hielt sich aber häufig bei seiner Lebensgefährtin auf, die in einer eigenen Wohnung lebte. Diese Beziehung bestand bereits 1,5 Jahre vor dem Unfallereignis. Eine Gefährdung der Beziehung ist nicht festzustellen. Der Kläger hat der Sachverständigen gegenüber angegeben, sich in Dankbarkeit des Umstandes bewusst zu sein, dass

---

er zu jedem Zeitpunkt die volle Unterstützung seiner Familie und seiner Lebensgefährtin (gehabt) habe. Einen Monat nach der psychiatrischen Begutachtung wollte der Kläger seine Lebensgefährtin heiraten (vgl. auch Arztbrief des BG Klinikums E vom 14.11.2018). Nach der standesamtlichen Trauung und der muslimischen Zeremonie war ein großes Fest mit über 1000 Gästen geplant.

Soweit der Kläger als Bevollmächtigter die letztliche Durchführung der Hochzeit im Rahmen der mündlichen Verhandlung bestritten hat, ist im Unklaren geblieben, weshalb dies gegebenenfalls nicht geschehen ist. Insbesondere bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass dies in der psychischen Verfassung des Klägers bedingt gewesen ist. Dahinstehen kann insofern, ob das Bestreiten des Klägers als Bevollmächtigter überhaupt zutreffend ist. Soweit er erst im Rahmen der mündlichen Verhandlung und ohne jede weitere Erläuterung, ohne Einlassung des Klägers selbst, mehrere in der Anamnese wiedergegebene Angaben revidiert hat, ist bei der Kammer der Eindruck verblieben, dass dies deshalb erfolgt ist, weil die für das Klageziel negativen Auswirkungen der Einlassungen des Klägers selbst erkannt worden sind.

Zum Zeitpunkt der Begutachtung war die Lebensgefährtin des Klägers in der siebten Woche mit Zwillingen schwanger, worüber der Kläger sich sehr zu freuen vermochte, da er gerne mit Kindern zusammen sei. Er sehe das als Geschenk an, weil er in der Folge seines Unfalls viel durchgemacht habe.

Vor dem Unfall hat der Kläger in verschiedenen Vereinen, teils im höherklassigen Amateurbereich, Fußball gespielt. Er kenne sehr, sehr viele Leute aufgrund seines Fußballspiels und habe überall noch Freunde. Nach dem Unfall und während der Krankheit hätten sich sehr viele Freunde um ihn gekümmert. Der auch nach dem Unfall unverändert bestehende Freundeskreis kümmere sich weiterhin.

Allein vom Arbeitgeber fehlte sich der Kläger zunächst im Stich gelassen. Er habe sich zudem nicht vorstellen können, die Maschinen und deren Geräusche je wieder ertragen zu können. Mittlerweile nachdem jetzt auch Kinder kämen und seine Situation sich verändert habe ziehe er eine Rückkehr in die Firma jedoch in Erwägung. Er habe dort angerufen und auch mit der BG gesprochen, es sei jetzt eine Umschulungsmaßnahme angedacht. Die Firma sei so groß, da gebe es viele Arbeitsbereiche. Deshalb könne er sich vorstellen, in einem anderen Bereich in der Druckvorproduktion tätig zu werden. Da habe er mit den Maschinen nichts mehr zu tun. Von der BG sei er an ein Institut vermittelt worden, die sich um die Wiedereingliederung nach Arbeitsunfällen kümmere. Diese versuche jetzt mit dem Arbeitgeber zusammen auch dies ist vom Kläger als Bevollmächtigter in der mündlichen Verhandlung schlicht negiert worden einen Platz für ihn zu finden.

Der Tagesablauf des Klägers ist trotz der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit auch durch die engmaschige Betreuung im Rahmen der durch die BG getragenen Behandlungen gut strukturiert. Wesentliche Schwierigkeiten in den weiteren Bereichen der Teilhabe gemäß der ICD (s. o.:

---

eine tagliche Routine durchführen, Kommunikationsfähigkeit, der Mobilität, Selbstversorgung, auf Gesundheit achten, häusliches Leben, Waren und Dienstleistungen des taglichen Bedarfes beschaffen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen, mit Fremden umgehen, Erholung und Freizeit, politisches Leben u.a.) lassen sich daraus nicht ableiten.

Der Kläger steht der psychiatrischen Anamnese zufolge um 9:00 Uhr/9:30 auf, erledige die Morgentoilette, gehe zum Becker und kaufe sich etwas zum Frühstück, danach gehe er zur Therapie (dreimal in der Woche Ergotherapie und dreimal in der Woche Physiotherapie). Anschließend kehre er zunächst nach Hause zurück, kommuniziere mit seiner Mutter und esse mit dieser zusammen Mittag. Manchmal lege sich etwas zur Ruhe. Einmal in der Woche  dies nachmittags  fahre er (mit dem Auto) zur Psychotherapie nach B. Im übrigen gehe er häufiger in ein Fitness  Studio (zweimal whentlich) und habe sich auch bei C in B angemeldet, weil er abnehmen wolle. Mittags nach der Psychotherapie gehe immer in der Q-straße in B etwas essen. An den anderen Tagen, an denen er nachmittags nicht ins Fitnessstudio gehe, treffe er sich mit Freunden. Abends gehe er um 18:30 Uhr seine Lebensgefährtin (ggfs. zwischenzeitlich Ehefrau) von der Arbeit abholen. Sie rechneten dann zusammen die Kasse in deren Frisrsalon ab und gingen dann etwas essen. Anders sei dies nur an den Tagen, an denen er (zweimal whentlich) zum Fußballtraining gehe. Nach dem Fußballtraining fahre er auf dem Rückweg noch zu seiner Lebensgefährtin und bernachte dort. Sonntag sei bei ihnen Fuballtag, samstags unternehme er etwas mit seiner Lebensgefährtin, sie gingen entweder zu seinen oder zu ihren Eltern oder seien mit Freunden unterwegs.

Die Einschätzung der Kammer, dass auch für die Zeit unmittelbar nach dem Unfall kein höherer Einzel  GdB 20 in Betracht kommt, liegt in der Angabe des Klägers begründet, sein Aktivtsniveau sei eigentlich schon direkt nach dem Unfall so gewesen. Außer den sportlichen Dingen habe er nach dem Unfall eigentlich alles genauso gemacht. Lediglich nachdem er in der Folge seines Unfalles erstmalig aus der BG  Klinik in E entlassen worden sei, etwa im Februar 2017, sei das für zwei Monate anders gewesen und er sei nur zu Hause gewesen. In diese Zeit fallen der im Verwaltungsverfahren eingeholte Befundbericht des Dr. G vom 21.03.2017 und der Bericht des F vom 23.02.2017, in dem der Kläger erstmals im Dezember 2016 zu einem diagnostischen Gespräch vorstellig wurde. Korrespondierend zu den Angaben bei der Sachverständigen berichtete der Kläger seinerzeit über einen Rückzug aus Kontakten, auch eine Krise in der Partnerschaft und das Gefühl von Hilflosigkeit. Im psychopathologischen Befund aus dem Februar 2017 war die Stimmung unterschwellig gereizt, der Kläger oft ratlos/, psychomotorisch übererregt, es bestand eine leicht erhöhte affektive Ansprechbarkeit, mit häufigem Weinen, erhöhter Schreckhaftigkeit, Intrusionen und Alpträume mit einhergehenden Angstzuständen, getriggert vor allem durch den verletzten Arm sowie auditiv (Maschinengeräusche). Es erschien  aus psychotherapeutischer Sicht  sinnvoll den beruflichen Wiedereinstieg um 2-3 Monate zu verschieben. Dieser Zustand  der eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis  und Gestaltungsfähigkeit bedeutete  erstreckte sich schon nach den Angaben des Klägers nicht über einen Sechsmonatszeitraum, den [ 2](#)

---

[Abs. 1 S. 1 SGB IX](#) fÃ¼r das Vorliegen einer Behinderung (bzw. deren AusmaÃ) als maßgebend festlegt.

Entsprechend stellt sich der psychopathologische Befund im Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. I vom 12.09.2017 wieder verbessert dar. Der KlÃ¤ger sei freundlich und zugewandt, in der Stimmungslage wechselhaft, eher dysthym, im Antrieb eingeschrÃ¤nkt, in der affektiven Schwingungsbreite adÃ¤quat und psychomotorisch ruhig. Es bestÃ¼nden EinÃ und DurchschlafstÃ¶rungen, eine GrÃ¼belneigung und eine allgemein erhÃ¶hte frei flottierende leichte Angst im Hintergrund, Flash-Backs aber keine Panikattacken.

In der Anamnese der SachverstÃ¤ndigen hat der KlÃ¤ger weiter berichtet, er habe zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung â im September 2018 â seit ein bis zwei Monaten die geschilderten sportlichen AktivitÃ¤ten wieder aufgenommen. Das habe er mit seiner Psychotherapeutin so Ã¼berlegt und besprochen. Er habe wieder Freude am FuÃball gefunden, sei aber noch vorsichtig und habe eine Schiene zum Schutz des noch nicht verheilten Knochens des rechten Armes bestellt. FÃ¼r die Kammer ist angesichts der detaillierten Schilderung zum Hobby des FuÃballspielens, dessen Fortsetzung schon in einem Bericht des F 08.12.2017 vermerkt ist â also zu einem noch frÃ¼heren Zeitpunkt als der KlÃ¤ger der SachverstÃ¤ndigen Dr. S gegenÃ¼ber angegeben hat â unverstÃ¤ndlich, weshalb der KlÃ¤ger â BevollmÃ¤chtigte auch die AusÃ¼bung dieses Hobbys im Rahmen der mÃ¼ndlichen Verhandlung bestritten hat. In Bezug auf weitere Hobbys hat der KlÃ¤ger geschildert, er gehe zusammen mit seinen Freunden essen und sie spielten Backgammon und trÃ¶fen sich regelmÃ¤Ãig in Shisha-CafÃ©s. Er habe auch weiterhin Freude daran, sich mit seinen Freunden in E1, B und dem Kreis I2 zu treffen, mÃ¼sse sie einfach sehen, sonst fehle ihm etwas. Er treffe mindestens fÃ¼nfmal in der Woche Freunde. Mit der LebensgefÃ¤hrtin sei er nach dem Unfall auch im Urlaub gewesen, in B1 in der U. Dabei hÃ¤tten sie am Strand entspannt, seien aber auch in der Stadt gewesen, hÃ¤tten EinkÃ¤ufe gemacht und seien gebummelt.

Der durch die SachverstÃ¤ndige erhobene psychopathologische Befund steht der Annahme der ValiditÃ¤t der Schilderung des Funktionsniveaus nicht entgegen, sondern korrespondiert dieser. Der KlÃ¤ger habe sich bewusstseinsklar sowie zu Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert gezeigt. Der formale Gedankengang sei regelrecht. Inhaltlich bestÃ¼nden keine Ã¼berwertigen Ideen, keine WahrnehmungsstÃ¶rungen, keine StÃ¶rung von Neu â und AltgedÃ¤chtnis, keine StÃ¶rung von Konzentration, Aufmerksamkeit und AuffassungsfÃ¤higkeit. Im Kontakt sei der KlÃ¤ger freundlich zugewandt und kooperativ. Er wirke durchgÃ¤ngig ernst, besorgt, leicht beunruhigt. Die Psychomotorik sei wenig lebhaft, der Antrieb indes nicht reduziert. Eine Eigen â oder FremdgefÃ¤hrdung bestehe nicht.

SchlieÃlich weist auch die Behandlung des KlÃ¤gers nicht auf eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung, wobei eine defizitÃ¤re Behandlung angesichts der engmaschigen Betreuung durch die Berufsgenossenschaft nicht anzunehmen ist. Der KlÃ¤ger benÃ¶tigt keine psychopharmakologische Medikation mehr. Das

---

zwischenzeitlich zunächst in geringerer Dosis zur Schmerzreduktion, möglicherweise zudem zum Schlafanstoß eine verordnete Amineurin (Amitriptylin) 100 mg) wurde ausgeschlichen. Die psychologische Betreuung setzte ohne dass der Kläger dies zunächst gewährt hätte beim ersten Aufenthalt im BG Klinikum E setzte ein (Bericht vom 10.11.2016) ein. Im Anschluss, bis heute, erhält er einmal wöchentlich Traumatherapie bei einer Therapeutin im F.

Angesichts dessen können auch die negativeren Darstellungen in den Berichten des F vom 08.12.2017 und 16.02.2018 keine höhere Einschätzung des GdB rechtfertigen, zumal auch dort berichtet wird, zwischenzeitlich sei es dem Kläger gelungen, einige angenehme Aktivitäten wieder aufzunehmen, wodurch es ihm zunächst leichter gefallen sei, seine Beeinträchtigung am rechten Arm zu akzeptieren. Allerdings sei die Symptomausprägung im Verlauf wechselhaft. Für ein traumakonfrontatives Vorgehen sei der Kläger bislang nicht ausreichend stabil. Es änderten sich Symptome der Übererregung, psychomotorische Anspannung, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme und eine gereizte Stimmung sowie diffuse Ängste und Perspektivlosigkeit bei Antriebsmangel und Lustlosigkeit. Soweit die die Ausprägung der Symptomausprägung wenig differenzierenden Schilderungen nicht vollständig mit der erhobenen Anamnese der Sachverständigen und dem Arztbrief des Dr. I vom 12.09.2017 zu korrespondieren erscheinen, ist zu berücksichtigen, dass der Bericht vom 16.02.2018 zur Begründung des Antrages auf Weiterbehandlung erfolgte (weiterer Bericht zu einem Antrag vom 15.08.2017).

3. Danach besteht ein Gesamt-GdB von 40.

Gemäß [§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) und Teil A Nr. lit. 3 a) VMG sind bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen deren Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander zu wärdigen. Rechenmethoden sind hierbei nicht heranzuziehen, vielmehr ist von der Funktionsbeeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größerer wird (Teil A Nr. 3 c) VMG) (grundlegend: BSG, Urteile vom 15. März 1977 [9 RVs 6/77](#), [9 RVs 7/7](#), [9 RVs 16/78](#), [9 RVs 17/78](#); 07. November 1979 [9 RVs 12/78](#) -, juris). Für die Bildung des Gesamt-GdB ist angesichts all dessen insbesondere von Bedeutung, ob einzelne Funktionsbeeinträchtigungen voneinander unabhängig sind und damit verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen oder ob sie sich sogar aufeinander nachteilig auswirken (Teil A Nr. 3 d) aa) bzw. bb) VMG). Hierbei führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, ganz regelmäßig nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die in der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden können. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Einzel-GdB von 20 ist der Schluss auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung vielfach nicht gerechtfertigt (Teil A Nr. 3 d) ee) VMG).

Mit der Bewertung der Sachverständigen Dr. S ist der führende Einzel GdB von 30 für die Funktionsstörung der Arme durch die Funktionsstörung des

---

Gehirns einschließlich Psyche um 10 zu erhöhen. Insofern ergibt sich kein Unterschied daraus, dass die Kammer im Gegensatz zur Sachverständigen Dr. S die Funktionsstörung der Psyche mit einem Einzelwert GdB von 20 statt soeben 30 bewertet. Die psychiatrische Sachverständige hat dargelegt, dass sich die Auswirkungen beider Funktionsstörungen nicht überschneiden, sondern eine Verstärkung der Gesamtbehinderung resultiert. Insbesondere übersteige das Ausmaß der psychiatrischen Unfallfolgen deutlich das für die körperlichen Folgen "übliche" seelische Leiden. Nach Teil A Z. 2 j) VMG berücksichtigen die in der GdS-Tabelle niedergelegten Ärzte bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen. Sind die seelischen Begleiterscheinungen jedoch erheblich höher als aufgrund der organischen Veränderungen zu erwarten wäre, so ist ein höherer GdS (GdB) gerechtfertigt. Außerdem ungewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen z.B. eine Psychotherapie erforderlich ist. Dies ist bei dem Kläger zweifellos der Fall. Ein höherer GdB als 40 ist hingegen nicht festzustellen. Das Gesamtmaß der Behinderung entspricht nicht den dargestellten Folgen einer Funktionsstörung der Psyche mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten im Sinne des Teils B Z. 3.7 VMG bzw. einem Verlust eines Arms im Unterarm bzw. einer ganzen Hand, die nach Teil B Z. 18.13 jeweils einem GdB von 50 zu bewerten wären.

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

Erstellt am: 16.10.2019

Zuletzt verändert am: 23.12.2024